UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université de Lorraine
2012

Faculté de Médecine de Nancy
N°

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Eve-Marie VIVOT

Le 11 juin 2012

La maîtrise de stage en médecine générale : Un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ?

Mesure qualitative par « focus group » de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur J-D. de KORWIN	Président
M. le Professeur F. KOHLER	Juge
M. le Professeur R. SCHWAN	Juge
M. le Docteur P. DI PATRIZIO	Juge et directeur
Mme le Docteur M. BATT	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

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

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

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

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

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

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

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

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

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

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

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

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER
40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.
Pour votre disponibilité, votre accompagnement et votre avis d'expert sur notre travail, veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur de Biostatistiques et d'Informatique Médicale

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'Adultes

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO

Médecin généraliste, Maître de Conférences Associé

Université de Lorraine - Faculté de Médecine de Nancy

Pour avoir accepté la direction de cette thèse, avoir été l'initiateur de ce sujet et avoir supervisé mon travail, veuillez recevoir toute ma reconnaissance. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement de la médecine générale dont j'ai apprécié toute la qualité et la rigueur.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Martine BATT

Docteur en Psychologie, Maître de Conférences

Université de Lorraine - Faculté de Psychologie de Nancy

Pour votre disponibilité et votre implication dans ce travail, pour les moments de complicité partagés et votre soutien, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Les soirées d'entretien passées ensemble resteront pour moi un agréable souvenir.

A MES GRANDS-PARENTS

Merci pour les innombrables attentions et toute la tendresse dont vous m'avez toujours entourée.

A MES PARENTS

Merci pour votre éducation attentionnée, votre exemple d'investissement passionné et de persévérance dans le travail, ainsi que vos encouragements tout au long de ces années.

A MON FRERE

Merci pour toutes ces épreuves surmontées et ces formidables pages de vie communes écrites conjointement depuis trente ans… Chaque instant partagé avec toi est une « parenthèse de bonheur » qui ne fait que renforcer ce lien éternel qui nous unit.

A MON CONJOINT

Merci pour ton implication passionnée et ton accompagnement inconditionnel tout au long de ce travail. Le merveilleux exemple de réciprocité que tu représentes pour moi, tant sur le plan professionnel que personnel, m'a encouragée au fil des pages et continue à m'enrichir chaque jour de notre vie, rendant celle-ci épanouissante et trépidante !

A MA FAMILLE

Merci pour tous ces jolis instants de vie partagés.

A MES AMIS

Merci pour votre écoute et votre soutien, tant dans les épreuves que dans les moments de bonheur partagés.

A MES MAITRES

Aux Docteurs EVON, RAPT, LAVANDIER, DI PATRIZIO et LAMOUILLE, merci pour ce bel exemple de médecin accompli que vous m'avez offert, de par vos compétences professionnelles, vos qualités humaines et l'amour de votre prochain et de votre métier.

A MES COLLEGUES ET AMIES

Merci de m'avoir libéré du temps pour mon travail de thèse et de m'accorder une place au sein de votre association ; en espérant que notre collaboration sera prometteuse !

A MYLENE

Merci pour ta présence et ton soutien lors des « focus group » et ta contribution au travail d'analyse.

A TOUS LES MEDECINS AYANT PARTICIPE AUX « FOCUS GROUP »

Merci de votre disponibilité et de votre implication dans ce travail. Vos interventions fructueuses et variées ont fait toute la richesse de cette étude.

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 des mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ***8***

TABLE DES MATIERES ***15***

INTRODUCTION ***23***

ARTICLE ***26***

LECTURE BIBLIOGRAPHIQUE ***51***

I. La médecine générale : Etat des lieux 52

1. La démographie médicale ? Une situation préoccupante… 52
   a. Une réduction inquiétante de l'offre de soins 52
   b. Quelles causes à cette évolution ? 54
2. La médecine générale en France ? Une crise des vocations… 56
   a. Le paradoxe d'une image ternie 56
   b. Une discipline peu attractive 58
   c. Et pourtant… quel beau métier ! 61
   d. Des suggestions pour séduire à nouveau 63
3. Quelle place pour la formation en médecine générale ? 65
   a. Une base essentielle et déterminante 65
   b. Et des initiatives à prendre 66

II. La maîtrise de stage en médecine générale 68

1. Inscription progressive de la médecine générale dans le cursus médical 68
2. Face à la carence de maîtres de stage : le lancement de campagnes de recrutement 70
3. De nombreuses réticences à devenir maître de stage 72
   a. « Mes patients vont en pâtir ! » 72
   b. « L'interne y trouvera-t-il son compte ? » 73
   c. « Je ne serai pas à la hauteur ! » 74
   d. « Quelles contraintes ! » 75
4. Des craintes infondées ? 76
   a. Perceptions des patients 77
   b. Désirs et attentes des internes 80
   c. Compétences requises 83
5. En pratique, comment devenir maître de stage ? 86
   a. Quelques démarches à accomplir 87
   b. Parfaire sa formation 88

III. La relation éducative 89

1. Bases de l'enseignement et de l'éducation 90
   a. L'évolution de l'enseignement et de l'éducation au fil des siècles 90
   b. Les bases émotionnelles de l'apprentissage 92
2. Eloge de la transmission et réciprocité éducative 94
   a. Que signifie transmettre ? 94
      a) Les différents modèles de transmission 95
      b) Transmettre… c'est recevoir ? 98
         1- Le plaisir d'être bénéficiaire 98
         2- L'apprentissage dans la rencontre 100
         3- L'enrichissement dans la réciprocité 102
      c) Transmettre… c'est aussi préparer au départ 104

b. La relation maître-élève 106
a) Quel enjeu ? 106
b) Quelles positions réciproques ? 107
1- Une asymétrie inhérente à la relation 107
2- Une part égalitaire ? 108
c) Quelles attentes mutuelles ? 110
d) Quelle part d'inconscient ? 112
3. Pédagogie médicale 114
a. Les savoirs transmissibles en médecine générale 114
a) Les différents types de connaissances en médecine 115
b) Une démarche intellectuelle spécifique à transmettre 117
b. Le rôle de l'enseignant clinicien 118
a) Une double compétence 118
b) Un facilitateur d'apprentissage 120
c) Un modèle de rôle 122

IV. La qualité de vie du médecin généraliste 124
1. Notion de qualité de vie 124
a. Un concept multidimensionnel 124
b. Comment mesurer une représentation subjective ? 125
c. La qualité de vie du médecin généraliste au XXIème siècle 127
2. Bien-être au travail et épuisement professionnel des soignants 130
a. Les déterminants du bien-être au travail 130
a) Les déterminants individuels 131
b) L'organisation du travail 133
c) Les conditions de travail 135
d) Les facteurs environnementaux 138
e) Le soutien social 138
b. Les conséquences de l'épuisement professionnel 139
c. La prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes 141
d. Des stratégies d'adaptation 142
a) Le « coping » 142
b) Des axes de réflexion 143
c) Des moyens de prévention et de prise en charge 144

METHODE 146

I. Choix de la méthode utilisée 147

II. Préparation des entretiens 148
1. Le recrutement des participants 148
a. Constitution des différents groupes 148
b. Prise de contact 149
2. L'animateur 151
a. Présentation de l'animateur 151
b. Le rôle de l'animateur 151
3. L'organisation matérielle 152
a. Lieu des entretiens 152
b. Durée des entretiens 152
c. Enregistrement 153
4. Le guide d'entretien 153

III. Réalisation des entretiens 154
1. Accueil 154
2. Introduction 154
3. Présentation des participants 154
4. Entretien 155
5. Buffet 155
6. Débriefing 155
7. Remerciements 155

IV. Retranscription 156

V. Analyse des entretiens 157
1. Analyse manuelle de contenu 158
a. La préanalyse 158
b. L'exploitation du matériel 158
c. Le traitement des résultats 159
2. Analyse manuelle des connecteurs discursifs 160
3. Analyse focalisée sur les participants 162
4. Analyse par logiciel informatique 162

RESULTATS ***163***

I. Présentation des participants 164

II. Analyse discursive thématique 169
1. Production discursive et répartition thématique des quatre « focus group » 169
a. « Focus group » 1 : Les médecins généralistes non-maîtres de stage exerçant en zone urbaine ou périurbaine 169
b. « Focus group » 2 : Les médecins généralistes maîtres de stage exerçant en zone rurale ou semi-rurale 170
c. « Focus group » 3 : Les médecins généralistes non-maîtres de stage exerçant en zone rurale ou semi-rurale 171
d. « Focus group » 4 : les médecins généralistes maîtres de stage exerçant en zone urbaine ou périurbaine 172
2. Production discursive et répartition thématique selon le facteur « maîtrise de stage » 173
a. Les non-maîtres de stage 173
b. Les maîtres de stage 174
3. Répartition thématique du discours selon sa connotation positive ou négative 175
a. Les non-maîtres de stage 175
b. Les maîtres de stage 176
4. Résultats de l'analyse thématique des groupes de non-maîtres de stage 177
a. Qualité de vie professionnelle : aspects positifs 177
b. Qualité de vie professionnelle : aspects négatifs 184
c. Qualité de vie personnelle 196
d. L'enseignement : apports sur le plan professionnel 203
e. L'enseignement : aspects négatifs 209
f. L'enseignement : apports sur le plan personnel 215
5. Résultats de l'analyse thématique des groupes de maîtres de stage 217
a. Qualité de vie professionnelle : aspects positifs 217
b. Qualité de vie professionnelle : aspects négatifs 224
c. Qualité de vie personnelle 234
d. L'enseignement : apports sur le plan professionnel 238

e. L'enseignement : aspects négatifs 252
f. L'enseignement : apports sur le plan personnel 259

III. Analyse des connecteurs discursifs 263

IV. Analyse focalisée sur les participants 265
1. Premier cas particulier 265
a. Son mode d'exercice et sa vision de la collaboration 265
b. Sa relation aux patients 266
c. Sa formation continue 266
d. Sa vision des contraintes du métier 267
e. Le retentissement du travail sur sa vie personnelle 268
f. Son ressenti général du métier 269
2. Deuxième cas particulier 270
a. Son mode d'exercice et sa vision de la collaboration 270
b. Sa relation aux patients 271
c. Sa formation continue 271
d. Sa vision des contraintes du métier 272
e. Ses moyens de détente 272
f. Son ressenti général du métier 272

DISCUSSION 273

I. Avant-propos à la discussion : commentaires sur la méthode 274
1. Remarques sur la constitution des groupes 274
2. Observations sur les interactions au sein des groupes 276
3. Intérêts de la méthode et du choix de l'animateur 277
4. Réflexion sur la qualité du discours recueilli 278

II. Analyse comparative des discours des médecins généralistes maîtres de stage et des non-maîtres de stage : les similitudes 280
1. Aspects positifs du métier contribuant à une bonne qualité de vie professionnelle 280
a. Un métier passionnant 280
b. Un métier basé sur une relation humaine intime 281
c. Un atout unique : le libre arbitre 281
d. Une certaine évolution des conditions de travail 282
e. L'union fait la force ! 283
f. Une progression individuelle permanente 284
2. Aspects négatifs du métier dépréciant la qualité de vie professionnelle 285
a. Un métier difficile 285
b. Un exercice solitaire 287
c. Des débuts d'activité pénibles 287
d. Une évolution de la société contraignante 288
e. Une relation aux patients dégradée 289
f. Des remplacements décevants 289
3. Et la qualité de vie personnelle dans tout cela? 290
a. La satisfaction générale du métier 290
b. Le retentissement du travail sur la vie privée et les conciliations nécessaires 290
c. Comment préserver sa sérénité ? 291
4. Craintes des non-maîtres de stage face à l'enseignement, confirmées par les maîtres de stage 292
a. Des contraintes organisationnelles imposées 292

b. Une relation stagiaire-maître de stage parfois difficile 293
c. Des difficultés à travailler à deux 293
d. Une surcharge de travail 294
e. La peur d'une modification de la relation au patient 295

III. Analyse comparative des discours des médecins généralistes maîtres de stage et des non-maîtres de stage : les différences ou l'impact de la maîtrise de stage sur la qualité de vie des médecins généralistes 296

1. L'enseignement selon les non-maîtres de stage : les idées fausses 297
a. Un stage parfois non-formateur ? 297
b. L'absence totale de spontanéité pour un stage de qualité ? 298
c. Une entrave à l'indépendance ? 299
d. Un épuisement assuré ? 300
e. Un retentissement négatif sur les patients ? 300
f. Une formation pédagogique complexe et des problèmes pratiques ? 301
2. L'enseignement selon les maîtres de stage : une « plus-value » pour les médecins généralistes 302
a. La promotion de la médecine générale 303
b. Un rôle pédagogique intéressant 304
c. Une rencontre humaine 305
d. Le plaisir d'enseigner 306
e. Une progression perpétuelle 307
f. Un bénéfice sur la relation médecin-patient 308
g. Un gain de temps 310
h. Un futur remplaçant 311
i. Une satisfaction personnelle 312
3. Les différences constatées, imputables à la maîtrise de stage 313
a. Les connaissances 313
b. La collaboration dans le quotidien de travail 314
c. Le débriefing 316
d. Les remplaçants 316
e. Le plaisir à travailler 317
f. La qualité de vie personnelle 318
4. Les différences constatées selon le lieu d'exercice 320
5. Les dynamiques de groupes et leur interprétation 320
a. Les dynamiques dans les groupes de non-maîtres de stage 321
b. Les dynamiques dans les groupes de maîtres de stage 322
c. Leur interprétation 323
d. Quelques nuances : les cas particuliers 325

IV. Quelles pistes de réflexion pour améliorer la qualité de vie des médecins généralistes ? 326

1. Comment promouvoir la maîtrise de stage et favoriser le recrutement de nouveaux prétendants ? 326
a. Des prétendants assurés 326
b. Ecouter, informer et rassurer 327
c. Signaler les prérequis à une expérience d'enseignement positive 328
2. Y a t-il d'autres voies pour prétendre au réenchantement professionnel ? 329
a. Un défi ardu : la rénovation de son identité professionnelle 329
b. Un élément déterminant : la motivation au travail 330

c. Une pièce maîtresse : l'altérité 331
d. Un merveilleux privilège : le bonheur au travail 332

CONCLUSION 333

TABLE DES ILLUSTRATIONS 336

LISTE DES ABBREVIATIONS 339

BIBLIOGRAPHIE 341

ANNEXES 352

ANNEXE 1 : MAIL D'INFORMATION ENVOYE AUX PARTICIPANTS 353

ANNEXE 2 : MAIL DE CONFIRMATION ENVOYE AUX PARTICIPANTS 354

ANNEXE 3 : CARTON D'INVITATION 355

ANNEXE 4 : COURRIER D'INVITATION COMPLEMENTAIRE 356

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN 357

ANNEXE 6 : INTRODUCTION DES « FOCUS GROUP » 362

ANNEXE 7 : CARTON DE REMERCIEMENT 363

ANNEXE 8 : CD : RETRANSCRITPION DES QUATRE « FOCUS GROUP » 363

« Hâte toi
Hâte toi de transmettre
Ta part de merveilleux, de rébellion, de bienfaisance. » [1]

René Char

INTRODUCTION

Exercer aujourd'hui la médecine générale n'est pas chose facile… Se projetant avec difficultés dans un avenir démographique peu prometteur, les médecins généralistes répondent aux multiples missions dont ils sont quotidiennement investis, tout en s'efforçant de garantir la qualité des soins prodigués. La profession souffre d'une réelle crise des vocations et d'un épuisement professionnel croissant. Face à ce triste constat, nous nous sommes demandés comment revaloriser et promouvoir la médecine générale ? Comment la rendre plus attrayante aux yeux des étudiants et la réconcilier avec les praticiens, afin qu'ils puissent à nouveau prétendre à un certain degré d'accomplissement professionnel et d'épanouissement personnel ?

Ayant personnellement vécu des expériences enrichissantes dans le cadre de stages de médecine générale, nous avons vu en la maîtrise de stage la candidate idéale. Cependant, la formation de médecine générale, bien qu'en pleine expansion ces dernières années, se heurte actuellement à un manque de ressource en enseignants, tandis que la demande de stages en cabinets médicaux s'accentue considérablement, devant le nombre croissant d'étudiants. De nombreuses réticences face à la maîtrise de stage semblent s'accumuler et freinent l'engagement des médecins généralistes dans l'enseignement. Quelques travaux ont déjà analysé ces différentes craintes, le retentissement des stages sur la patientèle ou encore les attentes des internes au cours de cet apprentissage. Mais très peu d'études se sont intéressées aux maîtres de stage eux-mêmes et aucune n'a notamment mesuré l'impact du stagiaire sur la qualité de vie du médecin généraliste.

Notre objectif a été de comprendre les problématiques actuelles du métier, de défendre l'avenir de la profession, de développer les stages de médecine générale en quantité et en qualité et d'améliorer le sort des praticiens qui souffrent au travail. Ainsi nous avons voulu démontrer dans quelle mesure le médecin généraliste pouvait être bénéficiaire d'une rencontre avec un étudiant ; l'apport du maître à son élève n'étant plus à prouver. Autrement dit, malgré les éventuelles craintes et la mission supplémentaire que représente l'enseignement, la maîtrise de stage n'est-elle pas une expérience enrichissante et épanouissante, grâce à une certaine réciprocité éducative ?

Après avoir présenté l'état des lieux actuel de la médecine générale et la formation des étudiants à cette spécialité, nous nous sommes attachés à décrire la notion de relation éducative et sa possible réciprocité. Nous avons également précisé l'ensemble des savoirs à transmettre en médecine, le rôle de l'enseignant, ainsi que les outils à disposition dans le cadre de la pédagogie médicale. Puis nous avons dépeint le concept de qualité de vie du médecin généraliste, les déterminants du bien-être au travail ou de l'épuisement professionnel, ainsi que les différentes stratégies d'adaptation possibles. Ensuite, notre étude, à proprement parlé, a consisté au recueil du vécu et du ressenti des médecins généralistes, à la fois maîtres de stage et non-maîtres de stage, afin de déterminer l'impact de l'enseignement sur la qualité de vie des médecins. Enfin, en s'appuyant sur nos conclusions, nous avons tenté d'élaborer des moyens de recrutement des maîtres de stage et avons proposé d'autres pistes de réflexion pour revaloriser la qualité de vie des praticiens et remettre le bonheur au travail et le bien-être professionnel au goût du jour !

ARTICLE

La maîtrise de stage…
un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ?

VIVOT E-M.[*], BATT M.[**], CEGLIA M.[***], DI PATRIZIO P.[****]

RESUME

Face à une profession en souffrance et à une réelle crise des vocations, la maîtrise de stage peut-elle contribuer à valoriser l'exercice professionnel et améliorer la qualité de vie du médecin généraliste ? Le point de vue des patients et des internes ayant déjà été recueilli, nous nous sommes intéressés aux maîtres de stage et à l'impact de l'enseignement sur leur qualité de vie. Notre étude qualitative, réalisée à l'aide de la méthode du « focus group », a été appliquée à des médecins généralistes de Lorraine : deux groupes de maîtres de stage et deux groupes de non-maîtres de stage. Chaque groupe a été soumis à un entretien, conduit de manière non directive, par un animateur confirmé. Nous avons utilisé plusieurs méthodes d'analyse, afin d'augmenter la reproductibilité et la validité des résultats : une analyse discursive thématique manuelle, confortée par une analyse discursive thématique informatisée grâce au logiciel *Nvivo* ; une analyse des connecteurs discursifs et une analyse clinique focalisée sur les participants. Notre analyse comparative des discours indique que la maîtrise de stage est associée à un perfectionnement professionnel, en luttant contre l'appauvrissement des connaissances et en offrant les bénéfices du travail en collaboration. Cette rencontre professionnelle semble générer également un sentiment d'accomplissement personnel par la valorisation, la reconnaissance et le plaisir au travail. Elle pourrait même limiter le retentissement des difficultés professionnelles sur la vie privée. Sans en être cependant l'unique facteur, la maîtrise de stage apparaît comme un moyen de valorisation de l'exercice professionnel qui devrait être mis en avant dans le recrutement de nouveaux maîtres de stage.

Mots clés : médecine générale ; enseignement ; qualité de vie ; étude qualitative ; focus group

---

[*] Médecin généraliste remplaçant

[**] Docteur en psychologie, Maître de Conférences Université de Lorraine - Faculté de Psychologie de Nancy

[***] Master 2 Psychologie du travail, Gestion des Organisations

[****] Médecin généraliste libéral, Maître de Conférences Associé Université de Lorraine - Faculté de Médecine de Nancy

ABSTRACT

Faced with low professional morale and a serious crisis in the recruitment, can trainee supervision contribute to enhance the professional practice and improve the quality of life of general practitioners ? Having collected the views of patients and resident doctors, we wished to consider training supervisors and the impact of teaching on their quality of life. Our qualitative study, carried out using the focus group method, have concerned general practitioners of the Lorraine region: two groups of supervisors and two groups of non-supervisors. Each group was submitted to a focus group. The approach was non-directive and was facilitated by a qualified interviewer. A range of analytical methods was used which increased the reproducibility and validity of the results : a manual thematic discursive analysis, confirmed by a computerized thematic discursive analysis using the *Nvivo* software ; an analysis of the discursive connectors and a clinical analysis of the group members. Our comparative analysis of the contributions of the participants showed that training supervision is associated with professional development by contributing to the enrichment of knowledge and by offering the advantages of working in collaboration. This professional relationship also seems to generate a sense of personal accomplishment through approval, recognition and satisfaction in the workplace. It could even mitigate the impact of professional difficulties on private life. Although it is by no means the only factor, trainee supervison appears to be a means of enhancing professional practice. This advantage should be used in the recruitment of new training supervisors.

Keywords : general practice ; training ; quality of life ; qualitative study ; focus group

INTRODUCTION

Notre univers professionnel n'est pas figé. Il peut évoluer au cours de la carrière, au fil des progressions et des aspirations qui imposent des adaptations perpétuelles. Des phénomènes d'usure et de saturation[1], face aux contraintes de l'exercice actuel de la médecine générale, peuvent engendrer un déclin de la motivation au travail. Ainsi naît le désir d'un renouvellement de sa pratique professionnelle. Le défi à relever est facilité par l'activité libérale qui offre la possibilité d'une maîtrise de son outil de travail et d'une relative autonomie.

Parallèlement, nous faisons face actuellement à un besoin croissant de maîtres de stage de médecine générale, devant l'augmentation du nombre d'étudiants et la nécessité de faire découvrir la discipline, afin de créer de nouvelles vocations[2].

Face à une profession en souffrance[3] et à une réelle crise des vocations[4], nous avons formulé l'hypothèse que la maîtrise de stage, certes utile à la formation des futurs médecins généralistes, pourrait être également source d'un enrichissement professionnel et d'une amélioration de la qualité de vie du maître de stage. Autrement dit, malgré les éventuelles craintes et la mission supplémentaire que représente l'enseignement[5], la maîtrise de stage ne serait-elle pas une expérience enrichissante, grâce à un apport mutuel, révélateur d'une certaine réciprocité dans la relation éducative[6] ?

La maîtrise de stage a déjà fait l'objet de quelques travaux qui se sont attachés à décrire les différentes craintes des médecins face à l'enseignement[7], le retentissement des stages sur la patientèle[8] ou encore les attentes des internes au cours de cet apprentissage[9,10]. Mais très peu d'études se sont intéressées aux maîtres de stage eux-mêmes et aucune n'a notamment mesuré l'impact du stagiaire sur la qualité de vie du médecin généraliste.

Notre objectif a été d'analyser les problématiques actuelles du métier de généraliste, en fonction de la pratique ou non de la maîtrise de stage. Ainsi, dans le cadre d'une recherche qualitative, à l'aide de la méthode du « focus group », nous avons recherché des éléments du discours de médecins maîtres de stage ou non qui indiqueraient que l'enseignant bénéficie de sa rencontre avec l'étudiant, dans son exercice professionnel.

MATERIELS ET METHODES

1) Méthode

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé une méthode qualitative[11]. Nous avons choisi l'entretien de groupe ou « focus group »[12], car il permet de recueillir des points de vue plus riches qu'un entretien individuel, grâce aux interactions générées.

2) Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est fait par téléphone. Nous avons formé quatre groupes, chacun soumis par la suite à un entretien collectif. Deux groupes étaient constitués de médecins généralistes maîtres de stage. L'un d'eux regroupait des médecins de Nancy et son agglomération (zone urbaine ou périurbaine) ; l'autre, des médecins de Bar-le-Duc et du sud meusien (zone rurale ou semi-rurale). Les deux autres groupes étaient constitués de médecins généralistes non-maîtres de stage, en provenance également des deux régions précitées.

Concernant le lieu d'exercice des différents médecins, nous définissons comme « urbain », une commune qui compte plus de 2 000 habitants (définition de l'INSEE), mais qui représente un grand pôle urbain ayant une grande offre de soins et des grandes infrastructures hospitalières. « Périurbain » désigne l'ensemble des communes, de plus de 2 000 habitants, qui entourent un grand pôle urbain. Le terme « rural » regroupe les unités de moins de 2 000 habitants, qui n'appartiennent ni à l'espace urbain, ni à l'espace périurbain. Nous avons ajouté la notion de « semi-rural » pour définir un lieu de plus de 2 000 habitants, mais un exercice à orientation rurale, qu'il s'agisse d'un petit pôle urbain (à l'offre de soins et aux infrastructures hospitalières moyennes, en comparaison au grand pôle urbain) ou d'une commune située à proximité d'un petit pôle urbain, l'offre de soins étant relativement plus importante qu'en milieu rural.

La constitution de ces groupes a répondu à des critères d'homogénéité et de diversification, afin de garantir la représentativité de la population ciblée : âge (permettant une analyse transgénérationnelle), sexe, ancienneté d'exercice (variété des expériences), lieu d'exercice (urbain et rural), type d'exercice (seul ou en groupe), activités professionnelles annexes, expérience de la maîtrise de stage pour les groupes concernés [type de stage : deuxième ou troisième cycle (stage chez le praticien ou Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), durée d'enseignement].

La taille de chaque groupe (environ six personnes) a été définie dans le but de faciliter l'animation de l'entretien. Notre objectif a été de créer un climat de discussion agréable et serein pour favoriser l'expression individuelle. Le nombre de « focus group » a été fixé afin d'obtenir une saturation des données.

3) Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans un endroit neutre. Ils ont été conduits par un Docteur en Psychologie, Maître de Conférences Universitaire, qui maîtrise la méthode des « focus group »[13].

Un guide d'entretien lui a servi de fil conducteur pour l'ensemble des entretiens qui ont été animés de manière non directive. Ce guide regroupait six thèmes principaux : les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle, les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle, la qualité de vie personnelle, les apports de l'enseignement sur le plan professionnel, les apports de l'enseignement sur le plan personnel et enfin, les aspects négatifs de l'enseignement.

Deux observateurs ont recueilli les interactions non verbales. Les discours ont été enregistrés par dictaphone numérique, avec l'accord de l'ensemble des participants ; l'anonymat de chacun étant garanti.

4) Retranscription des discours

Nous avons retranscrit et anonymisé l'ensemble des discussions, selon les conventions de Michael Billig[14]. Le discours a été rapporté mot à mot, en décrivant la succession des prises de parole, ainsi que les silences, les hésitations et les manifestations non verbales des participants.

5) Analyse des données

Nous avons analysé la totalité du matériel verbal avec exhaustivité. Plusieurs méthodes d'analyses complémentaires ont été utilisées.

5.1 Analyse manuelle thématique systématique du contenu des entretiens[15]

Il s'agit de notre analyse principale qui a permis de découper le discours en thèmes et sous-thèmes abordés. Les catégories de découpage ont répondu aux critères de validité de cette méthode : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence.

Nous avons réalisé une analyse comparative des discours selon le facteur « maîtrise de stage » (tous types de stage confondus), en regroupant les résultats des maîtres de stage, d'une part, et des non-maîtres de stage, d'autre part. Nous avons ensuite modélisé les discours des maîtres de stage et des non-maîtres de stage sous forme de graphiques (n°1 à 5). Ceux-ci précisent la proportion des discours relative à chaque thème. Pour ce faire, nous avons réalisé un codage quantitatif manuel de l'ensemble du discours. L'unité de codage choisie a été le mot.

5.2 Analyse informatisée thématique systématique du contenu des entretiens

Cette analyse thématique complémentaire, réalisée par le logiciel informatique *NVivo*, a eu pour objectif de garantir la reproductibilité des résultats.

5.3 Analyse manuelle des connecteurs discursifs

Cette analyse a eu pour objectif de décrire les interactions au sein des groupes et de préciser les résultats. Nous avons ainsi comptabilisé manuellement les connecteurs discursifs interactifs[16]. Ils se répartissent en quatre catégories :

- Les connecteurs argumentatifs introduisent un argument. Ils étayent un propos (par exemple : parce que, puisque, même…).
- Les connecteurs consécutifs introduisent une conséquence, une conclusion (par exemple : donc, alors, et du coup…).
- Les connecteurs contre-argumentatifs opposent un argument au précédant. Ils représentent le désaccord (par exemple : mais, or, par contre, pourtant…).
- Les connecteurs réévaluatifs proposent une remise en cause des propos par leur reformulation (par exemple : c'est-à-dire, bon, voilà…).

Cependant, dans cette analyse des interactions, nous devons tenir compte du phénomène de « préservation des faces »[17] : le comportement des individus dans l'interaction est déterminé essentiellement par la nécessité de ne pas perdre la face (face positive ou image que l'on donne de soi, face négative ou intégrité de son territoire). Toute interaction verbale crée une menace potentielle pour les faces positive et négative.

5.4 Analyse clinique focalisée sur les participants

Cette analyse a recherché la présence de cas isolés, non représentatifs du reste du groupe, mais ayant pu l'influencer, afin d'affiner nos conclusions.

RESULTATS

1) Participants recrutés

21 médecins généralistes ont participé aux entretiens. Nous précisons qu'ils n'étaient ni auteurs du travail ni enseignants universitaires, afin de ne pas créer de conflit d'intérêt avec cette étude.

- Le premier « focus group » a regroupé cinq médecins non-maîtres de stage de Nancy et son agglomération. Quatre hommes et une femme, âgés de 35 à 55 ans.
- Le deuxième « focus group » a regroupé quatre médecins maîtres de stage de Bar-le-Duc et du sud meusien. Trois hommes et une femme, âgés de 44 à 56 ans.
- Le troisième « focus group » a regroupé six médecins non-maîtres de stage de Bar-le-Duc et du sud meusien. Quatre hommes et deux femmes, âgés de 35 à 55 ans.
- Le quatrième « focus group » a regroupé six médecins maîtres de stage de Nancy et son agglomération. Six hommes, âgés de 48 à 62 ans.

Le premier contact téléphonique a déterminé en grande partie la composition de ces différents groupes, selon la possibilité de joindre ou non le médecin. Certains praticiens recrutés, malgré leur souhait de coopération, n'ont pas pu se joindre aux entretiens par indisponibilité. La parité homme-femme n'a pu être respectée devant un taux important de refus des femmes médecins.

Malgré l'ensemble des précautions prises, afin de garantir un nombre de participants suffisant (nombre de médecins recrutés plus important que souhaité, rappels itératifs téléphoniques, par mail ou courrier…), les désistements ont été plus nombreux qu'envisagés.

2) Discours recueilli

La méthode des entretiens de groupe et leur gestion de manière non directive, par un animateur confirmé, ont permis l'obtention de discours très riches, grâce à l'optimisation de leur production et la garantie de leur authenticité.

3) Analyse des données

3.1 Analyse discursive thématique

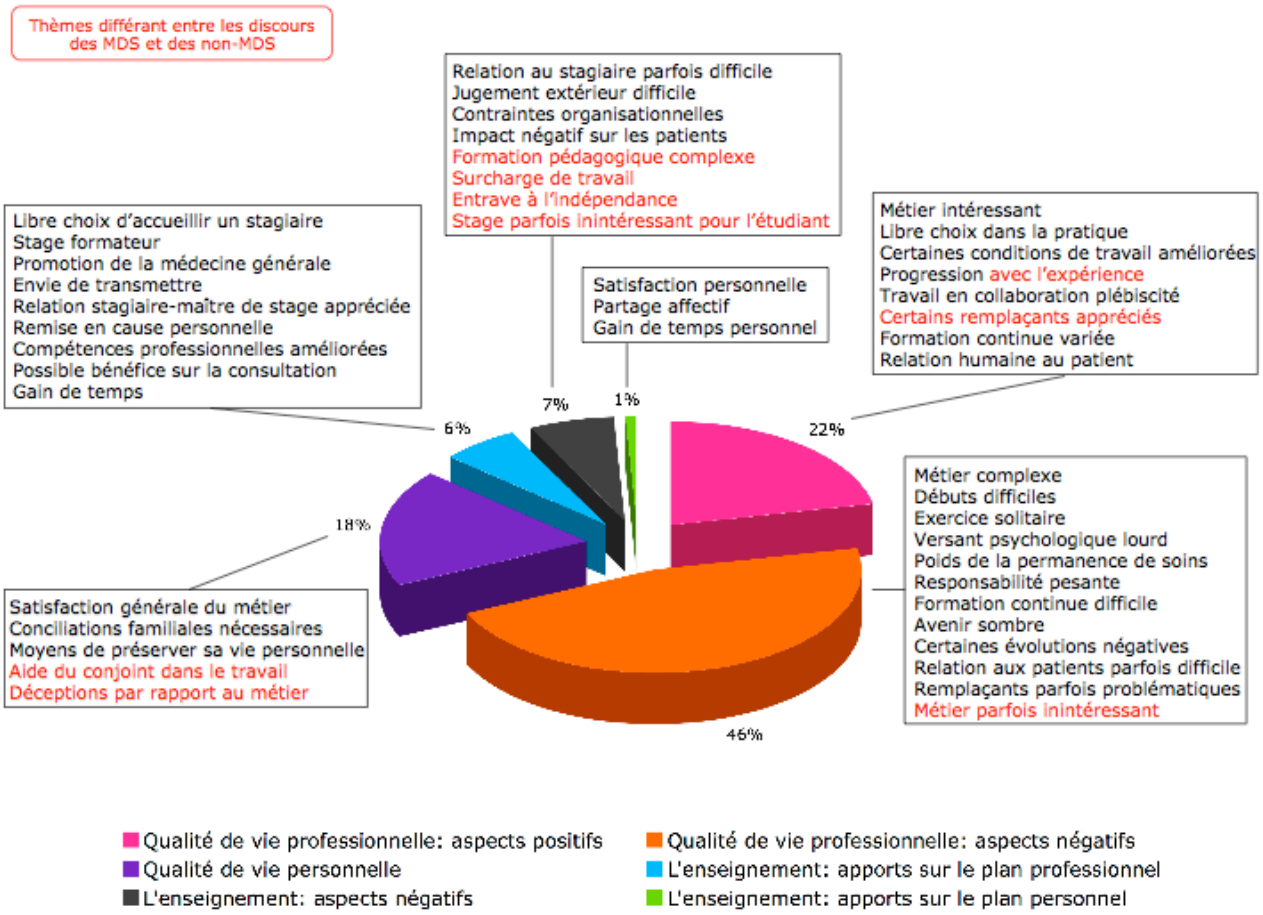
L'analyse thématique manuelle, confortée par l'analyse informatisée, a mis en évidence six grands thèmes discursifs dont la proportion relative est représentée sur les graphiques n°1 à 5.

3.1.1 Les non-maîtres de stage

3.1.1.1 Analyse thématique du discours de l'ensemble des non-maîtres de stage

Le graphique n°1 représente le discours de l'ensemble des non-maîtres de stage et la proportion relative de chacun des six grands thèmes. Les sous-thèmes abordés sont détaillés et matérialisés en rouge, s'ils diffèrent de ceux du discours des maîtres de stage.

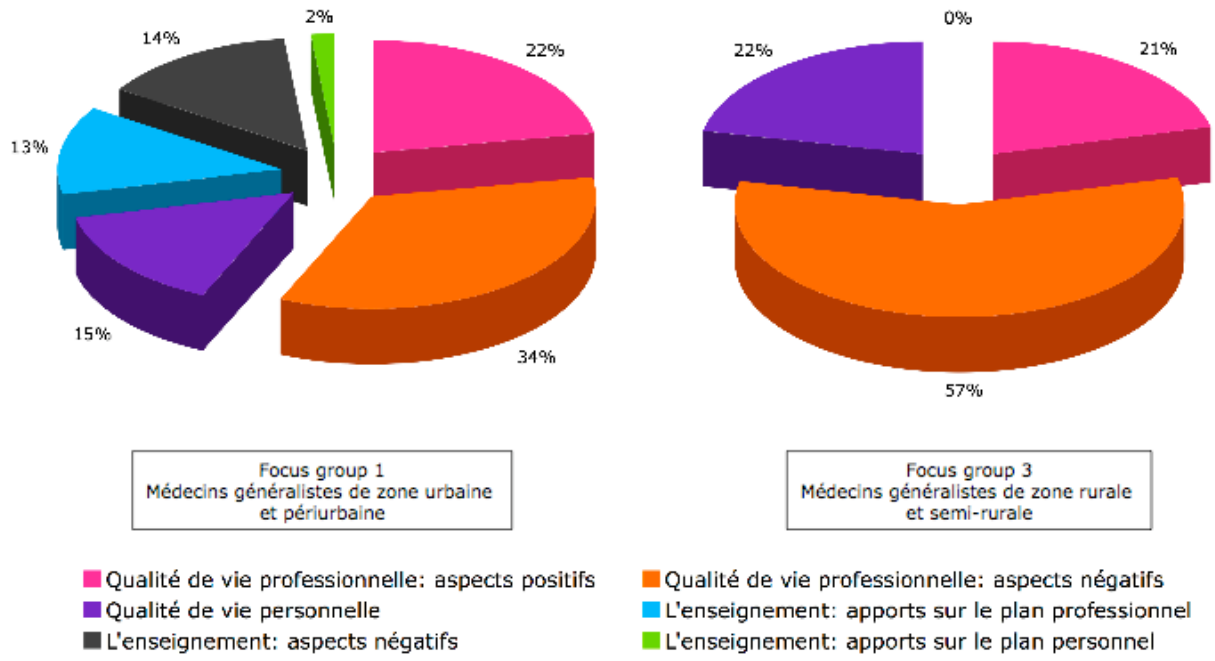
Graphique n°1 : Les non-maîtres de stage,
production discursive et répartition thématique



Le thème prépondérant chez les non-maîtres de stage (graphique n°1) concerne les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (46% de la totalité du discours). Le thème de l'enseignement (aspects positifs supposés et craintes face à la maîtrise de stage) a été abordé à 14% de l'ensemble du discours.

3.1.1.2 Analyse thématique du discours des non-maîtres de stage de zone urbaine et de zone rurale

Graphique n°2 : Les non-maîtres de stage
« Focus group » 1 et 3 :
Production discursive et répartition thématique



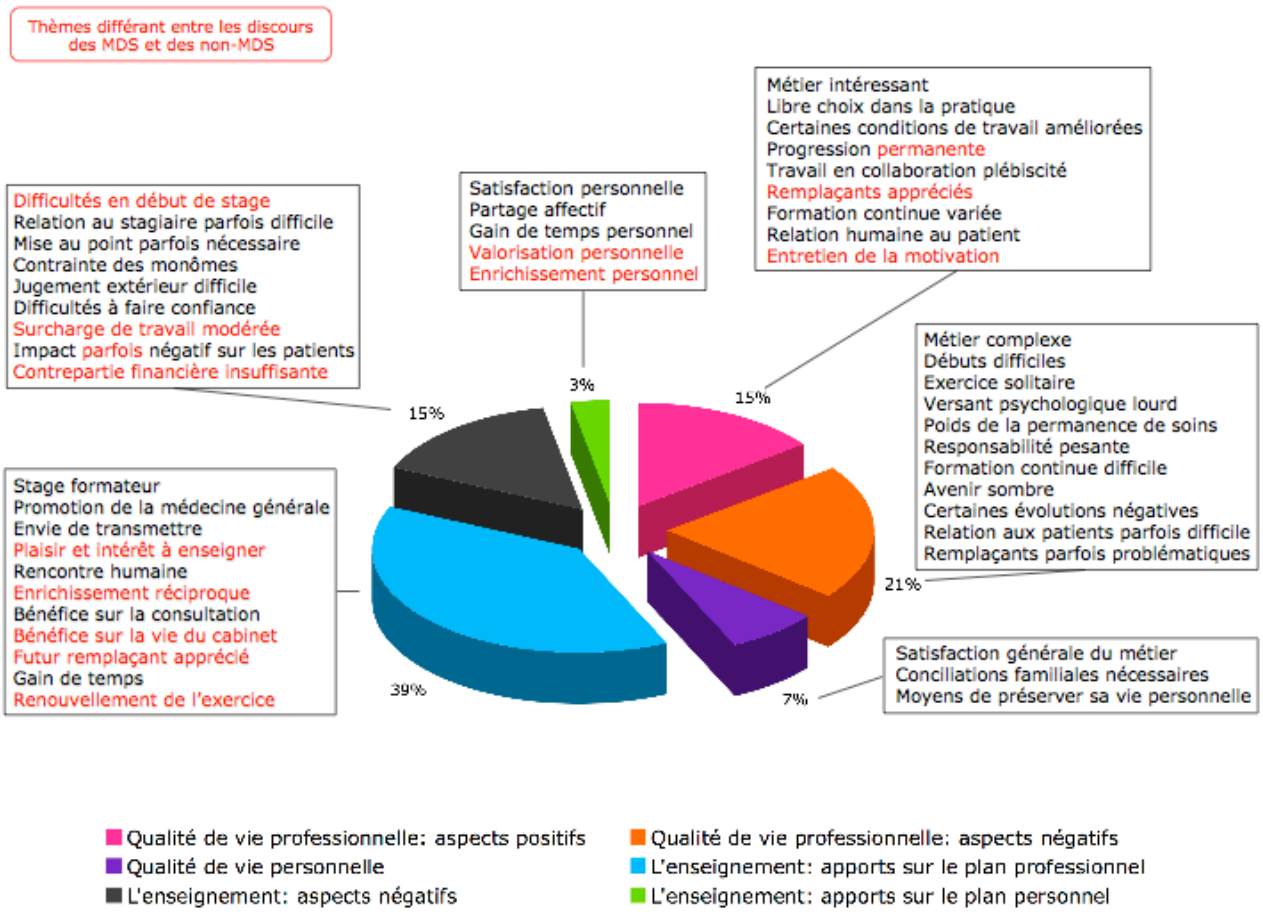
Nous constatons des différences entre les discours des non-maîtres de stage en fonction de leur lieu d'exercice. Les médecins généralistes non-maîtres de stage de zone rurale et semi-rurale n'ont pas abordé les thèmes relatifs à l'enseignement. Le thème des aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle est plus prépondérant chez les médecins de zone rurale et semi-rurale (57% du discours dans le « focus group » 3, contre 34% dans le « focus group » 1).

3.1.2 Les maîtres de stage

3.1.2.1 Analyse thématique du discours de l'ensemble des maîtres de stage

Le graphique n°3 représente le discours de l'ensemble des maîtres de stage et la proportion relative de chacun des six grands thèmes. Les sous-thèmes abordés sont détaillés et matérialisés en rouge, s'ils diffèrent de ceux du discours des non-maîtres de stage.

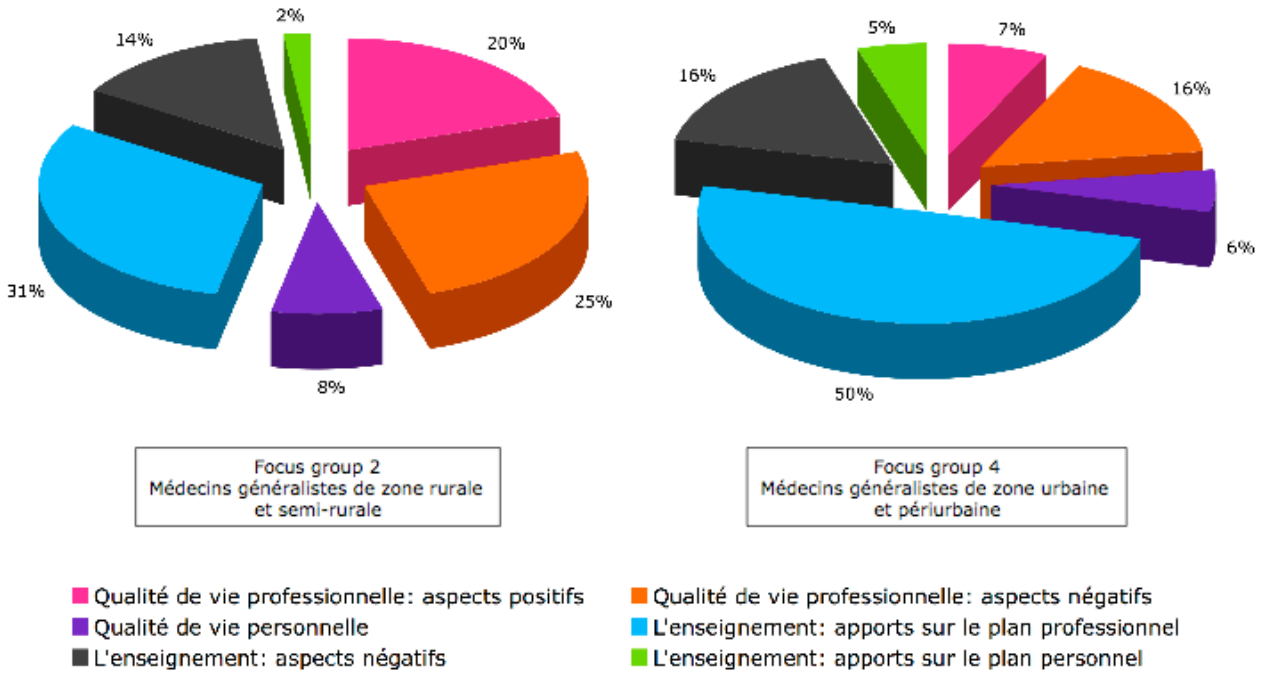
Graphique n°3 : Les maîtres de stage,
production discursive et répartition thématique



Le thème prépondérant chez les maîtres de stage (graphique n°3) concerne les aspects positifs de la maîtrise de stage (39% de la totalité du discours). Les aspects négatifs du métier sont abordés à 21% de l'ensemble du discours.

3.1.2.2 Analyse thématique du discours des maîtres de stage de zone urbaine et de zone rurale

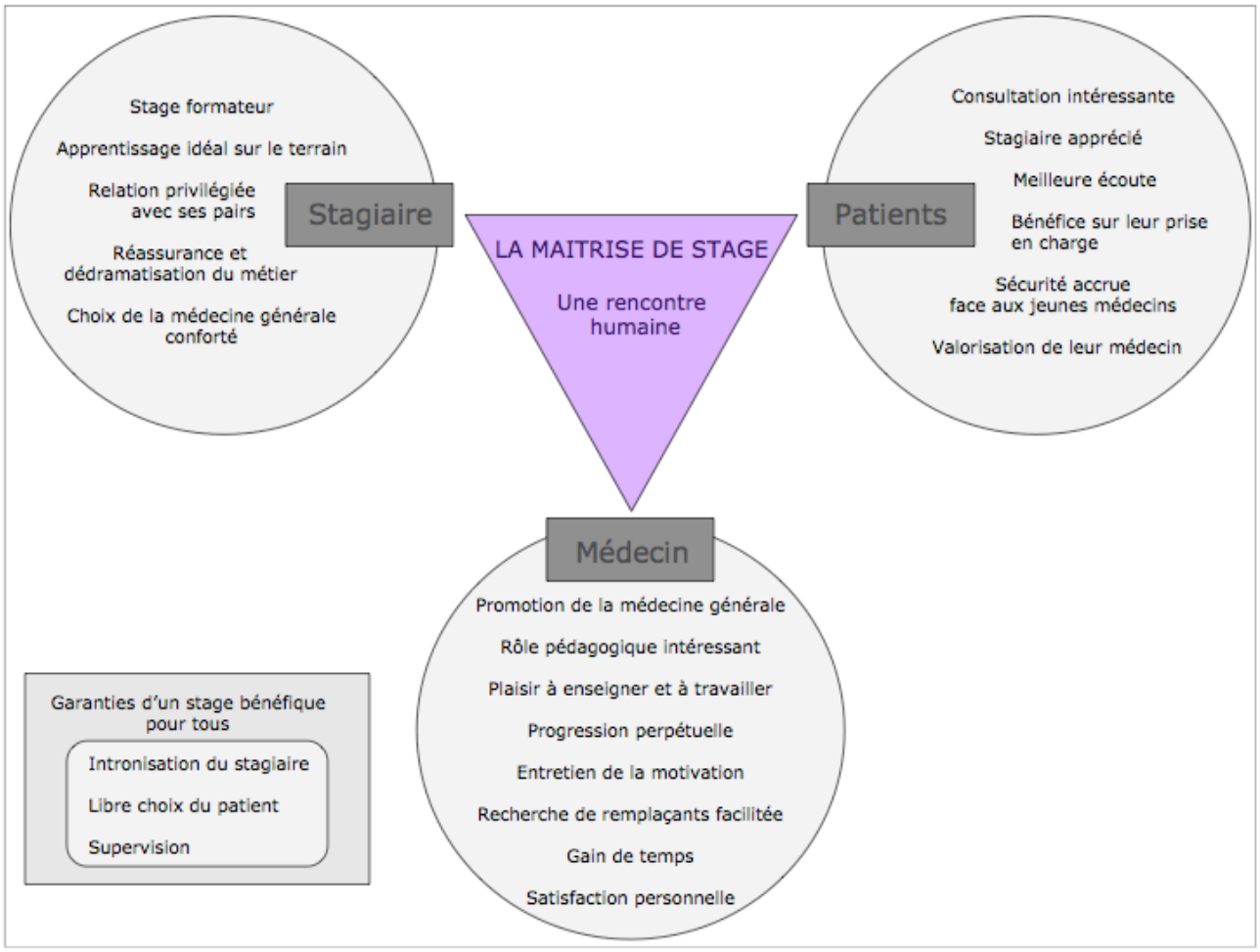
Graphique n°4 : Les maîtres de stage
« Focus group » 2 et 4 :
Production discursive et répartition thématique



Nous constatons des différences entre les discours des médecins généralistes maîtres de stage en fonction de leur lieu d'exercice. Le discours des maîtres de stage de zone urbaine porte essentiellement sur les apports de l'enseignement sur le plan professionnel (50% du discours dans le « focus group » 4, contre 31% du discours dans le « focus group » 2). Les médecins généralistes maîtres de stage de zone rurale abordent de manière plus importante les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle (20% du discours dans le « focus group » 2, contre 7% du discours dans le « focus group » 4), de même que ses aspects négatifs (25% du discours dans le « focus group » 2, contre 16% du discours dans le « focus group » 4).

3.1.2.3 Les bénéfices de l'enseignement exprimés par les maîtres de stage

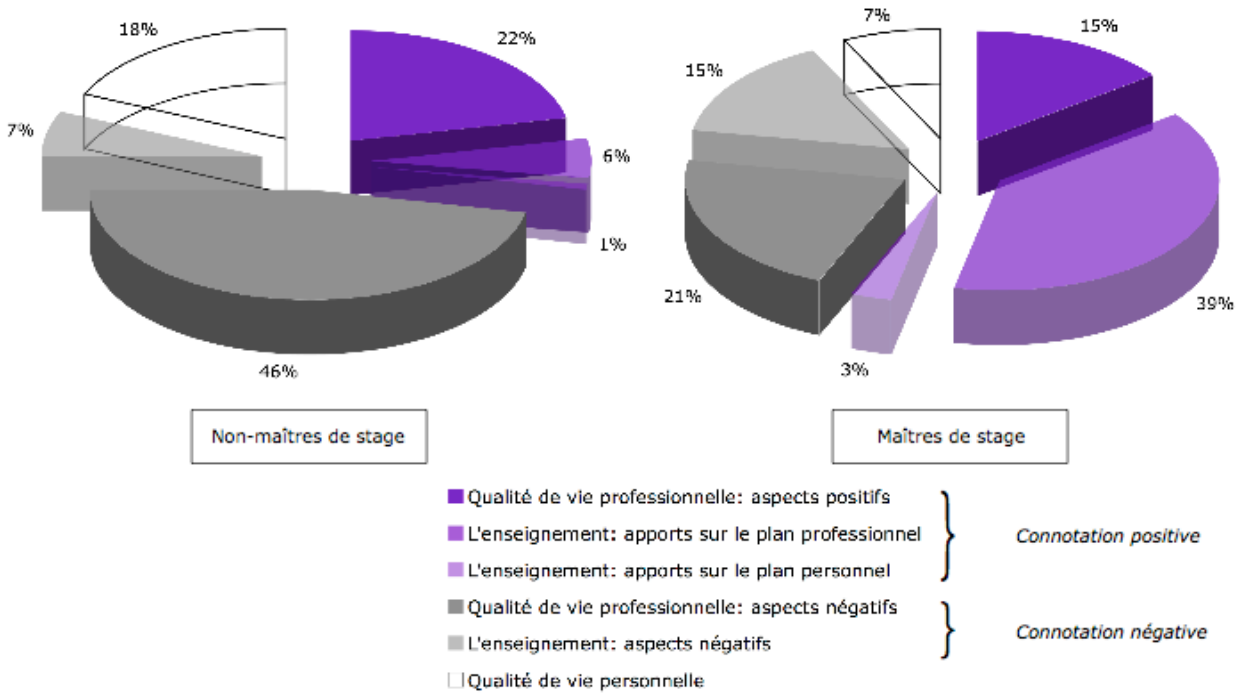
Figure n°1 : La relation triangulaire



La figure n°1 modélise l'ensemble des bénéfices que peuvent personnellement retirer les trois protagonistes de cette relation triangulaire, engendrée par la maîtrise de stage.

3.1.3 Analyse comparative de la connotation des discours selon le facteur « maîtrise de stage »

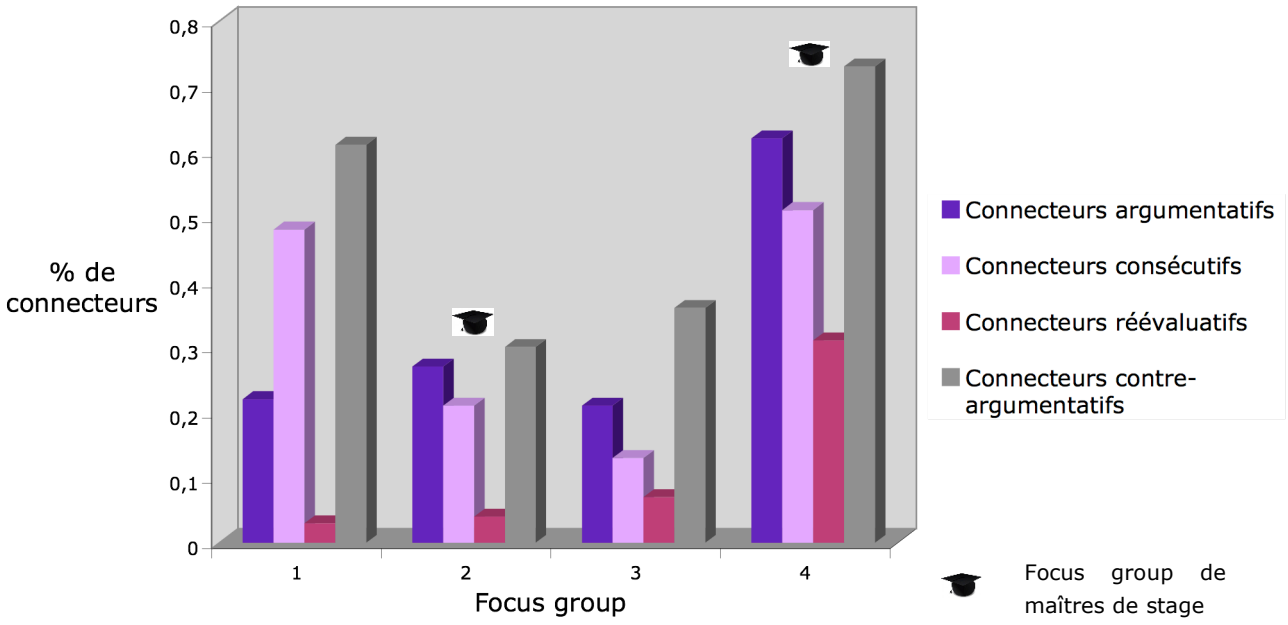
Graphique n°5 : Répartition discursive selon sa connotation positive ou négative



Le graphique n°5 représente la répartition du discours selon sa connotation positive ou négative. Le discours des non-maîtres de stage a une connotation négative à 53% (couleurs grises). Le discours des maîtres de stage a une connotation positive à 57% (couleurs violettes). Nous avons volontairement exclu le thème de la qualité de vie personnelle, car il inclut des propos aux connotations à la fois positive et négative.

3.2 Analyse des connecteurs discursifs

Graphique n°6 : Production et répartition des connecteurs discursifs interactifs des quatre « focus group »
(thématiques qualité de vie professionnelle et personnelle)



Le graphique n°6 représente la proportion des différents connecteurs relatifs aux thèmes de qualité de vie professionnelle et personnelle, dans les différents groupes.

- Dans le premier « focus group », composé de médecins non-maîtres de stage, exerçant en zone urbaine ou périurbaine, on recense :
  - 19 connecteurs argumentatifs (0,22% du discours relatifs aux thématiques qualité de vie professionnelle (aspects positifs et négatifs) et qualité de vie personnelle)
  - 42 connecteurs consécutifs (0,48%)
  - 3 connecteurs réévaluatifs (0,03%)
  - 53 connecteurs contre-argumentatifs (0,61%)

- Dans le deuxième « focus group », composé de médecins maîtres de stage, exerçant en zone rurale ou semi-rurale, on recense :
  - 25 connecteurs argumentatifs (0,27%)
  - 19 connecteurs consécutifs (0,21%)
  - 4 connecteurs réévaluatifs (0,04%)
  - 28 connecteurs contre-argumentatifs (0,30%)

- Dans le troisième « focus group », composé de médecins non-maîtres de stage, exerçant en zone rurale ou semi-rurale, on recense :
  - 28 connecteurs argumentatifs (0,21%)
  - 17 connecteurs consécutifs (0,13%)
  - 9 connecteurs réévaluatifs (0,07%)
  - 48 connecteurs contre-argumentatifs (0,36%)

- Dans le quatrième « focus group », composé de médecins maîtres de stage, exerçant en zone urbaine ou périurbaine, on recense :
  - 22 connecteurs argumentatifs (0,62%)
  - 18 connecteurs consécutifs (0,51%)
  - 11 connecteurs réévaluatifs (0,31%)
  - 26 connecteurs contre-argumentatifs (0,73%)

Les deux groupes de maîtres de stage présentent un discours dont la répartition des connecteurs verbaux est similaire. Celle-ci diffère de la répartition des connecteurs dans les groupes de non-maîtres de stage. Les conditions de production du discours et les interactions au sein des groupes ont donc été différentes selon le facteur « maîtrise de stage ».

- Les deux « focus group » de maîtres de stage (le 2ème et le 4ème sur le graphique n°6) présentent une proportion de connecteurs argumentatifs similaire à celle des connecteurs contre-argumentatifs. Ceci signale des débats équilibrés, en termes d'accord et de désaccord. La principale différence entre ces deux groupes réside dans le nombre de connecteurs réévaluatifs qui est très important dans le quatrième entretien. Dans ce groupe le discours a été productif, car réévalué et repensé ; reflétant ainsi une grande proportion d'élaborations psychiques. Ses membres ont été particulièrement à l'écoute les uns des autres.

- Dans le premier « focus group » (non-maîtres de stage de zone urbaine): Les médecins ont contredit les points de vue qui leur étaient présentés (fort taux de contre-argumentatifs proportionnellement aux argumentatifs). Ils ont très peu remis en cause les propos tenus (peu de réévaluatifs). Mais ils ont apporté beaucoup de conclusions aux déclarations avancées (proportion élevée de consécutifs).

- Dans le troisième « focus group » (non-maîtres de stage de zone rurale): Les médecins ont également contredit les points de vue qui leur étaient présentés, mais de façon moins importante que dans le premier « focus group » (proportion moindre de contre-argumentatifs). Ils ont très peu remis en cause les propos tenus (peu de réévaluatifs) et ils ont apporté moins de conclusions aux déclarations avancées (proportion moindre de consécutifs).

3.3 Analyse clinique focalisée sur les participants

Cette analyse a permis de mettre en évidence deux médecins qui se présentent comme des cas isolés, en comparaison à leurs confrères. Le premier cas est celui d'un médecin non-maître de stage qui présente un syndrome d'épuisement professionnel. Le deuxième cas est celui d'un médecin non-maître de stage qui présente, à l'inverse, une très bonne qualité de vie, indépendamment de la maîtrise de stage. Il est un cas isolé, car il répond à l'ensemble des critères d'une bonne qualité de vie professionnelle (mode d'exercice choisi et apprécié, travail en collaboration, bonne relation avec sa patientèle, formation continue suivie, prise de recul par rapport aux contraintes du métier, moments de repos octroyés de manière suffisante, satisfaction professionnelle et juste équilibre avec une vie personnelle épanouie).

DISCUSSION

1) Validité des résultats

Le sujet de l'étude a été un facteur limitant du recrutement : pour les maîtres de stage qui sont en nombre restreint, notamment dans le sud meusien et pour les non-maîtres de stage qui ne se sentaient pas concernés par le sujet. Cependant, la constitution des groupes reste représentative de la population source, notamment en zone rurale où la majorité des médecins installés et des maîtres de stage sont des hommes (13% de femmes installées en médecine générale en Meuse au 1er janvier 2009[18] et 10% de femmes chez les maîtres de stage de Meuse). La pluralité des approches des méthodes d'analyse a permis d'augmenter la reproductibilité des résultats et d'affiner les conclusions pour gagner en pertinence.

2) Apport des résultats

2.1 Analyse discursive thématique

2.1.1 Analyse comparative des discours selon le facteur « maîtrise de stage » : les similitudes (cf sous-thèmes en noir sur les graphiques n°1 et 3)

Les médecins généralistes, maîtres de stage ou non, s'accordent sur un certain ressenti de leur métier. Ils se déclarent satisfaits d'exercer un métier utile et intéressant, de par sa polyvalence et sa possibilité de progression permanente, grâce à une formation continue variée. La relation humaine aux patients est, pour eux, un point fort inéluctable de la profession. Les médecins reconnaissent certaines améliorations professionnelles qui facilitent leur exercice quotidien. Le travail en collaboration semble accroître le confort des médecins et leur plaisir au travail. La liberté dans l'organisation quotidienne contribue, selon eux, à la satisfaction professionnelle, par la maîtrise de leur outil de travail et son adaptabilité au fil de la carrière.

Les médecins généralistes s'accordent également sur les inconvénients du métier. Celui-ci est reconnu comme difficile, de par la surcharge de travail, les nombreux facteurs de stress, ainsi que la lourde responsabilité à la fois médicolégale et de gestion d'une micro-entreprise. Ils déclarent avoir vécu un début de carrière difficile, notamment devant le manque de formation spécifique à la médecine générale.

L'exercice solitaire entraîne, pour eux, un manque de débriefing, l'installation d'une certaine routine et la restriction des jours d'absences. L'exercice médical semble impacté par les diverses mutations de la société et la dégradation de la relation aux patients, aux exigences accrues. L'ensemble des médecins généralistes relatent des expériences négatives avec certains remplaçants.

Pour tous, des moyens de protection individuels s'imposent, face aux contraintes du métier et à ses éléments stresseurs. D'indéniables conciliations leur paraissent nécessaires entre l'activité professionnelle et la vie personnelle.

Les non-maîtres de stage semblent conscients des possibles avantages de l'enseignement, mais ils expriment cependant certaines craintes, en partie confirmées par les maîtres de stage. Selon eux, l'enseignement ne doit pas être une activité imposée, mais librement consentie et investie. La mission doit être partagée avec d'autres confrères, afin d'en assumer à plusieurs les responsabilités. La relation au stagiaire peut s'avérer parfois difficile, dans la rencontre d'un étudiant aux compétences et à la motivation limitées. Le jugement d'autrui et le partage de son outil de travail en toute confiance sont, pour eux, délicats. L'intervention d'une tierce personne modifie indéniablement la relation duelle médecin-patient, mais ils soulignent que l'impact ne s'avère qu'exceptionnellement négatif.

2.1.2 Analyse comparative des discours selon le facteur « maîtrise de stage » : les différences

Il serait réducteur d'imputer à la seule maîtrise de stage l'ensemble des différences constatées entre les groupes de maîtres de stage et de non-maîtres de stage, car l'analyse est multifactorielle. Nous avons mis en relation les éléments de qualité de vie directement impactés par la maîtrise de stage, soit parce qu'ils ont été clairement exprimés comme tels par les médecins enseignants (paragraphe 2.1.2.1), soit parce qu'ils ont émergé de notre analyse comparative des deux groupes (paragraphe 2.1.2.2).

2.1.2.1 L'enseignement selon les maîtres de stage : une « plus-value » pour les médecins généralistes

D'autres travaux ont déjà étudié le retentissement de l'enseignement sur les patients et les stagiaires[19]. Notre étude s'est consacrée aux médecins (cf sous-thème « médecin » sur la figure n°1).

Pour les maîtres de stage, la fonction d'enseignant offre la possibilité de contribuer à la construction professionnelle d'un étudiant, grâce à divers outils pédagogiques stimulants.

Ils estiment faire découvrir aux étudiants toute la richesse de la spécialité et leur offrir une formation idéale sur le terrain, adaptée à leur exercice futur. Ils pensent promouvoir la médecine générale, en favorisant l'installation des jeunes médecins en plus grand nombre. La maîtrise de stage représente, pour eux, une rencontre professionnelle mais avant tout humaine, empreinte de confiance et d'estime réciproques. Enseigner est un plaisir pour les maîtres de stage qui apprécient les moments de partages et d'échanges mutuels.

Ils considèrent que la présence du stagiaire accroît la qualité de la prise en charge de leurs patients. Ils déclarent en effet bénéficier de cette relation triangulaire, grâce à une consultation jugée intéressante et plaisante, et ainsi appréciée de tous. Cependant, ils précisent certains garants indispensables à un stage bénéfique pour les trois protagonistes: intronisation du stagiaire au sein du cabinet, respect du libre choix du patient de sa présence à la consultation et supervision étroite de l'étudiant.

Lors des phases d'autonomie complète du stagiaire, les maîtres de stage disent bénéficier d'un certain temps libre, pour des activités professionnelles ou personnelles. Ils déclarent que leur recherche de remplaçants est facilitée, grâce à la disponibilité de leurs anciens stagiaires, en qui ils ont confiance. Pour les maîtres de stage, l'enseignement, librement choisi, impose une certaine remise en cause, à l'origine d'un perfectionnement professionnel et d'un enrichissement personnel constants. Elle est, pour eux, source d'une réelle satisfaction, grâce à la valorisation personnelle et à la rénovation de l'exercice quotidien.

2.1.2.2 Les différences constatées imputables à la maîtrise de stage (cf sous-thèmes en rouge sur les graphiques n°1 et 3)

Nous avons constaté des différences entre les qualités de vie des maîtres de stage et des non-maîtres de stage. Celles-ci ont permis de conforter certains arguments avancés par les médecins sur les bénéfices retirés de leur fonction d'enseignant.

Contrairement aux non-maîtres de stage, les maîtres de stage déclarent lutter contre l'appauvrissement de leurs connaissances médicales au cours de la carrière, grâce à l'apport permanent d'un savoir scientifique récent de la part des stagiaires.

Ils estiment que leur faculté de collaboration, dans leur exercice quotidien, a été augmentée par la fonction d'enseignant. De plus, ils expriment un certain degré de détachement par rapport à leur outil de travail, indispensable à un partage serein de leur charge de travail et de leur patientèle.

Ils trouvent que la maîtrise de stage leur permet de combler la carence de communication et d'échange dans le travail quotidien. A l'inverse des non-maîtres de stage, ils disent bénéficier de remplaçants appréciés et de confiance qui facilitent les jours d'absence, accordés alors de manière suffisante. Pour les maîtres de stage, l'enseignement représente une certaine surcharge de travail et sa contrepartie financière reste insuffisante. Cependant, l'aspect financier ne paraît pas déterminant. Il est en effet contre-balancé par les bénéfices de l'enseignement, qui semblent être d'un tout autre ordre.

La maîtrise de stage est, pour les médecins enseignants, un facteur de satisfaction au travail par la reconnaissance, le sentiment d'accomplissement professionnel, le confortement dans leur choix de carrière et le renouvellement permanent de leur exercice. L'analyse comparative des discours montre que l'enseignement semble même réduire la contribution du conjoint dans le travail et limiter le retentissement des difficultés professionnelles sur la vie personnelle du médecin.

2.1.3 Analyse comparative des discours au sein des groupes de maîtres de stage et de non-maîtres de stage, selon leur lieu d'exercice (cf graphiques n° 2 et 4)

Les deux groupes de non-maîtres de stage ont très peu voire pas du tout abordé le sujet de l'enseignement, car il ne fait pas partie de leur exercice quotidien. Les non-maîtres de stage de zone rurale ont exprimé de manière prépondérante les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (57% du discours) par rapport aux non-maîtres de stage de zone urbaine (34% du discours). Les contraintes de l'exercice professionnel semblent ainsi différer selon le lieu d'installation. En zone rurale, elles sont présentées comme plus lourdes, car la pratique des médecins semble être impactée par la crise démographique médicale actuelle, contrairement à celle des médecins de zone urbaine.

Les deux groupes de maîtres de stage ont abordé le thème de l'enseignement de manière majoritaire (57% du discours en zone rurale, 71% en zone urbaine). Les maîtres de stage de zone rurale ont évoqué de manière plus importante les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle, en comparaison à leurs confrères de zone urbaine.

Ceux-ci expriment essentiellement leur qualité de vie professionnelle au travers de la présence du stagiaire qui influence considérablement leur exercice quotidien. A l'inverse, les maîtres de stage de zone rurale signalent d'autres activités qui impactent positivement leur qualité de vie professionnelle.

2.2 Analyse des connecteurs verbaux

Nous avançons plusieurs hypothèses pour expliquer les interactions observées au sein des groupes. Les maîtres de stage ont eu un discours dans l'ensemble similaire, sur les thèmes de la qualité de vie professionnelle et personnelle. A l'inverse, les non-maîtres de stage ont eu un discours qui a pris davantage la forme de débats.

La connotation du discours étant majoritairement positive chez les maîtres de stage (cf graphique n°5), leur qualité de vie semble donc satisfaisante et ils s'accordent tous sur ce sujet. Les médecins enseignants se retrouvent autour d'un état d'esprit commun. Leur ressenti du métier est similaire et leur activité clairement plaisante et satisfaisante, de par la présence du stagiaire qui représente leur dénominateur commun. L'étudiant semble de plus revaloriser la qualité de vie des médecins généralistes de zone rurale, leur permettant d'atteindre un niveau équivalent à celui de leurs confrères de zone urbaine.

La connotation du discours étant majoritairement négative chez les non-maîtres de stage (cf graphique n°5), leur qualité de vie semble donc peu satisfaisante. Le ressenti du métier est cependant différent, car les interactions au sein des groupes ont pris la forme de débats, notamment dans le groupe de non-maîtres de stage de zone urbaine. Pour expliquer cela, nous avançons plusieurs hypothèses :

- Le premier « focus group » a pu être empreint d'un conflit générationnel entre des jeunes installés et des médecins plus âgés. Les pratiques et les aspirations étant différentes, cela a pu entraîner l'expression d'opinions parfois clairement opposées. Une autre hypothèse serait l'existence d'un phénomène marqué de « protection des faces » dans ce groupe.

- Le troisième « focus group » a, quant à lui, été marqué par des interactions d'opposition différentes, pouvant être liées à la présence d'un médecin présentant un syndrome d'épuisement professionnel. Les participants ont exprimé leur désaccord, mais sans conclure réellement (faible taux de consécutifs). Ils ont pu être inhibés par ce discours aux connotations très négatives, qu'ils ont parfois nuancé au travers de reformulations.

2.3 Deux cas isolés

Les deux cas isolés de médecins non-maîtres de stage ne sont pas représentatifs de l'ensemble du groupe : l'un exprime un ressenti révélant un syndrome d'épuisement professionnel, tandis que l'autre relate un vécu répondant à l'ensemble des critères d'une bonne qualité de vie. Ils nous permettent de nuancer nos conclusions. La maîtrise de stage peut être un facteur protecteur de l'épuisement professionnel, sans être cependant l'unique élément contribuant à une bonne qualité de vie professionnelle et personnelle.

3) Perspectives d'évolution

Ce travail pourrait être utilisé comme un outil de recrutement de nouveaux maîtres de stage. Certains médecins généralistes seraient candidats à la maîtrise de stage, mais leur engagement semble freiné par de nombreuses réticences. Nous avons constaté que la plupart de ces craintes sont infondées, tandis que d'autres sont à nuancer. De plus, les inconvénients de l'enseignement ne semblent pas contrebalancer les bénéfices retirés de cette nouvelle fonction. La maîtrise de stage apparaît, en effet, comme un moyen de valoriser l'exercice professionnel et d'améliorer la qualité de vie du médecin généraliste.

Les diverses richesses inhérentes au métier et ses nombreux atouts motivationnels peuvent ainsi être étoffés perpétuellement d'activités annexes émulatrices personnalisées. Une analyse approfondie de sa propre pratique et de ses aspirations les plus profondes s'avère ainsi indispensable, si l'on souhaite prétendre à un renouvellement de son exercice.

CONCLUSION

Ainsi, la présence du stagiaire semble valoriser la qualité de vie des médecins généralistes par un enrichissement réciproque. Les maîtres de stage déclarent bénéficier d'un perfectionnement professionnel et d'une rénovation de leur exercice quotidien, à l'origine d'un sentiment d'accomplissement personnel. Cependant, cette étude qualitative ne permet pas d'affirmer ces conclusions. La preuve pourrait être apportée par une étude complémentaire, démonstrative et prospective, portant sur des nouveaux maîtres de stage. Elle réaliserait une comparaison de leur qualité de vie avant et après l'engagement dans cette fonction d'enseignant, à l'aide d'outils de mesure de qualité de vie psychométriques standardisés.

Remerciements à l'ensemble des médecins pour leur participation à cette étude et leurs interventions riches et variées.

---

[1] Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C, Montaut A. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats 2010 ; 731 : 8p.

[2] Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, Bastiaens H, Duchesnes C, Lynn R, De Maeseneer J, Violet I, Goedhuys J, Soto Rojas V, Paulus D. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? KCE reports 90B. Belgique, 2008. p4-5.

[3] Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine 2008 ; 89-93.

[4] Ambroise-Thomas P. Académie Nationale de Médecine. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Rapport adopté le 10 mai 2011. 4p.

[5] Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie médicale 2005 ; 2 : 98-111.

[6] Labelle J-M. La réciprocité éducative. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. 301p.

[7] Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS ? 99f. Th : Med : Paris : 2010 ; N°2010PA07M004. Disponible à partir de : URL :
< www.bichat-larib.com/publications.../3420_THESE-PORTIER.pdf >

[8] Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors de la consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? 107f. Th : Med : Paris VI : 2002 ; N°2002PA062001. Disponible à partir de : URL :
< http://www.atoute.org/theses_medecine/these_nc/these.htm >

[9] Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand Olivier. Désirs et attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. 2007. 15p. Disponible à partir de : URL :
< www.legeneraliste.fr/PDFs/Autres/2425-etude-827-internes.pdf >

[10] Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. Sociologie du travail 1983 ; 3 : 275-94.

[11] Duchesne S, Haegel F. L'Enquête et ses méthodes : L'Entretien collectif. Paris : Armand Colin, 2009. 126p.

[12] Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. Recherche en médecine générale : S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien de médecine générale 2004 ; 645 : 382-4.

[13] Batt M, Trognon A. Les entretiens cliniques de groupe. Dans : Grossen M, Salazar Orvig A. L'entretien clinique en pratiques: Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène. Paris: Editions Belin, 2006. p67-87.

[14] Duchesne S, Haegel F. L'Enquête et ses méthodes : L'Entretien collectif. Paris : Armand Colin, 2009. p81.

[15] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : PUF, 2011. 291p.

[16] Roulet E, Auchlin A, Moeschler J, Rubattel C, Schelling M. L'articulation du discours en français contemporain. Berne : P. Lang, 1987. p111.

[17] Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne : 1. La présentation de soi. Paris : Minuit, 1973. p23.

[18] Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Atlas de la démographie médicale en région Lorraine. Situation au 1er Janvier 2009. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Lorraine_0.pdf?...1>

[19] Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales 2005 ; 1 : 103-25.

LECTURE BIBLIOGRAPHIQUE

I. LA MEDECINE GENERALE : ETAT DES LIEUX

1. La démographie médicale ? Une situation préoccupante…

a. Une réduction inquiétante de l'offre de soins[2]

La qualité des soins prodigués par notre système de santé est notre préoccupation principale. L'objectif est d'assurer un accès aux soins sur l'ensemble du territoire qui répond aux quatre principaux critères requis : humanité, efficacité, efficience et justice. Cette qualité des soins dépend de plusieurs facteurs plus ou moins maîtrisables. L'un des plus influents est l'offre de soins, directement déterminée par les effectifs en professionnels de santé, et notamment en médecins.

Le nombre de praticiens en activité n'a cessé de croître depuis plusieurs décennies, atteignant son apogée au cours de ces dernières années. Cependant, il semble condamné à diminuer considérablement dans les années à venir, révélant la fameuse pénurie médicale, tant redoutée. L'INSEE[3] projette une réduction progressive de l'effectif des médecins en activité de 10% jusqu'en 2019, alors que la population générale est, à l'inverse, en pleine croissance et vieillissante. Cette population plus âgée, affectée de poly-pathologies lourdes, entraîne une augmentation et une modification de la demande de soins.

Ainsi, la densité médicale, qui rapporte l'effectif de médecins à la population, sera inévitablement inférieure à la situation actuelle. Ces résultats ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire et sont à nuancer du fait des disparités territoriales ; la répartition des médecins étant hétérogène et les besoins médicaux différents selon les régions. Par ailleurs, ces répartitions sembleront évolutives et seront soumises à des modifications majeures jusqu'en 2030. Les régions surdotées actuellement risquent de subir une forte baisse de leur densité médicale, au profit des régions désertées, réduisant ainsi les écarts régionaux.

Ces prévisions se basent sur la démographie actuelle et sur les deux principaux régulateurs réglementés de l'offre de soins : le numerus clausus du concours de Première Année des Etudes de Santé (PAES, ex-PCEM 1), et le nombre de postes offerts à l'issue des ECN (Epreuves Classantes Nationales), en fin de quatrième année du Deuxième cycle des Etudes Médicales (DCEM 4).

Le numerus clausus est fixé par arrêté ministériel depuis 1972, au niveau national, et par faculté. Il reste la base du recrutement des étudiants en médecine. Le nombre de postes ouverts, par spécialité et par subdivision d'affectation, à l'issue des ECN, est quant à lui, fixé annuellement au Journal Officiel. Il constitue un puissant outil de régulation des effectifs de médecins sur le territoire. En effet, il fixe d'une part, le nombre de praticiens formés, par spécialité, en un lieu donné et, d'autre part, il détermine pour la grande majorité des jeunes médecins, leur lieu d'exercice futur, puisque environ 80% d'entre eux débutent leur vie active là où ils ont été formés.[4]

b. Quelles causes à cette évolution ?[5]

La « pénurie » et la désertification médicales annoncées sont le fruit de la conjugaison de plusieurs facteurs.[6]

La durée des études médicales impose un délai conséquent entre le recrutement en fin de première année, régulé par le numerus clausus, et l'obtention du doctorat. Ainsi toute mesure relative au recrutement ne pourra porter ses fruits que bien plus tardivement.

À cela s'ajoutent des installations moins nombreuses et des cessations d'activité croissantes, parfois même anticipées. La population médicale vieillit, les jeunes médecins étant minoritaires. Le corps médical peut se voir ainsi privé d'un certain dynamisme, de l'apport de connaissances nouvelles et d'une protection sociale adéquate pour les aînés à l'âge de la retraite.

Les jeunes médecins sont non seulement minoritaires, mais leurs aspirations ont également évolué[7], à la fois celles des jeunes installés, mais aussi celles des étudiants, futurs médecins généralistes. Cette évolution des espérances suit celle de la société elle-même, notamment en termes d'activité professionnelle et de qualité de vie. Un équilibre sain et épanouissant, entre vie professionnelle et vie privée, est de plus en plus recherché. Le travail hebdomadaire est souhaité moins dense, l'installation est préférée en milieu urbain, dans le but de préserver une certaine qualité de vie.

Cette évolution est marquée par la féminisation croissante de la profession. Les femmes médecins cherchent à concilier au mieux vie professionnelle et obligations familiales. Afin d'harmoniser leurs différents rôles, elles s'orientent vers des activités à temps partiel ou des fonctions salariées, suspendent temporairement leur activité dans le cadre de la maternité, voire arrêtent précocement et définitivement leur exercice.

Mais ces nouvelles aspirations et orientations d'exercice ne concernent pas uniquement les femmes médecins. Les exercices à temps partiel et salarié semblent augmenter d'une manière générale, réduisant ainsi le pool de médecins généralistes disponibles.

De plus, les médecins recensés en médecine générale n'exercent pas forcément la discipline et s'orientent vers d'autres activités comme l'homéopathie, l'acupuncture, ou encore l'angiologie. Les activités de soins sont ainsi de plus en plus délaissées, parfois même au profit de fonctions administratives ou encore industrielles.

A l'ensemble de ces facteurs se surajoute le fait que la médecine générale ne semble plus aussi attirante pour les jeunes générations. Mais pourquoi notre discipline a t-elle ainsi perdu de son charme ?

2. La médecine générale en France ? Une crise des vocations…

a. Le paradoxe d'une image ternie

Le médecin a longtemps été admiré, voire sacralisé, considéré comme maître d'une science fascinante qui repousse perpétuellement les limites de la nature, qui accomplit d'admirables progrès dans les domaines de la connaissance scientifique des maladies, ou développe d'incroyables technicités pour le diagnostic des pathologies et leurs traitements. Le praticien a longtemps été remercié pour son écoute bienveillante, sa proximité et son dévouement.

Mais les temps ont changé. Le médecin généraliste est toujours reconnu comme un maillon central et indispensable du système de soins et le métier garde de son prestige aux yeux de la population générale. Mais paradoxalement, nous assistons actuellement à l'ère du désenchantement à l'égard de la médecine et de ses représentants.

91% des Français ont une bonne opinion de leur médecin généraliste[8], ils lui sont attachés et le trouvent utile à 83%. Le système de soins représente la deuxième préoccupation de la population générale, devancé par l'emploi. Mais un Français sur deux estime que l'image du médecin s'est détériorée depuis une dizaine d'années et considèrent que le système de soins va se dégrader dans les années à venir.

La relation médecin-patient a elle aussi évolué. Le médecin est désormais accessible et peut subir la contradiction. Il est plus facilement remis en cause dans sa pratique, les patients réalisant des recherches sur internet ou dans la documentation médicale pour s'assurer du diagnostic posé ou du traitement prescrit. À l'extrême, peut s'installer une perte de confiance vis-à-vis des soignants, d'où la multiplication des affaires judiciaires impliquant des médecins.

Les praticiens souffrent de cette dégradation de l'image de leur profession :

> *« Au-delà des revendications concernant le niveau de vie, la qualité du travail et l'autonomie, c'est la légitimité même des professions qui est en cause, c'est-à-dire leur reconnaissance au sein du champ médical comme vis-à-vis des usagers et des pouvoirs publics. »* [9]

Ainsi naît le paradoxe : La profession est jugée prestigieuse par la grande majorité de la population et son utilité est unanimement reconnue. Mais le désenchantement persiste et elle demeure peu attractive, puisque seulement 14% des Français envisagent de l'exercer.[10]

b. Une discipline peu attractive

Les institutions internationales placent le médecin généraliste comme l'indispensable pivot central du système de santé actuel. Mais cet enthousiasme pour la médecine de premier recours ne semble pas du tout partagé par les étudiants en médecine qui délaissent cette spécialité au profit des autres disciplines. Les quotas attribués aux ECN ne sont pas remplis. Une proportion non négligeable d'internes de médecine générale s'orientent en effet vers l'hôpital à la fin de leur internat. On assiste même, démunis, à la désinstallation de jeunes médecins généralistes qui quittent la profession après seulement quelques années d'exercice.

Etudiants et médecins sont dans l'ensemble peu charmés… Mais pourquoi si peu d'attirance pour la médecine générale ?[11] Les raisons sont, dans un premier lieu, historiques. La dévalorisation de la médecine générale remonte à l'après guerre. La France est alors en pleine reconstruction, ce sont la recherche et les exploits technologiques qui sont encouragés dans le domaine scientifique. On favorise la technicisation des interventions médicales et la spécialisation des connaissances. On valorise le secteur hospitalier où les spécialistes prennent en charge les maladies nobles et rares, considérées comme les plus gratifiantes. L'approche du généraliste, centrée sur le relationnel, se trouve alors fragilisée voire décrédibilisée par cet essor de la technicisation de la médecine.

A cela s'ajoute la naissance de l'internat en 1984 qui crée dès lors cette fameuse dichotomie des étudiants en médecine, entre spécialistes et généralistes. Jusqu'alors, l'enseignement commun à tous permettait l'obtention du diplôme de médecin généraliste pour tous les étudiants. Chacun se spécialisait ensuite selon ses objectifs de carrière. L'arrivée de l'internat a séparé d'un côté ceux qui choisissaient de passer le concours pour réaliser une spécialité et de l'autre, ceux qui décidaient de ne pas le passer ou qui échouaient au concours et s'orientaient ainsi vers la médecine générale. La discipline a ainsi été assimilée à une logique générale d'échec.

Malgré la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité, en 2002, et la création des ECN, en 2004, la discipline a du mal à être reconnue. Lorsqu'un étudiant déclare qu'il suit des études de médecine générale, il n'est pas rare qu'il s'entende dire : « Et c'est pour faire quelle spécialité ? ». Pourtant, la médecine de premier recours reste un choix désiré par les étudiants, même ceux classés parmi les premiers à l'ECN qui auraient pourtant accès à l'ensemble des spécialités. Elle n'est pas un non-choix ou un choix par défaut, elle est même choisie par les étudiants avant certaines spécialités, comme la psychiatrie ou la médecine du travail.

Les médias véhiculent cette image peu attractive de la médecine générale. Ils ventent les prouesses technologiques et grandes avancées thérapeutiques des spécialistes, qui sont bien évidemment tout à fait louables, mais renforcent ainsi le prestige déjà acquis des différentes spécialités. A l'inverse, ils ne présentent la médecine générale que comme une discipline « en crise » : les médecins généralistes étant confrontés à de nombreuses difficultés pour gérer leurs horaires de travail trop lourds, leur permanence de soins, l'ensemble de leurs tâches administratives, souffrant du manque de reconnaissance de leur profession ou s'inquiétant encore de la pénurie médicale annoncée, notamment en zone rurale.

La mise en place du parcours de soins coordonné, en 2004, visait à placer le médecin généraliste au centre de la prise en charge de son patient, afin qu'il en assure une gestion globale, dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués. La dérive actuelle tient au fait que les patients ne consultent plus leur médecin généraliste pour s'enquérir de son avis dans des domaines spécialisés où il est cependant compétent. Ils consultent maintenant au cabinet pour demander un courrier, dans le but de consulter un spécialiste. Cette tendance est cependant moins présente en milieu rural, où l'éloignement des hôpitaux et des spécialistes, confèrent au médecin généraliste un champ d'activité plus grand.

L'orientation vers des études de médecine est influencée par trois facteurs principaux : l'envie de soigner les autres pour 96%, le goût du contact humain à 89% et la vocation pour 76%[12]. Mais on constate avec dépit que ces penchants humanistes ne suffisent pas à contrebalancer les inconvénients de la discipline qui repoussent grand nombre d'aspirants. Comme justifications sont avancées l'angoisse des concours et la longueur des études, jugées socialement discriminantes.

Mais une fois le risque pris de se lancer dans de telles études, les étudiants en médecine tournent tout de même le dos à la médecine générale au profit des autres spécialités, afin de goûter à une meilleure qualité de vie. Les étudiants restent par ailleurs très influencés par le vécu de leurs études. Leur perception d'une spécialité dépend des valeurs véhiculées au sein des hôpitaux ou des facultés. La médecine générale est ainsi parfois discréditée, sans réelle promotion par les ambassadeurs de celle-ci.

Mais c'est aussi le libéralisme qui effraie. L'installation est une étape abstraite et dramatisée par peur de la relation au patient, de l'erreur diagnostique, d'une gestion administrative lourde, de charges fixes avec des revenus fluctuants, d'une couverture sociale mauvaise et coûteuse. La charge de travail, l'isolement, la difficulté de connaître toutes les spécialités, ou encore les responsabilités, s'ajoutent à des conditions d'exercice qui se dégradent, en raison notamment du consumérisme ou du mésusage médical de la part des patients. D'où un découragement manifeste de la part des futurs médecins qui jugent ces conditions de travail incompatibles avec une vie personnelle épanouie.

c. Et pourtant… quel beau métier !

Quel métier humainement enrichissant que celui de médecin généraliste !

Le médecin généraliste, c'est :

- Le médecin de famille, assurant suivi et soins continus, permettant, au fil des années, l'établissement d'une relation de confiance.
- Le médecin de proximité, du terrain, invité dans l'intimité du domicile, prenant conscience du contexte de vie de ses patients.
- Le médecin témoin, qui partage les naissances, les décès, confident des coups durs et des exploits.
- Un omnipraticien qui soigne du nourrisson à la personne âgée, en passant par la femme enceinte et la personne handicapée ; intervenant dans une grande variété de domaines : la promotion de la santé, la prévention des maladies, la délivrance de soins curatifs ou palliatifs, la gestion de problèmes de santé physiques, psychologiques, sociaux et culturels.
- Un médecin coordinateur qui collabore avec les autres professionnels de santé, pour une prise en charge globale de son patient.
- Exercer un métier intellectuellement enrichissant et stimulant par le raisonnement médical, la variété des domaines côtoyés et l'évolution permanente des connaissances.
- Bénéficier de possibilités d'évolutions en termes de compétences et de carrière, grâce à l'enseignement, l'intégration dans des réseaux de soins [PMI (Protection Maternelle et Infantile), hôpitaux locaux…], l'accès à certaines spécialités (médecine interne, gériatrie, médecine d'urgence…).

La définition de la spécialité médecine générale, à l'échelle européenne, par l'organisation mondiale des médecins généralistes, la WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners*)* dépeint la gamme de couleurs et l'ensemble des nuances et contrastes de la profession:

> *« Les médecins généralistes, médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie.*
>
> *Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté.*
>
> *Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés.*
>
> *Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative ou palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.*
>
> *Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »* [13]

Ce côté enrichissant et épanouissant de la profession est-il méconnu ou ne suffit-il pas actuellement à compenser les différentes contraintes du métier ?

d. Des suggestions pour séduire à nouveau

Si elle souhaite être plus attrayante aux yeux des étudiants, la médecine générale n'aura pas d'autre choix que d'évoluer en tenant compte des divers changements et mutations dont elle est actuellement façonnée, ainsi que des désirs des étudiants d'aujourd'hui, futurs acteurs de la médecine de premier recours de demain.

Nombreuses sont les réflexions sur la crise actuelle de la médecine générale et ses différentes problématiques. Même si les groupes de travaux[14,15,16,17] sont différents, les recommandations et les pistes d'évolutions proposées semblent converger dans le même sens, avec comme but commun, celui de promouvoir l'attraction et susciter des vocations pour la médecine générale.

Des initiatives sont tout d'abord proposées afin d'améliorer les conditions de travail du médecin libéral. Le travail en équipe ou en groupe est favorisé afin de diminuer la perception d'isolement, de faciliter l'organisation du travail, de déléguer certaines tâches notamment administratives, de partager des locaux et des moyens nécessaires à l'activité professionnelle, d'améliorer la permanence de soins et de permettre la confrontation des pratiques professionnelles. L'exercice regroupé semble répondre aux aspirations des professionnels de santé, en termes d'activité professionnelle et de qualité de vie. Il s'avère actuellement indispensable de permettre à l'omnipraticien d'organiser ses activités en ce qui concerne le nombre de malades soignés quotidiennement ou le nombre d'heures travaillées, afin qu'elles soient compatibles avec une vie personnelle épanouie, notamment pour les femmes médecins, en nombre croissant, afin de leur rendre l'exercice de la médecine libérale plus favorable.

Il est ainsi proposé de partager la responsabilité médicale en favorisant la coopération et le partage des diagnostics, tout en limitant au maximum la judiciarisation de la relation médecin-malade.

Parallèlement, la permanence des soins est en cours de réorganisation. L'objectif est de soulager les médecins du stress et de la fatigue occasionnés notamment lors des gardes de nuit, tout en garantissant la continuité des soins, indispensable à la sécurité des patients.

Par ailleurs, des initiatives sont envisagées pour améliorer les conditions financières des médecins libéraux. Des bourses pour les étudiants de milieux défavorisés peuvent être attribuées en plus grand nombre, pour financer ces études longues et coûteuses. La protection sociale des médecins peut être améliorée. Il est aussi proposé de repenser le mode de rémunération, pour valoriser, entre autres, la prévention et le dépistage ; d'aider les installations en zone sous-médicalisées et d'objectiver les différences de revenus avec les autres spécialités, afin d'essayer de les atténuer si elles se confirment.

De nouvelles perspectives de carrière, comme des activités de recherche, peuvent aussi être plébiscitées pour améliorer l'image de la profession.

Parallèlement à toutes ces propositions, il paraît nécessaire de développer la piste de réflexion de la formation en médecine générale, en rénovant l'enseignement médical[18] qui concerne plus particulièrement notre propos, afin de faire découvrir les particularités et les richesses de cette spécialité, tant méconnue des étudiants en médecine.

3. Quelle place pour la formation en médecine générale ?

a. Une base essentielle et déterminante

Il est évident que l'orientation professionnelle des étudiants est impactée par le vécu de leur formation antérieure. Ne connaissant que des stages hospitaliers, en milieu urbain, avec un travail d'équipe où réflexions et responsabilités sont partagées, les étudiants s'orienteront plus facilement vers des conditions de travail similaires, qu'ils connaissent bien et qui les rassurent. Ils ont malheureusement peu de contact avec la médecine générale au cours de leur formation et le peu d'expérience à laquelle ils peuvent goûter s'offre à eux tardivement dans leur cursus. De surcroît, la bonne qualité des stages est bien sûr déterminante dans le choix de leur spécialité. Les étudiants restent ainsi inégalement orientés vers la médecine générale, car la formation actuelle est insuffisante et parfois inadaptée, entraînant une méconnaissance du milieu, source de réticences voire de fuites.

Ainsi, les facultés de médecine jouent un rôle prépondérant dans l'attraction et le recrutement des futurs médecins généralistes, par l'importance de la place donnée à la médecine générale au sein de la faculté, le programme des cours, le nombre de stages de médecine générale proposés ainsi que leur qualité et les modèles d'identification offerts qui influencent largement le choix d'entamer une carrière dans cette discipline. L'originalité de l'activité de médecine générale tient aux conditions pratiques de l'exercice libéral qu'il est indispensable de faire découvrir aux étudiants, dès le début de leurs études, par une formation pratique, sur le terrain. C'est ce que défend la WONCA Europe :

> *« L'interrelation entre les compétences fondamentales requises, les différents champs d'activité (démarche clinique, communication avec les patients, gestion du cabinet) et les dimensions spécifiques à la spécialité (contextuelle relative au patient, comportementale basée sur les valeurs, capacités et l'éthique du médecin, et scientifique) caractérisent la discipline et en soulignent la complexité. C'est cela qu'il faut enseigner et développer dans les programmes de formation. »* [19]

b. Et des initiatives à prendre

À côté de toutes les suggestions proposées précédemment, les initiatives concernant la formation en médecine générale s'avèrent primordiales pour promouvoir l'attraction envers la profession.

Il est indispensable d'améliorer la position et l'image de la médecine générale au sein des facultés de médecine, en lui donnant sa place de spécialité à part entière. Parallèlement, il est nécessaire de développer la quantité et la qualité de l'enseignement et des stages de médecine générale et ce, suffisamment tôt dans le cursus et de manière adaptée, afin de faire découvrir les spécificités de la discipline notamment celles du terrain, en termes de connaissances théoriques et d'aptitudes pratiques.

C'est ce que préconise le Conseil de l'Europe, en définissant les critères indispensables à la formation de base, dès 1977 :

> *« Un tel objectif pédagogique sera difficile à réaliser si le programme est surchargé de points hautement spécialisés. L'apprentissage de faits techniques trop nombreux empêche d'acquérir les compétences nécessaires à la solution des problèmes et attitudes cliniques spécifiques à la médecine générale (…).*
>
> *L'enseignement médical (doit être adapté) aux besoins de la société dans le domaine de la santé (…). L'enseignement sur le terrain par des omnipraticiens demande un rapport numérique enseignants/étudiants tel que ces derniers s'habituent à résoudre des problèmes au lieu d'emmagasiner simplement des faits. »* [20]

Ainsi, pour que les étudiants soient attirés par la carrière d'omnipraticien, il s'avère indispensable que les ressources dans ce secteur, en termes de personnel, de locaux et d'équipements matériels soient suffisants et d'une qualité comparable aux ressources attribuées aux autres branches de la médecine.

La principale ressource nécessaire au développement de la discipline est humaine. En effet, même si les stages de médecine générale restent à développer, ils sont déjà prévus dans les textes de loi, s'étendant du deuxième au troisième cycle des études médicales, de la découverte au perfectionnement de la discipline. Certains stages ont même été rendus obligatoires.

Mais ces dispositions ne sont malheureusement pas toujours appliquées, faute de maîtres de stage agréés. Les départements de médecine générale de certaines facultés présentent de réelles difficultés à recruter des maîtres de stage en nombre suffisant pour répondre à la demande des étudiants. Les facultés de médecine doivent donc disposer de moyens financiers[21] et humains suffisants pour atteindre cet objectif.[22]

Nous constatons ainsi que le développement de la médecine générale passe également par la promotion de la maîtrise de stage auprès des médecins généralistes installés. Pour ce faire, il convient de développer d'une part, l'information des médecins sur le sujet, afin de faciliter la naissance de vocations et d'autre part, de développer leur formation à la maîtrise de stage, afin de permettre l'acquisition des compétences pédagogiques nécessaires à cette nouvelle fonction.

II. LA MAITRISE DE STAGE EN MEDECINE GENERALE

1. Inscription progressive de la médecine générale dans le cursus médical

L'insuffisance d'information et de formation pratique à la médecine générale au cours des études médicales est unanimement reconnue : 83% des internes estiment ne pas avoir été suffisamment sensibilisés à la médecine générale pendant leurs études et même 94% d'entre eux regrettent de ne pas avoir été correctement informés sur l'exercice de cette spécialité[23]. La prise de conscience de cette carence en termes de formation dans le cursus médical a permis de développer différents stages de médecine générale au fil du temps.

Le stage de découverte de la médecine générale, destiné aux étudiants du second cycle des études médicales, est inscrit dans la loi depuis 1997, mais il n'est malheureusement mis en place que bien plus tard, par l'arrêté du 23 Novembre 2006. Il rencontre ensuite de nombreux problèmes de financement, avant de devenir obligatoire en 2008, dès la quatrième année des études médicales. Cependant, cette initiation à la médecine générale de quelques semaines seulement reste, dans la pratique actuelle, le plus souvent optionnelle, faute d'un nombre de maîtres de stage suffisant.

Le troisième cycle des études médicales offre, depuis 1997, la possibilité de réaliser un stage chez le praticien de six mois, au cabinet du médecin généraliste. Ce stage rend alors définitive l'abolition du premier contact avec le métier lors des premiers remplacements ou de l'installation, comme cela a été le cas pendant de nombreuses années.

La médecine générale est ensuite reconnue spécialité, par la loi du 17 janvier 2002. S'ensuit l'apparition des Epreuves Nationales Classantes, en 2004, permettant l'accès au troisième cycle des études médicales, avec la naissance du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale qui valide la fin de l'internat. Ce dernier se compose de six semestres de stage, le sixième semestre apparaissant dans l'arrêté du 19 Octobre 2001.

Cependant, sur la totalité de l'internat, un stage seulement est obligatoire au cabinet du médecin généraliste, c'est le stage chez le praticien. Il est alors le seul stage de médecine générale proposé au cours de l'internat, les autres stages se déroulant en milieu hospitalier.

Un second stage de médecine générale, le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), entrant dans le cadre d'un projet professionnel, devient réalisable au cours de l'internat, avec le texte officiel du 26 avril 2004. Il s'effectue en dernière année. Malheureusement, il n'est accessible qu'à 30% des internes de médecine générale, en raison d'une carence en terrains de stage et en financements.

Ainsi, à l'heure actuelle, malgré tous les progrès réalisés en ce domaine, seulement 30% des futurs médecins généralistes bénéficient d'un an de formation spécifique à leur futur métier, sur un cursus total de neuf années d'études. Des efforts sont ainsi encore à réaliser, surtout si l'on effectue une comparaison avec nos confrères européens qui prévoient, en moyenne, 50% de stages en ambulatoire, sur la totalité du cursus. Les Luxembourgeois vont même plus loin puisqu'ils ne réalisent, à l'inverse de notre système, qu'un seul semestre en milieu hospitalier.

Nous constatons que la formation pratique des étudiants français est quasiment exclusivement hospitalière, entraînant une méconnaissance de la pratique de la médecine générale ainsi qu'un non-choix de la spécialité. Malgré les efforts de développement de stages de sensibilisation à la médecine générale, ceux-ci restent réservés à une faible proportion d'étudiants, faute de terrains de stage disponibles et de médecins agréés pour l'enseignement (les ECA-MSU : Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage Universitaire). Il paraît donc une nouvelle fois indispensable de développer le recrutement des maîtres de stage afin de défendre l'avenir, non seulement de la profession, de la démographie médicale, mais aussi de la santé de la population.

2. Face à la carence de maîtres de stage : le lancement de campagnes de recrutement

Démunis face à ce triste constat de carence de lieux de stage en médecine générale et avec l'objectif de défendre l'avenir de leur profession, étudiants et médecins se mobilisent, afin d'informer l'ensemble du corps médical et de créer des vocations à l'enseignement. Aux côtés du bouche-à-oreille, moyen habituel de recrutement, chacun développe sa propre méthode : du médecin maître de stage qui partage son expérience personnelle, afin de motiver ses confrères[24], au CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), en passant par les DUMG (Départements Universitaires de Médecine Générale)[25] ou les syndicats de médecins généralistes[26] des différentes régions de France qui réalisent études et articles sur le sujet.

L'objectif est commun. D'une part, sensibiliser l'ensemble des médecins au problème de la carence actuelle en maîtres de stage, avec l'espoir que tout le monde se sente concerné. D'autre part, par le partage d'expériences positives, valoriser cette nouvelle fonction, en expliquant tout ce qu'elle peut apporter au médecin en échange de son engagement.

La plus grande mobilisation jamais engagée revient aux structures nationales représentatives des étudiants en médecine (l'ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) et des internes de médecine générale (l'ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale) qui s'engagent conjointement, en septembre 2009, dans une campagne nationale de recrutement des maîtres de stage[27]. Ils réitèrent cette dernière, en mars 2010, une nouvelle fois soutenus par le Ministère de la Santé.

Cette campagne s'est adressée aux 60 000 médecins généralistes de France, dans l'espoir de recruter 5000 maîtres de stage ou ECA-MSU, parmi les praticiens en exercice. En pratique, les médecins ont reçu un courrier leur présentant la maîtrise de stage et l'intérêt de ce compagnonnage pour l'avenir de la spécialité. Des affiches et des prospectus présentant, au verso, une « fiche pratique » de la maîtrise de stage ont été largement distribués, enrichissant cette campagne d'un support visuel. Les résultats ont été encourageants mais malheureusement insuffisants pour pallier le déficit actuel en maîtres de stage.

De nombreux efforts sont ainsi à poursuivre, afin de développer l'information des médecins généralistes concernant l'enseignement. La discussion sur le sujet doit être ouverte, afin de comprendre les raisons du manque d'enthousiasme de certains médecins. Il est notamment nécessaire de prêter une écoute attentive à ceux qui seraient motivés par la maîtrise de stage, mais qui restent réticents à s'engager, en raison de diverses craintes, dont le bien-fondé reste peut-être à prouver.

3. De nombreuses réticences à devenir maître de stage

« ECA ? Non merci ! »[28]. Voilà ce qu'il nous arrive d'entendre lorsque la question de l'enseignement se pose[29]. Mais pourquoi tant de réticences ?

a. « Mes patients vont en pâtir ! »

La première crainte avancée par les médecins réticents à la maîtrise de stage est celle de l'impact éventuel de la présence d'un stagiaire sur leurs patients et l'entrave potentielle de la relation médecin-malade. Ils craignent, par le biais de cette relation triangulaire, d'altérer le colloque singulier qu'ils partagent depuis longtemps avec leurs patients et dont ils connaissent si bien la fragilité. Certains craignent le refus des patients d'être reçus en consultation par l'interne, entraînant un climat d'insatisfaction générale.

D'autres sont inquiets quant au non-respect des horaires de consultations, pouvant entraîner le mécontentement des patients. En effet, le temps pris par l'interne novice, pour la réalisation d'une consultation, sera bien sûr différent de celui du médecin expérimenté. Il sera peut-être plus difficile de tenir le rythme des consultations sur rendez-vous. Quant aux consultations libres, leur débit irrégulier peut être compliqué à gérer et rendre ainsi l'organisation problématique. Les médecins réticents à la maîtrise de stage expriment la crainte que le temps consacré à l'interne, dans le cadre de l'enseignement, se fasse au détriment du temps consacré au patient, dans le cadre de l'activité de soins. Ils ont peur de perdre un certain nombre d'informations au cours de la consultation, le patient n'ayant pas le temps de s'exprimer ou ne bénéficiant pas de toute l'attention nécessaire, si le médecin est accaparé par son rôle d'enseignant.

Tout cela est sous-tendu par la peur, suite à cette nouvelle fonction de maître de stage, de la perte définitive de certains patients qui pourraient, par mécontentement, aller jusqu'à la rupture de la relation.

b. « L'interne y trouvera-t-il son compte ? »

L'inquiétude concernant l'insatisfaction éventuelle de l'étudiant est présente. Les médecins s'imaginent devoir confronter l'interne à l'ensemble du panel de situations qu'offre la médecine générale, s'obligeant à ne devoir présenter que des cas intéressants.

Cette exigence est alors angoissante, car pour beaucoup le quotidien n'est pas toujours intéressant. Les aspects négatifs de la profession prennent parfois le dessus et empêchent ainsi de voir l'intérêt de transmettre une telle pratique. On assiste ainsi à une dévalorisation du métier et à une certaine lassitude devant les pressions exercées de toutes parts, le manque de reconnaissance, et la surcharge de travail… tableau à dépeindre aux futurs médecins, considéré comme peu glorieux.

Certains praticiens craignent également que le stagiaire ait du mal à s'intégrer au fonctionnement du cabinet, que cela concerne la collaboration avec les collègues ou les secrétaires ou encore l'organisation pratique, notamment en termes d'horaires de consultations parfois tardifs.

c. « Je ne serai pas à la hauteur ! »

La plupart des médecins généralistes actuellement installés n'ont pas eu la chance de bénéficier de stages ambulatoires au cabinet médical. N'ayant pas de vécu personnel d'une telle expérience, ils parviennent difficilement à mesurer tout l'intérêt d'un tel stage et se représentent avec inquiétude les modalités pratiques qui en découlent.

Ils craignent d'être mis à nu dans leur pratique et redoutent le jugement de l'interne. Ils ont en effet du mal à se positionner face à ce médecin-étudiant, encore novice dans certains domaines, qu'il faut observer et former, afin de le faire progresser et ce médecin-confrère qui possède déjà une expérience et un bagage de compétences certains, le rendant ainsi apte à critiquer la pratique de son aîné.

Certains s'effraient de devoir s'imposer un niveau de connaissances élevé, ainsi qu'une nouvelle compétence en pédagogie.

Beaucoup se représentent le maître de stage « idéal » auquel ils ont peur de ne pas correspondre. Ils l'imaginent omnipraticien, pratiquant dans un cabinet spacieux, un certain nombre d'actes journaliers, représentant au maximum l'ensemble des situations rencontrées en médecine générale, avec la possibilité d'analyser chaque consultation, sans trop allonger leur journée de travail.

d. « Quelles contraintes ! »

Les conséquences de la maîtrise de stage sur l'exercice quotidien, en termes de contraintes, freinent l'engagement dans l'enseignement.

Les médecins redoutent que la durée de la consultation soit allongée, de même que le temps de travail quotidien, de par cette nouvelle fonction qui apporte une charge de travail supplémentaire, à la fois pratique et administrative. Ils pensent perdre du temps à verbaliser un raisonnement qu'ils font habituellement de manière automatique et donc efficace.

Certains craignent de perdre leur liberté d'organisation et de gestion de leur emploi du temps, l'exercice n'étant plus solitaire.

Les contraintes matérielles et financières sont également avancées avec, entre autres, l'impossibilité d'accueillir un étudiant lorsque les locaux sont inadaptés. La rémunération de la fonction d'enseignant est considérée comme dérisoire, mais c'est plutôt la crainte d'une perte financière potentielle qui les inquiète.

4. Des craintes infondées ?

Toutes ces craintes précédemment citées sont entendues et légitimes, mais qu'en est-il de leur bien-fondé ? Plusieurs études ont été réalisées afin de recueillir objectivement, d'une part, le ressenti des patients face au stagiaire et, d'autre part, les attentes réelles des internes au cours de leur stage au cabinet.

L'objectif était de mesurer le degré de satisfaction de ces deux intervenants de la relation triangulaire, principales sources d'inquiétude pour le médecin généraliste maître de stage dont l'objectif est de combler les attentes à la fois de ses patients et de ses stagiaires.

a. Perceptions des patients

95% des patients estiment que le stage chez le praticien est une bonne initiative. Ils sont, d'une part, persuadés de la valeur pédagogique de ce stage pratique. D'autre part, ils ont le sentiment que la présence de l'étudiant a un impact positif sur la consultation. En effet, ils estiment retirer un bénéfice de la présence du stagiaire par une meilleure écoute de leurs doléances, une étude plus approfondie de leur problème médical, sur lequel ils bénéficient d'un deuxième avis. Enfin, ils se réjouissent d'obtenir des explications plus nombreuses et plus détaillées sur leur diagnostic ou leur traitement, en profitant de l'enseignement délivré par leur médecin au stagiaire.

La totalité des études réalisées sur le sujet se rejoignent sur le fait que le stagiaire est très bien accepté par les patients dans la grande majorité des cas. Il bénéficie spontanément d'un capital sympathie qu'il convient de préserver en respectant certaines règles qui permettent de faciliter son acceptation au sein de la consultation :

- Il est tout d'abord recommandé, lors de la prise de rendez-vous, d'informer le patient de la présence du stagiaire aux côtés de leur médecin généraliste, en leur laissant le libre choix de refuser la consultation à trois. Il est en effet indispensable de réserver au patient la possibilité de se confier à son médecin en toute intimité.
- La manière dont le stagiaire est intronisé dans la consultation par le médecin favorisera son acceptabilité, notamment s'il est présenté comme un « docteur », « un jeune docteur » ou « un docteur étudiant ». Le titre de docteur rassure les patients sur les compétences du stagiaire dont ils pourront ainsi attendre un conseil avisé, similaire à celui de leur médecin. Ils feront plus facilement confiance à l'étudiant et se sentiront en toute sécurité, si leur médecin témoigne lui-même au stagiaire toute sa confiance. Les patients sont favorables à une présence active de l'étudiant dans leur prise en charge médicale plutôt qu'une présence passive et spectatrice dont ils sont plutôt gênés.

- Le stagiaire sera d'autant plus accepté par les patients qu'il est encadré par le médecin maître de stage qui supervise son raisonnement et ses actes, de manière directe ou indirecte. Par contre, plus le motif de consultation sera intime pour le patient, notamment dans le cadre de problèmes psychologiques ou gynécologiques, moins le stagiaire sera accepté de manière systématique.

Cependant, la réticence des patients s'amenuise au fil des consultations réalisées avec le stagiaire, si l'expérience précédente a été positive, et ce quels que soient les motifs de consultation. Une relation de confiance s'instaure progressivement. Malheureusement, celle-ci peut se heurter à un phénomène de saturation, la présence du stagiaire pouvant être ressentie comme pesante au-delà d'un certain nombre de consultations ; d'où la nécessité du libre choix.

Une personne sur dix seulement quittera le cabinet sans avoir exprimé l'ensemble de ses problèmes.

La présence du stagiaire entraîne peu de modification de la relation médecin-malade ou, en tout cas, beaucoup moins que l'on pourrait le penser. Dans une étude parisienne[30] sur le sujet, environ 10% des patients considèrent que la présence du stagiaire est susceptible d'induire une rupture de la relation médecin-malade mais ce, quelle que soit l'attitude du stagiaire ou du médecin. A l'inverse, 81% des patients estiment que l'image qu'ils se faisaient de leur médecin n'a pas été modifiée par la présence du stagiaire, car il semble qu'elle était déjà excellente. Si la relation est modifiée, elle est améliorée plus qu'elle n'est altérée ; si l'image du médecin a changé, 15 fois sur 16, c'est en mieux !

L'image du médecin est en effet valorisée auprès des patients grâce à la maîtrise de stage : 9 personnes sur 10 apprécient le fait que leur médecin soit maître de stage. Pour la plupart des patients, cette fonction d'enseignement renforce la confiance en leur médecin.

Les contraintes subies par les patients sont clairement surestimées par les praticiens. En effet, une étude[31] a réalisé une comparaison entre l'opinion des patients de médecins maîtres de stage et non-maîtres de stage et l'avis de leur médecin respectif, afin de déterminer si celui-ci minimise ou majore la gêne de ses patients concernant la présence d'un stagiaire, réelle ou supposée :

- 83% des patients n'ayant jamais consulté leur médecin en présence d'un stagiaire supposent qu'ils ne seraient pas ou peu gênés si cela se produisait. Tandis que 100% des patients, ayant déjà consultés leur médecin en présence d'un étudiant, déclarent n'être que peu ou pas gênés du tout par cette relation triangulaire.
- Par ailleurs, plus de 90% des patients ne souhaitent pas changer de médecin généraliste, que leur médecin soit ou non maître de stage. Cette fonction n'influence donc pas significativement de possibles ruptures de la relation médecin-malade.

b. Désirs et attentes des internes

Les internes sont demandeurs de stages en ambulatoire[32], convaincus qu'ils représentent la formation la plus adaptée à leur exercice futur. C'est cette mise en situation concrète qui leur permet de mettre en pratique leurs connaissances théoriques, emmagasinées au fil des études médicales. Ils souhaitent ainsi acquérir une réelle compétence en médecine générale par l'enrichissement de leurs connaissances de pathologies, de gestes pratiques et d'une approche relationnelle, non enseignées jusqu'alors au cours de leur cursus médical. C'est la confrontation aux réalités du terrain qui seule permet de découvrir toute la complexité et la diversité de la médecine générale.

L'apprentissage au cabinet est pour eux le lieu d'un partage et de confrontations de pratiques, rendus possibles grâce à une relation privilégiée avec leur maître de stage. Les internes sont attachés à cette transmission de connaissances par leurs pairs. Ils bénéficient de l'expérience de plusieurs médecins auxquels ils peuvent s'identifier. Ils peuvent ainsi s'inspirer de ces pratiques variées qu'ils leur sont présentées, afin de construire leur propre identité professionnelle[33].

Ils désirent découvrir les particularités de la relation médecin-patient en ambulatoire, impliquant un patient indépendant, dénué des contraintes du milieu hospitalier, libre d'accepter ou de refuser la prise en charge proposée.

A cela s'ajoute la découverte du monde libéral, avec l'apprentissage de la collaboration avec les autres spécialités ou encore de la gestion du cabinet.

Les internes souhaitent acquérir progressivement leur entière autonomie dans la prise en charge des patients et la gestion des problématiques du cabinet, afin de pouvoir évoluer en douceur vers le remplacement et ainsi diminuer les différentes angoisses engendrées par ce statut.

Par ailleurs, les étudiants perçoivent les stages ambulatoires comme un lieu propice à la réalisation de travaux de recherche, par le foisonnement de sujets de médecine générale à disposition et la prolongation de la collaboration avec le maître de stage, celui-ci devenant directeur d'un travail de mémoire ou de thèse.

Les inconvénients potentiels du stage exprimés par les internes sont peu nombreux. Ils concernent les contraintes géographiques lorsque le terrain de stage s'avère trop éloigné de leur lieu d'habitation. Mais cet inconvénient n'est plus un obstacle lorsque la supervision au cours du stage est de bonne qualité et que le bénéfice retiré, grâce à la diversité des modes d'exercice, est suffisant pour compenser ce désagrément. La deuxième réticence exprimée par les internes concerne la peur d'un manque d'encadrement, avec une supervision insuffisante de la part d'un maître de stage peu présent et difficilement joignable lors des difficultés. Ainsi peut naître un sentiment d'exploitation de la part du praticien, l'étudiant devant réaliser le travail, livré à lui-même, sans soutien ni encadrement suffisants. Les étudiants ont simplement besoin d'être guidés et encadrés au cours de leur stage, ceci impliquant une certaine disponibilité de l'enseignant. Il doit être à même de répondre à leurs questionnements et inquiétudes, au moment où ils en ont besoin.

Les internes attendent que leur statut de novice soit pris en compte. En effet, l'étudiant est bien novice par rapport aux patients, au cabinet, au contexte de la pratique ambulatoire. Cela nécessite une grande capacité d'adaptation et génère beaucoup d'angoisse, à laquelle s'ajoutent de nombreuses craintes, comme la peur de ne pas faire le bon diagnostic, la peur du jugement, l'impression de ne pas être à la hauteur… L'interne a le plus souvent le sentiment de ne rien maîtriser. Il pense qu'une grande partie du savoir lui échappe. Il est ainsi en surcharge cognitive permanente, car il ne possède pas l'expérience suffisante qui lui permettrait de se centrer uniquement sur les problématiques prioritaires. Au départ, tout lui pose problème. La gestion du temps est très difficile à maîtriser et beaucoup d'énergie est alors dépensée.

L'interne a ainsi besoin d'être compris et guidé dans cette nouvelle expérience où de nombreuses choses sont à découvrir et à construire. Cela nécessite une écoute attentive et bienveillante, ainsi qu'une certaine implication et adaptation du maître de stage aux différentes étapes de sa progression.

Les étudiants attendent de leur maître de stage un certain degré d'expertise clinique, leur permettant l'accès à un raisonnement performant, ainsi qu'une certaine habileté à l'enseignement, permettant des échanges et une communication efficace, en impliquant l'étudiant de manière active et non menaçante. Mais ce que les internes recherchent avant tout, ce n'est pas l'excellence professionnelle, ce sont des qualités personnelles d'enthousiasme par rapport à la profession et à l'enseignement, de compassion et d'intégrité.

Ainsi, le stage en ambulatoire, au cabinet du médecin généraliste, est particulièrement plébiscité par les étudiants, car il semble répondre à la plupart de leurs attentes.[34] Ils se voient familiarisés avec ce nouveau mode d'exercice. Ils prennent précocement conscience des difficultés du métier et sont rassurés face aux remplacements, alors considérablement dédramatisés. Le risque que les patients subissent l'inexpérience d'un jeune médecin, comme cela a pu être le cas, est ainsi minimisé. A l'issue de ce stage, les internes sont plus nombreux à être confortés dans leur choix de spécialité, là où le doute pouvait éventuellement persister avant cette expérience.

c. Compétences requises[35]

L'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) a défini un certain nombre de critères auxquels les médecins doivent répondre s'ils souhaitent devenir maître de stage :

- Ils doivent posséder une expérience suffisante en médecine générale. Pour cela, ils doivent exercer, depuis au moins 3 ans, un exercice majoritaire en médecine générale.
- Ils doivent incarner un modèle médical et professionnel de haut niveau. Ainsi, ils doivent se maintenir informés des recommandations les plus récentes, en suivant des programmes de FMC (Formation Médicale Continue), en participant à des groupes de pairs et en se documentant personnellement, grâce à la presse médicale.
- Ils doivent être capables d'intégrer les facteurs socio-économiques et psycho-émotionnels dans leur démarche médicale.
- Ils doivent également promouvoir la recherche en médecine générale et y participer.
- Ils doivent pouvoir faire preuve d'exemple en termes d'organisation et de gestion du cabinet.
- Ils doivent pouvoir partager leur expérience de travail en commun avec des paramédicaux, d'autres spécialistes, ainsi que des réseaux de soins.

Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a, quant à lui, ciblé quinze compétences génériques requises, détaillées dans le tableau ci-après.

- Prendre en charge un problème de santé non différencié
- Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage
- Etablir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée
- Prendre une décision fondée sur les données actuelles de la science, adaptée aux besoins et à la situation, négociée avec et acceptée par le patient, et acceptable pour le médecin
- Prendre une décision en contexte d'urgence
- Savoir réaliser les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire
- Entreprendre et participer à des actions de prévention et de santé publique
- Éduquer le patient à la gestion de son capital santé
- Travailler en équipe et/ou en réseau
- Assurer la continuité des soins pour tous les types de patients
- Appliquer les textes réglementaires en tenant compte des principes éthiques
- Assurer la gestion administrative, financière, humaine, structurelle de l'entreprise médicale
- Choisir, organiser et tenir le dossier médical dans toutes ses fonctions
- Organiser et maintenir sa formation continue professionnelle
- Évaluer sa pratique

Ainsi, nous faisons l'heureux constat que la grande majorité des inquiétudes et craintes exprimées face à la maîtrise de stage sont infondées.

La lassitude et le découragement général biaisent l'image du métier, par les médecins eux-mêmes, qui vont parfois jusqu'à autodéprécier leur profession.

De plus, les élans de motivation naissants chez certains médecins généralistes se voient parasités par cette multitude de représentations négatives, parfois erronées, concernant le rôle du maître de stage, les contraintes pratiques du stage, les attentes des étudiants, le ressenti des patients ou encore cette nouvelle conception de la consultation médicale qui devient alors lieu d'apprentissage.

5. En pratique, comment devenir maître de stage ?

Les craintes dissipées et la présence du stagiaire au cabinet démystifiée, des vocations à la maîtrise de stage peuvent ainsi naître. Pour que l'engagement soit effectif, il convient simplement de remplir quelques formalités.

L'information sur le stage ambulatoire étant insuffisante, le CNGE met à disposition des médecins généralistes, depuis plusieurs années, une série de trois fascicules[36,37,38] qui se présentent comme des guides pratiques de l'ECA. Ils ont pour fonction de répondre, de manière simple et ludique, aux différentes questions que chacun se pose sur la maîtrise de stage, expliquant ainsi la fonction de l'ECA et les différentes modalités pratiques du stage.

a. Quelques démarches à accomplir

Pour devenir maître de stage, le médecin doit pouvoir faire preuve d'un avis favorable du Conseil de l'Ordre des médecins, des organismes de formation continue, du département de médecine générale et du conseil de faculté.

Pour ce faire, le médecin demandeur doit réaliser une lettre de motivation ainsi qu'une demande d'agrément. Celle-ci consiste en un formulaire qui détaille les données administratives du médecin, son ancienneté d'exercice de la médecine générale ainsi que ses différentes formations réalisées jusqu'alors, qui permettent d'apprécier ses compétences, aptitudes et critères de qualification, dont il faut joindre les pièces justificatives.

L'agrément est assuré par le DUMG, validé par le conseil de la faculté, délivré par l'ARS (Agence Régionale de Santé), lors de la commission annuelle d'agrément. Il est attribué pour un an s'il manque certains éléments du dossier, sinon il est donné pour cinq ans, renouvelé par tacite reconduction. Il peut être à tout moment suspendu voire supprimé, en cas de non respect de la charte des ECA.

Pour chaque stage, le médecin est lié à la faculté par une convention tripartite signée en parallèle par l'étudiant et la faculté.

Le médecin doit par ailleurs prévenir son assurance professionnelle de son activité d'enseignant et de l'accueil d'un stagiaire dans son cabinet.

b. Parfaire sa formation

Les modalités de formation et d'évaluation des ECA et des étudiants sont propres à chaque faculté, même s'il existe actuellement un effort d'harmonisation dans le cadre du DES de médecine générale.

Les différentes formations proposées par le CNGE[39] visent à donner un bagage scientifique et pédagogique commun à l'ensemble des maîtres de stage. Aux côtés des formations sur les soins et la recherche, se trouvent abordées de nombreuses thématiques relatives à la pédagogie et aux différents stages de médecine générale proposés aux étudiants. Ces formations théoriques ou pratiques, par le biais de groupes de travail, offrent la possibilité de se former ou de se perfectionner à la maîtrise de stage.

Des revues de pédagogie sont également à disposition des médecins.

Par ailleurs, le partage d'expériences de la maîtrise de stage et de cette relation pédagogique si particulière, entre confrères enseignants, mais aussi avec les étudiants, peut s'avérer également formateur et enrichissant.

III. LA RELATION EDUCATIVE

> *« La relation éducative est l'ensemble des rapports sociaux qui s'établissent entre l'éducateur et ceux qu'il éduque, pour aller vers des objectifs éducatifs, dans une structure institutionnelle donnée, rapports qui possèdent des caractéristiques cognitives et affectives identifiables, qui ont un déroulement et vivent une histoire. »* [40]

Marcel Postic. La relation éducative.

L'éducation se distingue de la pédagogie par le fait qu'elle ne se réduit pas aux aspects relationnels du simple apprentissage, mais qu'elle englobe l'ensemble du processus de développement de la personne vers son autonomie sur les différents plans physique, intellectuel, moral et affectif. Ce processus se poursuit à l'âge adulte puisqu'il est éternellement remis en cause, étant ainsi en perpétuelle évolution, jusqu'à la mort.

1. Bases de l'enseignement et de l'éducation

a. L'évolution de l'enseignement et de l'éducation au fil des siècles[41]

L'enseignement a subi les diverses mutations dont a été marquée l'histoire, qu'elles soient d'ordre technique, économique, sociale, juridique ou encore démographique, lui imposant une nécessaire évolution de pensée et d'action.

Dans la Haute Antiquité, en Egypte et en Mésopotamie, la connaissance est considérée comme une accumulation de savoirs transmis du maître à l'élève, celui-ci devenant maître à son tour lorsqu'il a reçu et intégré la totalité des connaissances universelles et immuables.

Dans le domaine médical, Hippocrate, illustre médecin grec, père de la médecine, fonde l'école de médecine hippocratique. Il adjoint alors, aux connaissances médicales des écoles précédentes, des règles éthiques pour les médecins, au travers notamment du serment d'Hippocrate.

C'est à la Renaissance, sous l'impact des réformes et des grandes découvertes que les idées sur l'éducation se voient renouvelées, sous l'influence des deux grandes doctrines éducatives de l'époque : le courant encyclopédique de Rabelais, dans lequel le maître doit tout savoir, afin de tout apprendre à l'élève et le courant humaniste ou littéraire d'Erasme qui s'intéresse plus particulièrement à l'enfance, car il estime que c'est par une enfance bien éduquée que l'on prépare l'accès à l'âge adulte et notamment à la raison.

C'est au XVIIème siècle que naît la pédagogie, sous l'influence de la Réforme amorcée par Luther et la riposte catholique, associée à une réflexion morale sur l'enfance et l'utilité de la scolarisation dans l'ordre social.

La philosophie des Lumières, au XVIIIème siècle, étoffe la réflexion pédagogique, en révélant la pensée éducative de Jean-Jacques Rousseau. Celui-ci privilégie les méthodes sensitives, intuitives et actives, insistant sur la nécessité de mobiliser l'intérêt de l'enfant lors de l'apprentissage.

La fin du XIXème et le début du XXème siècle marquent le passage de la pédagogie traditionnelle à la pédagogie nouvelle. L'enfant est alors placé au centre des préoccupations, s'opposant ainsi à une pédagogie axée sur le maître et les contenus à transmettre.

Ainsi naît la science de l'éducation qui met en relation deux conceptions complémentaires de l'enseignement: l'art d'enseigner avec talent et subjectivité, basé sur l'expérience, et la science de l'enseignement qui s'appuie sur des règles de conduite et des pratiques généralisables. Cette science de l'éducation respecte les conditions de développement de l'enfant et intègre alors sa dimension spirituelle, considérant ainsi toute la psychologie de l'apprentissage.

b. Les bases émotionnelles de l'apprentissage

A la fin du XIXème siècle, le physiologiste Ivan Petrovitch Pavlov met en évidence le réflexe conditionné, utilisé par la suite par de nombreux chercheurs dans le domaine de l'apprentissage et conduisant au concept de « conditionnement opérant ». L'apprentissage se fait alors par la modification des comportements du sujet apprenant, sous l'effet de stimuli, en provenance de son environnement. La réponse attendue est récompensée, tandis que les autres sont pénalisées. Pavlov développe ainsi la théorie selon laquelle les réactions acquises par apprentissage et habitude deviennent des réflexes, lorsque le cerveau établit un lien entre le stimulus et l'action qui suit. Mais cette approche behavioriste ne s'avère valide que pour l'acquisition de procédures stéréotypées, destinées à être mises en œuvre dans des conditions strictement identiques à celles de l'apprentissage, selon des réflexes conditionnés par le cerveau, excluant ainsi toute implication de l'affect et de la raison dans l'apprentissage.

C'est le célèbre philosophe allemand Emmanuel Kant qui révèle, parmi les premiers, au XVIIIème siècle, le rôle essentiel des sens dans l'apprentissage. Il affirme la place centrale de la raison, de la pensée, de la conscience et des émotions dans la structuration de nos connaissances, par l'interprétation des messages reçus lors des enseignements et leur intégration. L'émotion est partie intégrante de l'intelligence et l'élément essentiel de sa construction. La capacité à apprendre repose en effet sur la vie affective. Le chemin de l'apprentissage est long et parsemé d'obstacles, sources d'incertitudes, de doutes, d'angoisses, d'échecs et de réussites, de joies, de découragements et d'espoirs. Que d'émotions qui rythment le parcours et déterminent le développement intellectuel ! Ce sont notamment les interactions avec les adultes qui apprennent à l'enfant ce que sont l'intérêt, l'engagement envers les autres et la communication, bases essentielles de l'apprentissage. Ces capacités sont déterminées par l'attention dont l'enfant a été l'objet et les relations chaleureuses et confiantes dont il a pu être nourri.

Stanley Greenspan[42], éminent professeur de psychiatrie du XXème siècle, a définit cinq principes fondamentaux de l'enseignement, indispensables à l'acquisition des compétences:

- Le premier principe repose sur l'adaptation de l'enseignement au niveau de développement de l'apprenant.

Ceci implique une nécessaire connaissance de l'élève, en termes de personnalité et de compétences déjà acquises, afin de définir celles restant à acquérir, ainsi que la méthode pour y parvenir.

- Le deuxième principe est d'impliquer l'élève dans la matière enseignée. Pour ce faire, il convient d'éviter de l'inonder d'un trop grand nombre d'informations à l'état brut. Il faut, au contraire, stimuler son initiative, par la résolution de problèmes, en facilitant ainsi sa participation active. L'apprentissage reposant sur la prise d'initiatives aide l'apprenant à organiser des idées, canaliser son énergie et aiguiser sa curiosité.

- Le troisième principe consiste à être à l'écoute de l'apprenant et à intégrer ces informations à l'enseignement. Il faut en effet considérer les opinions et réactions de l'élève, sa manière de comprendre les choses, afin de s'en servir pour mieux accroître son expérience et sa compréhension.

- Le quatrième principe découle des précédents. Les matières à apprendre doivent être présentées progressivement, selon des étapes successives, adaptées aux capacités cognitives de l'élève et à son style d'apprentissage. Ceci permet à l'apprenant de ressentir la satisfaction et la joie d'avoir franchi une étape, source de motivation pour la suite de l'apprentissage ; l'activité d'apprendre devenant en elle-même un plaisir.

- Le cinquième principe repose sur l'instauration d'un cadre réglementaire et de limites, à l'origine d'un sentiment de sécurité. L'élève peut ainsi se mesurer à des normes stables et pérennes permettant sa construction, par le biais de la découverte de la satisfaction de répondre au règlement ou encore l'apprentissage de la frustration lorsqu'il s'en écarte.

Les programmes d'éducation novateurs s'inspirent de cette théorie qui veut que les émotions soient la base de tout apprentissage, privilégiant ainsi les interactions entre les élèves et leur maître et entre les élèves eux-mêmes. Plus les interactions sont riches, variées et réciproques, plus l'image de soi est enrichie et l'ouverture d'esprit, affinée. Pour être constructives, ces interactions humaines impliquent de savoir négocier avec les autres. Il faut être capable de comprendre l'autre, de se représenter ses propres intentions mais aussi celles des autres et d'apprendre à gérer frustrations et déceptions, pour penser en termes de compromis. C'est cette interaction avec l'autre et cette négociation qui en découle qui permet l'apprentissage et la construction de soi-même sur les modes à la fois intellectuel et affectif.

2. Eloge de la transmission et réciprocité éducative [43,44,45]

a. Que signifie transmettre ?

George Steiner, éminent professeur, passionné par son métier d'enseignant, répond à cette question :

> *« Il n'est de métier plus privilégié. Éveiller chez un autre être humain des pouvoirs, des rêves au-delà des siens ; induire chez d'autres l'amour de ce que l'on aime ; faire de son présent intérieur leur futur : une triple aventure à nulle autre pareille. »* [46]

Mais

> *« C'est peut être la profession la plus orgueilleuse et, en même temps, la plus humble qui soit. »* [47]

C'est tout d'abord aimer son métier et le savoir à transmettre, afin d'induire chez l'autre une passion similaire, voire accrue.

C'est pérenniser son savoir et ses compétences et les enrichir, en construisant le futur de l'autre à l'aide de son présent intérieur, pour l'amener à maîtriser des pouvoirs et accéder à des rêves surpassant les siens.

Mais patience et humilité sont fortement requises pour surmonter obstacles, faux pas et échecs, et faire de ces difficultés et de ces erreurs une source d'apprentissage et de progrès.

a) Les différents modèles de transmission

L'acte de transmettre, de partager des connaissances s'inscrit dans l'histoire de l'humanité comme le substratum nécessaire au développement et à l'évolution de l'homme. Il est sous-tendu par la soif de connaissances et la curiosité à comprendre le monde qui nous entoure, inscrites en chacun d'entre nous. Le besoin de transmettre un savoir et des compétences et le désir de les acquérir sont une réalité de la vie et une constante de la condition humaine.

Différents modèles de transmission entre « Maîtres et disciples »[48] ont pu s'observer au fil de l'histoire, soulignant ainsi toute la complexité de la relation à l'élève et au savoir à transmettre :

- Dans l'enseignement authentique, le maître est un élu, un messager choisi et inspiré de la « Parole du commencement ». C'est le modèle du maître qui enseigne la Torah, explique le Coran ou commente le Nouveau Testament.
- Dans la théorie de l'enseignement basée sur la seule vertu de l'exemple, le maître n'est qu'un démonstrateur. Il montre à l'élève la bonne méthode pour résoudre l'équation ou le bon geste pour façonner un matériau. La crédibilité du conseil repose alors sur la richesse de l'expérience et du vécu : *« Le conseil tissé dans l'étoffe d'une vie devient sagesse. »* [49]

  Walter Benjamin
- La transmission des connaissances peut se limiter à un simple rapport de forces. Le maître est détenteur du savoir et de l'autorité qui lui confèrent le pouvoir de punir ou récompenser, exclure ou promouvoir, source de nombreux conflits.
- Enfin, cas extrême et dramatique, le maître peut refuser d'enseigner son message, car il ne trouve d'élève digne de son héritage. Le précieux enseignement n'est alors délivré qu'à une poignée d'élus ou meurt tragiquement avec le maître, faute de destinataire méritant. C'est ainsi que les premières tables écrites de la main de Dieu ont été brisées par Moïse, que des manuscrits ont été brûlés, détruisant ainsi irrévocablement une partie des sciences et anéantissant définitivement certaines vérités.

L'enseignement universel ou enseignement par soi-même est défendu par Jacques Rancière dans sa méthode émancipatrice[50]. Celle-ci prône le fait que l'on peut enseigner ce que l'on ignore, à partir du moment où l'on émancipe son élève et que l'on est soi-même émancipé. Il ne s'agit pas simplement d'expliquer ou de transmettre, en sens unique, un savoir ou une capacité, mais il s'agit de contraindre l'élève à user de sa propre intelligence, en cultivant chez lui, non pas la seule mémoire, mais l'esprit, le discernement, l'imagination et l'ingéniosité. Grâce à des échanges stimulants, il est pas à pas guidé vers une réflexion critique sur son apprentissage, lui permettant ainsi d'accéder à l'ensemble des connaissances, même s'il n'a pas les moyens de se les faire expliquer.

Gérard Malglaive[51] complète ces différents modèles de transmission en décrivant les particularités de la formation des adultes en contexte d'apprentissage. Il s'adresse alors à des élèves impliqués dans une vie sociale et professionnelle, porteurs d'une expérience antérieure, de compétences certaines, et présentant des besoins et des exigences définis. Il est alors nécessaire de les articuler avec les connaissances nouvelles à acquérir, afin de permettre à l'élève de construire sa propre personnalité professionnelle. Dans le cadre de l'apprentissage, Malglaive décrit également cette « mystérieuse alchimie de la mise en œuvre » ou la relation fondamentale qui se noue entre théorie et pratique, lorsque la théorie apprise sur les bancs de la faculté rencontre les compétences à mettre en œuvre dans les pratiques professionnelles. Cette théorie, longtemps emmagasinée aveuglément, est alors incessamment critiquée et remise en cause pour se voir adaptée et réappropriée différemment, lors de sa mise en pratique.

Jean-Louis Boutte[52] apporte à son tour une dimension supplémentaire, puisqu'il ne réduit pas la transmission du savoir-faire à l'apprentissage du geste et des bonnes pratiques. Au contraire, l'idée de transmission inclut pour lui non seulement l'appropriation de compétences techniques, mais également une éthique, des règles, des valeurs et dimensions symboliques, évoquant ainsi le compagnonnage des Compagnons du Devoir. Il définit une entité bien plus complexe qui englobe des composantes multiples, notamment cognitives et sensorielles, engageant l'homme dans tout son être. Il rejoint le modèle humaniste du XVIème siècle dont l'objectif est d'amener l'apprenant à acquérir un savoir et des valeurs, afin de prendre conscience de lui-même et des autres et d'intégrer respect et tolérance, pour s'acheminer vers la sagesse.

La référence éducative actuelle dépasse encore ce modèle humaniste pour adjoindre l'affectif à l'intellectuel. L'enseignant essaie de comprendre le point de vue de son élève et s'intéresse à la démarche suivie pour mieux l'aider à résoudre ses conflits. Il décentre l'autorité et se détache de tout savoir universel pour partager avec l'élève une relation à double sens, où interviennent subjectivité et donc potentiellement conflits, mais source de progrès et de dépassement de soi.

b) Transmettre… c'est recevoir ?

1- Le plaisir d'être bénéficiaire

Enseigner, c'est tout d'abord donner : donner de sa personne, livrer son savoir et dévoiler une partie de son âme. Mais ce don n'est pas forcément synonyme de perte, bien au contraire ! Nadia Boulanger, virtuose du piano, illustre chef d'orchestre et pédagogue française, née à la fin du XIXème siècle, déclarait :

> *« Plus vous enseignez, plus vous entrez en contact avec la vie et ses résultats positifs. Tout bien considéré, je me demande parfois si le maître n'est pas le véritable élève et le bénéficiaire. »* [53]

C'est dans la réversibilité des fonctions que chacun reçoit. L'enseignant est en effet un éternel étudiant et l'étudiant, sans même en être conscient, est un enseignant. C'est ce que nous fait partager George Steiner. Tout comme ses élèves ont connu l'allégresse à accéder au savoir, il a découvert celui qui consistait à l'offrir :

> *« (Enseigner) est mon oxygène, ma raison d'être (…), autant de privilèges, de gratifications, de touches par la grâce et d'espoir à nul autre pareil. »* [54]

Ainsi, transmettre, c'est le plaisir de donner, mais aussi celui de recevoir ; les gratifications à enseigner pouvant être de différents ordres :

- Ce peut être l'immense satisfaction d'avoir montré à l'élève la lumière dans la pénombre ou l'avoir guidé sur des sentiers où il ne se serait jamais hasardé seul, lui permettant ainsi de se construire et de trouver sa voie personnelle.

- Même si l'élève aveuglé ne saisit pas l'intention généreuse de son maître, ce dernier reste tout de même gagnant et satisfait du plus maigre progrès qu'il constatera chez l'apprenant. C'est ce qu'exprime Nadia Boulanger par cette métaphore :

  > *« Le maître n'est que l'humus. (…) Quand j'enseigne, je lance les graines. J'attends de voir qui les attrapera. (…) Ceux qui s'en saisissent, ceux qui en font quelque chose, ce sont ceux-là qui survivront. »* [55]

- Ce peut être aussi la récompense suprême de rencontrer l'élève plus doué que soi-même qui, combinant potentiel inné et savoirs transmis, pourra créer une œuvre nouvelle qui sera peut-être, à son tour, enseignée et ainsi pérennisée.
- Ce peut être également l'ensemble des gratifications perçues dans la rencontre et la réciprocité de la relation à l'élève.

2- L'apprentissage dans la rencontre

« Le poète des poètes dit :
Qu'est-ce qu'un grand poème ? C'est serrer la main du lecteur. » [56]

La rencontre permet l'interaction entre deux univers subjectifs, celui de l'expert et du novice, de l'élève et de son maître. De cette interaction naît une relation interpersonnelle complexe, où se jouent affinités et ipséités, engendrant intégrations et constructions réciproques. C'est au travers de cette rencontre que chacun fait la découverte de l'autre et par là même, se redécouvre soi-même.

Mais le chemin est difficile, car l'orgueil narcissique impose que l'on recherche en l'autre ce qui ressemble à soi et que l'on rejette ce qui en diffère, d'où la tentation d'éliminer celui qui représente une menace permanente dans la conquête de sa propre identité. Il est donc nécessaire de respecter la singularité de l'autre, en acceptant ses différences constitutives, afin de collaborer dans une réciprocité active. C'est bien par la mise en commun et le partage de richesses, de savoirs, d'énergies et de vécus différents que chacun bénéficie des expériences de l'autre et ce indépendamment de l'âge. En effet, être adulte n'est pas une question d'âge, car ce ne n'est pas la quantité mais la qualité du vécu qui façonne la réflexion. L'adulte lui-même peut ainsi apprendre du plus jeune auquel il est confronté.

Le regard de l'autre transforme en bousculant le sommeil égocentrique et provoquant les certitudes. C'est l'interpellation et l'étonnement mutuels qui permettent à chacun de se remettre en question. Ainsi, l'enseignant, face aux réactions de son élève, s'interroge, pour mieux affiner sa technique pédagogique. Ce sont le questionnement et le doute sur ce que l'on croit acquis et inébranlable qui permettent l'accès à la connaissance et à la vérité.

Au fil de l'apprentissage, le maître et l'élève peuvent bénéficier d'une confiance, d'une reconnaissance et d'une estime réciproques, fondées sur l'autonomie des acteurs et agrémentées du plaisir d'apprendre. Peut s'installer, à l'extrême, une agréable complicité, facilitatrice d'apprentissage, où la confiance aveugle en l'intelligence de l'autre aboutit à une connivence fascinante qui consiste à décoder les propres silences de l'autre.

Jean-Louis Boutte aborde la notion de gain respectif des partenaires de la relation éducative. L'expert facilite l'acquisition d'un savoir-faire mais, en échange, c'est d'un apport d'un ordre bien différent dont il peut espérer bénéficier. L'enseignant peut en effet se découvrir un rapport nouveau au savoir. Grâce aux questions et aux difficultés de compréhension de son élève, le maître peut être amené à reformuler ce qui est pour lui de l'ordre de l'évidence, ce qu'il sait mais dont il n'a plus conscience ou qu'il a partiellement oublié : des règles, des principes, des bases qu'il y a bien longtemps qu'il ne s'était pas remémorés.
Dans la confrontation à l'apprenant, le maître est contraint d'expliciter et d'argumenter ; il réapprend ainsi autrement. Il développe et étoffe son savoir, en réapprenant différemment ce qu'il sait déjà. Il savoure même parfois la découverte d'un savoir nouveau, jusqu'alors inconnu.

L'expérience et les compétences respectives des deux protagonistes s'enrichissant mutuellement, notamment celles de l'apprenant, la relation peut tendre progressivement vers la symétrie, en particulier dans le cadre de la formation d'adultes et aboutir, à l'extrême, à une confrontation entre experts. Chacun exprime son point de vue, argumente et contre-argumente pour aboutir à une prise de décision conjointe, appréciable pour les deux participants ; chacun trouvant satisfaction dans cette relation d'entraide réciproquement enrichissante. Les opinions sont ainsi confrontées dans le seul but de trouver un sens commun à la démarche et non une vérité imposée par l'un deux. Cette complémentarité fonctionnelle dans le dialogue éducatif rend alors possible l'évolution conjointe. Au contact des apprenants, en formant les autres, l'enseignant se forme lui-même. Il parfait ainsi son équilibre personnel et poursuit la construction de sa propre identité, en termes d'éducation.

3- L'enrichissement dans la réciprocité

Dans le domaine de la géométrie, deux propositions sont dites réciproques lorsque l'hypothèse de l'une est la conclusion de l'autre, et inversement. La réciprocité incarne les notions de symétrie, d'équivalence, d'égalité, de bipolarité, de proportionnalité, de solidarité, d'échange, d'aller-retour, de permutation, d'alternatif, ou vice-versa.

La réciprocité de la relation impose l'ouverture à l'autre, par un certain degré de dévoilement humain et d'engagement affectif. Elle implique une attention ainsi qu'une reconnaissance mutuelles, marquées par une décentration nécessaire de l'enseignant. En effet, pour se rendre éducable à son tour, en permettant l'échange et l'enrichissement mutuels, l'enseignant doit chasser de lui-même toute idée de suffisance, afin de pouvoir considérer l'apprenant comme quelqu'un qui a quelque chose à lui apprendre.

> *« La réciprocité serait la relation elle-même d'où découlerait l'éducation des deux protagonistes. Autrement dit, dans cette perspective, c'est parce qu'ils sont constitués en relation réciproque que l'éduqué s'éduque par l'éducateur et qu'à l'inverse, l'éducateur tire, de l'éduqué, un bénéfice éducatif pour lui-même. Cette manière de poser le problème ferait apparaître que la réciprocité ne serait plus la résultante de l'éducation mais sa condition et son fondement. »* [57]

Jean-Marie Labelle

Les différentes facettes de la réciprocité, décrites par Jean-Marie Labelle, Docteur en Psychologie de l'éducation, affinent ce concept :

- La réciprocité dans le dialogue permet à l'enseignant d'apprendre par le biais des divers échanges interactifs avec son élève.
- La réciprocité d'adaptation contraint l'enseignant à s'adapter à ses élèves, en termes de besoins et de spécificités, pour mieux collaborer et bénéficier ainsi, en échange, de leur confiance.
- La réciprocité comme retour d'investissement permet à l'enseignant, dans sa relation aux apprenants, de réapprendre, par l'acquisition d'un savoir nouveau ou la réorganisation de ses savoirs antérieurement acquis.

- La réciprocité « par ricochet » dépasse quant à elle la réciprocité binaire, par la mise en commun d'expériences individuelles et des échanges réciproques de savoirs, pour aboutir à une transmission et une évolution transgénérationnelles.

C'est par le biais de ces différents gains réciproques que la motivation à transmettre et celle d'apprendre trouvent leur essence. Celles-ci sont loin d'être évidentes, elle ne sont pas automatiques ni figées. Elles se construisent et s'entretiennent.

La routine peut ainsi être combattue, grâce à cette éducation réciproque, qui veut que le plaisir d'enseigner soit corrélé au plaisir d'apprendre, source d'une motivation quotidiennement réalimentée.

c) Transmettre… c'est aussi préparer au départ

Le grand enseignant est celui qui éveille des doutes chez son élève, celui-ci étant libre de juger les préceptes transmis de son maître, de les critiquer, se les réapproprier, voire les rejeter. L'état de dépendance au maître n'est ainsi que provisoire et cette séparation semble nécessaire pour qu'une réelle émancipation se manifeste. Les phénomènes d'identification à autrui et d'attirance affective permettent de s'inspirer des systèmes de références, d'adopter certains traits de caractère, pour ensuite prendre du recul par rapport au modèle et ainsi mieux s'en détacher. L'autonomie passe ainsi par l'affranchissement, une rupture volontaire avec le maître et son enseignement, consécutive à la prise de conscience de la relativité des normes imposées et un choix délibéré parmi les valeurs enseignées.

La relation maître-élève est bien souvent assimilée à une relation filiale, empreinte d'un lien transgénérationnel où cohabitent confiance et reconnaissance mutuelles. L'homme apprend de ses ancêtres et transmet ensuite son héritage cognitif à ses successeurs, l'enrichissant au passage de sa propre expérience et de sa réflexion individuelle. L'enseignant se satisfait ainsi de la continuité de son travail et se sent alors animé du désir de se prolonger, voire s'éterniser dans l'avenir, au travers de ses successeurs. Cette pérennisation ou renaissance cognitive lui permet ainsi de déjouer la fatalité de sa mort professionnelle.

Toute la difficulté pour l'enseignant est d'accepter la séparation et le départ de l'être façonné qui échappe ensuite au contrôle. Jusqu'alors détenteur du savoir qui lui confère pouvoir et possibilité d'action sur autrui, l'enseignant doit ensuite être capable de s'en déposséder, au profit de son élève, afin de le rendre aussi puissant que lui-même. Il doit ainsi faire preuve d'humilité pour reconnaître que l'être, initialement dépendant, finit par acquérir un bagage suffisant lui permettant de suivre seul son propre chemin… un chemin sur lequel le maître n'a plus emprise.

La fin de la relation éducative s'épanouit ainsi paradoxalement dans le détachement, par le biais de l'autonomisation et de l'émancipation de l'apprenant. L'attachement initial et la soumission s'estompent pour faire progressivement place à une simple influence, dont il est nécessaire de s'affranchir pour devenir soi.

Mais ce lien qui a uni n'en reste pas moins gravé pour toujours dans les mémoires. Les consciences restent liées éternellement par cette page de vie commune sur laquelle chacun a conjointement écrit un paragraphe de son apprentissage. Il reste quelque chose, une trace, une mémoire[58] de cette relation qui a fait évoluer et a enrichi réciproquement.

b. La relation maître-élève

a) Quel enjeu ?

Enseigner, c'est avoir accès à ce qu'il y a de plus intime et de plus vital dans un être humain. L'effraction peut dévaster et détruire.

Le bon enseignant, formateur de l'esprit et du corps, doit être conscient de l'enjeu, impliquant le pouvoir inhérent à la fonction, la vulnérabilité de son élève, et la confiance accordée. Il doit saisir toute la difficulté de cette étroite collaboration entre responsabilité et objectif de résultat.

Ainsi, des maîtres ont détruit leurs élèves, sur un plan psychologique, plus rarement physique, en affaiblissant leurs élans de confiance en eux, en étouffant leur ardeur, en écrasant leurs espoirs et en brisant leurs rêves, exploitant même parfois leur ignorance et leur dépendance.

A l'inverse, des élèves ou disciples se sont montrés déloyaux, allant jusqu'à trahir et ruiner leur maître.

Mais à l'opposé de cette destruction néfaste, à sens unique ou mutuelle, la relation maître-élève peut se présenter comme un échange. C'est par le biais d'un processus de complicité et d'interaction, empreint d'une confiance réciproque, que le maître peut apprendre de son élève, alors même qu'il l'enseigne.

> *« L'intensité du dialogue engendre l'amitié au sens le plus haut du terme. »* [59]
>
> George Steiner

b) Quelles positions réciproques ?

1- Une asymétrie inhérente à la relation

Un maître ? Oui. Mais aussi un initiateur, un pédagogue, un tuteur, un modèle, une référence, un mentor, un enseignant, un éducateur, un formateur, un coach, un expert. La profession d'enseignant présente maintes typologies qui reflètent ainsi toute la variété de la fonction et font subtilement deviner toute la complexité de la relation à l'élève.

L'interaction entre les deux protagonistes implique un mécanisme d'adaptation réciproque des sujets en confrontation qui déterminera la nature du lien qui les unit. La relation éducative peut adopter plusieurs modalités selon les positions occupées par les différents protagonistes : dépendance-autonomie, fusion-séparation, domination-soumission…

L'élève est dépendant de son maître dans la mesure où il a du mal à agir sans son intervention. L'affectif se surajoute à la subordination lorsque l'élève recherche l'aide du maître, indépendamment de l'objectif à poursuivre. Il souhaite ainsi créer des liens plus étroits avec son enseignant, dont il attend des gratifications. La relation éducative présente ainsi un caractère initialement asymétrique, mais le mode de relation est grandement déterminé par les positions et représentations réciproques de chacun des intervenants.

L'enseignant conserve toujours une position privilégiée d'animateur de la relation, mais sa façon de percevoir son propre statut et celui de son élève détermine les règles du jeu de la relation éducative et permet d'en diminuer l'asymétrie initiale. La rigidité de la relation dépend du degré d'assouplissement de l'autorité. L'interdépendance des rôles est ainsi modulée selon le type d'organisation établi par l'enseignant et le degré d'acceptation par l'élève du rôle qui lui est proposé ou imposé.

2- Une part égalitaire ?

Un lien intellectuel égalitaire entre le maître et l'élève est défendu par Jacques Rancière dans sa méthode émancipatrice. Il estime en effet qu'il y a abrutissement, là où une intelligence est subordonnée à une autre. Le cœur de cette méthode est la réciprocité, basée sur l'égalité de principe des êtres parlants et sur la confiance en la capacité intellectuelle de l'autre. Cela nécessite une certaine humilité pour accéder à ce que peut une intelligence quand elle se considère égale à toute autre et considère, inversement, toute autre intelligence comme égale à la sienne.

Cette relation implique la volonté de communiquer, le désir de partager avec l'autre son expérience, ainsi que la curiosité de deviner ce que l'autre pense. Jacques Rancière compare le maître à l'artiste qui *« ne se contente pas d'être homme de métier, mais veut faire de tout travail un moyen d'expression. Il ne se contente pas de ressentir, mais cherche à faire partager (…), (à) communiquer le plaisir et la peine, l'espérance et la crainte, pour s'en émouvoir réciproquement. »* [60]

Malglaive défend cette cogestion du savoir et sa production, dans un échange à part égale, jusqu'au dialogue entre l'élève et son maître. Il se base sur le principe de socialisation, selon lequel chacun est ce qu'il est, grâce à la rencontre d'autrui. En effet, l'homme n'est pas le produit de sa seule maturation ou de ses seules expériences individuelles, mais il est bien ce qu'il est, par la rencontre avec autrui duquel il apprend ce qui lui est nécessaire et utile de savoir et savoir-faire, afin d'exister et survivre dans son propre milieu.

Jean-Louis Boutte estime que le maître et l'élève sont égalitaires dans la réciprocité face aux bénéfices retirés. Il décrit cette relation comme un échange d'informations entre émetteur et récepteur, chacun étant émetteur et récepteur à son tour et bénéficiant ainsi de rétroactions dans ce processus relationnel marqué de conflits, négociations et interprétations réciproques. Cette influence mutuelle dans ces mouvements de flux et reflux engendre une transformation de chacun des deux intervenants, tant par les connaissances nouvelles ou reconstruites, que dans la relation à l'autre.

Les deux intervenants se retrouvent sur un compromis, celui du contrat pédagogique, qui régit la relation éducative. Il lie les deux acteurs dans leur cadre institutionnel, ce dernier définissant un certain nombre de règles à respecter. Le contrat pédagogique est le fruit d'une négociation entre les deux partenaires. Il fixe les droits et devoirs de chacun et leur engagement réciproque. L'évaluation est partie intégrante du contrat. Elle permet à l'apprenant de situer sa progression dans son projet d'apprentissage personnel et fournit à l'enseignant le moyen d'évaluer la qualité de son enseignement et ainsi de le remettre en question, pour le réadapter si nécessaire.

c) Quelles attentes mutuelles ?

La relation éducative est également déterminée par l'interaction des attentes mutuelles des deux protagonistes. Les espérances et projections de l'élève dépendent de ses expériences antérieures avec l'enseignant ou la discipline enseignée ; tandis que l'enseignant attend de l'élève qu'il assume un rôle variable selon ses conceptions pédagogiques. Les attentes et intentionnalités sont donc dynamiques et propres à chaque binôme maître-élève.

L'enseignant privilégie en premier lieu chez son élève ses capacités cognitives et ses attitudes morales face au travail, tandis que l'élève est attaché aux qualités humaines et relationnelles de son enseignant, plus qu'à sa technique pédagogique. Il appréciera ses capacités d'écoute et de compréhension, ses facultés à voir l'élève comme un individu à part entière, à le valoriser et l'encourager. L'enseignant doit incarner le repère humain auquel l'apprenant peut s'identifier, la personnalité équilibrée en qui il peut avoir confiance. Les principales qualités requises sont le calme, la patience et la modestie. Celle-ci implique d'accepter que nous ne sommes pas omniscient, d'oser dire que l'on ne sait pas ou simplement de reconnaître ses tords. L'élève doit pouvoir voir en son enseignant quelqu'un qui ne l'utilise pas à des fins personnelles ou idéologiques mais qui, au contraire, se montre cohérent et stable dans son comportement, dans une démarche active et critique, dont le seul objectif est la progression de son élève.

Le maître doit lutter contre cette satisfaction intellectuelle qui veut que l'élève ait répondu à ses propres attentes personnelles et atteint des résultats qui le confortent dans le fait d'être un bon enseignant. Le maître ne doit ainsi pas imposer sa subjectivité, mais il doit fournir à son élève les clefs de l'émancipation et de l'autonomie. L'enseignant possède dès le départ un a priori sur l'apprenant et le catégorise inévitablement, sous l'influence de son système de valeurs personnelles. Mais le risque est de conduire le mauvais élève à se sous-estimer et à l'inverse, le bon élève à se surestimer. Il suffit simplement d'être optimiste et d'avoir confiance en les ressources de l'apprenant et de mesurer toute l'ampleur de son potentiel.

En ayant foi en ses capacités de progression et en respectant sa liberté de développement, l'enseignant permet ainsi à l'élève de croire en lui et lui offre alors la possibilité de se découvrir des ressources jusqu'alors insoupçonnées.

Les élèves sont reconnaissants envers l'enseignant qui leur a permis d'accéder à des objectifs éducatifs et grâce auquel ils ont pu faire un pas en avant dans leur développement personnel. Cet enseignement exige disponibilité d'esprit, honnêteté intellectuelle et engagement dans sa fonction. Il faut savoir se détacher de la sécurité que l'expérience et la maîtrise procurent, pour avoir la possibilité de partager avec l'apprenant une expérience de découverte et de création.

d) Quelle part d'inconscient ?

La relation éducative se déroule dans le domaine du conscient et du visible, mais également dans celui de l'inconscient, dans le registre des affects et des fantasmes. Il n'est pas question d'assimiler la relation maître-élève à une relation amoureuse ou fantasmatique, mais il est nécessaire de comprendre que cette relation est empreinte de mouvements inconscients, dépendants du vécu de chacun des interlocuteurs, régissant la relation comme dans toute interaction humaine. Cette participation de l'univers fantasmatique et inconscient explique en partie la complexité de la relation, marquée par cette lutte permanente avec l'autre et avec soi-même, génératrices d'angoisses profondes pour les deux partenaires et aboutissant à des comportements parfois contradictoires d'élan vers l'autre ou, à l'inverse, de repli voire de fuite. Chacun se recherche au travers de l'image qui lui est renvoyée par l'autre et entreprend ainsi une transformation et une évolution personnelle.

C'est une relation chargée de transferts qui prend le risque de mêler sens pédagogique et psychanalytique, sans les confondre. C'est tenter de montrer, d'expliquer et de transmettre, mais aussi se risquer à partager des émotions, des enjeux, des joies et des déceptions. Cette relation face à l'acte d'apprendre renvoie chacun des intervenants à ses propres aspirations, ses projections dans le futur, intégrant l'image de soi, ses qualités, la représentation de ses compétences, de son potentiel de réussite et la confiance en soi.

L'élève projette ainsi sur l'enseignant les conflits noués avec ses propres parents. Le vécu du complexe d'Œdipe détermine l'attitude de l'enfant à l'égard de l'école et de l'enseignant. La réussite scolaire peut être le moyen pour le garçon d'acquérir une certaine puissance incarnant une revanche sur le père. L'élève peut également manifester de la révolte remontant à la rivalité oedipienne ou au contraire rechercher l'affection pour mieux posséder.

L'enseignant quant à lui réagit sur un mode déterminé par son enfance : besoin de dominer ou surprotéger pour se conforter dans sa position d'adulte, désir d'identification à des maîtres ou parents autoritaires, ou revanche devant le manque de fermeté de ceux-ci, ou encore survalorisation du monde de l'enfance pour mieux fuir les difficultés de la vie adulte. Le rapport du maître à l'autorité est ainsi déterminant dans la relation à l'élève.

Un juste équilibre doit être préféré afin de ne pas tomber dans l'excès, d'une part d'asservissement de l'élève, inhibant toute initiative de sa part pour mieux affirmer autorité et pouvoir ; d'autre part, d'enchaînement du maître qui devient la victime de son élève, répondant à toutes ses sollicitations, dans un désir de bienfaisance, sans en critiquer la pertinence ; l'ego étant flatté par le jeu des renvois narcissiques. Le maître façonne inconsciemment un autre être selon son propre idéal, il crée un autre lui-même qui lui permettra un nouveau départ dans la vie ou une prolongation de ce qu'il a vécu, avec parfois une sorte de revanche sur un destin qui lui échappe.

Ainsi, la valeur éducative de l'enseignant est relative à son degré de maturité affective, selon qu'il est conscient et qu'il maîtrise ou non ses propres affects. Il est nécessaire pour l'enseignant d'apprendre à se connaître lui-même, d'identifier ses propres conflits intérieurs, ses désirs et pulsions, de déterminer quelle est sa motivation à enseigner et d'une manière générale, sa motivation à agir de telle façon et se comporter de telle manière face aux autres. Ceci s'acquiert par une réflexion personnelle approfondie sur soi-même et ses rapports aux autres. Le but est de maîtriser au mieux ses propres contradictions, pour être disponible pour l'élève, comprendre ses réactions et ses demandes, contrebalancer ses comportements inconscients et l'aider ainsi à résoudre ses propres difficultés. Etre professionnel, c'est ne pas être dupe des sentiments qui nous animent et d'effectuer un travail de prise de recul et de régulation. Il s'agit de trouver la juste distance avec l'élève pour permettre un travail de compréhension mutuelle, sans absorber ou étouffer l'autre, en tissant des liens qui l'enchaîneraient.

Les conflits intérieurs sont irrémédiablement réactivés dans la rencontre avec l'élève. L'éducateur doit ainsi pouvoir prendre du recul face à ses conflits et apprendre à les élucider, pour garder toute la lucidité et la maîtrise nécessaires à l'égard de ses réactions transférentielles ou projectives. Tout ceci dans le but d'aider l'éduqué, sur les plans intellectuel et affectif, à trouver les réponses les plus appropriées à ses problématiques, en respectant les références sociales communes et les objectifs choisis. Ceci implique un certain degré de dévoilement humain, d'investissement affectif et d'approfondissement personnel.

3. Pédagogie médicale

a. Les savoirs transmissibles en médecine générale

La réflexion pédagogique[61] est aujourd'hui fortement influencée par l'approche constructiviste qui place l'élève au centre de l'enseignement, comme le patient est placé au centre de la problématique médicale. Il convient d'écouter l'apprenant dans ses objectifs, dans ses difficultés, de l'encourager dans sa recherche d'autonomie, d'identifier un obstacle ou une problématique pour apporter soutien et suivi, en soulignant la dimension affective et sociale de l'apprentissage.

La particularité de la transmission des savoirs en médecine générale tient en premier lieu de la configuration dans laquelle l'apprentissage se déroule. La relation triangulaire créée par l'arrivée du stagiaire est complexe et délicate. Le nouvel arrivant s'immisce dans le colloque singulier du médecin et de son patient basé sur le secret professionnel, l'éthique et la confiance gagnée dans la durée de la relation. Cette intrusion peut fragiliser ou à l'inverse dynamiser cette relation médecin-patient déjà sensible.

A côté de cette démarche globale qui guide l'apprentissage, se pose la question du contenu des savoirs à transmettre en médecine, spécifiques de la discipline.

a) Les différents types de connaissances en médecine [62]

Les différents savoirs à transmettre en médecine englobent trois types de connaissances :

- Les connaissances déclaratives font partie des connaissances théoriques. Ce sont des règles, des faits, des principes (normes de la glycémie, posologie quotidienne d'un médicament…), en général stables et pérennes, que l'apprenant doit connaître et s'approprier pour les utiliser dans sa réflexion et sa pratique.
- Les connaissances procédurales appartiennent aux compétences pratiques. Elles sont des séquences d'action construites, en réponse à un objectif. Elles s'acquièrent en situation d'apprentissage. Par la répétition de la procédure, dans des contextes suffisamment variés, elles peuvent devenir des automatismes dont la mise en œuvre, alors inconsciente, permet de libérer les capacités cognitives pour d'autres tâches.
- Les connaissances conditionnelles se rapportent aux conditions de l'action. Elles permettent comparaison, catégorisation et classification. Elles sont liées à l'opportunité d'utiliser un savoir et doivent permettre d'adapter une stratégie à une situation. Sans elles, les connaissances déclaratives restent inertes et les connaissances procédurales ne peuvent être activées ou le sont à mauvais escient.

C'est pourquoi la médecine ne peut s'apprendre qu'en situation clinique authentique ou à défaut de mieux, sur des cas cliniques simulés, car ce n'est que la mise à l'épreuve qui peut conduire à construire des connaissances d'action utilisables. Ces différentes connaissances peuvent être de nature explicite, quand elles sont clairement exprimées ou implicite, leur signification découlant soi-disant naturellement. En situation d'enseignement et notamment en médecine, il est nécessaire de prendre conscience de l'ensemble de ses connaissances implicites et de l'intérêt de les rendre explicites pour l'apprenant. Il s'agit notamment de ce qui n'est pas enseigné sur les bancs de la faculté et qui est appris sur le terrain, lors de la mise à l'épreuve face au patient et ensuite enrichi au fil des expériences : l'abord du patient dans la façon de s'exprimer, d'adapter son discours ou son comportement, ou encore son attitude dans l'approche physique du malade.

On distingue ensuite les connaissances générales, élaborées par la société, accessibles à tous et donc facilement transmissibles et les connaissances individuelles, propres à chacun. Ces dernières correspondent aux connaissances acquises dans un contexte particulier, qu'il soit spatio-temporel ou émotionnel et diffèrent donc indéniablement d'un individu à l'autre. C'est peut-être la seule partie des connaissances en médecine qui s'avère peu, voire non transmissible, car personnelle. Ces connaissances d'action s'acquièrent individuellement par un questionnement et un raisonnement cognitifs propres à chacun et ne résultent que de la maîtrise d'apprentissages individuels. L'enseignant présente alors l'intérêt de faire prendre conscience à l'apprenant de cette part des connaissances, de susciter chez lui un raisonnement aboutissant à leur acquisition, en l'aidant si besoin, à trouver des stratégies d'amélioration.

b) Une démarche intellectuelle spécifique à transmettre [63]

En médecine, les stratégies d'apprentissage doivent intégrer toute la rigueur, de plus en plus demandée dans la pratique, avec notamment l'application des recommandations issues des conférences de consensus, émergeant d'une médecine basée sur les preuves et d'un désir de régulation des dépenses de santé. Or le médecin généraliste fait souvent face à un sentiment d'inadéquation entre les savoirs officiels et sa pratique quotidienne de la médecine où il est contraint de composer, en permanence, et au cas par cas, à la fois avec les connaissances et les recommandations officielles, l'état physico-psycho-social de son patient, ses demandes exprimées ou attentes implicites, ses propres intuitions et sa configuration d'exercice, en termes de contraintes et de moyens. Tout ceci associé à un relationnel particulier au patient, bien sûr libre de s'exprimer et de suivre ou non le conseil expert proposé et à un rapport particulier au temps, nécessairement limité, mais bien trop souvent insuffisant.

La négociation intègre alors ces différents facteurs et doit aboutir à une décision claire et précise qui s'éloigne parfois, en toute connaissance de cause, de la norme, afin de gagner en pertinence et en efficacité et aboutir à une prise en charge raisonnée et raisonnable. S'ensuit alors, sans transition, une nouvelle négociation et le recours à un domaine de compétences totalement différent, avec le patient suivant… Cette recherche permanente du compromis entre savoir scientifique, réalité du terrain et négociation avec un patient actif dans sa prise en charge est une expérience que les étudiants ne possèdent pas à la sortie de leur formation hospitalo-universitaire et qu'ils ne peuvent découvrir et acquérir qu'au cabinet du médecin libéral.

L'enseignement en médecine générale est donc multidimensionnel pour permettre l'acquisition de l'ensemble de la compétence professionnelle. Il implique la transmission et l'acquisition non seulement des connaissances et compétences biomédicales, mais également la subtilité du raisonnement clinique, l'art de la communication, l'éthique, l'intégration de la responsabilité personnelle, la collaboration, la formation continue, ainsi que le professionnalisme.

b. Le rôle de l'enseignant clinicien

a) Une double compétence

Afin de transmettre cette compétence professionnelle multidimensionnelle, il est demandé à l'enseignant clinicien de développer et maîtriser une double compétence : la compétence clinique et la compétence pédagogique. Il est en effet confronté dans sa pratique quotidienne, simultanément à ses patients et à ses étudiants, avec une double fonction, à la fois clinique de soins prodigués au patient et pédagogique d'aide à l'apprentissage de l'étudiant.

La compétence clinique relève de l'expertise médicale qui constitue le contenu de l'enseignement. Elle englobe les connaissances biomédicales, les techniques pratiques, le raisonnement et le jugement cliniques appropriés à la résolution efficiente de problèmes de santé, les habiletés humaines et de communication, ainsi que la réflexion critique sur sa propre pratique et son propre mode de fonctionnement, dans un but constructif, avec le souhait d'une amélioration perpétuelle de ses aptitudes professionnelles. Cette compétence clinique doit permettre d'expliquer la solution apportée à un problème médical donné, mais également le raisonnement et la démarche intellectuelle pour y arriver, sans oublier les connaissances et techniques sous-jacentes impliquées. Elle demande ainsi clairvoyance et humilité dans sa pratique quotidienne, l'acceptation de ses erreurs permettant de critiquer et ainsi recadrer certains raisonnements ou certaines actions.

La mise en mot de la démarche clinique est bien sûr difficile à réaliser, car nous savons bien combien elle peut être contrainte par la rapidité d'exécution et l'automatisation des raisonnements et des actes. Mais il est nécessaire, malgré toute la difficulté, de clarifier les prises en charge pour l'étudiant, notamment celles non universellement acceptées, en lui explicitant le raisonnement clinique adopté ainsi que ses fondements.

La seconde compétence requise, la compétence pédagogique, relève quant à elle de l'éducation et des différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage, tout en intégrant les spécificités de l'apprenant et notamment son niveau de compétences.

L’apprentissage en médecine possède certaines particularités propres à la profession qui rendent l’enseignement tributaire de facteurs imprévisibles. Des stratégies d’enseignements peuvent être préalablement définies[64], mais elles seront indéniablement adaptées aux contraintes de la pratique quotidienne, pour une grande part imprévisible : le nombre d’actes quotidiens et leur débit, la variété et le degré de difficulté des problèmes abordés, le temps nécessaire à une prise en charge de qualité et ainsi l’organisation du travail journalier.

b) Un facilitateur d'apprentissage

L'approche humaniste estime que l'apprentissage est une découverte personnelle et que seul l'individu lui-même connaît ce qui est nécessaire à son cheminement et qu'il sélectionne ainsi dans son environnement, pourvu qu'il soit riche et varié, ce qui contribue à son développement.

La pédagogie d'adultes considère l'adulte apprenant comme le moteur essentiel de son apprentissage, puisqu'il bénéficie d'une expérience passée qui lui est propre et qu'il s'implique activement dans une double construction, à la fois professionnelle et sociale.

L'approche constructiviste actuelle postule que l'apprentissage est conditionné par les connaissances antérieures acquises, mais également les contextes d'acquisition et les interactions sociales mises en jeu dans les situations d'enseignement, contribuant ainsi à une sélection intentionnelle des connaissances et à l'affinement des sens.

Ces trois conceptions de l'enseignement se rejoignent et prédominent actuellement, plaçant ainsi l'enseignant en position d'animateur de l'apprentissage ; l'apprenant étant au centre de l'enseignement, acteur de sa construction. L'enseignant est un médiateur des savoirs, un facilitateur des apprentissages. Il s'attache à créer un climat favorable à l'acquisition des compétences, fournit les différentes ressources nécessaires, aide l'étudiant à clarifier ses objectifs, le soutient dans les périodes de doutes et de difficultés et lui fait bénéficier d'une rétroaction intellectuelle et affective sur son évolution personnelle. Ce sont les bases du « paradigme d'apprentissage »[65] qui se distingue du « paradigme d'enseignement » par le fait que les informations ne sont pas transmises passivement à l'étudiant de manière unidirectionnelle. L'apprenant travaille activement à son développement et son apprentissage. Il se construit grâce aux interactions avec les enseignants et les autres élèves, par le biais des questions soulevées, d'analyses critiques, de résolutions de problèmes et des erreurs commises qui sont alors exploitées afin d'enrichir les compétences.

Cette conception de l'apprentissage défend également la notion que l'étudiant n'est pas le seul apprenant, mais que professeurs et élèves apprennent ensemble.

De nombreuses compétences en médecine ne sont pas issues d'un savoir codifié et reproductible, mais s'acquièrent par l'expérience développée individuellement, par le biais d'une réflexion rétrospective sur les actes et prises en charge, réutilisée par la suite dans les raisonnements ultérieurs. L'enseignant clinicien peut ainsi optimiser sa pratique, au fil des différents problèmes résolus et des erreurs commises, au contact des patients, mais également des interactions avec les autres professionnels de santé et les étudiants, notamment par le biais de défis cognitifs stimulants.

c) Un modèle de rôle [66,67]

Deux situations se présentent lors des stages au cabinet de médecine générale :

- La phase d'observation, où l'étudiant assiste le maître de stage et n'est qu'observateur de sa pratique. S'offrent alors à lui un exemple de professionnalisme et un modèle de rôle.
- La phase de supervision où la situation inverse se produit. L'enseignant autorise l'étudiant à gérer la prise en charge du malade directement avec celui-ci et prend une position à son tour d'observateur et de guide.

Le modèle de rôle est une sorte de guide d'agir et de penser, une référence, un idéal dont on souhaite se rapprocher voire égaler et qui possède ainsi une influence certaine sur le déroulement de l'apprentissage et le choix de carrière final. Il n'existe pas en médecine de référentiel exhaustif pouvant codifier l'ensemble des situations cliniques, ainsi que la totalité des prises en charge adaptées à chaque cas. Ce sont donc des capacités de raisonnement et d'adaptation que l'étudiant doit développer et ce au contact de la pratique et des différents modèles de rôle qui s'offrent à lui. Il façonne ainsi sa personnalité professionnelle et affine sa technique au contact de ses différents enseignants dont il s'inspire ou au contraire s'écarte dans son apprentissage, consciemment ou inconsciemment.

Existe-t-il un modèle de rôle idéal ? Idéal ou parfait, sûrement pas, il ne serait alors pas humain ! Mais un bon modèle de rôle, oui, pourvu qu'il influence l'apprentissage de l'élève de manière conforme aux objectifs pédagogiques fixés et dans le respect des règles éthiques et de l'être humain. Cette influence, à la fois saine et constructive, requiert certaines qualités : l'expertise clinique, principal contenu de l'enseignement, les capacités de communication et d'interactions avec les patients, l'habileté pédagogique, impliquant une attention particulière et une implication active et non menaçante dans l'apprentissage de l'étudiant. Certaines qualités personnelles sont nécessaires comme l'intégrité, l'empathie, l'enthousiasme pour la profession et l'enseignement, le désir permanent de progression et dans l'idéal, un certain degré de sens de l'humour.

Il faut ainsi être conscient de l'influence de ces modèles de rôles sur les étudiants et de l'importance de la démarche d'explicitation des prises en charge dans l'acquisition de la compétence clinique multidimensionnelle.

Ceci passe inévitablement par le perfectionnement pédagogique et donc l'amélioration de la formation des enseignants, afin qu'ils possèdent toutes les clefs d'une bonne performance pédagogique. L'étudiant de son côté, rassuré par un contrat didactique clair, se sentant accompagné et soutenu dans son apprentissage, pourra bénéficier au mieux de sa formation et contribuera ainsi à l'enrichissement réciproque des deux protagonistes, parfois même bien au-delà de la finalité même de la formation.

IV. LA QUALITE DE VIE DU MEDECIN GENERALISTE

1. Notion de qualité de vie

a. Un concept multidimensionnel [68]

La qualité de vie intéresse actuellement de nombreux chercheurs, car elle représente un enjeu majeur en sciences économiques et en sciences politiques. L'OMS définit, en 1993, la qualité de vie comme :

> *« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe, la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »*

La qualité de vie se rapproche ainsi des notions de bien-être, de satisfaction de vie et d'accomplissement personnel. Elle se présente comme un concept multidimensionnel puisqu'elle intègre trois grandes dimensions :

- L'état physique renvoie aux sensations, aux capacités physiques et à l'autonomie.
- L'état psychologique représente les émotions et l'équilibre psychique.
- Le statut social englobe les biens matériels, l'autonomie financière et les relations familiales, professionnelles et amicales.

Le concept serait né au XXème siècle, lors d'un discours du président des Etats-Unis Lyndon Baines Johnson, au Madison Square Garden. Il définit à ce moment-là « une bonne vie », non pas seulement en termes de quantité ou d'abondance matérielle, mais en termes de qualité. La période des trente glorieuses intègre alors la qualité de vie dans la réflexion sur le bonheur. Chacun aspire alors au bien-être par l'obtention d'un certain niveau de vie socio-économique et au travers du développement personnel. Le concept s'est ensuite développé jusqu'à nos jours pour faire aujourd'hui de la qualité de vie une priorité pour chacun, voire une obligation.

b. Comment mesurer une représentation subjective ?

Le concept de qualité de vie est non seulement multidimensionnel, mais il est également subjectif et individuel, puisqu'il dépend des valeurs socioculturelles de chacun. Chacun définit en effet individuellement ses objectifs de vie, sa finalité et ainsi ses désirs et attentes. Est-il possible de réaliser un travail scientifique reposant sur l'évaluation de notions subjectives ? Bien sûr, mais la tâche reste complexe. Dans le cadre de concepts subjectifs, la mesure est un simple outil qui permet de se représenter les faits étudiés et d'en faciliter la compréhension, ces notions étant trop complexes et subtiles pour être appréhendées directement. La mesure s'efface alors pour révéler le concept qu'elle représente.

La qualité de vie peut être appréciée par deux méthodes distinctes[69] : l'évaluation quantitative, par le biais d'outils psychométriques, et l'évaluation qualitative, notamment lors d'entretiens psychologiques. Les deux méthodes ne permettent pas la même évaluation et sont complémentaires :

- L'évaluation quantitative propose une facilité d'utilisation et de standardisation, par le biais d'outils psychométriques, comme les échelles ou questionnaires d'auto- ou hétéro-évaluation. Mais elle fournit une analyse restrictive de la qualité de vie.
- L'entretien qualitatif a l'avantage de permettre une évaluation plus globale de la qualité de vie et peut avoir une valeur thérapeutique. Cependant, son coût reste élevé et il présente des difficultés de standardisation et donc d'utilisation à grande échelle dans le cadre d'études comparatives.

Le principal biais avancé dans l'évaluation qualitative[70] repose sur le risque d'absence de sincérité dans les discours et les réponses exprimées par les sujets interrogés. Mais dans un environnement de confiance, calme et sécurisant, il est peu probable que l'interviewé exprime des idées et sentiments radicalement différents de ce qu'il ressent réellement. De plus, le manque de crédibilité des propos tenus peut être ressenti après un entretien suffisamment long pour permettre la compréhension de la personnalité et des tensions intérieures du sujet sollicité. L'art de cette observation relève bien évidemment des experts en psychanalyse.

La mesure de la qualité de vie fait actuellement l'objet de nombreuses recherches et travaux internationaux. Plusieurs indicateurs de santé, génériques ou adaptés à une pathologie donnée, ont été validés dans le domaine médical, comme le Profil de Santé de Duke ou encore l'échelle QWB (Quality of Well Being). Mais qu'en est-il de la mesure de la qualité de vie de l'être humain hors du domaine médical? Il est certes difficile d'établir une liste exhaustive et consensuelle de l'ensemble des dimensions de la qualité de vie, mais plusieurs chercheurs ont tout de même présenté leur propre méthode d'évaluation :

- James Bennett Griffin, célèbre anthropologue américain, envisage l'ensemble des valeurs qui donnent à la vie « son sens, sa structure et son prix », mais il reste conscient que ces désirs et besoins essentiels sont trop vastes pour ressentir l'obligation de tous les satisfaire :

    1- Les réalisations et les succès effectifs
    2- L'autonomie, la liberté et la jouissance d'un bien-être matériel minimal
    3- La compréhension de nous-même et du monde qui nous entoure
    4- La possibilité d'apprécier la beauté et les joies de la vie quotidienne
    5- L'établissement de relations interpersonnelles authentiques

- Abraham Maslow, éminent psychologue américain, hiérarchise à sa manière les composantes de la qualité de vie, en termes de besoins :

    1- Les besoins physiologiques essentiels, dont la non satisfaction entraîne des perturbations du comportement (manger, boire, dormir, bénéficier d'un logement)
    2- Le besoin de sécurité (avoir la certitude de subvenir à ses besoins physiologiques, être protégé des blessures et accidents, bénéficier d'une assurance sociale)
    3- Le besoin d'être aimé et d'aimer
    4- Le besoin d'être estimé et d'estimer
    5- Le besoin de parvenir à un état d'accomplissement de soi ou le désir d'être heureux

Même si l'exhaustivité et le consensus sont difficiles à trouver en termes de qualité de vie, son évaluation et la recherche de l'optimisation de celle-ci restent possibles.

c. La qualité de vie du médecin généraliste au XXIème siècle

Quelques travaux ont étudié, de manière quantitative, la qualité de vie des médecins généralistes et leurs souhaits et désirs, dans un but d'amélioration de l'accomplissement de soi. L'insatisfaction générale, en termes de dégradation des conditions de travail, a largement été exprimée par les médecins généralistes lors des manifestations de 2001 et 2002. Par rapport à leur niveau de compétences, leur charge de travail et leurs responsabilités, les médecins estiment ne pas être reconnus à leur juste valeur.

Ceci rejoint la note moyenne de 6,4, sur une échelle de 1 à 10, attribuée par les médecins généralistes de la Loire[71] à leur état de satisfaction générale, en termes de vie quotidienne privée et professionnelle, sans différence significative selon l'âge, le sexe ou le lieu d'exercice. Les médecins sont plutôt satisfaits de leur vie quotidienne, mais ils s'avouent déçus face à leurs espérances de vie professionnelle, devant le décalage constaté entre leurs aspirations initiales et la réalité à laquelle ils sont confrontés. Ils sont d'une manière générale insatisfaits de leurs conditions de travail, devant la charge de travail quotidienne ou encore le poids des documents administratifs. Il déplorent leur perte d'autonomie professionnelle, face aux recommandations et à la rigidification de l'exercice, imposées dans le but de réduire les dépenses de santé, mais vécues par les médecins comme une perte d'indépendance professionnelle.

La qualité de vie familiale et de loisirs est privilégiée par les jeunes générations de moins de 35 ans qui essaient de concilier au mieux profession et vie privée. Cette conception n'est pas le privilège des femmes et encore moins celui des femmes médecins. Elles sont loin de faire exception puisque l'ensemble des femmes qui travaillent se trouvent partagées entre un travail qu'elles apprécient et leur rôle social traditionnel auprès de leur famille. Les hommes rejoignent leurs consoeurs dans cette conception de leur métier avec pour objectif l'obtention d'un équilibre entre vie professionnelle et familiale, afin d'éviter les frustrations et répercussions négatives du travail sur leur vie privée.

Les femmes médecins exercent dans des conditions similaires à leurs confrères masculins, en termes de type d'exercice solitaire ou en groupe, d'orientation particulière (DIU, capacités…), de nombre de gardes ou de niveau de stress.

Les facteurs protecteurs du stress professionnel semblent être le travail en zone urbaine, les FMC et groupes de pairs. Elles consacrent par contre moins de temps que les hommes à leur activité professionnelle, aux FMC ou à la vie publique et associative et travaillent souvent à temps partiel. Elles passent à l'inverse deux fois plus de temps que leurs confrères masculins avec leurs enfants (2 heures quotidiennes en moyenne pour les femmes contre 50 minutes pour les hommes). Cela découle également du fait que 25% des hommes médecins ont un conjoint qui ne travaille pas, voire aide le médecin dans sa vie professionnelle (secrétariat, administratif, comptabilité…), sans être salarié (ceci est le cas pour 11% des médecins hommes contre 0,1% des médecins femmes).

Les médecins ont une moyenne de 6 semaines de vacances par an et ils consacrent en moyenne 2 heures la semaine à une activité sportive, qu'ils soient hommes ou femmes, et 2h50 le week-end pour les hommes, contre 1h30 pour les femmes. Plus de la moitié des femmes n'ont pas d'activité sportive du tout. Parallèlement, 2/3 des médecins qui ont une passion lui consacre 1 à 3 heures par semaine, les hommes significativement plus que les femmes.

Le lieu d'exercice, urbain ou rural, confère une qualité de vie équivalente dans son ensemble[72], mais elle dépend bien sûr des priorités personnelles de chacun, car les opportunités professionnelles ou privées diffèrent selon le lieu d'installation. Les possibilités professionnelles offertes par la campagne sont globalement plus intéressantes qu'en milieu urbain (concurrence faible, patientèle plus importante, activité variée…). A l'inverse, d'un point de vue personnel, la ville se révèle plus enrichissante et plus pratique (culture, loisirs, commerce, éducation des enfants, travail du conjoint…).

Face à l'intensification progressive du travail, observée au cours de ces 20 dernières années, l'organisation de celui-ci a évolué et la qualité de vie professionnelle[73] est devenue un concept préoccupant, afin de prévenir d'éventuelles conséquences négatives, notamment en termes de risques psycho-sociaux.

En ce qui concerne les professionnels de santé, qualité de vie et bien-être au travail sont une condition nécessaire à la qualité des soins prodigués. Inversement, c'est par la délivrance de soins de qualité que les médecins peuvent percevoir une bonne qualité de vie au travail. A priori, pour être un bon médecin, il faut se sentir bien dans son travail et dans sa vie.

C’est l’exemple qu’il convient de montrer aux jeunes générations[74], afin qu’elles puissent se projeter dans un avenir professionnel moins déstabilisant et inspirant envie et confiance. Un modèle de rôle enthousiasmant et permettant l’adhésion des étudiants serait celui de l’équilibre entre les exigences professionnelles du métier et les contraintes personnelles, aboutissant à une vie de qualité et un bonheur d’existence certain.

2. Bien-être au travail et épuisement professionnel des soignants

a. Les déterminants du bien-être au travail [75,76]

De nombreux facteurs, isolés ou juxtaposés, variables d'un individu à l'autre, peuvent contribuer à la sensation de bien-être au travail. Ils relèvent de déterminants personnels, de l'organisation professionnelle, des conditions de travail ou encore de l'environnement. Il est difficile de satisfaire l'ensemble de ces variables, mais la sensation de bien-être résulte d'un équilibre, certes fragile, entre ces différents facteurs. Le déséquilibre engendre un stress émotionnel chronique jusqu'à l'épuisement des ressources, à la fois physiques et psychiques.

C'est dans le cadre de l'étude du SEPS (Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants) ou « Burn out Syndrom », actuellement en pleine expansion, que les chercheurs ont essayé d'analyser les différents facteurs qui déterminent le bien-être au travail et réciproquement, l'épuisement professionnel.

a) Les déterminants individuels

L'âge a une relation statistiquement significative avec le risque d'épuisement émotionnel. Les plus jeunes sont les plus vulnérables, l'ancienneté professionnelle protégeant les plus âgés.

Certains traits de personnalité sont corrélés à un risque élevé de « burn out » : la haute estime de soi, l'excès d'ambition et la soif de reconnaissance sociale, l'obsession, le sens exagéré de l'ordre, l'absence de confiance en autrui conduisant à la peur de déléguer des tâches ou encore le sens de l'autocritique trop élevé conduisant l'individu à être très exigeant envers lui-même.

D'autres traits de personnalité s'avèrent quant à eux protecteurs de l'épuisement professionnel : la stabilité, l'audace, l'organisation ou encore le perfectionnisme qui augmente l'accomplissement personnel. La hardiesse ou robustesse psychique se présente comme la caractéristique essentielle pour protéger l'organisme des évènements stressants. Elle engendre une attitude active devant les responsabilités, l'aptitude à relever des défis, corrélée à la motivation, l'intérêt pour la nouveauté et la particularité « lieu de contrôle interne ». Le « lieu de contrôle » ou « locus de contrôle » est un concept de psychologie qui décrit le fait que les individus diffèrent selon qu'ils attribuent leurs performances, leur réussite ou leur sort à eux-mêmes (locus interne) ou, au contraire, à des facteurs extérieurs, hors de leur influence (locus externe). Les sujets « au lieu de contrôle externe » sont plus vulnérables émotionnellement, tandis que les sujets « au lieu de contrôle interne » sont moins adaptables aux changements demandés.

L'orientation de carrière est également corrélée au degré de satisfaction au travail. Elle différencie quatre catégories de professionnels :

- Le militant, pour qui le travail représente un engagement vers le changement social et l'amélioration de la situation de ses patients, plus qu'un emploi.
- Le carriériste, qui recherche prestige, reconnaissance sociale et sécurité financière.
- L'artisan, qui développe au travers de son emploi son savoir-faire et en acquiert de nouveaux, au décours d'expériences nouvelles.

- Enfin, l'égoïste, qui privilégie sa vie personnelle au détriment de son travail qui ne représente qu'un moyen de gagner sa vie.

Les artisans et les militants ont les scores de « burn out » les plus bas. Parallèlement, les écarts trop importants entre objectifs professionnels attendus et ceux effectivement réalisés sont source de désillusion, d'angoisse et d'épuisement émotionnel.

b) L'organisation du travail

Outre la gestion d'une micro-entreprise, le médecin se trouve confronté à de multiples contraintes d'ordre scientifique, déontologique, administratif, juridique, économique et même politique.

La charge de travail est bien sûr déterminante dans la notion de bien-être ressenti, mais les deux notions ne sont pas proportionnelles. On distingue en effet la charge de travail quantitative et qualitative :

- La surcharge quantitative correspond à la somme de travail à effectuer et le délai imparti pour le réaliser. Suivre un grand nombre de patients, avec des tâches extrêmement différentes à exécuter, dans un délai très court, avec la pression perpétuelle du temps, ne sont bien sûr pas des facteurs prédisposant à la satisfaction au travail.
- A l'inverse, une sous-charge quantitative de travail, dans la monotonie et la répétition, sont source d'ennui et d'insatisfaction.
- La surcharge qualitative est ressentie lorsque le travailleur ne possède pas les capacités requises à l'exécution du travail de manière satisfaisante ou que les tâches demandées dépassent ses compétences.
- A l'inverse, la sous-charge qualitative est tout autant source d'insatisfaction, car elle ne permet pas de mobiliser l'ensemble des compétences du travailleur et ne lui offre pas la possibilité d'en acquérir de nouvelles.

Par exemple, l'enseignement est une surcharge de travail, sous forme d'engagement professionnel, mais serait plutôt protecteur du « burn out »[77]. A chacun donc de trouver, la charge de travail qualitative et quantitative qui lui convient et lui permet l'accès à un équilibre de travail satisfaisant.

L'interruption des tâches par un élément imprévu est une cause de fatigabilité. La tâche planifiée est interrompue et impose alors un travail supplémentaire de concentration, lors de la reprise de l'acte initial, et le développement de stratégies de mémorisation et d'anticipation. Ceci engendre un risque d'erreurs, une perte de temps et une dégradation de la relation au patient, par l'interruption permanente des échanges, jusqu'à l'insatisfaction générale face à ce travail discontinu.

Le médecin libéral a la chance de pouvoir contrôler, au moins en partie, l'organisation de son travail quotidien. Cette sensation de contrôle est une variable déterminante pour le bien-être professionnel, car elle est source d'indépendance. Elle permet certaines adaptations en fonction des besoins, ainsi que la valorisation dans la maîtrise de son outil de travail. Les restructurations dans le travail et notamment celles imposées par la hiérarchie ou les pouvoirs publiques peuvent être ressenties comme non sécurisantes et engendrer désintérêt et désengagement.

La multiplicité des rôles et des tâches à accomplir peut être une source de stress par consommation de temps et d'énergie, mais elle peut à l'inverse, augmenter l'estime de soi et apporter un certain soutien social. C'est donc une nouvelle fois la liberté dans ces choix de rôles multiples et leur qualité qui déterminent le degré de satisfaction dans le travail.

c) Les conditions de travail

Il a été démontré, chez les médecins, que le nombre d'actes quotidiens agissent significativement sur l'épuisement professionnel, alors que l'amplitude horaire a un effet négligeable. Ceci est inhérent à la fonction même de soignant.

La relation d'aide est le fondement de la profession du soignant. L'ensemble de la vie professionnelle est construite autour du don de soi, il faut faire preuve de compassion, d'altruisme, aptitudes bien sûr nécessaires au soin, mais qui peuvent correspondre en même temps à des besoins personnels profonds. L'une des explications veut qu'il s'agisse d'un besoin de réparation narcissique, en donnant aux autres ce qui a fait défaut pour soi. On se soigne ainsi en soignant l'autre, mais paradoxalement, on se fragilise aussi à son contact.

La relation d'aide impose de trouver la juste distance avec le malade en maîtrisant transferts, sentiments et subjectivité. C'est la théorie du « detached concern » de Christina Maslach qui désigne une attitude paradoxale de prise de distance objective par rapport au patient, tout en conservant un intérêt humain réel à son égard. Elle reste difficile à trouver et nécessite un réajustement permanent, face aux renvois perpétuels à l'inconscient et à l'histoire de chacun. Le soignant doit effectuer en permanence un travail émotionnel[78], spontané ou consciemment induit, qui consiste à la fois à maîtriser ses propres émotions et faciliter en même temps le travail de soin, en tentant d'induire chez le patient des émotions désirables (calmer un patient agressif car angoissé, atténuer la gêne liée à l'intimité pour permettre un soin ou un examen de qualité, réconforter un patient triste…). C'est pour cela que ce sont les professions à forte sollicitation mentale, émotionnelle et affective qui sont les plus exposées au risque d'épuisement professionnel : « …la médecine n'est pas seulement la biologie moléculaire, c'est l'amour de son prochain », comme le disait le Professeur Jean Bernard.

La relation d'aide soignant-soigné implique une confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort qui peut déstabiliser, face à un sentiment d'impuissance et de culpabilité. Les nouvelles technologies, repoussant systématiquement les limites de la science, font croire à une médecine toute puissante et font parfois oublier que science et soignants ne sont pas infaillibles.

Face à la souffrance et à la mort, la charge émotionnelle est élevée et confronte l'individu à ses capacités à mobiliser ses ressources personnelles et à son seuil de tolérance. Un travail personnel d'acceptation du deuil est donc nécessaire pour prévenir l'épuisement professionnel.

Cette relation au patient est source quotidiennement de situations conflictuelles où il faut s'opposer, affirmer son point de vue, dans le seul but de défendre l'intérêt du patient ; celui-là même qui ne réalise pas que seule sa santé et ses droits sont la préoccupation première du soignant. Ces conflits sont une source constante de fatigue et d'épuisement, car ils mobilisent une énergie physique et psychique considérable, souvent bien plus importante que le travail technique lui-même. L'épuisement naît des attentes idéalisées qui se heurtent aux comportements des patients et à leur résistance, voire à leur absence totale de coopération. Ce sont les patients poly-pathologiques et les « chroniques » qui engendrent le plus de tension émotionnelle, car leur prise en charge est complexe, les problématiques intriquées, les soins multiples et les chances de guérison compromises. La tâche est certes difficile, mais elle peut être facilitée par différents facteurs qui déterminent la perception du patient par le médecin : la coopération du patient, son degré de curabilité et son côté sympathique dans la relation d'aide ; certains patients étant plus agréables à soigner que d'autres .

L'évaluation du travail[79], reposant traditionnellement sur l'observation des résultats, mène à une concurrence généralisée, source de déstructuration des solidarités et de pathologies de surcharge. Christophe Dejours prône l'évaluation par le jugement d'utilité et le jugement de la beauté. L'utilité est d'ordre technique, sociale et économique et englobe l'investissement du travailleur. La beauté du métier correspond quant à elle au respect des règles de l'art de la profession. Ces deux jugements permettent, selon lui, une évaluation juste du travail réalisé et ouvre la voie d'une rétribution sous forme de reconnaissance, indispensable à l'équilibre individuel.

Le sentiment de justice au travail est une des garanties du bien-être. C'est la notion d'équité distributive qui répartit les récompenses, proportionnellement aux efforts fournis. Tout est affaire d'équilibre entre le coût de l'investissement dans la relation (temps consacré, énergie déployée, formation acquise…) et le bénéfice retiré (reconnaissance, satisfaction au travail, revenus…). Ce à quoi s'ajoute la comparaison sociale qui veut que nos récompenses soient similaires à ceux qui fournissent un investissement identique, dans les mêmes circonstances de travail.

Si l'individu ressent un déséquilibre avec autrui ou simplement entre son investissement et ses bénéfices, il considérera la situation inéquitable et se sentira sous-bénéficiaire, ressentant alors un sentiment de détresse. Plusieurs stratégies peuvent être entreprises, afin de rétablir l'équilibre : diminuer ses investissements ou augmenter ceux d'autrui, ou encore chercher de nouveaux gains ou abaisser ceux des autres. La rupture de la relation peut être parfois le seul moyen d'échapper à cette situation, si les différentes stratégies entreprises s'avèrent inopérantes.

La particularité de la relation médecin-malade tient à l'engagement dans une relation inéquitable, où l'un donne sans attendre en retour, alors qu'aucun lien affectif ne l'y oblige, et l'autre reçoit. C'est par cette inégalité que la relation d'aide est parfois discréditée ou bien l'altruisme de celui qui aide, admiré. Cependant, le professionnel aidant attend toujours en retour quelque chose de son acte, que ce soit en termes de coopération, d'amélioration d'une situation, de guérison ou de reconnaissance ou bien simplement par l'allègement des affects négatifs ressentis face à la souffrance d'autrui. Le déséquilibre peut ainsi épuiser les ressources du soignant, face à l'incivilité des patients, à leurs conduites agressives, à leur absence de coopération, à leur manque de respect ou encore de reconnaissance.

La priorité du médecin étant le malade, sa parole et ses plaintes, le soignant se place en seconde position, ses doléances à lui étant secondaires par rapport à celles des soignés. Or, s'oublier soi-même et ne pas exprimer son ressenti, faute de temps ou d'échanges disponibles entre pairs, est source de perturbations et d'usure. Le médecin est trop souvent confronté à la solitude dans sa pratique quotidienne, alors qu'un simple temps de parole, d'échange et de soutien permet d'alléger la charge psychique du soignant et ne peut qu'améliorer la qualité de la prise en charge des malades.

d) Les facteurs environnementaux

Des critères ergonomiques définissent la qualité de l'environnement de travail. Celui-ci doit être fonctionnel et respecter des conditions physiques, biologiques ou chimiques ou encore d'hygiène et de sécurité (contexte agréable, espace, niveau sonore, luminosité, aération, matériel et mobilier fonctionnel…). Le matériel doit notamment répondre à des critères de confort et de fonctionnalité, dans le respect de la santé et du bien-être du soignant et par là même des malades.

Parallèlement, certains facteurs peuvent être source de malaise au travail : les problèmes de fiscalité ou de surendettement, ou encore la judiciarisation de la médecine qui entraîne la crainte des litiges et problèmes juridiques, engendrant la peur des erreurs médicales et l'incertitude dans le travail quotidien.

e) Le soutien social

Le soutien social des personnes qui nous entourent, des proches qui ont une perception similaire de la réalité et partagent nos valeurs, favorise le bien-être physique et psychique. Les relations de travail qui fournissent une écoute attentive, une assistance concrète dans les difficultés et un réconfort émotionnel, encouragent et renforcent l'engagement dans la profession, en lui donnant un attrait supplémentaire et en créant ainsi un climat professionnel stimulant.

La notion d'appartenance à un groupe réduit le sentiment de solitude, diminue le stress perçu et renforce face aux difficultés. Ce n'est pas la taille du groupe qui compte, autrement dit le nombre de relations tissées, mais bien leur qualité, leur stabilité et la satisfaction qu'elles procurent. Le soutien perçu reste cependant subjectif, il peut être bien différent du soutien effectivement reçu, selon les attentes et l'état émotionnel de chacun.

b. Les conséquences de l'épuisement professionnel

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. » [80]

H.Freudenberger

C'est ce qu'a constaté le psychothérapeute Herbert Freudenberger, dans les années 1970, aux Etats-Unis, au contact de jeunes volontaires travaillant dans la prise en charge des toxicomanes. Ainsi naît le concept de « Burn out Syndrom »[81] qui est enrichi à la même époque par Christina Maslach, psychologue américaine, qui en élabore un instrument de mesure, le MBI (Maslach burn out Inventory). Cet outil a été largement utilisé dans de nombreuses études sur les professionnels de l'aide, soignants, éducateurs ou encore enseignants, permettant ainsi des comparaisons et échanges internationaux.

Le syndrome d'épuisement professionnel ou « Burn out Syndrom » apparaît en réponse à un stress émotionnel chronique et se compose de trois dimensions : un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation et une baisse du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel.

Au travail, le « burn out » engendre l'insatisfaction et diminue l'engagement et la motivation, jusqu'au désir de reconversion. L'absentéisme entraîne une surcharge de travail pour les confrères sur le terrain. Les relations avec les collègues ou les malades se détériorent et une négligence croissante apparaît, avec un risque d'erreurs certain. Un désinvestissement du travail peut alors faire suite ou, à l'inverse, un surinvestissement inefficace. La banalisation de la souffrance et de la mort[82] peuvent entraîner indifférence et réassurance faussement optimiste, par déni de la réalité. La qualité des soins prodigués aux patients s'avère ainsi directement impactée.[83]

Les conséquences de cet épuisement professionnel s'observent au niveau de l'individu lui-même, au travers d'une diminution de ses ressources psychologiques (chute de l'estime de soi, désespoir, anxiété, sentiment d'impuissance, dépression…) aboutissant à des troubles cognitifs, comme les difficultés de concentration ; ainsi qu'à une baisse de la tolérance aux frustrations pouvant engendrer irritabilité, voire agressivité. Cet épuisement peut également entraîner des conduites addictives (tabac, alcool, café, médicaments…).

Cet épuisement au travail peut également impacter la sphère privée, car l'individu est hanté par ses préoccupations professionnelles et n'arrive pas à se détendre lors de son retour à la maison. Le conjoint peut être atteint, soit directement, car il partage les mêmes problématiques et les mêmes menaces, soit indirectement, par empathie réciproque ; la tension de l'un entraînant inexorablement des relations conflictuelles. Ceci peut aboutir à un isolement social, un divorce ou encore une attitude « professionnelle » avec son entourage, notamment avec ses propres enfants.

c. La prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes [84,85]

Les résultats de MBI des soignants sont préoccupants, que ce soit en France ou dans le monde entier. On parle même « d'épidémie » pour caractériser cette maladie, en pleine expansion dans le milieu médical.

Dans une enquête réalisée à l'échelle nationale[86], on démontre qu'un médecin généraliste sur deux souffre de « burn out ». C'est le pourcentage moyen retrouvé dans la plupart des études réalisées sur le sujet, notamment les plus récentes[87,88]. Cette tendance affecte même les plus jeunes, puisque la même proportion de l'affection est observée chez les internes de médecine générale, qui présentent même un niveau d'épuisement émotionnel et de déshumanisation plus élevé que leurs aînés[89].

Ce n'est pas l'avenir peu prometteur qui peut rassurer quant à l'évolution de la prévalence du « burn out » chez les médecins et encore moins la tranche professionnelle concernée, en termes d'engagement dans le soin. Les médecins ont en effet bien trop tendance à refuser l'aide extérieure. Ils s'auto-diagnostiquent et s'auto-traitent, et souvent de manière erronée !

Les difficultés inhérentes au métier étant pour la plupart immuables, il s'avère donc indispensable de mettre en place des stratégies d'adaptation et de prévention, afin d'éviter la propagation de cette triste épidémie. La qualité des soins prodigués aux patients doit être protégée et le plaisir d'exercer, retrouvé et privilégié.

d. Des stratégies d'adaptation [90]

a) Le « coping »

Les stratégies d'adaptation sont nécessaires pour faire face aux évènements stressants et diminuer leur impact sur le psychisme des soignants. Ce sont des processus d'ajustement conscients ou inconscients qui diffèrent selon la personnalité, le vécu et la configuration du travail. Elles sont entreprises par l'individu pour se protéger d'une situation déstabilisante et rétablir l'équilibre personnel. Elles sont de deux types : individuelles, sur un versant actif ou passif, et collectives dans le but de défendre le métier.

Elles sont de type passif comme l'évitement, l'isolement ou la résignation qui apportent une période de répit temporaire face à l'environnement menaçant, mais qui ne sont pas toujours efficaces dans la durée. Elles sont actives lorsque l'individu, à l'esprit combatif, agit verbalement ou dans les actes, pour maîtriser les évènements menaçants et s'y adapter. Personne n'agit exclusivement selon l'un ou l'autre mode, mais les deux types de stratégies sont utilisées selon le contexte et l'humeur, variables dynamiques et évolutives.

La stratégie d'adaptation sera considérée comme efficace si elle permet au soignant de garder le contrôle de la situation, préserve son autonomie et le soustrait à sa souffrance ; rétablissant ainsi l'équilibre psychique jusqu'alors menacé. L'objectif ultime recherché est l'accomplissement de soi qui procure plaisir au travail et lui donne un sens. Les sentiments d'utilité et de réussite professionnelles entretiennent la motivation et permettent de compenser l'investissement et la souffrance au travail.

b) Des axes de réflexion

L'auto-analyse et l'auto-observation sont nécessaires. Tout d'abord pour faire le diagnostic de déséquilibre psychique ou celui de simple menace. Il convient à chacun d'identifier ses propres facteurs de stress, ceux dont nous n'avons parfois même plus conscience, tellement ils sont habituels. Il faut ensuite analyser ses propres réactions face à ces éléments stresseurs, source d'une dépense énergétique physique et psychique importante, réponses plus ou moins adaptées aux états de tension créés. Ces évènements stressants permettent parfois la découverte de ressources insoupçonnées et peuvent ainsi être à l'origine d'une crise structurante. Enfin, il est nécessaire d'identifier l'ensemble des éléments, propres à chacun, qui favorisent la détente, le ressourcement individuel et le bien-être que ce soient des lieux, des objets, des personnes ou des actions (musique, lecture, dessin, sport, cinéma, silence…).

Le point fondamental réside dans le fait de se repréciser l'essence des choses et de redéfinir ses aspirations profondes. L'objectif est de se retrouver en adéquation avec ce qui a vraiment de l'importance pour soi, afin de redonner un sens à sa vie. Il faut différencier sa finalité intime et ses propres objectifs, de ceux imposés par l'environnement ou la société. Il est nécessaire de prendre conscience de l'obligation envers soi-même de prendre soin de soi et de se protéger, au prix parfois d'inévitables changements d'habitudes. Il est nécessaire pour cela de conserver un certain degré de compassion et d'indulgence envers soi-même. Comme nous le souligne Freudenberger, à la fin de son ouvrage[91], où il nous laisse méditer ces quelques mots d'un humoriste américain : *« Ne prends pas la vie trop au sérieux, tu n'en sortiras pas vivant ! ».*

> *« Cette remise en perspective de l'égoïsme et de l'altruisme s'appuie sur des données psychologiques, philosophiques, éthiques et religieuses pour étayer l'idée, (à l'instar d'Hélène Lazure), que « savoir prendre soin de soi est un préalable à savoir prendre soin des autres. »* [92] » [93]

Une des démarches essentielles repose également sur l'expression, qu'elle soit verbale ou écrite, de ses propres difficultés, que ce soit à un professionnel, un collègue, un ami ou un conjoint, du moment qu'il s'agit d'une relation interpersonnelle authentique et digne de confiance. C'est par la communication et les échanges que les pistes de réflexion décrites précédemment pourront être mises en œuvre. A cette réflexion personnelle et active peuvent s'ajouter divers moyens de prévention génériques du bien-être individuel.

c) Des moyens de prévention[94] et de prise en charge

Des conseils généraux d'entretien du bien-être individuel et de prévention de l'épuisement psychique, communément admis, ont été étiquetés :

- Avoir une bonne hygiène de vie et améliorer son état de santé (par une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, l'éviction des toxiques, un sommeil régulier).
- Favoriser les activités personnelles de détente et de réalisation de soi (activités sportives, artistiques ou sociales qui augmentent l'estime de soi, relaxation, sophrologie, yoga).
- Avoir une bonne gestion du temps de repos et des vacances contribuant à modérer le stress.
- Entretenir des relations sociales et amicales pour favoriser le soutien personnel.

Au cabinet, le travail doit répondre à un certain nombre de principes, afin de minimiser le stress :

- Débuter la journée calmement.
- Se fixer des objectifs que l'on peut atteindre, en apprenant à déterminer ses priorités
- Apprendre à gérer son temps, en évitant au maximum les heures supplémentaires.
- Apprendre à anticiper, en étant proactif au lieu de réactif.
- Prendre un recul suffisant par rapport aux activités professionnelles.

Au niveau mondial, la France est en retard par rapport aux autres pays, en termes de prise en charge du « burn out » des médecins. En Espagne, un Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) a été instauré par le collège de l'Ordre des Médecins de Barcelone. Une démarche similaire a été entreprise en Grande Bretagne avec le « National Counseling Service for Sick Doctors » où des cabinets de consultation réservés aux médecins ont été créés ; de même qu'au Canada, avec le « Réseau de Psychiatrie pour aider les médecins atteints d'épuisement professionnel » ou encore en Belgique, avec des associations de soutien aux médecins et groupes de parole.

S'inspirant de ses homologues internationaux, la France met en place grâce à l'Ordre des Médecins, en 2002, l'Observatoire de l'insécurité, qui recense les déclarations des professionnels. Dans le même objectif est créée en 2005 une ligne téléphonique, anonyme et gratuite, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle permet aux médecins de s'entretenir avec un psychologue de la société Psya, spécialisée dans les troubles psychologiques liés au travail, ainsi que leur prise en charge et leur prévention. Parallèlement se sont développés des groupes de parole et des associations telles que ASALEE (Action de SAnté Libérale En Equipe) créée en 2004 par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou-Charentes.

Le « burn out » doit être reconnu comme maladie professionnelle et les médecins doivent être formés à la prise en charge de leurs confrères en souffrance.

Un travail en amont, auprès des internes et jeunes médecins, d'information sur le métier, ses contraintes et ses stratégies d'adaptation permettrait de mieux préparer les praticiens à leur exercice quotidien, de la gestion d'un cabinet à celle de la relation médecin-malade.

Certaines actions auprès des médias et du public pourraient s'avérer utiles en termes de prévention de l'épuisement professionnel des médecins. En effet, la découverte et la compréhension des limites du métier, de sa complexité et de ses contraintes permettraient une prise de conscience générale des problématiques actuelles.

METHODE

I. CHOIX DE LA METHODE UTILISEE [95,96,97,98]

La méthode qualitative nous est apparue comme la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche. En effet, cette méthode a pour objectif de comprendre le phénomène étudié, sans prétention de quantification. Elle évalue des besoins ou des attentes, cherche à comprendre des opinions ou décrypter des comportements.

Afin d'obtenir ces données qualitatives, nous avons choisi l'entretien de groupe, également défini sous les termes de « focus group », d'entretien collectif ou encore de groupe de discussion. Il a pour objectif de recueillir le vécu, le ressenti et les perceptions des participants sur un sujet donné, tout en intégrant leurs émotions, sentiments et attitudes individuelles, au sein d'un groupe.

L'entretien collectif a l'avantage de saisir les prises de position de chacun des participants, non de manière isolée, mais en interaction les uns avec les autres. Il permet ainsi l'expression du désaccord, suscite le débat et recueille alors des positions plus riches et parfois plus tranchées que dans un entretien individuel. Le travail de remémoration est facilité par l'échange des perceptions et du vécu entre participants. Il agit comme un déclencheur du rappel de ses propres souvenirs. L'éventail de réponses recueillies est alors élargi, car le discours produit par un individu en groupe, grâce aux interactions, n'aurait jamais pu être produit seul. Le retour sur son vécu personnel et son expérience passée, les échanges avec les autres participants, ainsi que les éclairages fournis par l'animateur, permettent une réflexion approfondie, l'accès à une auto-analyse constructive et parfois même la découverte d'aspects méconnus de sa propre existence.

De plus, nous avons choisi d'animer l'entretien de groupe de manière non directive, afin d'enrichir les discours. En effet :

> *« Le matériel verbal obtenu à partir de questions ouvertes est beaucoup plus riche en informations que les réponses à des questions fermées ou précodées. »* [99]

II. PREPARATION DES ENTRETIENS

1. Le recrutement des participants

a. Constitution des différents groupes

Nous avons formé quatre groupes, chacun soumis par la suite à un entretien collectif. Deux groupes étaient constitués de médecins généralistes maîtres de stage, l'un d'eux regroupait des médecins de Nancy et son agglomération, l'autre, des médecins de Bar-le-Duc et du sud Meusien. Les deux autres groupes étaient constitués de médecins généralistes non-maîtres de stage, en provenance également des deux régions précédemment citées. Ceci nous a permis de recueillir des expériences variées, de médecins généralistes exerçant à la fois en milieu urbain et en milieu rural, et de rendre possible une analyse comparative des médecins selon le facteur « maîtrise de stage ».

La constitution de ces groupes a répondu à des critères de diversification : âge (permettant une analyse transgénérationnelle), sexe, ancienneté d'exercice (variété des expériences), lieu d'exercice (urbain et rural), type d'exercice (seul ou en groupe), activités professionnelles annexes, expérience de la maîtrise de stage (pour les groupes concernés : niveau d'étudiants, durée d'enseignement). Ainsi, nous nous sommes efforcés de respecter l'homogénéité entre les différents groupes, tout en assurant la diversité de la population ciblée, afin d'en garantir sa représentativité. L'objectif a été de faire émerger un maximum de points de vue sur le sujet traité.

La taille de chaque groupe a été définie dans le but de favoriser l'expression individuelle et de faciliter l'animation de l'entretien, dans un climat de discussion agréable et serein. Nous avons essayé de recruter initialement plus de participants que le nombre souhaité, prévoyant ainsi d'éventuels désistements. Le nombre de « focus group » a été fixé afin d'obtenir une saturation des données ; les informations fournies par les derniers entretiens n'apportant plus d'élément nouveau.

b. Prise de contact

La première prise de contact s'est effectuée par téléphone au mois d'avril 2011. L'entretien téléphonique a consisté, en un temps minimum, à se présenter et expliciter le projet de l'étude et son objectif, de façon suffisamment claire, dans le but de convaincre le médecin d'y participer. Il fallait également informer les praticiens de la garantie de l'anonymat des discours et des conditions matérielles des entretiens, en termes de lieu, d'horaire ou encore d'enregistrement.

Il a été nécessaire d'anticiper quelque peu les questions que les médecins pouvaient poser, notamment sur la méthode des « focus group » ou l'organisation pratique des entretiens. Il ne fallait pas dévoiler les subtilités de l'étude ni répondre à des questions trop précises sur le sujet, afin de ne pas biaiser les futures interventions lors des entretiens.

Si les médecins manifestaient leur intérêt pour l'étude et nous donnaient leur accord pour participer, nous leur demandions leurs disponibilités et leur adresse électronique, afin de permettre de les recontacter ultérieurement par mail.

Une fois le nombre suffisant de médecins recrutés, nous avons envoyé un mail à chacun des participants pour préciser le sujet, expliquer la méthode utilisée, les conditions pratiques du déroulement des « focus group » et essayer de fixer une date de réunion (annexe 1). Le site internet « Doodle » a été utilisé, afin de proposer plusieurs dates de réunions aux différents participants. Il n'a permis de fixer qu'une seule date d'entretien. Les trois autres dates ont été convenues en rappelant les autres participants à plusieurs reprises par téléphone.

Un second mail a été envoyé à l'ensemble des médecins pour leur confirmer la date, l'heure et le lieu de la réunion (annexe 2). Dans l'hypothèse où les mails ne soient pas lus, nous avons envoyé parallèlement un carton d'invitation, accompagné d'un courrier relatant les mêmes informations et un plan permettant de faciliter l'accès à la salle (annexes 3 et 4).

Tous les participants ont été recontactés par téléphone la veille de l'entretien ou le jour même, afin de confirmer la réunion ainsi que leur présence.

21 médecins ont donc participé aux entretiens qui se sont déroulés de fin mai à mi-juin 2011 :

- Le premier « focus group » a regroupé 5 médecins non-maîtres de stage de Nancy et son agglomération
- Le second, 4 médecins maîtres de stage de Bar-le-duc et du sud meusien
- Le troisième, 6 médecins non-maîtres de stage de Bar-le duc et du sud meusien
- Enfin, le quatrième, 6 médecins maîtres de stage de Nancy et son agglomération.

2. L'animateur

a. Présentation de l'animateur

Nous avons choisi comme animatrice des entretiens, Mme Martine BATT, Docteur en Psychologie et Maître de Conférences Universitaire à la faculté de Nancy.

Nous étions à ses côtés deux observateurs : Mlle Mylène CEGLIA, étudiante en 3ème année de Psychologie, détentrice d'un Master 2 en Psychologie du travail et moi-même. Nous avons endossé le rôle d'observateur des interactions et aspects non-verbaux du discours[100,101,102,103], en termes d'expressions de visage, d'attitudes corporelles ou d'émotions, hors de portée de tout enregistrement audio.

b. Le rôle de l'animateur

L'animateur a un rôle primordial dans le bon déroulement et l'efficience des entretiens. Il a une triple fonction de production, facilitation et régulation du discours. Il doit faire progresser le groupe vers l'objectif recherché, en suivant le guide d'entretien, pour aiguiller le discours sur les thèmes oubliés ou négligés, tout en réduisant les interactions parasites détournant la discussion du sujet de l'étude. Pour ce faire, il doit faciliter la coopération et l'expression des participants, répartir les tours de parole, tout en instaurant un climat de confiance propice à l'expression, la spontanéité et la véracité des discours. Le but est de faire parler les personnes interrogées librement, en encourageant leur autoanalyse, afin de découvrir leurs tendances spontanées sur le sujet, sans émettre d'opinion personnelle ou influencer les discours.

Patience, bienveillance, écoute empathique et respectueuse sont les principales qualités requises auxquelles s'ajoute l'art de la gestion du discours, par des interventions adaptées, visant à soutenir, encourager et aider le groupe à comprendre son fonctionnement et les affects qui y sont associés.

3. L'organisation matérielle

a. Lieu des entretiens

Pour la réalisation des entretiens, nous avons fait le choix d'un endroit neutre et facile d'accès. Les deux « focus group » de Nancy se sont déroulés à la faculté de médecine, dans les locaux du département de médecine générale; ceux de Bar-le-Duc, à l'hôpital de Bar-le-Duc, dans les locaux du service d'hospitalisation à domicile.

Les deux salles, spacieuses et agréables, aux conditions matérielles adéquates, ont offert une disposition des participants sans hiérarchisation, afin de permettre des face à face propices aux échanges.

Les médecins devaient se placer librement autour de la table, en fonction de leur ordre d'arrivée, afin de créer une ambiance conviviale et moins formelle qu'un placement imposé.

b. Durée des entretiens

Nous nous étions fixés environ 1h30 d'entretien, afin de disposer du temps nécessaire pour que les participants apprennent à se connaître, que le groupe se constitue et que la discussion se mette en place et soit efficiente.

En cas de retard de certains participants, nous avions convenu d'attendre systématiquement tous les intervenants pour débuter l'entretien. Nous ne voulions pas intégrer une personne à une discussion déjà engagée, afin de ne pas perturber le nouvel arrivant, ainsi que le groupe déjà constitué.

c. Enregistrement

L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide de plusieurs dictaphones numériques, afin de palier, le cas échéant, le dysfonctionnement éventuel de l'un des appareils. Le double enregistrement a permis d'éviter la perte de discours, liée à d'éventuelles parties inaudibles, en disposant les dictaphones aux deux extrêmes de la table. Nous n'avons pas pris l'option d'un enregistrement vidéo, afin d'éviter d'être trop intrusif pour les participants et dans le but de favoriser la spontanéité des prises de parole. L'accord de chacun pour l'enregistrement a été recueilli avant l'entretien.

4. Le guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien (annexe 5) commun à tous les « focus group ».

Pour ce faire, nous avons redéfini le thème de l'étude, la question posée, ainsi que le moyen utilisé pour y parvenir, afin de cibler l'ensemble des thèmes que nous souhaitions aborder lors des entretiens.

Ce guide a servi à l'animateur de fil conducteur pour la gestion des groupes et l'orientation thématique des discussions.

III. REALISATION DES ENTRETIENS

Les « focus group » ont tous été conduits de la même manière, afin de réduire au maximum les variations d'un entretien à l'autre.

1. Accueil

Nous avions convenu d'un temps d'accueil d'un quart d'heure pour accueillir les participants, permettant une première prise de contact entre les membres du groupe. Il était important de ne pas discuter, pendant ce temps, du sujet de l'étude, afin de ne pas biaiser le discours ultérieur et d'en préserver toute la spontanéité.

2. Introduction

Chaque entretien a été introduit de la même manière, par une introduction standardisée (annexe 6), au cours de laquelle nous nous sommes présentés. Nous avons également rappelé brièvement le sujet de l'étude, ainsi que le fonctionnement de l'entretien de groupe.

3. Présentation des participants

Nous avons demandé ensuite à chaque participant de se présenter, afin de faire plus ample connaissance avant le début de l'entretien et de faciliter l'engagement de celui-ci. Chacun devait donner son nom, son âge, sa durée d'installation, son lieu d'exercice (urbain ou rural) et son type d'exercice (seul ou en groupe).

4. Entretien

L'animatrice a débuté chaque entretien par une mise au point sur les règles du jeu de la discussion. Des consignes simples étaient rappelées : profiter de sa liberté d'expression, éviter de se couper la parole, ne pas parler tous en même temps pour faciliter ensuite la retranscription, ne pas hésiter à exprimer son désaccord, ne pas chercher absolument le consensus.

Les entretiens devaient être engagés par une question inductrice générale qui a été, dans ce cas, la seule question formelle posée : « Est-ce que vous avez l'impression de progresser, au quotidien, dans votre vie professionnelle ? ». Le reste du discours a été obtenu par le jeu des interventions spontanées de l'animatrice, contribuant à la fluidité et à l'aisance de la discussion.

5. Buffet

Un buffet a fait suite aux entretiens, afin de remercier les médecins de leur participation et dans le but de recueillir leurs impressions et ressentis de la soirée.

6. Débriefing

Une fois les participants remerciés, nous avons réalisé un débriefing de chaque entretien, afin d'échanger à chaud nos impressions et de les consigner, ainsi que les différents détails notoires sur le déroulement de la discussion, pour éviter la perte de ces notions.

7. Remerciements

Une carte de remerciement (annexe 7) a été envoyé à chaque participant, trois semaines environ après la fin des « focus group ».

IV. RETRANSCRIPTION

Nous avons retranscrit l'ensemble des discussions, mot à mot, en décrivant la succession des prises de parole ainsi que les silences, les hésitations et diverses manifestations des participants.

Une moyenne de 8 heures de travail sont nécessaires pour retranscrire une heure d'entretien. Nous avons donc consacré un total de 44 heures environ à la retranscription des discussions.

Les conventions que nous avons choisies sont celles de Michael Billig[104] qui constituent un bon compromis entre des conventions trop simplistes, qui oublient certains éléments utiles à la compréhension et l'analyse du discours, ou d'autres trop complexes qui rendent la lecture opaque pour le non initié :

= est utilisé au début d'une prise de parole lorsque le locuteur précédant est interrompu

[signale quand deux personnes parlent en même temps

() indique une pause, un silence (la durée en secondes de la pause est notée entre parenthèses)

... marque une omission

{} donne des précisions relatives au ton employé ou aux gestes réalisés

Nous avons rendu anonyme l'ensemble des entretiens en choisissant aléatoirement deux lettres pour chaque participant, l'une désignant le prénom et l'autre le nom du médecin.

L'ensemble de la retranscription des entretiens représente un total de 134 pages que nous avons intégrées à la thèse sous forme d'un CD (annexe 8), joint en fin d'ouvrage, afin de ne pas surcharger le document de thèse final.

V. ANALYSE DES ENTRETIENS

> *« L'analyse du contenu est un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité. »* [105]

L'objectif de l'analyse a été d'exploiter le matériel recueilli à l'issue des « focus group », pour produire des résultats fiables et valides, permettant de décrire le plus finement possible le contenu des entretiens et de comprendre les interactions en présence, afin d'élaborer des théories permettant d'en rendre compte.

L'ensemble du matériel a été utilisé et analysé avec exhaustivité, aucun passage du discours n'ayant été écarté. Nous avons utilisé des procédures scientifiques d'objectivation, afin de réduire toute tentation de subjectivation. De plus, pour enrichir l'analyse et préciser au mieux ses conclusions, nous avons réalisé plusieurs travaux indépendants, à la fois manuels et informatisés, à orientation qualitative ou quantitative ; dans le but d'accroître la productivité de l'information finale par la pluralité des approches.

1. Analyse manuelle de contenu

Une première analyse manuelle, la plus longue en temps de travail requis, a consisté en une analyse thématique systématique du contenu des entretiens.

a. La préanalyse

Plusieurs lectures « flottantes » ont permis, dans un premier temps, de s'imprégner du discours, de bien saisir le sens de chaque intervention ainsi que l'intentionnalité donnée par les participants à leurs propos.

Des impressions et orientations générales ont ainsi pu émerger et être formulées en hypothèses.

b. L'exploitation du matériel

Les six grands thèmes principaux de notre grille d'entretien ont servi de fil conducteur pour le découpage et le codage de l'ensemble du corpus. Nous avons pour cela attribué à chaque thème une couleur, qui a été utilisée pour l'ensemble de l'analyse, de même que pour la présentation des résultats dans le chapitre suivant :

- La qualité de vie professionnelle : aspects positifs (rose)
- La qualité de vie professionnelle : aspects négatifs (orange)
- La qualité de vie personnelle (violet)
- L'enseignement : apports sur le plan professionnel (bleu)
- L'enseignement : aspects négatifs (noir)
- L'enseignement : apports sur le plan personnel (vert)

Une lecture supplémentaire a permis, à l'aide de feutres fluorescents, d'effectuer un découpage du corpus, en le surlignant de la couleur correspondante au thème abordé. Nous avons ensuite réparti ces extraits du discours dans une grille d'analyse, permettant de classer l'ensemble du corpus selon ces six grands thèmes.

Nous nous sommes efforcés de réaliser des catégories de découpage du corpus qui répondent aux critères de validité de cette méthode, à savoir :

- Homogénéité : ne pas mélanger dans la même catégorie deux sujets différents
- Exhaustivité : épuiser la totalité du texte
- Exclusivité : un même élément du contenu ne peut être classé dans deux catégories de manière aléatoire
- Objectivité : des analystes différents doivent aboutir aux mêmes résultats
- Pertinence : les catégories doivent être adaptées au contenu et à l'objectif

Pour chaque thème, nous avons ensuite effectué une relecture des portions de corpus correspondantes, afin d'identifier des sous-thèmes.

Cette étape de l'analyse est particulièrement minutieuse et complexe, car elle impose à la fois une grande rigueur scientifique, nécessite une grande persévérance, ainsi qu'une attirance pour la découverte du sens caché, du non-dit, du latent ; tout en se méfiant des apparences et de l'évidence ! Le temps considérable que requiert ce type d'analyse oblige à une nécessaire maturation de l'interprétation, garant indispensable de sa fertilité.

c. Le traitement des résultats

Pour répondre plus précisément à la question de notre étude, nous avons ensuite regroupé les résultats obtenus sur l'ensemble des « focus group » en seulement deux groupes : celui des maîtres de stage et des non-maîtres de stage ; afin de pouvoir réaliser une analyse comparative des discours, en fonction du seul facteur « maîtrise de stage ».

Nous avons de plus souhaité modéliser le discours, afin de simplifier et mettre en relief visuellement les informations apportées par l'analyse. Pour ce faire, nous avons réalisé un codage quantitatif de l'ensemble du discours. L'unité de codage choisie a été le mot. Nous avons ainsi comptabilisé le nombre de mots se rapportant à chaque thème, à l'aide d'un tableur Excel. Ceci a permis de préciser la proportion des différents thèmes, sur la totalité du discours, que nous avons ensuite schématisée sous forme de divers graphiques.

2. Analyse manuelle des connecteurs discursifs

Une seconde analyse manuelle, centrée sur les thèmes de qualité de vie professionnelle et personnelle, a porté sur l'analyse des connecteurs verbaux interactifs.[106] Selon M. Eddy Roulet, éminent professeur de linguistique :

> *« Les connecteurs interactifs marquent la relation entre un (ou des) constituant(s) subordonné(s) (…) et l'acte directeur d'une intervention. »*[107]

Autrement dit, ils établissent une liaison, entre différents constituants du discours, afin d'indiquer ou mettre en relief les rapports qu'ils entretiennent entre eux.

Ils se répartissent en quatre classes selon leur fonction :

- Les connecteurs argumentatifs introduisent un argument. Ils étayent un propos (par exemple : parce que, puisque, même…).
- Les connecteurs consécutifs introduisent une conséquence, une conclusion (par exemple : donc, alors, et du coup…).
- Les connecteurs contre-argumentatifs opposent un argument au précédant. Ils représentent le désaccord (par exemple : mais, or, par contre, pourtant…).
- Les connecteurs réévaluatifs proposent une remise en cause des propos par leur reformulation (par exemple : c'est-à-dire, bon, voilà…).

Les différents connecteurs ont donc été comptabilisés manuellement, afin de bien maîtriser leur sens au sein du discours. La proportion relative de chaque classe permet de se représenter, d'une manière générale, les différentes interactions au sein de chaque groupe, leur degré de cohésion ou de désaccord ; précisant ainsi les résultats en tenant compte des conditions de production du discours.

Cependant, dans cette analyse des interactions, nous devons tenir compte du phénomène de « préservation des faces »[108] : le comportement des individus dans l'interaction est déterminé essentiellement par la nécessité de ne pas perdre la face (face positive ou image que l'on donne de soi ; face négative ou intégrité de son territoire). Toute interaction verbale crée une menace potentielle pour les faces positive et négative. En effet, le langage implique l'échange et une détermination réciproque et continue des comportements de tous les sujets engagés dans cet échange. Parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant.

3. Analyse focalisée sur les participants

Les méthodes précédentes impliquent une synthèse de la totalité des données verbales de chaque groupe, toutes personnes confondues. Or, au sein de ces groupes d'entretien, chacun dit « Je », avec son propre système de pensée et de valeurs, ses processus cognitifs et son affectivité, sans oublier la participation involontaire de son inconscient.

Nous nous sommes donc demandés comment préserver en partie la singularité de chacun.

Ainsi, nous nous sommes focalisés sur les participants eux-mêmes, afin de déterminer si certains d'entre eux se présentaient comme des cas particuliers, en comparaison au reste du groupe : des « cas extrêmes » qui conforteraient de manière excessive les hypothèses avancées, sans être représentatifs du reste du groupe ou, au contraire, des « cas déviants » qui ne répondraient pas du tout aux hypothèses. L'analyse de ces cas particuliers oblige ainsi à nuancer le propos et les conclusions, pour gagner en véracité. Nous rappelons que la méthode de recherche qualitative n'a pas comme objectif la généralisation des résultats, mais bien la description la plus fine du phénomène étudié.

4. Analyse par logiciel informatique [109]

Le logiciel informatique *NVivo* a été utilisé en parallèle afin de réaliser une analyse informatisée des entretiens. Son principal atout a été de conforter, d'une manière générale, les opérations de codage et de catégorisation réalisées manuellement.

L'informatique présente l'avantage de sa rapidité d'exécution, sa rigueur et sa facilité de reproduction.[110] Mais il ne remplace en aucun cas le cerveau humain qui reste le seul capable d'une analyse sensible et subtile des discours humains, par essence, polymorphes, complexes et chargés d'implicite et d'émotionnel, dont l'interprétation est difficilement programmable.

RESULTATS

I. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Concernant le lieu d'exercice des différents médecins, nous avons employé, dans les tableaux suivants, les termes de milieu « urbain », « périurbain », « rural » et « semi-rural ». Nous avons utilisé les définitions de l'INSEE, que nous nous sommes permis d'adapter à notre problématique, afin d'en faciliter la compréhension. Nous avons notamment ajouté la notion de zone d'influence rurale ou urbaine sur l'exercice médical, en raison d'une offre de soins différente, en particulier en termes d'infrastructures hospitalières.

Ainsi nous définissons :

- Comme « urbain », une commune qui compte plus de 2 000 habitants (définition de l'INSEE), mais qui représente un grand pôle urbain ayant une grande offre de soins et des grandes infrastructures hospitalières. Il s'agit par exemple de Nancy.
- Comme « périurbain », l'ensemble des communes, de plus de 2 000 habitants, qui entourent un grand pôle urbain comme défini précédemment. Par exemple, Houdemont.
- Comme « rural », les unités de moins de 2 000 habitants, qui n'appartiennent ni à l'espace urbain, ni à l'espace périurbain. Il s'agit par exemple de Salvaux.
- Nous avons ajouté la notion de « semi-rural » pour définir un lieu de plus de 2 000 habitants, mais un exercice à orientation rurale, qu'il s'agisse d'un petit pôle urbain (à l'offre de soins et aux infrastructures hospitalières moyennes, en comparaison au grand pôle urbain) ou d'une commune située à proximité d'un petit pôle urbain, l'offre de soins étant relativement plus importante qu'en milieu rural. Par exemple, Bar-le-Duc ou Vaucouleurs.

Tableau n°1

Composition du 1er « focus group » : Non-maîtres de stage sur Nancy

Code d'anonymat Prénom/Nom	*AU*	*BV*	*CW*	*DX*	*EY*
Age (ans)	50	46	44	35	55
Sexe	M	M	F	M	M
Lieu d'exercice	Urbain	Périurbain	Périurbain	Urbain	Urbain
Nombre d'habitants	103 552	6 996	6 844	103 552	103 552
Durée d'installation	20	10	15	2 1/2	26
Type d'exercice	Seul	En groupe Maison médicale	En groupe Maison médicale	Seul	En groupe Un associé
Maîtrise de stage	Non	Non	Non	Non	Non

Tableau n°2

Composition du 2ème « focus group » : Maîtres de stage sur Bar-le-Duc

Code d'anonymat Prénom/Nom	*FP*	*GR*	*HS*	*IT*
Age (ans)	56	55	44	50
Sexe	M	M	F	M
Lieu d'exercice	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
Nombre d'habitants	16 939	16 939	6 322	3 660
Durée d'installation	28	30	11	21
Type d'exercice	Seul	En groupe Maison médicale	Seul	En groupe Maison médicale
Maîtrise de stage	Oui	Oui	Oui	Oui

Tableau n°3

Composition du 3ème « focus group » : Non-maîtres de stage sur Bar-le-Duc

Code d'anonymat Prénom/Nom	*AJ*	*BK*	*CM*	*DL*	*EO*	*FN*
Age (ans)	46	52	40	46	55	35
Sexe	M	M	F	M	M	F
Lieu d'exercice	Rural	Semi-rural	Rural	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
Nombre d'habitants	532	16 939	1264	5251	5036	5036
Durée d'installation	13	22	5	12	24	4
Type d'exercice	En groupe Un associé	Seul	Seul	En groupe Maison médicale	Seul	En groupe Maison médicale
Maîtrise de stage	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Tableau n°4

Composition du 4ème « focus group » : Maîtres de stage sur Nancy

Code d'anonymat Prénom/Nom	*RD*	*SE*	*TF*	*UG*	*VH*	*WI*
Age (ans)	62	52	52	57	59	48
Sexe	M	M	M	M	M	M
Lieu d'exercice	Urbain	Urbain	Urbain	Périurbain	Périurbain	Urbain
Nombre d'habitants	15 286	103 552	103 552	9 751	2 998	15 684
Durée d'installation	32	26	22	27	32	16
Type d'exercice	En groupe	Seul	Seul	Seul	Seul	En groupe Un associé
Maîtrise de stage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

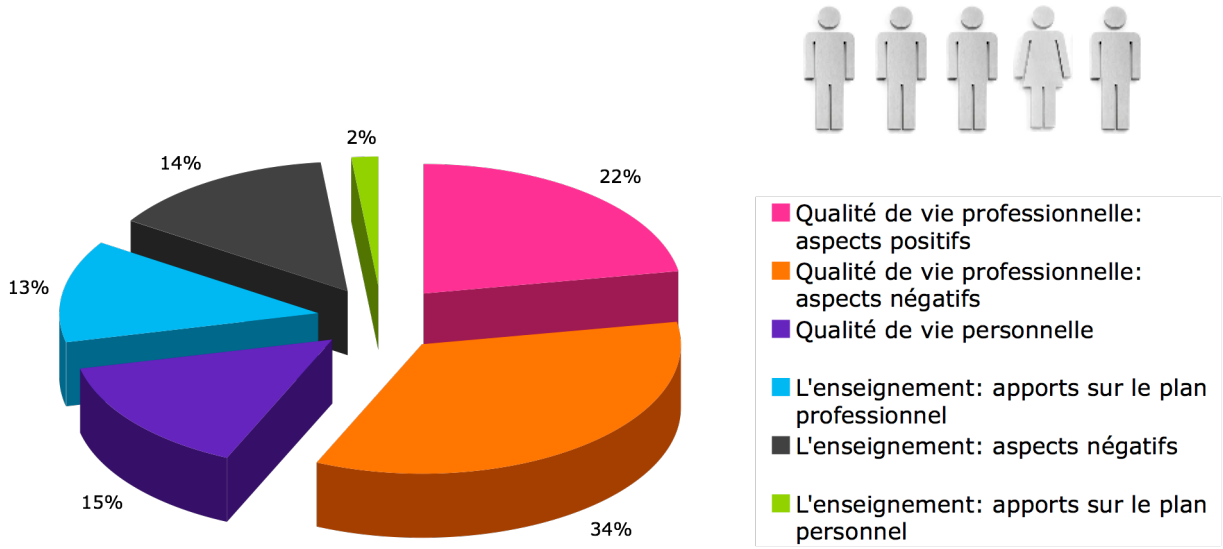
II. ANALYSE DISCURSIVE THEMATIQUE

1. Production discursive et répartition thématique des quatre « focus group »

a. « Focus group » 1 : Les médecins généralistes non-maîtres de stage exerçant en zone urbaine ou périurbaine

Graphique n°1

Focus group 1: Production discursive et répartition thématique

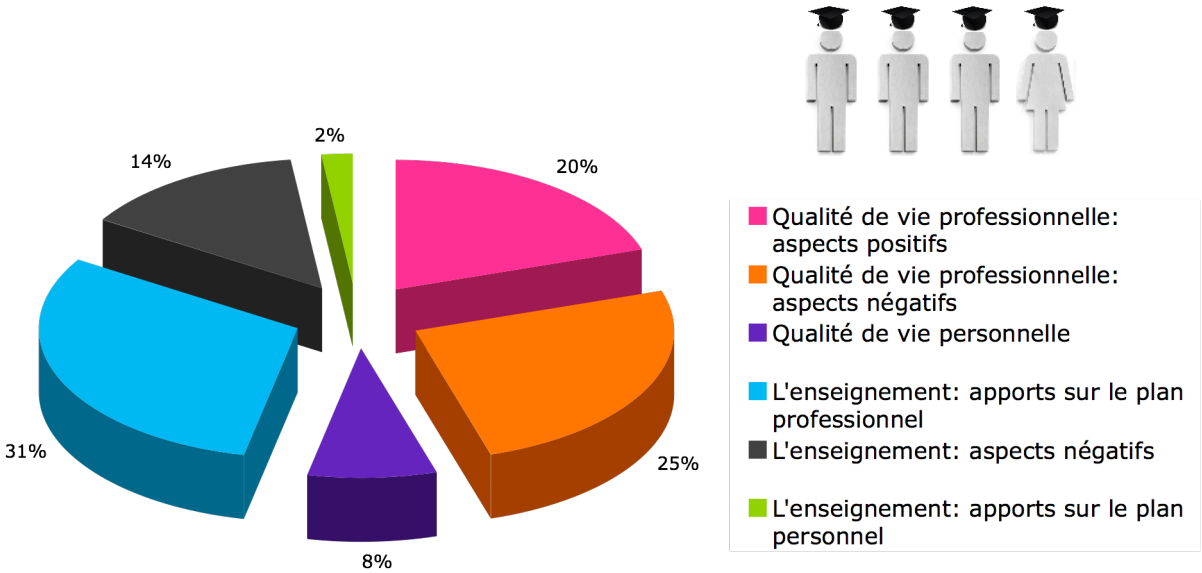


Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours recueilli lors du premier « focus group », réparti selon les différents thèmes abordés. Nous rappelons que ce « focus group » était composé de cinq médecins généralistes non-maîtres de stage, dont une femme. Le thème le plus abordé par ce groupe concerne les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (34% de la totalité du discours), les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle sont abordés à 22%, la qualité de vie personnelle à 15%, les aspects négatifs de l'enseignement à 14%, les aspects positifs de l'enseignement à 13% et enfin, les apports de l'enseignement sur le plan personnel représentent 2% du discours.

b. « Focus group » 2 : Les médecins généralistes maîtres de stage exerçant en zone rurale ou semi-rurale

Graphique n°2

Focus group 2: Production discursive et répartition thématique



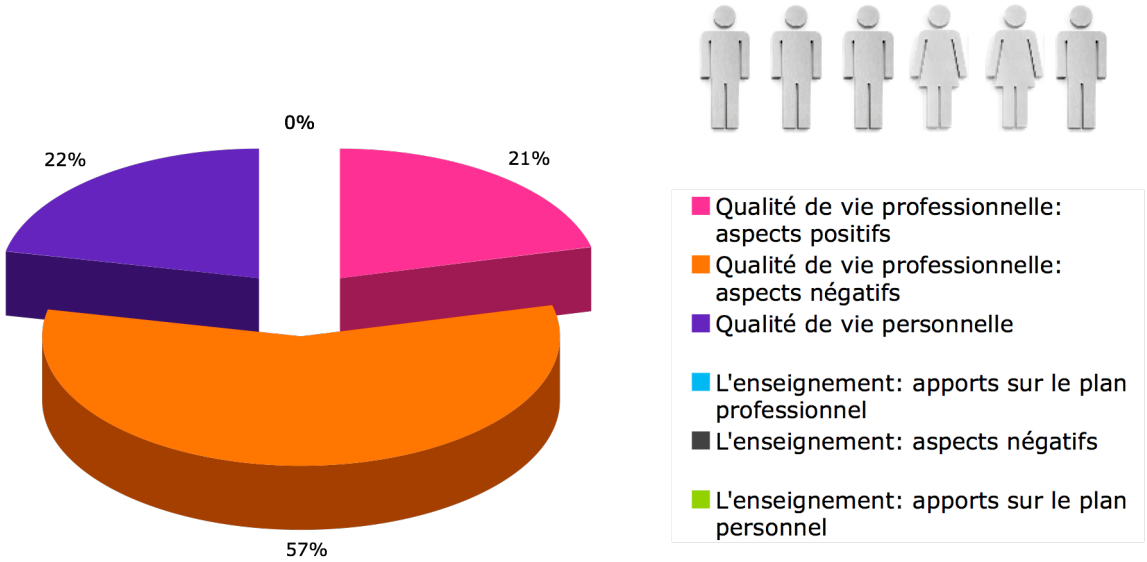
Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours recueilli lors du deuxième « focus group », réparti selon les différents thèmes abordés. Nous rappelons que ce « focus group » était composé de quatre médecins maîtres de stage, dont une femme.

Le thème le plus abordé par ce groupe concerne les aspects positifs de l'enseignement (31% de la totalité du discours), les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle sont abordés à 25%, les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle à 20%, les aspects négatifs de l'enseignement à 14%, la qualité de vie personnelle à 8%, et enfin, les apports de l'enseignement sur le plan personnel représentent 2% de la totalité du discours.

c. « Focus group » 3 : Les médecins généralistes non-maîtres de stage exerçant en zone rurale ou semi-rurale

Graphique n°3

Focus group 3: Production discursive et répartition thématique



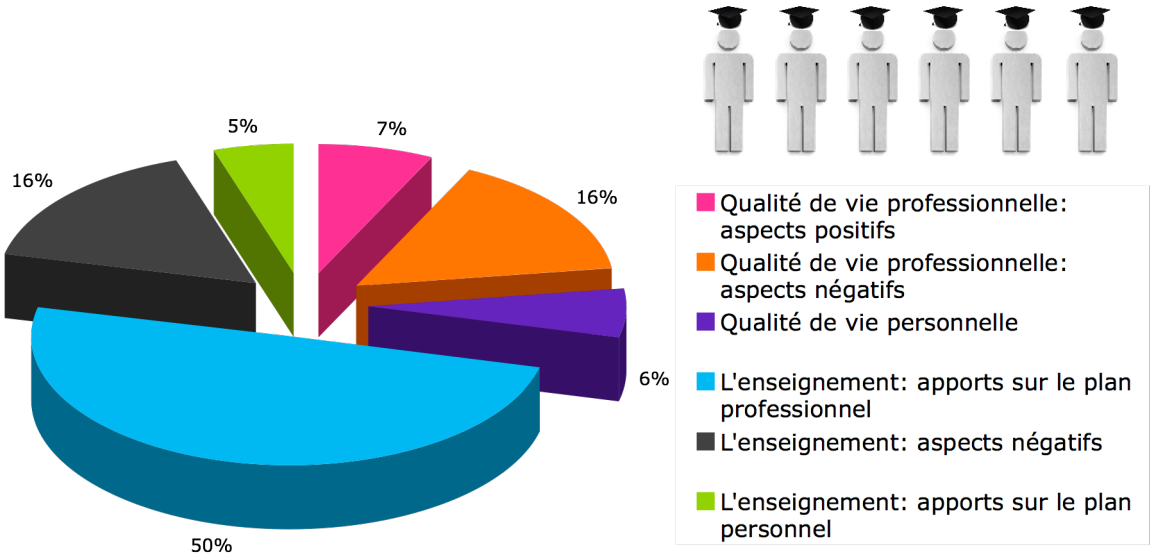
Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours recueilli lors du troisième « focus group », réparti selon les différents thèmes abordés. Nous rappelons que ce « focus group » était composé de six médecins non-maîtres de stage, dont deux femmes.

Le thème le plus abordé par ce groupe concerne les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (57% de la totalité du discours), la qualité de vie personnelle est abordée à 22% et les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle représentent 21% du discours. L'enseignement est un thème qui n'a, quant à lui, pas du tout été abordé par ce groupe.

d. « Focus group » 4 : les médecins généralistes maîtres de stage exerçant en zone urbaine ou périurbaine

Graphique n°4

Focus group 4: Production discursive et répartition thématique



Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours recueilli lors du quatrième « focus group », réparti selon les différents thèmes abordés. Nous rappelons que ce « focus group » était composé de six médecins maîtres de stage, uniquement des hommes.

Le thème le plus abordé par ce groupe concerne les aspects positifs de l'enseignement (50% de la totalité du discours), les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle ainsi que les aspects négatifs de l'enseignement sont abordés en égale proportion à 16% chacun, les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle à 7%, la qualité de vie personnelle à 6%, et enfin, les apports de l'enseignement sur le plan personnel représentent 5% de la totalité du discours.

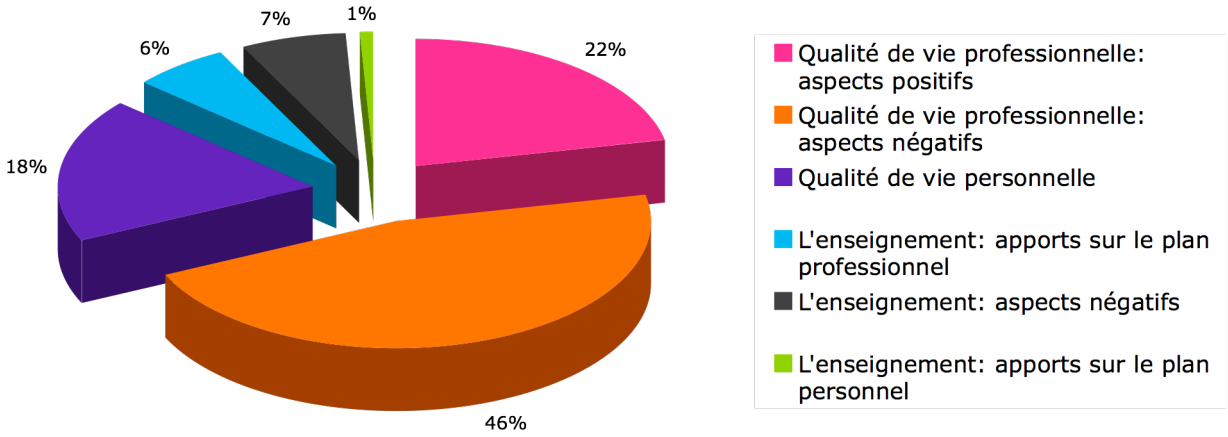
2. Production discursive et répartition thématique selon le facteur « maîtrise de stage »

a. Les non-maîtres de stage

Graphique n°5

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours des non-maîtres de stage, réparti selon les différents thèmes abordés.

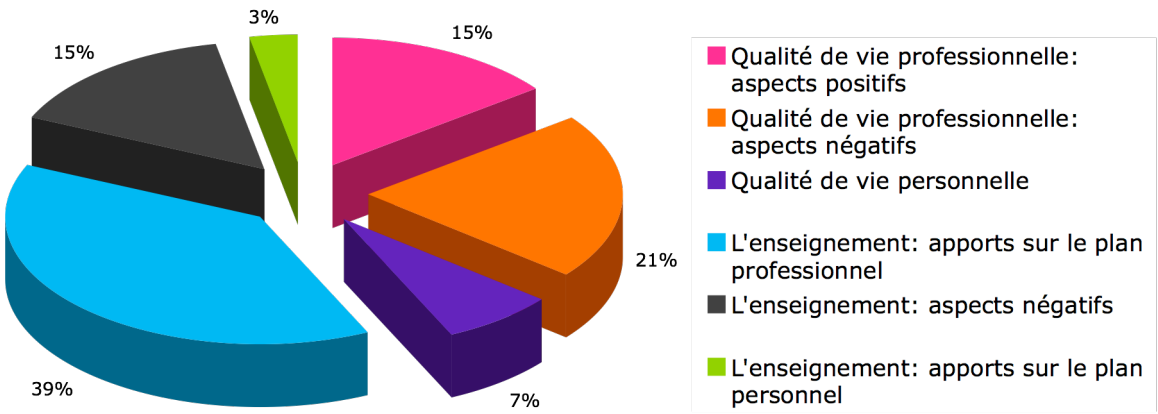
Nous constatons que les non-maîtres de stage ont très peu abordé les thèmes concernant l'enseignement (14% de l'ensemble du discours). Ils ont exprimé dans cette partie leurs craintes face à la maîtrise de stage ou, au contraire, les aspects positifs supposés de l'enseignement. Le thème prépondérant chez les non-maîtres de stage concerne les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (46% de la totalité du discours). Les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle sont abordés à 22%. La qualité de vie personnelle représente, quant à elle, 18% du discours.

b. Les maîtres de stage

Graphique n°6

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Le graphique ci-dessus représente l'ensemble du discours des maîtres de stage, réparti selon les différents thèmes abordés.

Nous constatons que les maîtres de stage parlent de manière prépondérante de la maîtrise de stage (57% du discours). Les aspects positifs de l'enseignement prédominent (39% de la totalité du discours) sur les aspects négatifs (15% du discours), le retentissement positif de l'enseignement sur la qualité de vie personnelle est évoqué à 3%. Les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle sont abordés à 21%, ses aspects positifs, à 15%. La qualité de vie personnelle ne représente que 7% de la totalité du discours.

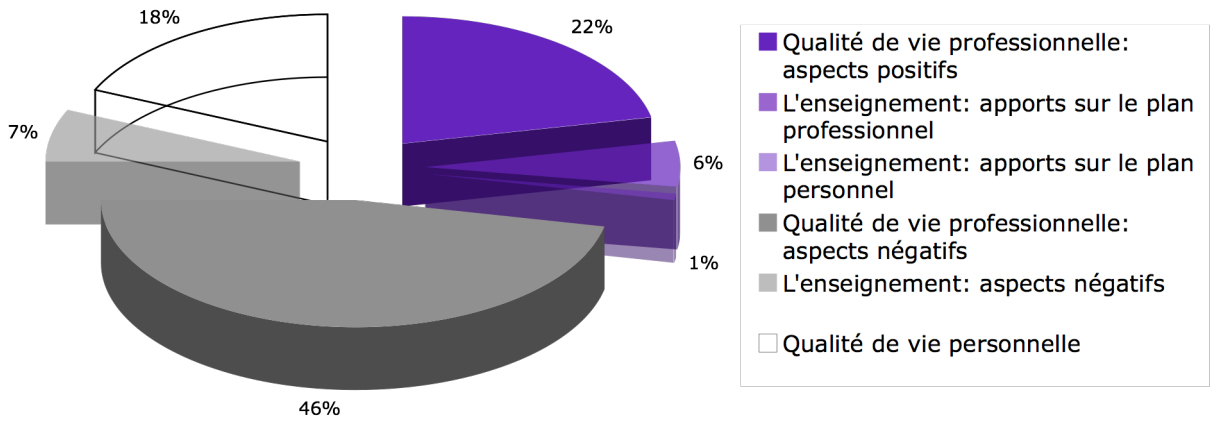
3. Répartition thématique du discours selon sa connotation positive ou négative

a. Les non-maîtres de stage

Graphique n°7

Les non-maîtres de stage:

Répartition discursive selon sa connotation positive ou négative



Le graphique ci-dessus symbolise la proportion du discours des non-maîtres de stage dont la connotation est positive (couleurs violettes) qui représente 29% de la totalité du discours; ainsi que la proportion du discours dont la connotation est négative (couleurs grises) qui représente 53% de l'ensemble des interventions.

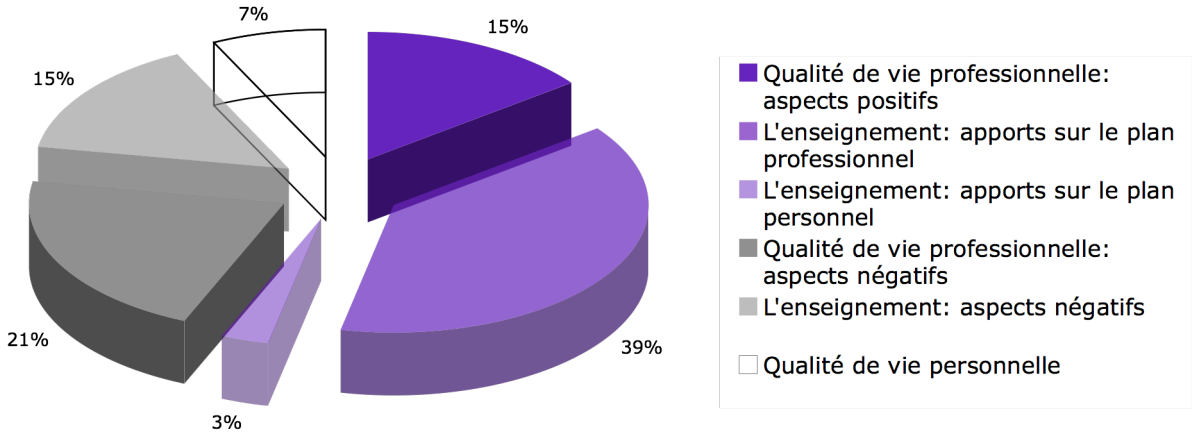
Nous avons volontairement écarté le thème concernant la qualité de vie personnelle qui englobe des propos aux connotations à la fois positive et négative.

b. Les maîtres de stage

Graphique n°8

Les maîtres de stage:

Répartition discursive selon sa connotation positive ou négative



Le graphique ci-dessus symbolise la proportion du discours des maîtres de stage dont la connotation est positive (couleurs violettes) qui représente 57% de la totalité du discours; ainsi que la proportion du discours dont la connotation est négative (couleurs grises) qui représente 36% de l'ensemble des interventions.

De même que pour le graphique précédant, nous avons volontairement écarté le thème concernant la qualité de vie personnelle qui englobe des propos aux connotations à la fois positive et négative.

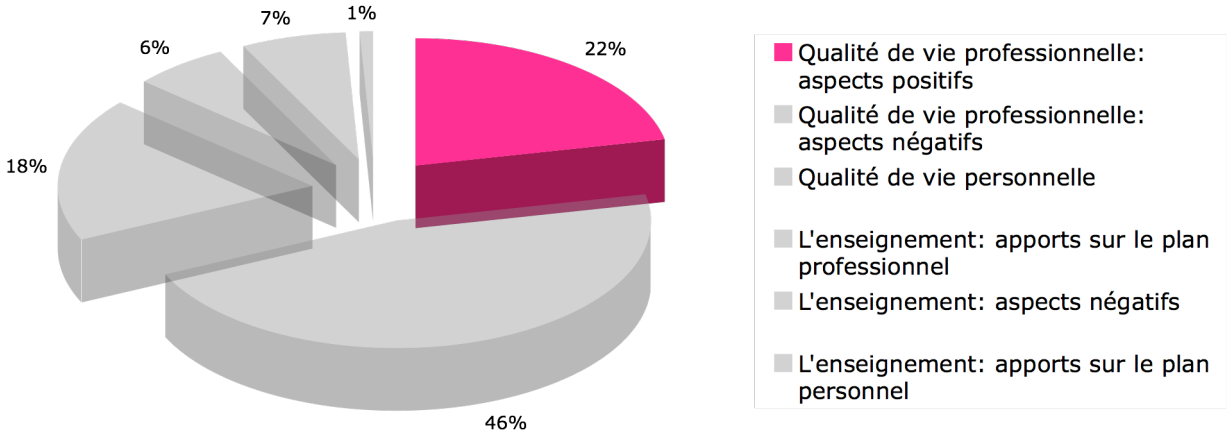
4. Résultats de l'analyse thématique des groupes de non-maîtres de stage

a. Qualité de vie professionnelle : aspects positifs

Graphique n°9 : La qualité de vie professionnelle, aspects positifs

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle abordés par les médecins non-maîtres de stage, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Le travail en collaboration	- Avec des associés, des collaborateurs, des confrères de proximité, des médecins de structures organisées pour la permanence de soins ou dans le cadre de réseaux de soins, des médecins plus jeunes pour pérenniser le travail réalisé jusqu'alors ; avec des paramédicaux - Une évolution appréciée présentant un certain nombre d'avantages : le partage de la charge de travail, de la patientèle, des gardes ; une amélioration de l'offre de soins proposée aux patients et de la qualité de leur prise en charge ; un gain de temps et de confort pour le médecin - Permet l'échange, le débriefing, un soutien dans les difficultés, une écoute rassurante - Tout en respectant la liberté individuelle

Dr AU : « On s'arrange entre nous de manière à pallier l'insuffisance des soins médicaux par la présence des confrères de proximité. »

Dr CW : « Quand on est en maison médicale, je ne dis pas que l'on a résolu le problème, attention ça serait trop simple, loin de là… mais je sais que nous, étant à 5, on arrive à éponger, si je peux dire, la demande. »

Dr BK : « C'est sûr que, quand il arrive un coup dur… on n'a qu'une envie, c'est d'en parler avec les collègues… »

Dr FN : « Et en parlant de débriefing (…), le fait de travailler en groupe, (…) on communique énormément… »

Dr BV : « Mais ça n'empêche pas de travailler comme on a envie ! »

Des remplaçants appréciés	- Satisfaction lors des bonnes expériences : respect mutuel, responsabilités et charge de travail partagées, confiance si le remplaçant est connu - Continuité des soins assurée en l'absence du médecin, rassurante pour les patients et pour le médecin lui-même

Dr FN : « Avec un remplaçant, ça change la vie, parce que… Quand on n'est pas là, le travail est fait… Quand on revient, on revient reposé et on n'est pas débordé. (…) Ça change tout ! (Le cabinet) ne s'arrête pas et c'est très très confortable et appréciable ! »

Dr AJ : « Ça c'est extra, ça c'est sûr… si c'est quelqu'un que l'on connaît bien. (…) ça c'est vraiment… le rêve ! Là, on est en collaboration, vraiment, on est en relais. Là, on a envie effectivement de donner des observations. On laisse toutes les consignes. (…) On revient, on a la même qualité de liaison. Et puis boom, on retourne d'emblée, le courrier est rangé, la compta est faite nickel, on n'a plus qu'à faire le chèque. Ça c'est le rêve ! »

Une progression avec l'expérience	- Au niveau du savoir-faire, des compétences - Progrès grâce aux erreurs, adaptations aux contraintes du métier - Permet de se sentir plus à l'aise dans le travail, une optimisation de l'organisation et une meilleure prise en charge des patients

Dr FN : « Au quotidien, l'expérience, la pratique, s'acquièrent de jour en jour, à chaque cas, à chaque nouveau patient ou cas plus difficile. (…) J'ai eu l'impression de progresser, ça c'est sûr. »

Dr CM : « Au niveau progression, oui, au niveau de l'expérience, heureusement. En s'apercevant que l'on a fait beaucoup d'erreurs avant et que l'on ne les refera plus ! »

Une certaine amélioration des conditions de travail	- Amélioration matérielle avec l'informatisation : travail facilité, gain de temps au profit des patients - Charges administratives gérables - Ecoute des tutelles

Dr AJ : « Quand tu élabores une ordonnance du tout venant, en aigu, (à l'ordinateur), quelquefois je me surprends à expliquer. Alors que quand je l'écris, je ne l'explique pas forcément. (…) et ça c'est un, entre guillemets, gain de temps. »

Dr AJ : « J'ai l'impression de plutôt commencer à être entendu, à certains niveaux… »

Un métier intéressant	- Engagement dans le métier par vocation, pour la beauté du métier - Un métier stimulant par ses spécificités, propres à la médecine générale - Un métier utile par le service rendu au patient, parfois dans la simple relation humaine en elle-même - Un médecin de famille, de suivi, de proximité - Un technicien par le côté technique de l'acte médical - Un métier non routinier : absence de lassitude de par la variété de l'activité (patientèle et milieux sociaux côtoyés) et les différentes possibilités d'évolution de carrière (mixité de l'activité), permettant un renouvellement de l'exercice

Dr CW : « Je revendique mon statut de médecine générale, de cantonnier de la médecine de proximité. (…) Le médecin généraliste, c'est un médecin de famille… »

Dr EO : « Il y a des attitudes… des moments où tu as des gratifications des patients, où tu as vraiment l'impression de lui avoir rendu service, même avec rien. (…) Voilà, c'est ce qui nous fait tenir. »

Dr AU : « Moi, je ne suis pas routinier du tout et je peux « shunter » une consult parce que j'ai autre chose à faire dans une activité salariée. Je peux très bien décaler les rendez-vous. »

Le libre choix	- De son activité : lieu d'exercice, activité mixte, réorientation de carrière - Dans l'organisation du travail : de l'emploi du temps, de la charge de travail, de l'adaptation à la vie personnelle ; indépendance et autonomie dans l'organisation du travail, très individuelle, variable d'un médecin à l'autre et évolutive au cours de la carrière selon la vie personnelle, l'âge, les capacités et l'envie - Des patients : notamment dans le contexte de la désertification médicale avec la possibilité de refuser de nouveaux patients - De la variation de la capacité financière : possibilité d'augmenter ou de diminuer ses revenus librement

Dr BV : « Chacun a sa façon de travailler… Je ne veux pas dire techniquement, mais avec tout ce qu'il y a autour… A quelle heure on commence à consulter, et cetera… (…) Ça fait partie aussi des avantages de la profession… »

Dr CW : « Je n'ai qu'un petit garçon qui a 11 ans. (…) J'ai vraiment adapté, je crois, à peu près… mes consultations à son calendrier scolaire… »

Dr DX : « Je pense que le choix nancéien, c'est aussi un choix de plus grande sérénité. (…) Si j'avais voulu faire un choix matériellement plus intéressant, fallait aller ailleurs… »

L'amélioration du système de permanence de soins	- Libre choix de faire ou non des gardes (en ville où il existe d'autres moyens de suppléance) - Changement de l'organisation des gardes : évolution positive, confortable pour le médecin, régulation médicale systématique des appels, structures de permanence de soins organisées - Diminution de la charge de travail : diminution du nombre de gardes, de la charge de travail par garde, la régulation permettant de cibler uniquement les appels justifiés

Dr AU : « C'est un confort, que l'on n'a pas connu il y a 20 ans quand je me suis installé, et que nos prédécesseurs n'ont pas connu. Il n'y avait pas d'organisation des gardes, ils étaient de garde tout le temps. Leurs patients les appelaient chez eux, parce qu'ils avaient leur numéro personnel… »

La formation continue	- Formation variée : groupes de pairs, FMC (Formation Médicale Continue), EPU (Enseignement Post Universitaire), DU (Diplôme Universitaire) - Possibilité de parfaire sa formation dans des domaines plus ou moins défaillants, soit par envie, soit par attirance pour un domaine - Abolition du système de points : diminution de la participation aux FMC, mais motivation accrue des médecins présents - Plaisir de travailler en groupe : réunions régulières, travail sérieux, création d'habitudes de travail agréables, renouvellement régulier du groupe par l'arrivée des plus jeunes, plaisir de se retrouver, de communiquer, d'échanger - Alliance de l'utile et de l'agréable : lieu agréable, repas commun, source de détente - Collaboration possible avec les laboratoires : leur permettre de travailler, font le travail d'organisation des soirées de formation (date, lieu, financement), relation amicale avec les représentants des laboratoires, indépendance possible par rapport aux prescriptions de médicaments

Dr AJ : « Moi ce que j'ai souvent aimé dans les FMC, c'était de se retrouver entre copains, c'était d'échanger, de pouvoir débriefer, de pouvoir relâcher un peu. »

Dr EO : « Nous, on en parle, quand on fait nos mercredis soirs… On parle de nos petits machins et c'est notre débriefing… (…) (et) justement, c'est ça qui est bien, (…) ça dédramatise complètement, parce que l'on a tous les mêmes casseroles… »

Dr AU : « Dans un bel endroit, on réunit plus facilement les gens… et puis on a plaisir à se retrouver. (…) On peut travailler intelligemment avec les laboratoires, où ils n'interviennent absolument pas… »

La relation humaine au patient	- Un point fort du métier, indispensable à la poursuite de l'activité, permettant de contrebalancer les inconvénients du métier : patients gentils, compréhensifs, compatissants, naissance d'affinités voire de relations amicales - Une relation durable, de confiance, sécurisante et thérapeutique en elle-même - Importance des échanges : dans des conditions propices à la confidence et en un temps imparti suffisant - Valorisation dans cette relation : dans l'influence constatée sur les patients, par la reconnaissance manifestée - Attachement mutuel : pouvant aller jusqu'à la dépendance, sentiment de manque en cas de séparation trop longue (période de vacances par exemple), responsabilité voire culpabilité si le médecin était absent alors que le patient avait besoin de lui

Dr DX : « C'est ce que les gens recherchent quand ils disent : « Non, je ne veux pas voir le remplaçant. », c'est parce qu'ils veulent la sécurité de la relation qu'ils ont établie avec toi. (…) Il y a une reconnaissance qui est vraiment complètement autre… »

Dr FN : « Oh, ils sont gentils mes patients, je trouve. (…) ils sont compatissants… »

Dr FN : « La relation médecin-patient… la confiance elle est là aussi, c'est-à-dire que, ça n'est pas forcément être malade, c'est aussi aller chercher une réponse. (…) Parfois ce sont des sujets qui ne sont pas du tout médicaux (…) mais c'est pour des gens seuls (…) ils viennent frapper à notre porte… »

Dr CW : « Il y a la relation (…) médecin-malade, qui est, en elle-même, à mon avis, aussi thérapeutique par moments, et même souvent… »

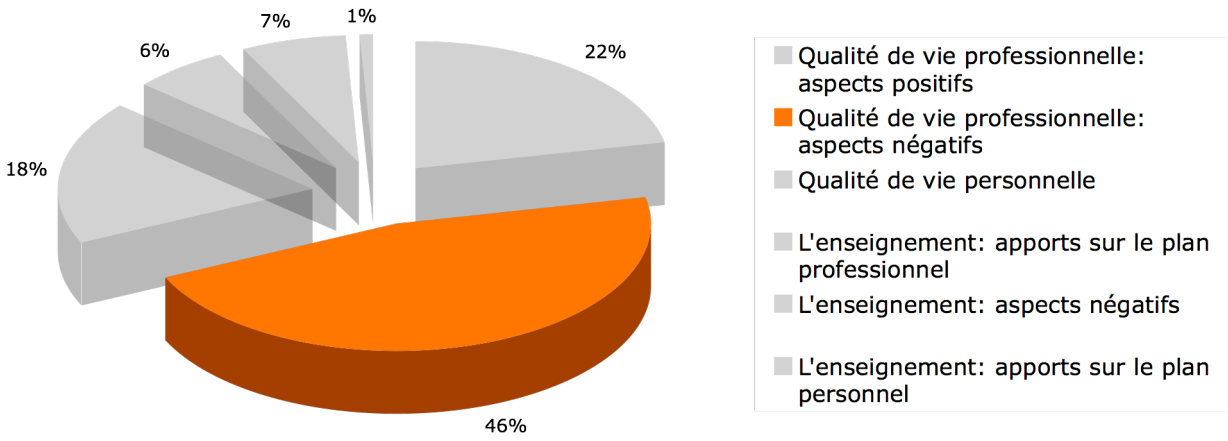
Dr AU : « J'attache beaucoup d'importance, non pas au secret professionnel mais, au fait que l'on puisse, dans un lieu donné, avoir toute confiance en la personne que l'on a en face de soi et que l'on puisse échanger ou au moins avoir une fenêtre, un espace où l'échange se fait dans le secret, dans la confidentialité et dans la confiance. »

b. Qualité de vie professionnelle : aspects négatifs

Graphique n°10 : La qualité de vie professionnelle, aspects négatifs

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Des débuts difficiles	- Métier appris sur le tas, dans des conditions de travail difficiles - Remplacements initiaux difficiles, car nécessité de se faire sa place, de justifier de ses compétences malgré son jeune âge

Dr AJ : « J'ai eu plutôt l'impression, vraiment, de perdre mes illusions dans les 3-4 premières années, ça a été assez dur… à ronger mon frein, grave ! En apprenant très difficilement, dans des conditions effectivement de travail ardues… »

Dr AJ : « Ça n'est pas facile la vie de remplaçant, non plus. Parce que, quand on remplace et que l'on doit toujours faire son trou. (…) Au bout de trois ans de remplacements, dans le même cabinet, avec les mêmes habitudes… Et tu es encore en train d'expliquer que non, tu n'es pas un jeune médecin, que tu as de l'expérience et que tu peux quand même, éventuellement, traiter leur rhino-sinusite. »

Un exercice solitaire	- Isolement et individualisme - Sclérose et routine dans le travail et la relation au patient - Difficultés si exercice solitaire : dans l'organisation (notamment en cas d'absence), manque de débriefing - Mais difficultés à travailler en groupe : considéré comme une entrave à l'indépendance et aux habitudes créées au fil du temps, échec de certaines associations

Dr BK : « Oui, ça ramène à l'isolement… ça c'est important... C'est sûr que, quand il arrive un coup dur… on n'a qu'une envie, c'est d'en parler avec les collègues… »

Dr DX : « C'est peut-être un des tords de l'activité seul, c'est que tu te scléroses un petit peu dans ton activité, dans ta gestion du temps… enfin, moi, c'est ce que je fais. Je me rends compte que je suis déjà très routinier. (…) Moi ce qui me fait peur c'est mon intolérance, je ne critique pas l'activité… je ne me sens pas capable de m'installer dans un groupe. »

Dr AU : « Je me sens, personnellement, aussi très incapable de travailler avec quelqu'un d'autre, en permanence. »

Un métier difficile

- Un métier complexe : tâches multiples concomitantes, demandes multiples des patients , écoute et disponibilité permanentes nécessaires, savoir rester attentif à l'information urgente au milieux des banalités ; savoir gérer l'urgence, la pharmacologie, la technicité, l'informatique, le relationnel au patient, la prise de rendez-vous…

- Surcharge de travail : nombre d'heures travaillées hebdomadaire trop important, nombre de patients quotidiens important, activités extra-consultations non négligeables (comptabilité, rangement…), charge de travail variable selon le lieu d'exercice et les saisons ; demandes croissantes des patients en raison de la désertification médicale, non gérables, avec sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir répondre à la demande

- Fatigue liée à la surcharge de travail et aux difficultés : avec retentissement sur la qualité des soins délivrés aux patients et la qualité relationnelle

- Organisation difficile : concilier les consultations, les visites et les contraintes personnelles

- Gestion du temps difficile : temps limité pour chaque consultation, mais problèmes à régler variables en complexité et en temps requis à leur résolution, stress en cas de retard, possibilité de manque de discernement sur des situations potentiellement dangereuses en cas de manque de temps

- Métier potentiellement dangereux : insécurité du médecin dans certaines situations

- Gestion financière difficile : gestion d'une micro entreprise, comptabilité, assumer les charges, conséquences dramatiques d'une mauvaise gestion

Dr CM : « Dans les consult, souvent, il y a des multiples demandes, donc c'est ça aussi le problème. C'est que, au début, tu peux avoir fini ta consult et après, on te redemande dix trucs. Alors après, la concentration, l'intérêt que l'on porte au troisième sujet, à la quatrième paperasse… »

Dr BK : « En fait ça ramène à un de nos problèmes essentiels, c'est la gestion du temps dans une journée. (…) Je crois que tous, sur le secteur, on travaille beaucoup du matin au soir. (…) Le maître mot de notre mal c'est la gestion du temps… »

Dr AJ : « On se laisse effectivement un peu prendre dans certaines consult… qui débordent sur la consult d'après… Et (…) cet espèce d'enchaînement (…) impacte sur la qualité, certaines fois, de relation avec les patients d'après. »

Dr BK : « Il faut être à l'écoute tout le temps. (…) Mais justement quand les gens nous noient… enfin c'est à nous… c'est un art de trier dans les informations. (…) En plus, il ne faut pas être ni stressé ni fatigué, parce que dans le flot de symptômes qu'ils vont nous balancer… »

Dr CM : « Oh oui ! (…) C'est dangereux, moi j'ai été confrontée à des choses dangereuses. (…) Quand on va chez les gens, on peut être en danger… »

Dr DX : « Il y en a un qui m'a appris à faire de la compta, ça m'a débecté. (…) Voilà, ça n'est absolument pas médical, mais si tu ne le fais pas, ton cabinet, il coule… Tu vas avoir l'URSSAF qui va te tomber dessus et puis tu vas arrêter, tu vas mettre la clé sous la porte, tu vas dire : « Je me casse ! ».

Un versant psychologique lourd	- Prise de recul nécessaire par rapport aux problèmes des patients : juste distance à trouver - Sentiment de solitude et d'impuissance dans certaines situations - Confrontation à la mort - Acceptation difficile des limites de la médecine

Dr BK : « Enfin c'est sûr que, voyant défiler des gens à longueur de journée, on est obligatoirement fortement exposés (…) à encaisser tout ça… »

Dr AJ : « Mais quand tu es toi, là, tout seul… il meurt, il est en train de mourir, on le voit mourir, là c'est vraiment autre chose… »

Dr CM : « Ou un enfant (…), moi quand j'étais dans un cabinet un peu en campagne et que le SAMU était à 20 minutes et que tu es là…: « Quand est-ce qu'ils arrivent, quand est-ce qu'ils arrivent » et que tu n'as rien, que tu n'as pas ce qu'il faut… »

Dr BK : « Ah oui, des grands moments de solitude ! »

Une responsabilité pesante	- Responsabilité dans la prise en charge : obligations médico-légales et morales, responsabilité de la sécurité des patients - Erreurs possibles : crainte de l'échec, culpabilité face aux erreurs, crainte du jugement du patient dans l'échec, poursuite de la relation malgré l'échec : humilité et remise en cause nécessaires - Poids de la judiciarisation de plus en plus présent : limitation de l'activité par peur du procès, médiatisation des erreurs médicales croissante

Dr AJ : « Oui, oui, c'est effectivement un métier dangereux, mais pas forcément uniquement vis-à-vis du relationnel. C'est aussi dangereux dans notre manière de réagir, dans ce que l'on va prescrire, dans notre lucidité, dans notre sérénité… de plein de choses. C'est dangereux aussi dans ce que l'on va dire, dans ce que l'on a dit. Cela a des conséquences qui peuvent être gravissimes. »

Dr CM : « Je pense que c'est d'autant plus appuyé maintenant parce que, au niveau de la presse, les affaires, les choses, les mauvais médicaments, les mauvais médecins, c'est toujours un peu exploité… Les mauvais exemples sont toujours mis en exergue, plutôt que les bons. On ne parle pas de ce qui est bien ! »

Dr BK : « Le moindre geste technique que l'on fait, la moindre injection que l'on fait, peut avoir des conséquences légales. »

Un métier parfois non passionnant	- Dossiers administratifs à remplir, comptabilité…

Dr DX : « Notre (travail) n'est pas toujours passionnant non plus ! (…) Ça fait partie de la contrepartie pénible de notre boulot qui est par ailleurs intéressant. »

Dr EY : « Il y a une dégradation de la paperasserie, bureaucratie, la sécu. (…) C'est sûr que ça n'a rien de passionnant. (…) Il faut faire abstraction de tout ça sinon on devient salarié à temps complet… »

Le poids de la permanence de soins	- Pénibilité du travail : lors de visites injustifiées, appels trop nombreux - Carence de sommeil et retentissement sur la qualité du travail du lendemain, danger potentiel pour les patients et les médecins - Entrave à la vie personnelle

Dr AJ : « Non mais cette histoire d'urgence… de, éventuellement, si tu as une urgence… Mais bon, au départ, j'ai fonctionné comme ça… c'est impossible, c'est complètement innommable de mettre ça sur le dos d'un médecin généraliste ! (…) Non, ça n'est pas possible ça, ça n'est pas notre rôle… Quitter notre patientèle, aller faire un SAMU pendant une heure et demi, rentrer… ça devient de l'irresponsabilité ! On parle de sécurité du patient, si on fait ça… (…) c'est quand même à flux tendu, ça n'est pas réaliste. »

Des difficultés à suivre la formation continue	- Champ de la médecine générale trop vaste pour pouvoir se former dans tous les domaines, difficultés à suivre une médecine en perpétuelle évolution - Manque de temps et d'énergie le soir pour se former ; source de fatigue avec impact sur la qualité du travail du lendemain - Qualité et attractivité des formations variables, contenu des formations parfois inintéressant - Régression sur le plan des connaissances - Participation intéressée des laboratoires : impression de manipulation et de corruption

Dr AJ : « (La qualité des formations) est tellement inégal(e)… (…) Mais c'est vrai que le contenu, encore universitaire… à part certains dynamismes (…) qui nous (font) participer d'une autre manière, on a quand même encore droit à des cours magistraux… on est tellement bercés par ce milieu-là. (…) Et puis, de toute façon, c'est crevant. Quand on termine le soir et bien, le lendemain, il faut aller bosser et ça n'est pas toujours évident. »

Dr EO : « Au niveau des connaissances, je n'ai pas l'impression d'avoir progressé, parce qu'avec toute la technologie et tout ce qui se passe maintenant, je trouve que l'on a tendance à régresser par rapport à ce qui se fait, par rapport à ce qui peut se faire… »

Un avenir sombre	- Problèmes de démographie médicale : désertification médicale annoncée, médecins vieillissants non remplacés, continuant à travailler pour aider leurs confrères ; surcharge de travail pour ceux qui restent, au détriment de leur vie personnelle - Inquiétude des médecins installés : devant l'absence d'installation des jeunes générations - Un métier qui fait peur aux jeunes générations : peur de l'installation, préfèrent d'autres spécialités plus attractives en termes de revenus ou de qualité de vie - Carence de médecins disponibles : détérioration de la qualité des soins voire absence totale de soins ; désespoir des patients qui ne trouvent plus de médecin traitant

Dr EY : « Parce que l'on parle de la désertification des campagnes… mais bon (…) on commence aussi à s'inquiéter un petit peu de la démographie médicale du centre-ville. (…) Dans 10 ans, en gros, à la louche, il y en aura 50% qui se seront barrés. Il faut savoir que les médecins de 65 ans, ils ne dévissent pas leur plaque, ils prennent leur retraite et ils continuent encore un an, deux ans, trois ans. Il y a des médecins de plus de 70 ans… qui travaillent! »

Dr EY : « C'est une catastrophe ! (…) Il y a des patients qui sont en déserrance, ils ne trouvent plus de médecin traitant et il y a des médecins qui sont surbookés (…) et qui commencent à ne plus accepter de nouveaux patients. »

Des évolutions négatives	- Dégradation des conditions de travail : contraintes et pression des tutelles, poids de l'informatisation, travail administratif majoré, au détriment du temps médical et de la relation au patient - Dégradation financière : revalorisation financière de la consultation jugée insuffisante, dégradation du niveau de vie du médecin généraliste par rapport aux anciennes générations, dégradation de la notoriété, moyens insuffisants pour employer seul une secrétaire ou avoir un conjoint qui ne travaille pas - Arrivée des jeunes générations avec un mode d'exercice souhaité différent : disparition de l'exercice solitaire, regroupement privilégié, nombre d'heures travaillées moindre, mode de consultation et organisation de travail différents - Féminisation de la profession : motivation identique mais abords de la profession et de l'organisation de travail différents, car contraintes familiales à concilier ; nombre d'heures travaillées moindre, temps partiel privilégié - Médicaments : contraintes des génériques, médicaments retirés du marché, pression des pouvoirs publiques concernant la prescription médicamenteuse

Dr BK : « Par contre, au niveau des contraintes professionnelles, j'ai plutôt l'impression qu'il y a une dégradation de la qualité du travail médical… (…) au profit de plus en plus de travail administratif et de contraintes de nos tutelles. (…) (et) plutôt régresser dans le temps médical consacré à notre temps de travail. »

Dr EY : « C'est-à-dire qu'un médecin généraliste, seul ou à deux, il y a 30-35 ans, pouvait avoir une secrétaire qui déchargeait du travail administratif… Maintenant, financièrement, ça n'est pas possible… »

Dr AU : « Il est bien évident qu'on va plutôt sur la tendance à se regrouper. (…) Le médecin installé dans son cabinet, seul, est certainement une race en voie de disparition. (…) En discutant avec les générations futures, ils ne veulent plus travailler de la même manière. J'ai l'impression que, pour remplacer un médecin actuel, il en faudra deux. (…) On travaille moins que nos prédécesseurs mais on travaille plus que nos successeurs. »

Dr AU : « Auparavant dans les facultés, les femmes étaient minoritaires, maintenant elles sont majoritaires… et on dit toujours que pour remplacer un homme, il faut deux femmes… c'est pas sexiste (…) mais ça contribue quand même, la féminisation, à la modification de notre mode d'exercice. »

Une relation aux patients parfois difficile	- Dégradation de la relation : perte de confiance en la médecine, exigences des patients, comportements inappropriés, demandes excessives, agressivité verbale et physique ; sont source de fatigue et d'épuisement pour le médecin, car situations consommatrices d'énergie - Nouveau rôle du médecin dans la relation : remplace l'autorité de référence et supplée aux manques de la société (isolement, solitude, manque de communication, manque d'autorité et d'éducation) - Vulgarisation du savoir médical (par le biais d'internet) : accessible à tous, est utilisé à mauvais escient, altère le rôle du médecin et la relation au patient - Nécessité de cadrer parfois la relation : risque de dépendance en cas de relation fusionnelle avec refus de voir un autre médecin ; nécessité de poser des conditions à la prise en charge (partage de la patientèle avec les confrères ou les remplaçants, fixer des limites aux demandes) - Manque de reconnaissance des patients : non respect du travail du médecin, libre choix du patient de son médecin ; rupture de la relation possible, vécue comme une séparation

Dr BK : « Il y a quelques personnes qui nous pourrissent la vie. (…) Parce que vous arrivez de bonne humeur et vous avez quelqu'un qui vous met hors de vous. C'est vrai qu'il y a quand même quelques personnes qui viennent chez le médecin pour se défouler sur le médecin. C'est un comportement un peu pathologique, mais on le sait. On est théoriquement prévu pour recevoir aussi des agressions… et des fois cela va jusqu'aux agressions physiques, malheureusement… »

Dr EO : « Ils n'ont plus de refuge, les patients, ils ne savent plus où aller. (…) Parce qu'ils ne savent pas… ils ne savent pas le faire ! Ils ont besoin d'une autorité de référence… »

Dr DX : « Mais c'est sûr que, déjà, je conditionne aussi, c'est-à-dire que je dis simplement : (…) « Si je pars en vacances et qu'il y a une visite de prévue, vous verrez mon remplaçant et on ne fera pas autrement et on ne s'amusera pas à déplacer la visite d'une semaine pour que vous puissiez me voir moi. » »

Dr CW : « La reconnaissance aussi… je parle pour moi… et c'est ce qui fait qu'on a parfois des difficultés à travailler tous ensemble, parce que l'on recherche cette reconnaissance vis-à-vis du patient. (…) Même si on en a conscience, quand un patient va voir ailleurs, on a un petit… (…) il nous quitte… »

Des remplaçants problématiques	- De plus en plus nombreux, car retard ou refus d'installation - Difficultés à trouver un remplaçant : facilité supérieure à s'arranger entre confrères de proximité - Conditions exagérées : notamment financières, avec sentiment d'exploitation par les remplaçants - Manque de confiance, différences de pratiques, envie de confier le cabinet uniquement à quelqu'un de connu et d'apprécié - Mauvaise expérience avec certains remplaçants ou crainte d'une mauvaise expérience éventuelle - Refus des patients de voir le remplaçant : entrave à la relation médecin-patient

Dr AU : « Ça fait plus de 10 ans que je ne prends plus de remplaçant, pour diverses raisons : déjà il faut chercher les remplaçants, en plus, les conditions des remplaçants ne sont plus celles qu'on a connues, quand on était nous-même remplaçant. »

Dr FN : « Alors oui, moi je pense que j'aurais du mal à le faire avec quelqu'un que je ne connais pas ou que l'on ne m'a pas recommandé. (…) J'aurais du mal à le faire avec quelqu'un que je ne connais pas du tout, effectivement. J'aurais du mal à laisser mon cabinet. »

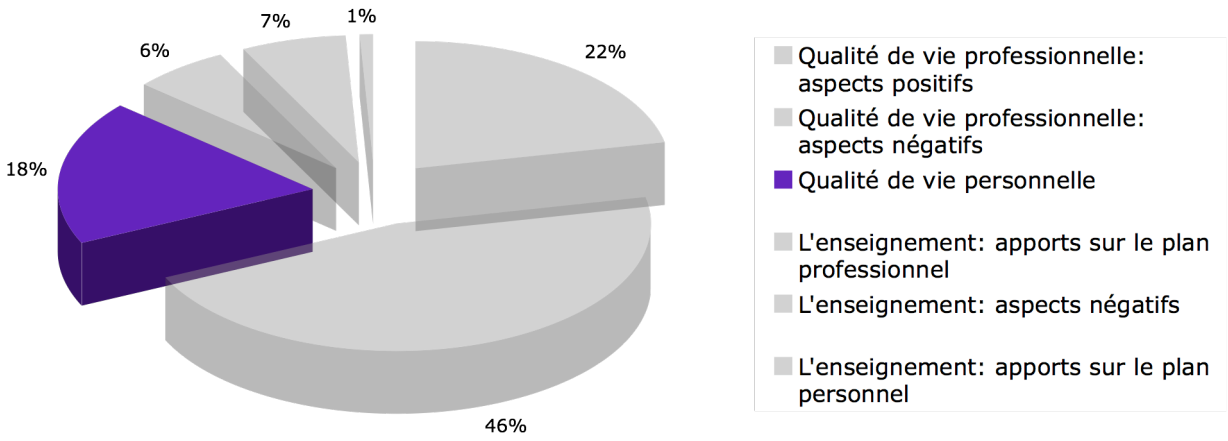
Dr BK : « Je reçois, pendant les périodes de vacances, des gens que je ne connais pas, qui ne sont pas de ma clientèle ou qui ne sont pas de la clientèle du collègue qui est absent et qui sont d'une autre clientèle et qui me disent : « On vient chez vous, parce que ça n'est pas notre médecin habituel, il a un jeune remplaçant, on ne sait pas trop ce qu'il vaut, comment il est, ce qu'il va nous faire… Alors on aime autant voir un médecin installé ». (…) ça doit les rassurer d'avoir un médecin qui a un peu de… comme ils disent «installé » (…) dans la durée. »

c. Qualité de vie personnelle

Graphique n°11 : La qualité de vie personnelle

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant la qualité de vie personnelle, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

La satisfaction générale du métier	- Satisfaction de son mode d'exercice et de son organisation - Métier source de bonheur et de bien-être, envie de continuer - Satisfaction financière : libre choix d'augmenter son activité pour majorer ses revenus

Dr AJ : « C'est-à-dire que, après 13 ans d'exercice, je me dis que, de toute façon, non, je n'ai pas fait une ânerie en choisissant la médecine générale. (…) Je n'ai vraiment aucune espèce de regret (…) par rapport à la carrière que j'aurais pu embrasser à l'hôpital. »

Dr CW : « Je revendique mon statut de médecine générale. (…) Pour rien au monde je ne changerais d'activité ! Je pense que je fais partie aussi certainement des généralistes heureux… »

L'aide du conjoint dans l'activité professionnelle	- Pour le secrétariat, la comptabilité, le classement…

Dr CM : « Oui, parce que, moi, mon mari n'est pas au téléphone, mais il m'aide dans mon travail… C'est-à-dire que, la compta je n'en fais plus. (…) Il fait toute ma compta. (…) Classement… à un moment donné, quand il voit ou que je vois que la pile a l'air un peu proéminente… et bien, il y a deux jours, je lui ai ramené un classeur de trucs à classer parce que… à un moment donné, je suis un peu débordée. Il me fait ça et avec plaisir. »

Dr BK : « Moi, mon épouse le fait encore le matin, c'est elle qui me gère tous les rendez-vous. Je prends mon téléphone l'après-midi pour critiquer des résultats, et cetera… »

Des conciliations nécessaires avec la vie personnelle

- Nécessité de concilier vie professionnelle et familiale : intégrer les enfants, le conjoint qui travaille également ; adaptations du travail à la vie personnelle en fonction de ses priorités, celles-ci étant variables selon la période de vie

- Particularités des femmes médecins : qui consacrent plus de temps aux enfants d'une manière générale par rapport à leurs confrères masculins, mais souhaitent travailler autant qu'eux

- Soutien moral du conjoint en cas de difficultés au travail : débriefing de la journée de travail le soir à la maison, mais le conjoint non-médecin ne peut pas critiquer l'acte médical en soi

- Retentissement du travail sur la vie de couple et la vie de famille : difficultés à faire la dichotomie entre le travail et la vie privée, travail ramené à la maison le soir, vie privée parfois délaissée au profit du travail, difficultés d'organisation pour les couples, équilibre difficile à trouver, choix de carrière et sacrifices à faire selon les priorités, divorces

- Choix du lieu d'exercice : meilleure qualité de vie en ville, mais exercice moins lucratif par rapport à la campagne

- Envie de changer de métier parfois : quand les sacrifices sont trop importants et vécus difficilement

Dr CW : « Il y a deux phases dans mon installation. Il y a l'avant enfant et l'après enfant qui permet de négocier des adaptations constantes, en y mettant des priorités en fonction des moments de la vie. Et pour l'instant, je pense que j'y suis arrivée. (…) Je n'ai qu'un petit garçon qui a 11 ans, (…) c'est ma priorité. (…) Et après c'est toute une organisation autour, de façon à avoir l'esprit tranquille, c'est-à-dire, à savoir il est là, et bien il y a ça à faire, il y a ça à faire… »

Dr BK : « Et il faut raconter ça à son épouse ou son époux. (…) C'est celui qui est là qui doit écouter… Bon, moi, je décerne la médaille d'or massif à mon épouse, parce que combien de fois… (…) Alors, évidemment, l'épouse non-médecin, en l'occurrence, ne peut pas critiquer l'acte médical ou son déroulement… ce que j'aurais dû faire, ce que je n'aurais pas dû faire… C'est de la psychologie… Mais je reconnais que ça n'est pas facile pour le conjoint. »

Dr CM : « Parce que moi, à un moment donné, faire le classement, j'ai l'impression de perdre mon temps et de perdre du temps justement que je n'ai pas avec ma famille. Donc des fois, je ramène le courrier à lire à la maison, parce que je n'ai pas envie de perdre du temps en plus en paperasse au cabinet… Donc je ramène à la maison, pour classer… »

Dr DX : « Moi j'ai une épouse qui est médecin généraliste, qui bosse en tant que salariée parce que l'on ne pouvait pas faire autrement et qu'elle a subi un peu mon installation pour ça… mais si elle pouvait, elle bosserait comme moi. (…) Les médecins généralistes… quand je me suis installé… on estime qu'il y a une prise de risque pour le foyer. (…) Et que, effectivement, le temps passant, un enfant en plus, après le salariat, revenir au libéral, ça va être difficile… peut-être que, quelque part, ça n'est pas ce que j'ai fait… mais peut-être qu'elle a fait le sacrifice de ce truc-là. »

Dr EY : « Moi, demain, je peux mettre ma sacoche à la poubelle, je serais un autre homme ! »

Les moyens de préserver sa qualité de vie personnelle	- Préserver son autonomie, son indépendance, sa liberté d'organisation - Se préserver du temps : pour d'autres activités professionnelles ou personnelles, des moments de détente, de ressource, vécus comme une nécessité - Se protéger des aspects négatifs du métier : prendre du recul par rapport aux contraintes professionnelles et trouver des moyens de défense ; cadrer la relation au patient, ne pas céder à toutes les exigences, jusqu'à la rupture de la relation si nécessaire ; savoir faire la dichotomie entre travail et vie privée - Préserver sa qualité de vie personnelle pour garantir sa sérénité et la qualité des soins délivrés : progrès dans l'organisation avec l'expérience permettant de libérer du temps pour la famille

Dr BK : « Moi je ne me gêne pas pour l'expliquer aux gens. Je ne me gêne pas du tout d'ailleurs… j'admets ! (…) Mais j'explique aux gens que l'on ne peut pas gérer x problèmes dans ce temps forcément limité. Ça n'est pas possible . (…) Non, mais c'est vrai, moi je ne me gêne plus trop… Au bout d'un moment, je prends le dossier et je leur dis : « Ecoutez, il faut que l'on divorce, là. (…) Vous me bousilliez ma sérénité pour ma journée, c'est préjudiciable pour les autres. » »

Dr FN : « Je leur dis : « Non ! » (…) Après, il faut mettre aussi des limites, des barrières. (…) Il faut les recadrer aussi, il faut leur mettre des limites, parce qu'après, nous, on n'en a plus si… Il faut s'arrêter à un moment donné... »

Des moyens de détente	- Les loisirs, les vacances, jours de repos systématiques dans la semaine - Difficultés à prendre des vacances quand exercice solitaire: car surcharge de travail les jours qui précèdent et les jours qui suivent, limite les jours de repos octroyés - Facilité à prendre des vacances : en cas d'arrangement entre collègues ou si un remplaçant est présent, car le travail est fait en l'absence du médecin et évite la surcharge de travail au retour ; beaucoup plus de jours d'absence octroyés dans ce cas-là, permettant une réelle dichotomie avec le travail, source de bien-être - Autres moyens de détente : se retrouver en groupe, moments de partage et d'échange, de décompression ; utiliser l'humour pour dédramatiser certaines situations ; mais nécessité de trouver un juste équilibre entre le travail et le repos pour se sentir bien, car les soirées engendrent une certaine fatigue, avec retentissement sur la qualité du travail du lendemain

Dr BK : « Personnellement, je prends assez peu (de vacances), trop peu sans doute. (…) En deux-trois jours, moi, j'arrive à me retaper complètement… bricoler, jardiner, faire de la moto, enfin je ne sais quoi… Ça me fait beaucoup de bien. (…) Mais déjà, il y a trois jours d'angoisse avant. (…) (Et puis) vous vous reposez, mais vous vous reposez en vous disant : « L'enfer ! …dans trois jours quand je vais reprendre ! ». Et effectivement, quand vous reprenez, la première journée, vous faites 4 journées de travail en une. (…) Ce qui fait que je prends très peu de repos… de petits repos de trois jours ! »

Dr FN : « Alors que, avec un remplaçant, ça change la vie, parce que… Quand on n'est pas là, le travail est fait.. Quand on revient, on revient reposé et on n'est pas débordé. (…) Ça change tout ! Voilà, (le cabinet) ne s'arrête pas et c'est très très confortable et appréciable ! (…) Ce qui fait que, du coup, moi, je prends une semaine à chaque (période de) vacances scolaires pour être avec mes enfants et trois semaines l'été. (…) Ça fait beaucoup de semaines sur l'année, mais c'est très bien. »

Dr BK : « Oui, mais ça veut dire que ta vie personnelle… le soir, faire un peu la fête, ça peut entacher ta qualité professionnelle du lendemain... »

Déceptions par rapport au métier	- Désillusions, regrets - Dévalorisation : par le manque de reconnaissance des compétences et l'absence de leur sollicitation dans le quotidien de travail - Sentiment d'inutilité - Adaptations douloureuses

Dr CM : « J'en ai fait mon deuil, et maintenant, je m'adapte à la situation et c'est pour cela que je me sens à l'aise maintenant. Mais si j'avais gardé mes illusions d'avant, il faut être clair que ça serait plutôt la régression totale… (…) la relation au patient, la paperasserie, l'idée du médecin… enfin l'image du médecin idéal que l'on a en tant qu'étudiant… pourquoi on a choisi cette profession. Quand on te demande des trucs… certificats médicaux urgents, inutiles, des paperasseries inutiles, que tu es là pour remplir une paperasse… que ce que tu dis est plus ou moins pris en compte… Par rapport au nombre d'études que tu as fait, aux connaissances que tu as… (…) tu as l'impression que tu aurais pu faire mieux. »

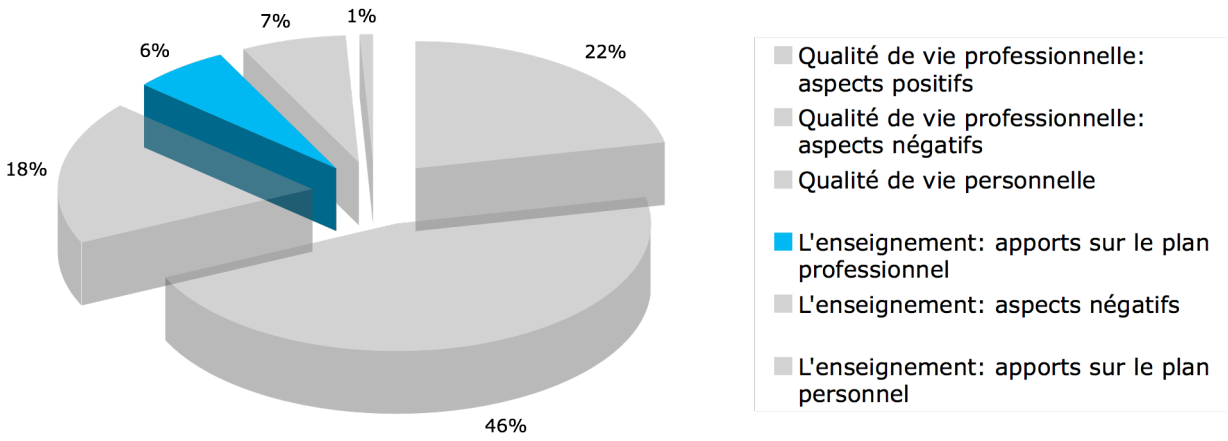
Dr DL : « C'est vrai que, au départ, quand on fait médecine, on ne s'attend pas à… enfin, on pense que c'est tout beau, tout rose. (…) Après, quand tu te lances en médecine générale, tu as l'impression que tu vas être quelqu'un, que tu vas avoir une certaine position à la fois sociale, une certaine position par rapport au patient et je pense que, au final, à un moment ou à un autre… et c'est assez cyclique dans la vie, je trouve, parce que ça me revient quand même assez souvent… où tu as l'impression effectivement de n'être plus rien du tout et que les patients n'ont même pas du tout un minimum de reconnaissance. »

d. L’enseignement : apports sur le plan professionnel

Graphique n°12 : L’enseignement, apports sur le plan professionnel

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les apports de l’enseignement sur le plan professionnel, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Un stage formateur	- Réel intérêt d'un tel stage : très formateur pour l'étudiant, une vraie chance pour la formation des médecins généralistes - Apprentissage idéal sur le terrain : transmission de l'acte technique, de l'organisation, de la gestion du cabinet (comptabilité…) et de l'administratif (non enseigné à la faculté) ; découverte de la vie quotidienne du médecin généraliste (vie sociale et familiale) - Partage de l'expérience de plusieurs médecins : idéal pour le stagiaire si plusieurs maîtres de stage, car diversité des activités, des modes d'organisation et des patientèles, selon les personnalités des médecins ; idéal aussi pour les médecins maîtres de stage, car partage de la charge de l'enseignement

Dr CW : « Il y a toute la périphérie de la médecine qui peut être intéressante pour le stagiaire. (…) Il faudrait presque, à la limite, qu'il vienne à la maison, voir comment on fonctionne, c'est-à-dire que c'est bien beau d'être avec le médecin pendant les heures de consult, mais il y a tout ce qu'il y a autour, c'est-à-dire, l'organisation, combien je prends de visites, comment je cale la sortie de l'école, et cetera… »

Dr AU : « Il est vrai que, si on avait le partage entre différents médecins… ce qui serait certainement plus enrichissant pour le stagiaire qui aurait une vision… qui aurait à peu près autant d'avis que de médecins consultés… ça serait à mon avis plus formateur et plus plaisant. En plus, il aurait certainement plus le choix… On a un peu les patients qui nous ressemblent, au fur et à mesure qu'on avance dans les années, ça écrème… »

L'impact d'une expérience antérieure d'un stage au cabinet	- Regret de l'absence d'expérience d'un stage de médecine générale ou de l'expérience d'un stage de mauvaise qualité : réelle prise de conscience de l'intérêt de ces stages ; l'absence d'expérience rend difficile la conceptualisation du stage et son organisation en pratique - Expérience antérieure d'un stage de médecine générale positive : rassurante pour envisager une éventuelle maîtrise de stage, car conceptualisation plus facile du fait de l'expérience vécue

Dr AU : « On aurait aimé aussi être accompagnés. Les stages existaient, en tout cas à mon époque, de manière assez distante, légère. »

Dr DX : « J'ai fait un stage chez le prat vraiment pendant 6 mois, où j'y étais non-stop… donc, peut-être que j'ai un petit peu cette perception de comment on peut introduire une tierce personne dans une consultation, puisque j'ai vu des gens faire avant moi. (…) Moi je l'ai vu, je pense que c'est faisable. Je l'ai vécu, je pense que je pourrais apporter quelque chose à quelqu'un. Mais quand tu ne l'as pas vécu, quand tu n'as pas été stagiaire dans un cabinet, c'est peut-être plus difficile. »

L'envie de transmettre	- Un métier qui est apprécié, ses aspects positifs spécifiques, telle que la relation au patient ou le goût du suivi - Plaisir d'échanger - Valorisation - Le compagnonnage : accompagnement du stagiaire, transmission des « tuyaux » du métier, satisfaction d'aider l'étudiant, de lui apporter professionnellement

Dr CW : « J'ai toujours considéré que la médecine devait être une sorte de compagnonnage ; quand on est en maison médicale ou chose comme ça… c'est ce que l'on cherche, on cherche tous les tuyaux… comment faire quoi. »

Dr AU : « Le compagnonnage, évidemment que l'on y pense. Alors je le fais de temps en temps, non pas avec des médecins, mais avec des élèves infirmiers avec mon activité salariée. C'est facile, c'est ponctuel, c'est plaisant, c'est valorisant parfois, de pouvoir échanger… »

Le libre choix d'accueillir un stagiaire	- Nécessité que la maîtrise de stage soit une démarche volontaire, librement choisie - Accueil du stagiaire et intégration volontaire dans le cabinet et la patientèle - Libre choix des patients de consulter ou non en présence du stagiaire

Dr DX : « Finalement c'est un cabinet où il est entendu qu'il y a un stagiaire. (…) Les patients sont tout à fait capables de dire s'ils ne souhaitent pas que le stagiaire soit là… et ils le disent. Parfois ils acceptent, à une partie du stage, parfois ils n'acceptent pas, à une autre partie, parfois, il y a des moments où ils veulent bien, des moments où ils ne veulent pas. Et je pense que c'est vraiment une question d'appréhension. (…) Donc à aucun moment tu ne laisses la possibilité au stagiaire de rentrer dans ta patientèle ; sauf si vraiment toi tu le décides. »

Dr AU : « Je n'ai rien contre les futurs médecins (…), mais il faut vraiment que ça soit au moment où je le décide. »

La relation stagiaire - maître de stage	- Cohésion avec le stagiaire dans la prise en charge des patients : se crée sur la durée, mimétisme entre le stagiaire et le maître de stage - Réflexion harmonieuse et partagée face au patient, pour lui donner une impression d'unité et de cohérence

Dr DX : « Pour revenir sur une idée de la relation entre le stagiaire et le maître de stage… Tu te dis que si tu vois ton stagiaire une fois de temps en temps, parce qu'il est partagé entre différents maîtres de stage, et bien tu n'as pas vraiment le temps de la créer cette relation et donc tu ne te retrouves pas avec une relation… enfin le patient ne se retrouve pas face à une espèce de bloc, tu peux créer une unité avec le maître de stage, si vraiment la relation se fait bien… Tu peux limiter cette sensation de dichotomie pour le patient d'avoir deux personnes en face. »

Un remise en cause personnelle	- Mise en évidence de ses défauts et erreurs dans la confrontation avec autrui

Dr BV : « C'est quelque chose qui oblige aussi à se remettre en cause, un stagiaire… quelque part… »

Dr DX : « On n'est pas toujours aussi bon qu'on le pense ! »

L'amélioration des compétences professionnelles	- Niveau de formation et de compétences élevé des nouvelles générations d'étudiants - Curiosité de l'étudiant, stimulante pour le maître de stage - Apport de connaissances fraîches et nouvelles de la part de l'étudiant

Dr AU : « La formation des stagiaires, leurs connaissances, leur niveau de compétences me semble parfois même supérieur au nôtre. Ils ont accès à des informations que l'on n'avait pas… ni la curiosité, ni peut-être le droit d'avoir, et c'est intéressant effectivement d'avoir cet œil-là. »

Dr BV : « Ils arrivent quand même avec des choses neuves… »

Un possible bénéfice sur la consultation	- Scénario de consultation différent par la présence d'une tierce personne

Dr AU : « Avec le stagiaire, je pense que le scénario était complètement différent… »

Dr DX : « (La patiente) était peut-être sauvée ! »

Dr AU : « Elle était peut-être sauvée, peut-être qu'elle n'aurait pas pris les médicaments !»

Un renouvellement de l'exercice	- Par l'ouverture sur d'autres pratiques - Par enrichissement au contact du stagiaire par un échange et un apport mutuels : réciprocité de l'apport

Dr EY : « J'aimerais bien prendre un stagiaire, pour faire de la médecine autrement. (…) Donc, dans mon idée, c'était réserver une journée et puis prendre mon temps, que moi je puisse faire de la médecine différemment… »

Dr AU : « D'un autre côté, l'échange pourrait être des deux côtés, c'est-à-dire que le stagiaire pourrait t'apporter, parce que… tu sais comment travaillent tes confrères, toi? On n'en sait absolument rien. (…) On n'a aucun retour… bon, on a des amis, on a un petit groupe de copains, on a l'impression de savoir comment ils bossent, mais on ne les a jamais vu bosser de toutes manières et puis ça n'est pas intéressant. Tandis que si un stagiaire nous amenait l'information, ou une autre pratique, ou d'autres habitudes, ça pourrait nous enrichir nous mêmes. »

La promotion de la médecine générale	- En créant des vocations - En confortant le choix de carrière d'étudiants déjà orientés vers la médecine générale

Dr DX : « Si je n'avais pas fait un stage, je ne serais peut-être pas généraliste, même si c'est ce que je voulais faire. (…) Quand j'ai partagé ça avec mes maîtres de stage, encore une fois, si je ne les avais pas eus, je pense que je n'aurais pas fait médecine générale. Pourtant c'est ce que je voulais faire, c'était vraiment le truc qui me plaisait, mais si je n'étais pas passé chez eux, ça aurait pu être remis en cause par d'autres trucs. »

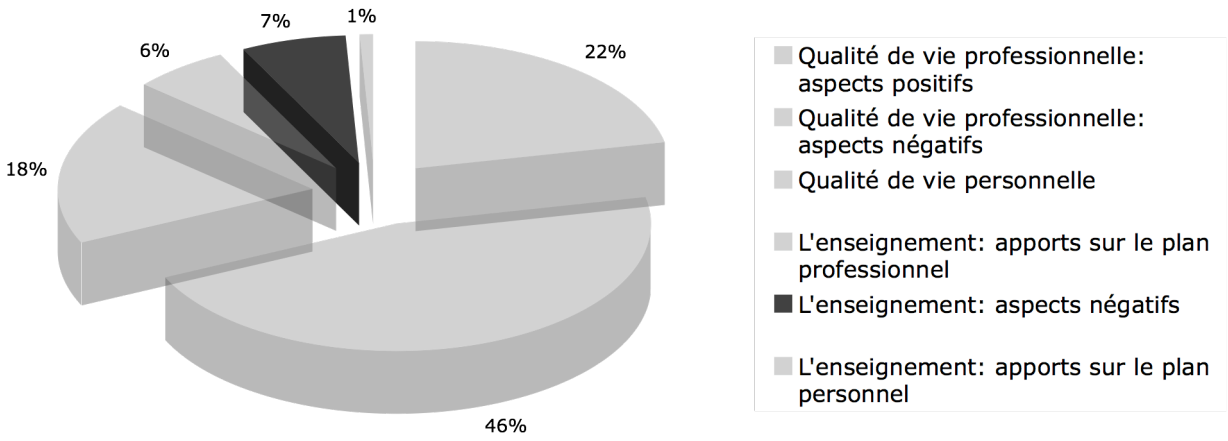
Un gain de temps	- Libérer du temps pour d'autres activités professionnelles ou personnelles, en se faisant remplacer par le stagiaire

e. L’enseignement : aspects négatifs

Graphique n°13 : L’enseignement, aspects négatifs

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects négatifs de l’enseignement, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Un stage non-formateur pour l'étudiant	- Qualité des stages différentes : stage médiocre sans intérêt pour le stagiaire - Pas d'intérêt pour l'étudiant de découvrir certaines activités du médecin généraliste (administratif…), perte de temps pour le stagiaire dans ces activités - Passivité de l'étudiant dans les prises en charge, sans intérêt pour lui

Dr BV : « Moi j'ai fait un stage, on avait un petit stage à faire donc ça n'était pas du tout comme ça, je me suis assis dans un coin et puis je n'ai rien fait. (…) Mais c'est vrai que l'on observait, on n'intervenait pas… absolument pas. »

Dr EY : « Comme je suis médecin coordonnateur en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), je veux bien le traîner une journée, mais il va perdre son temps. (…) Le pauvre jeune, il ne va rien apprendre de la médecine si ce n'est des protocoles en maison de retraite. »

Une relation stagiaire-maître de stage parfois difficile	- Si mauvaise interaction en termes de personnalité - Par manque de temps pour créer une relation

Dr DX : « Ça dépend aussi de l'interaction stagiaire et maître de stage. (…) Du coup, si tu vois ton stagiaire une fois de temps en temps, tu n'as, soit pas envie de t'y intéresser parce que tu n'as pas le temps, ça n'est pas le moment, soit parce que franchement il a une tête qui ne te revient pas et tu te dis que, de toute façon, au bout de trois mois ça sera fini, on n'en parlera plus. »

Un jugement extérieur difficile	- Difficultés à travailler en permanence avec quelqu'un d'autre : sentiment d'être observé, jugé - Difficultés à se livrer et à partager son quotidien - Difficultés à accepter un regard extérieur sur la relation intime établie avec le patient

Dr AU : « Mais ceci dit, je serais plus embêté de me sentir déjà jugé et je me sentirais moins libre de devoir affronter le patient avec quelqu'un en plus. (…) Il y a peut-être des choses que l'on n'a pas envie de montrer… »

Dr BV : « Ça n'est pas forcément évident de se livrer un petit peu dans son activité, il y a un œil qui juge, quelque part. »

Dr CW : « On a tous râlé ou vu qu'on manquait de psychologie, de savoir où je me pose quand le malade me pose un problème… Je suis une médecin, je suis la maman, je suis l'épouse, je suis la fille. Et ça, une fois qu'on l'a posé avec son malade, je pense que l'on n'aime pas qu'il y ait quelqu'un d'autre qui nous regarde. C'est compliqué ça. (…) Voilà et c'est ça… est ce qu'on a envie de les montrer ? »

Des contraintes organisationnelles imposées	- Stagiaire imposé sur une durée hebdomadaire trop longue pour que cela soit compatible avec l'activité du médecin : envie d'avoir le stagiaire sur des consultations choisies à l'avance, lors de moments choisis, avec des patients choisis - Manque de souplesse de la part de la faculté dans l'organisation des stages : refus du partage de stagiaires entre plusieurs médecins - Pas assez d'écoute des médecins candidats à la maîtrise de stage dans l'organisation souhaitée - Contraintes de rémunération - Conditions d'obtention de la licence de maître de stage compliquées

Dr EY : « Voilà, deux jours de temps en temps, c'est bien ou alors une demi-journée dans la semaine, où on prend des rendez vous à petite dose, des gens sympa pour pouvoir prendre le temps avec… »

Dr AU : « Mais là, l'organisation où ils demandent 5 ou 6 demi-journées par semaine, c'est pour moi impossible à gérer. (…) Mais s'il y avait une modération avec un partage par exemple du stagiaire entre différents cabinets, là pourquoi pas. (…) Mais là, la durée, la forme imposée ne me plaisent pas, ça manque de souplesse… »

Une formation nécessaire en pédagogie	- Difficultés d'enseigner les spécificités de la médecine générale (relation médecin-patient par exemple)

Dr CW : « (La relation au patient) est notre point fort et notre point faible… C'est à la fois notre talon d'Achille et notre force… C'est à double tranchant et c'est peut-être ça qui serait intéressant, en tant que stagiaire, à apprendre… à trouver la bonne distance… mais c'est trop difficile… »

Une surcharge de travail	- Augmentation du temps de travail - Fatigue voire épuisement liée à la présence du stagiaire - Consommateur de temps et d'énergie

Dr AU : « C'est-à-dire que l'organisation telle qu'elle est faite, (…) c'est pour moi impossible à gérer. Je n'aurais pas le temps nécessaire aux échanges. »

Dr CW : « J'ai eu l'occasion… j'avais quelqu'un dans ma famille, qui avait été médecin de laboratoire pendant de longues années et qui voulait poser sa plaque et il est venu pendant 10 jours avec moi, mais non-stop… (…) mais j'étais épuisée en fin de journée (…) mais vraiment épuisée… »

Une entrave à l'indépendance	- Contrainte dans l'activité professionnelle ou dans l'organisation personnelle - Entrave aux moments de repos et de détente individuels octroyés au cours de la journée - Pas envie d'avoir le stagiaire en permanence à ses côtés

Dr AU : « Je me sens, personnellement, aussi très incapable de travailler avec quelqu'un d'autre, en permanence. C'était d'ailleurs, pour revenir au sujet de la thèse, la difficulté que je pourrais avoir avec un stagiaire, par exemple. (…) Je peux très bien décaler les rendez-vous, ce qui n'est pas possible avec un stagiaire… c'est un manque de souplesse aussi. »

Dr EY : « Je me vois mal avec un stagiaire faire mes 10 visites le matin… aller dans les maisons de retraite… je ne sais pas comment je ferais. »

Une entrave à la relation médecin-patient	- Entrée d'une personne étrangère dans le colloque singulier médecin-patient : biais de l'échange et inhibition des confidences, entrave à la confiance dans les échanges - Temps consacré au stagiaire au détriment du patient - Présence du stagiaire mal vécue par les patients : refus de voir le stagiaire, habitués à la relation singulière avec leur médecin, gêne face au sexe du stagiaire différent de celui du médecin - Peur d'actes manqués en présence du stagiaire : peur de manquer des éléments de consultation et de confidence de par la présence du stagiaire, peur que la consultation n'ait pas toute sa valeur thérapeutique, car biaisée par la présence d'une personne étrangère

Dr BV : « C'est une consultation qui ne se déroulerait pas comme elle se déroule d'habitude. »

Dr AU : « Ça me paraît difficile de partager ça avec une tierce personne, parce que je perdrais une partie de mon énergie dévolue au patient, pour la donner au stagiaire. »

Dr DX : « Mais je me dis que c'est quand même une épine irritative quelque part dans la relation. »

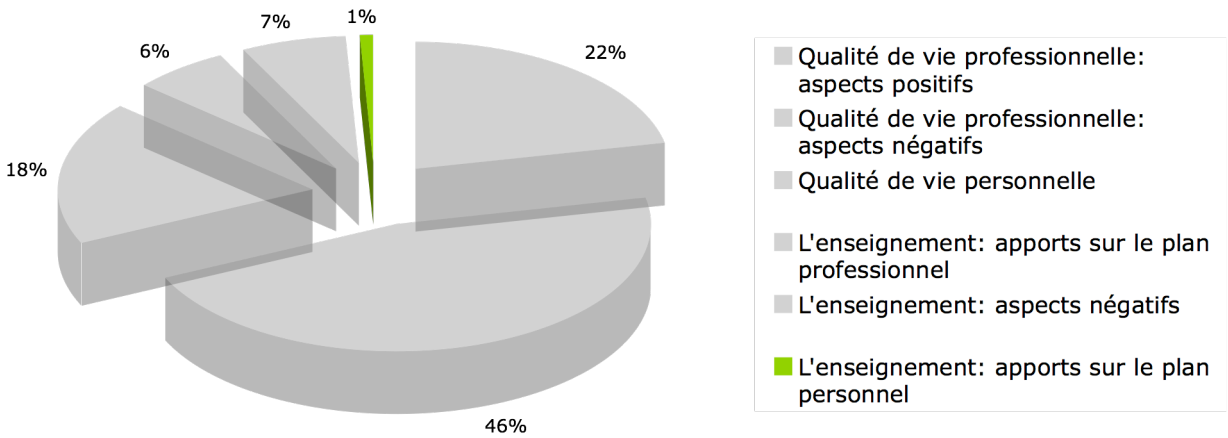
Dr AU : « Le rapport que j'ai avec les patients, même l'organisation de mon cabinet… Ça incite plus à une médecine de confidence, d'échange, et quand il y a une tierce personne, ça se passe différemment. (…) La présence d'un stagiaire, ou d'un médecin en formation à mes côtés, serait forcément mal vécue par mes patients que j'ai peut être mal habitués mais voilà… (…) je n'aurais pas le temps nécessaire aux échanges. (…) Je me sentirais moins libre de devoir affronter le patient avec quelqu'un en plus. C'est-à-dire que ça entraverait forcément le… (…) Est-ce que tous ces petits secrets qui me sont confiés, ces partages, et cetera… le seraient de la même manière avec une tierce personne ? Je ne crois pas. »

f. L’enseignement : apports sur le plan personnel

Graphique n°14 : L’enseignement, apports sur le plan personnel

Les non-maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les apports de l’enseignement sur le plan personnel, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Une satisfaction personnelle	- Plaisir dans le travail par l'échange - Valorisation

Dr AU : « Le compagnonnage, évidemment que l'on y pense. Alors je le fais de temps en temps, non pas avec des médecins, mais avec des élèves infirmiers avec mon activité salariée. C'est facile, c'est ponctuel, c'est plaisant, c'est valorisant parfois, de pouvoir échanger. »

Un partage affectif	- Partage de moments non professionnels - Naissance d'amitiés

Dr AU : « J'ai remplacé pendant longtemps le Dr T, qui était l'un des premiers médecins généralistes enseignants. C'est devenu un ami avec les années. (…) Je suis tombé sur un être extraordinaire et… de gentillesse. (…) Grand pédagogue… (…) Et j'ai appris beaucoup…»

Un gain de temps	- Pour des activités non professionnelles, de détente

Dr CW : « Si on se sert du stagiaire pour pouvoir décompresser ou pour avoir une qualité de vie… bien sûr moi j'y ai pensé (…) : « Tiens, je vais prendre un stagiaire, pourquoi prendre un collaborateur finalement, on peut prendre un stagiaire et, entre guillemets, s'en « servir » pour les remplacements, s'en « servir » pour aller pouvoir boire son petit café pendant qu'il consulte et être joignable au portable. » Oui, ça peut être une façon de voir les choses, mais moi je ne le voyais pas comme ça… »

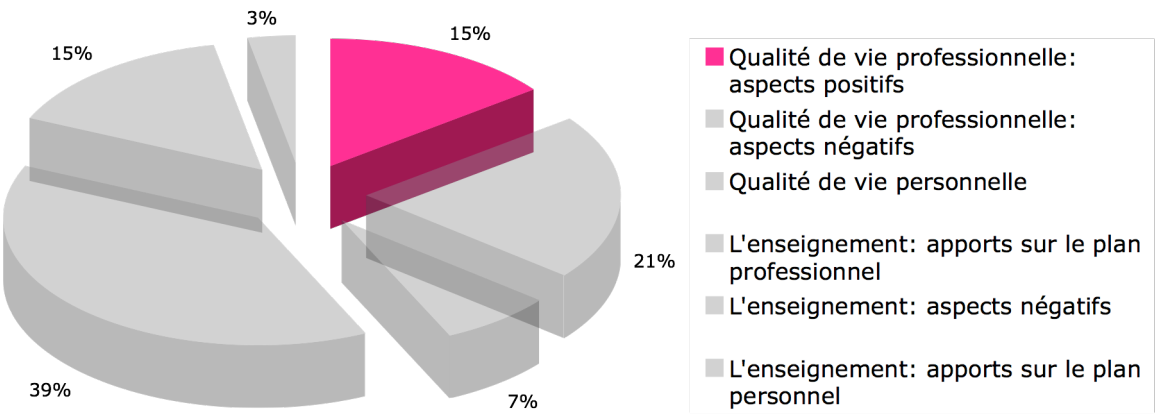
5. Résultats de l'analyse thématique des groupes de maîtres de stage

a. Qualité de vie professionnelle : aspects positifs

Graphique n°15 : Qualité de vie professionnelle, aspects positifs

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Le travail en collaboration	- Avec les confrères, secrétaires, paramédicaux, remplaçants, structures de soins organisées (hospitalisation à domicile…) - Echanges possibles : sur des cas difficiles, partage d'avis médicaux, bénéfique pour le patient - Partage : de la charge de travail, de la patientèle, du matériel - Partage affectif : décharge émotionnelle, soutien dans les difficultés et diminution du niveau de stress - Amélioration et progression permanentes : dans la rencontre avec l'autre, car impact du regard et du jugement d'autrui, avec remise en question quotidienne - Rénovation de l'exercice et de la pratique par la construction conjointe

Dr WI : « Alors moi, ça n'est pas rare que j'appelle mon associé ou qu'il m'appelle… on passe d'un bureau à l'autre et puis tous les deux, avec la brave dame ou le brave bonhomme sur la table d'examen… Que ça soit mon associé ou que ça soit l'interne ou que ça soit l'externe, c'est vrai que les gens ont l'impression qu'ils sont mieux écoutés, on discute de leur cas. Ils entendent des choses qu'on ne leur aurait jamais dites. »

Dr IT : « Mes confrères du cabinet me font progresser aussi... (…) dans les échanges… Psychologiquement ça n'est pas facile. (…) Mais le groupe permet un petit peu de décharger, de pouvoir parler… (…) de dire aussi que l'on se trompe… Parfois, on a omis de faire un diagnostic, cela peut arriver. Donc d'en parler avec un confrère, ça permet de soulager aussi… ou bien de lui demander : « Qu'est-ce que tu aurais fait dans ce cas-là?». C'est essentiel. Je ne me verrais pas exercer tout seul à l'heure actuelle, parce que la charge émotionnelle est quand même… et puis dans le travail aussi, parce que ça permet de décharger à un moment. (…) Et on communique beaucoup mieux, on arrive à faire des choses ensemble, on arrive à construire, à échanger. »

Une progression permanente	- Impression de progression dans le travail, par rapport aux débuts d'activités - Amélioration des compétences, esprit critique renforcé, prise de recul par rapport aux problèmes, maîtrise de l'urgence améliorée - Plus de poids dans les discussions et les conflits avec les patients, de par l'expérience et la maturité - Satisfaction dans l'acquisition d'expérience : maîtrise du travail et confiance renforcées, sécurité des patients accrue, diminution du niveau de stress et de l'appréhension dans les prises en charge, gain en efficacité, en rapidité, en qualité de travail, simplification du travail, gain de temps ; source de bien-être et de sérénité dans le travail - Progression parallèle à l'évolution de la médecine : innovations, technologies nouvelles, progrès dans les traitements et prises en charge des maladies

Dr HS : « Je pense que l'on progresse dans le sens « sécurité de ce que l'on fait», j'ai l'impression de mieux maîtriser ce que je fais, de prendre plus de recul, de moins avoir peur. (…) On a peut-être un esprit critique un peu plus important… en avançant dans l'âge… »

Dr FP : « Et le domaine où j'ai bien progressé je pense… ça n'est pas l'examen clinique mais l'interrogatoire… J'ose plus poser des questions sur plein de choses que l'on sait être hyper fréquentes. C'était peut-être délicat d'en parler avant et maintenant c'est beaucoup plus simple. Je me dis toujours que si nous on n'ose pas poser les questions, qui d'autre peut oser les poser ? Donc il faut y aller et du coup, on apprend plein de choses. (…) Il y a aussi des avantages d'être vieux… c'est que c'est plus facile aussi de dire non! (…) On a beaucoup plus de facilité avec l'âge à pouvoir dire non sans que cela crée un conflit et ça, c'est confortable. »

Dr VH : « Moi, je dirais que la progression est dans deux sens, dans le sens de la connaissance, et cetera… Mais aussi dans le sens de la simplification, c'est-à-dire que l'on se simplifie la vie de par l'expérience… »

Dr RD : « Et puis l'amélioration de la qualité de notre exercice que l'on essaie tous d'améliorer…. on a tous un vœu profond d'essayer d'être toujours meilleur… »

L'entretien de la motivation	- Impression de progression de l'implication dans le métier et entretien de la motivation - Ouverture aux autres et rénovation de l'exercice grâce aux activités professionnelles annexes à la consultation

Dr IT : « Il y a eu des progressions dans plein de domaines donc il a fallu se remettre en question. (…) Mais je pense que c'est aussi le fait d'aller vers l'extérieur, de faire d'autres choses. (…) Aller en réunion, faire de la FMC. (…) Je pense que d'aller vers les autres, de faire autre chose, c'est très riche. »

Des remplaçants appréciés	- Relation de confiance avec le remplaçant : cabinet confié au remplaçant - Débriefing - Expériences satisfaisantes

Dr SE : « Alors moi, j'ai une remplaçante qui m'a remplacé pendant des années, qui est une fille vraiment extraordinaire… »

Dr WI : « De toute façon, même avec un remplaçant, il y a toujours un débriefing avec le médecin : « Qui tu as vu ? Qu'est-ce que tu as fait ? Pourquoi ? Comment ? ». »

Un métier intéressant	- Une activité variée : polyvalente, variété des personnes prises en charge, complexité des cas variable, activités de consultation et extra-consultation possibles, possibilité d'innover dans sa pratique - Un métier curieux : par l'analyse des patients, dans un but de soins - Un métier non routinier, stimulant : défit à relever à chaque prise en charge avec satisfaction lors de la résolution des problèmes ; absence de lassitude et remise en cause quotidienne - Un médecin coordonnateur : considération du patient dans sa globalité pour optimiser sa prise en charge ; polyvalence du métier de généraliste appréciée

Dr IT : « Moi, je pense qu'au départ, c'est une remise en question, journalière et un petit peu régulière. Je pense que c'est ce qui fait qu'il n'y pas de phénomène de lassitude: de se remettre en question, autant sur la formation, sur son exercice ; de faire des choses nouvelles. Je viens de découvrir l'éducation thérapeutique des patients, c'est quelque chose de nouveau, qui me fait progresser… même d'avoir un regard totalement autre sur mes patients… »

Dr FP : « Pourquoi j'aime bien suivre un toxicomane, c'est parce que, justement, il y a plein de choses à fouiller derrière, à comprendre ce qui leur est arrivé et puis voir où ils en sont aujourd'hui par rapport à ce qu'ils ont été. (…) Justement, c'est quand on s'intéresse à eux, que l'on s'aperçoit que ce sont des gens intéressants à suivre. (…) Les déprimés c'est la même chose, et cetera… Comprendre pourquoi ils sont comme ça, c'est vraiment l'intérêt de notre métier… »

Dr IT : « C'est un message que je donne souvent aux internes. (…) Je leur dis : « C'est vous qui êtes maîtres, vous devez rester maîtres de la situation, parce que c'est vous qui allez coordonner ». (…) Je pense que la médecine générale, à un moment, il faut savoir passer la main, mais il vaut mieux aussi parfois garder la main. »

La formation continue	- Groupes de pairs, FMC, lecture de revues médicales, DU, … - Plaisir de travailler ensemble, plaisir de se retrouver - Progression dans le travail en groupe : enrichissement personnel, apport de connaissances, approche différente du métier, voire rénovation de son exercice par la rencontre et l'échange ; humilité dans l'échange, constructive et enrichissante

Dr FP : « Là où on échange le plus, nous, c'est dans nos groupes de pairs ou dans nos réunions de FMC, parce que, comme on se connaît bien, on n'a pas peur de dire ce que l'on fait et là, on progresse bien, je pense… c'est là où on progresse, c'est clair. »

Dr UG : « Donc c'est vrai que moi, depuis quelques mois maintenant, je me remets un peu dans le scientifique quand même. (…) Je me suis mis à faire le test de lecture et ça m'oblige, en fait, à regarder ça beaucoup plus en détails, à faire très attention, et donc ça me remet dans le scientifique. En fait, j'y trouve un certain plaisir, finalement, de me dire : « Et bien tiens, quand on veut être rigoureux, en fait, on se simplifie bien la vie ». »

Dr IT : « Mais je pense que c'est aussi le fait d'aller vers l'extérieur, de faire d'autres choses. (…) Aller en réunion, faire de la FMC. (…) C'est très riche. (…) J'ai fait une séance d'éducation thérapeutique mercredi dernier avec des patients. (…) C'était merveilleux ! (…) Il y a des gens qui se sont libérés, qui ont parlé de leur maladie, qui étaient plutôt frustrés. (…) Il y a plein de choses qui ont été échangées et je crois que là, c'est un événement, une découverte, c'est une forme de la médecine que je suis en train de découvrir… »

L'amélioration du système de permanence de soins	- Allègement des gardes par rapport à l'ancien système

Dr FP : « Et en plus, je ne me sens pas plus fatigué aujourd'hui qu'avant. Sauf que, quand même, se relever la nuit, heureusement qu'on a moins de gardes et que ça se passe beaucoup mieux. Mais c'est vrai que je me demande comment je ferais, comme on faisait au tout début, au niveau des gardes de nuit… »

La relation humaine au patient	- Priorité donnée aux patients dans le travail - Aspect psychologique de la relation, prépondérant en médecine générale - Respect et complicité permettent la confidence d'éléments de vie intimes, empathie dans la relation, relation parfois fusionnelle - Relation affective qui se crée dans la durée, générant certaines habitudes

Dr HS : « Je refuse parfois certaines choses, parce que je me dis : « Mes patients d'abord et puis tant pis, je n'irai pas à tel ou tel truc ». Parce que je n'ai pas envie de fermer le cabinet ou d'être à nouveau remplacée pour une journée de formation ou une journée de réunion. »

Dr IT : « Ce dont on a besoin en médecine générale, on en a parlé dans le cadre des réseaux, c'est que l'on aura besoin de psychologues pour nos patients… de plus en plus… C'est un manque. (…) (L'aspect psychologique), c'est énorme… »

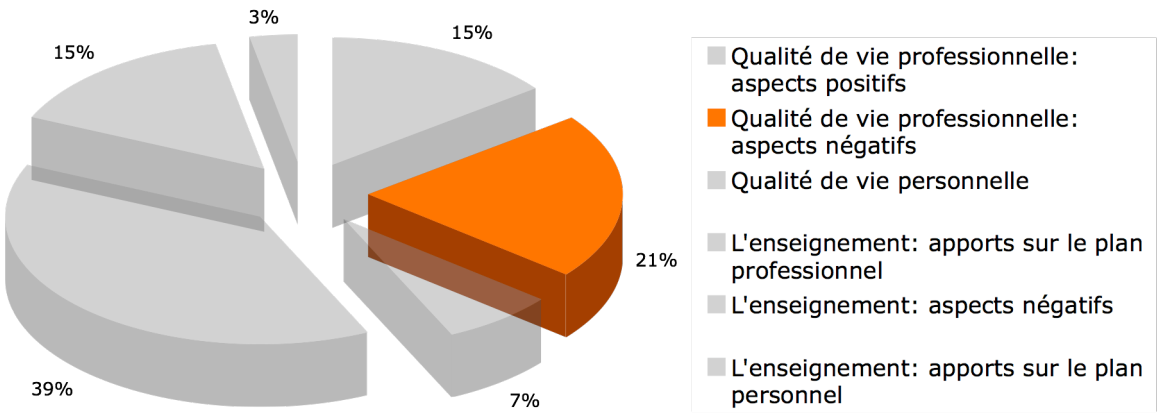
Dr GR : « On est sûrement très impliqué quand même, très fusionnel peut-être avec les patients… »

b. Qualité de vie professionnelle : aspects négatifs

Graphique n°16 : Qualité de vie professionnelle, aspects négatifs

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Des débuts difficiles	- Apprentissage seul sur le terrain dans des conditions difficiles : compétences plus limitées, stress de ne pas avoir pris la bonne décision, multiplication des examens complémentaires parfois injustifiée, pour se protéger et se rassurer - Qualité de la formation moins bonne autrefois, regrets de ne pas avoir bénéficié de cette formation au cabinet (stages de médecine générale) - Danger potentiel pour les patients de l'inexpérience du médecin, dévouement excessif aux patients initialement, moins de poids dans la gestion des conflits quand le médecin débute

Dr TF : « On est, entre guillemets, « meilleur », à nos âges que quand on s'est installé, c'est clair et net… On apprend le métier sur le terrain. (…) Et puis ce qu'ils font là, on ne l'a pas fait, nous. (…) Je pense que sur un plan pratique pour se former à la médecine générale, ça n'est pas gagné. Le troisième cycle est là pour ça et ils ont un troisième cycle super, que l'on n'a pas eu à notre époque, et cela je les envie quelque part, parce que faire ce qu'ils font, j'aurais bien aimé le faire… ça c'est clair. »

Dr VH : « On a cette responsabilité que l'on n'avait pas effectivement à notre époque, où on apprenait notre métier en faisant des remplacements, en étant bombardé tout seul devant notre patient… entre le patient et le Vidal… on n'avait même pas internet pour s'aider… »

Un exercice solitaire	- Manque de concertation entre confrères d'un même cabinet, pas de partage - Exercice sclérosant : habitudes de travail pas toujours bénéfiques, routine, laisser-aller, moins de remise en question et moins d'efforts faits pour s'améliorer - Perte sur le plan scientifique : en restant sur ses acquis, au profit de la pratique et de la relation au patient - Hygiène parfois défectueuse : regret de l'absence de contrôle sanitaire

Dr VH : « Oui, parce qu'il y a une routine qui s'installe et les chroniques, on ne prend pas toujours la peine de les remettre sur la table d'examen, parce que l'on est pressé par le temps, parce que l'on se dit : « Tiens, celle-là, je la connais bien, je vais gagner 5 minutes ! »… (…) Oui et puis on a perdu un petit peu l'objectif scientifique, parce que l'on est quand même plus dans le pratique, dans l'empathie, et cetera… (…) Donc le côté scientifique, je ne dis pas qu'on l'abandonne, mais ça disparaît plus ou moins et le stagiaire nous permet de recentrer un peu là-dessus… »

Un métier difficile

- Un exercice difficile : des compromis permanents à trouver entre la théorie et la pratique ; savoir donner des explications accessibles au patient sur sa prise en charge, savoir utiliser l'art de la communication

- Le poids de la charge de travail : amplitude horaire importante (activité de consultation et extra-consultation importante : rangement, secrétariat, comptabilité, gestion de l'informatique, réunions, maîtrise de stage…) ; nombre de patients quotidiens à gérer, diversité et complexité des pathologies à gérer ; surcharge de travail difficile à assumer notamment à un âge avancé, métier épuisant

- Une gestion du temps difficile : nécessité de faire des concessions et conciliations pour trouver un créneau de consultation en cas de journée surchargée, report de la consultation au lendemain nécessaire

- L'absence de satisfaction dans le travail : quand journée surchargée, à la fois pour soi-même et pour les patients, pénibilité du travail dans ces conditions, impression de servitude dans le travail

- Un métier stressant : faire le bon diagnostic, gérer l'urgence, manque de temps stressant, problèmes de démographie médicale inquiétants ; poids des charges, activités extra-consultation non rémunérées ; pathologies de surcharge chez certains confrères (les inconvénients du métier prennent le dessus sur les avantages, l'activité perd ainsi de son intérêt, avec l'envie d'arrêter)

Dr VH : « Parce que le célèbre triangle : « ce que je dois faire, ce que je peux faire et ce que je fais », avec un cercle sur ces trois items-là, c'est assez parlant. On ne fait pas toujours ce que l'on doit faire, mais on ne fait pas toujours ce que l'on pense faire. »

Dr IT : « Je pense qu'une journée de consultation, c'est épuisant. Je vois, avec les externes, à la fin, ils n'en peuvent plus, parce qu'ils n'ont jamais l'habitude de voir autant de monde et autant de complexité. C'est aussi très varié parce que l'on passe du coq à l'âne en médecine générale… (…) des banalités et puis au milieu de tout cela, un truc très complexe. Je leur dis : « Il faut être toujours attentif, il faut être tout le temps aux aguets de quelque chose » et ça, ça n'est pas facile. »

Dr GR : « Si j'ai un stress, éventuellement… ça n'est pas tous les jours… Mais ce sont les journées où on ne s'en sort pas, où le téléphone sonne sans arrêt, où l'ordinateur plante... ça, c'est mon stress majeur. »

Dr HS : « J'en fais pas mal… J'essaie de me libérer pas mal de temps, mais je travaille quand même, à mon goût, un petit peu trop… »

Un versant psychologique lourd	- Gestion des fins de vie ou des diagnostics lourds - Juste distance et moyens de défense à trouver dans la relation aux patients, lors de cas psychologiquement lourds

Dr GR : « Sinon ça ne doit pas être vivable. Si tout ce que tu vois de triste dans la journée, tu ne le tournes pas en positif... Je me dis, un peu comme dit F : « Estimons nous heureux de ne pas connaître cela ». Il faut essayer de positiver parce que, sinon, si effectivement tu pleures avec chacun… »

Dr IT : « Il y a des moments où il y a un stress lié à des cas difficiles. On a de plus en plus parfois des cas difficiles, avec des fins de vie à gérer, des choses qui sont quand même lourdes ou même des découvertes de pathologies lourdes chez des jeunes… Et donc, là, il y a toujours un moment où ça n'est pas facile. Psychologiquement ça n'est pas facile… que l'on ait 30 ans, 40 ans, 50 ans, quand vous apprenez qu'un jeune de 40 ans a un néo… vous le vivez mal. Il y a peut-être des médecins que ça ne touche pas, moi, ça n'est pas mon cas. Je reste peut-être assez sensible, peut-être trop sensible… Parce que, même en fin de vie, pour moi, c'est des fois difficile de gérer toutes ces émotions… mais ça, c'est différent pour chaque médecin. »

Une responsabilité pesante	- Prise de risques - Responsabilité d'avoir pris ou non la bonne décision - Source d'angoisse

Dr WI : « Ça arrive quand même de rentrer chez soi en se disant : « Est-ce que je ne me suis pas gouré ? »

Dr SE : « Le fait de pouvoir fermer la porte en se disant : « Ça y'est, le job est fait », ça n'est pas si simple, parce que ce sont des peurs (dont) il s'agit, des angoisses… ça ne se maîtrise pas… »

Dr SH : « Alors, est-ce que l'on faisait plus de bêtises au départ ? Pas sûr… on se couvrait beaucoup. Peut-être que moi, en vieillissant et en avançant, j'ai l'impression de prendre presque plus de risques… Je me dis : « Allez, ça, ça va aller, c'est bon, je ne fais rien, j'attends ». »

Le poids de la permanence de soins	- Travail de nuit réalisé en plus des journées de travail - Fatigue engendrée

Dr FP : « Je ne me sens pas plus fatigué aujourd'hui qu'avant. Sauf que, quand même, se relever la nuit, heureusement qu'on a moins de gardes et que ça se passe beaucoup mieux. Mais c'est vrai que je me demande comment je ferais comme on faisait au tout début au niveau des gardes de nuit. (…) C'était quand même vraiment un rythme absolument infernal.»

Des difficultés à suivre la formation continue	- Médecine polyvalente : difficultés à se tenir au courant des progrès dans toutes les spécialités, source de stress - Remise à niveau permanente nécessaire pour la sécurité des patients - Difficultés à se libérer du temps pour la formation continue - Lecture médicale plus ou moins intéressante

Dr HS : « Je pense que le stress, après, il se déplace sur d'autres choses. Effectivement, comment faire pour continuer à être au top de tout ce qui se passe, de toutes les spécialités ? Comment se former ? Comment être au courant ? »

Dr IT : « La médecine générale, c'est peut-être sûrement la spécialité la plus difficile. (…) Il y a eu des progressions dans plein de domaines, donc il a fallu se remettre en question… Comment ? Par la FMC, par la lecture… »

Dr UG : « J'étais abonné depuis pas mal d'années à la revue Z, je la lisais assez rapidement, c'était quasiment la seule revue que je lisais avec la revue X. Mais bon, pas de façon suffisamment approfondie à mon avis… parce que j'ai l'impression que ça me barbait un peu. »

Un avenir sombre	- Le problème de la démographie médicale : carence de médecins, de paramédicaux… - Surcharge de travail pour ceux qui restent - Solutions à trouver pour l'avenir

Dr HS : « J'ai peur, qu'à un moment donné, avec ces histoires de démographie, on me demande, à un âge où j'ai peut-être envie justement de commencer à en faire moins, d'en faire beaucoup plus. (…) Mon stress est plus face à l'avenir de mon exercice. (…) Et il y a des moments où je me dis qu'il faut que l'on trouve une solution, parce que tout le monde est finalement embêté, parce que tout le monde râle. »

Dr IT : « Je me suis dit : « Je ne partirai pas à la retraite dans la crise démographique », je ne peux pas dire : « Je ferme la porte derrière moi et puis… ». Moi, je vais vivre la crise démographique avec ceux qui arrivent, donc il faut que je travaille avec eux et que j'essaie d'améliorer les conditions d'exercice, pour que l'on fasse ensemble les quinze années qui vont me rester à faire. »

Des remplaçants problématiques	- Si remplaçants non connus - Expériences négatives : remplaçants non sérieux, compétences parfois douteuses

Dr UG : « Il y a moins de surprises (avec un remplaçant connu), parce que bon, les remplaçants qui déboulent comme ça, qui ne connaissent pas… déjà, il faut connaître le cabinet, connaître le logiciel, connaître les gens… il y a un tas de choses déjà qui ne vont pas être faciles pour eux au départ.(…) Oui, et puis des fois on peut tomber sur des « je-m'en-foutistes », ça nous est arrivé quand même une paire de fois… des remplaçants qui sont des gens… qui ne remplissent rien dans les dossiers : « A quoi ça sert ? ». (…) Quand on rentre de vacances, les gens nous disent : « Ben, il m'a donné des pilules roses, on ne sait même pas quoi. » »

Des évolutions négatives	- Evolution de la société : charge de travail difficile à assumer à l'ère des 35 heures - Dévalorisation du métier : par rapport aux autres spécialités, notamment aux yeux des étudiants - Evolution permanente des traitements et technologies : engendrant une remise en cause permanente des prises en charges des maladies, avec adaptation nécessaire du médecin ; médicaments retirés du marché peu de temps après leur instauration - Critique et prise de recul nécessaires face aux progrès

Dr HS : « Je crois que (certains confrères) ne se rendent plus compte de la richesse de ce qu'ils ont à faire et ils se disent : « Oh, ça n'est pas forcément intéressant de leur montrer ça, par rapport à ce que l'on peut voir dans la technique des hôpitaux, dans la technique des spécialistes. » (…) Oui, mais c'est vrai que tu as l'impression que ton exercice est moins intéressant. Oui, tu pourrais te dire : « En tant que médecin généraliste, c'est beaucoup moins intéressant ce que je fais moi que, effectivement, l'ORL ou le chirurgien ou le mec qui fait de la robotisation en neuro »… oui, tu pourrais. Nous, ça n'est pas notre façon de voir, mais je pense qu'il y a certains confrères…»

Dr IT : « Et en plus, on a été obligé de progresser, parce que, entre notre sortie de la faculté et aujourd'hui, tous les domaines de la médecine ont évolué, à une vitesse très très rapide. (…) Donc il a fallu se remettre en question… »

Dr FP : « Moi, personnellement, je ne cherche plus à être autant à la pointe qu'avant… parce que, avoir quelques années de retard, c'est bien pratique, parce que ça évite de prescrire des tas de choses qui sont retirées après coup. (…) Même quand les spécialistes donnent leur avis, moi je dis : « Ok, on n'est pas obligé que nos patients soient des cobayes. Ils peuvent attendre un petit peu pour soigner certaines choses » …et on s'aperçoit, quelques années après, que de toutes façons, ce qu'on leur avait proposé, finalement, c'est complètement passé de mode et inutile. »

Une relation aux patients parfois difficile	- Empathie nécessaire - Exigences des patients : demandes exagérées, abusives, injustifiées ; impatience des patients - Conflits : négociations permanentes dans la prise en charge parfois difficiles ; incompréhension du patient de la nécessité de certaines prises en charge, malgré la répétition des explications ; lutte fatigante poussant parfois à adopter une prise en charge non voulue, avec culpabilisation de cela - Inconscience de la difficulté du travail du médecin, inconscience de l'acte intellectuel dans la prise en charge, non respect du travail du médecin - Libre choix du patient de s'impliquer ou non dans sa prise en charge, de rompre la relation et le suivi

Dr WI : « Si, ça arrive de dire « non » à des patients. (…) Quand ils vont trop loin… »

Dr IT : « Et puis les patients attendront. Il y a un moment, je crois qu'il faudra qu'ils apprennent que l'on ne peut pas être servi 24h/24h et ça ils vont avoir du mal… »

Dr HS : « Il y a toujours un deal, entre ce que, nous, on devrait faire et ce que le patient, lui, attend de nous. Donc c'est vrai, qu'à un moment donné, dans le deal, on lutte. (…) Donc, la négociation, soit on a un peu d'énergie, je suis d'accord (…) et on se dit : « Ce coup-ci, c'est non… » (…) (soit), à un moment donné, parce qu'il est 19h30 du soir, parce que l'on n'a plus envie, on va dire : « Bon, allez, cette fois-ci, je vous le donne, mais sachez, effectivement, que ça ne sert à rien, que je ne suis pas convaincue. » »

Dr SE : « Tu vois, tu as plein de gens qui arrivent un peu pressés… on entend souvent ça… des gens qui arrivent un peu pressés, ils espèrent passer entre deux : « C'est juste pour une ordonnance ! » …et dans le fond, dans leur esprit, ils ne se rendent pas compte que… à l'aboutissement de l'acte médical, effectivement, il y a une prescription. Mais il s'est passé un tas de choses entre temps, dans la tête du bonhomme. »

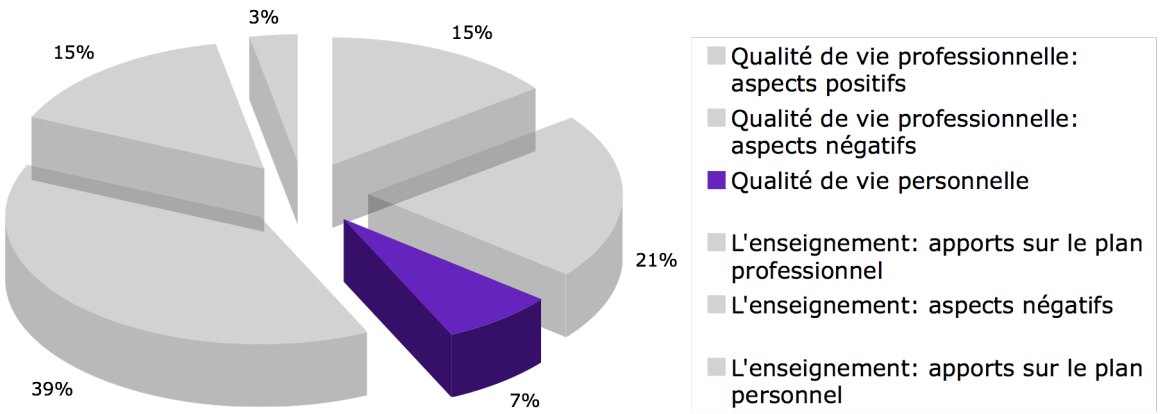
Dr IT : « Je vois, avec certains internes, au départ, c'est un peu difficile. (…) Parce qu'ils ont un malade en face d'eux qui est plutôt actif, qui va répondre et puis s'il n'a pas envie de répondre aux questions, il ne répondra pas. (…) Là, il peut claquer la porte et partir. »

c. Qualité de vie personnelle

Graphique n°17 : Qualité de vie personnelle

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant la qualité de vie personnelle, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

La satisfaction générale du métier	- Epanouissement dans le travail : métier enrichissant ; libre choix de s'investir dans des activités professionnelles extra-consultation, source de satisfaction, de plaisir, d'innovation dans le travail, permettant de trouver un équilibre satisfaisant - Gain en confort de vie : avec l'expérience et une meilleure gestion du temps, prise de recul et meilleure organisation permettent de gagner en sérénité - Progression générale sur le plan personnel : acquisition d'une certaine sagesse

Dr HS : « Je pense que c'est quelque part voulu et non stressant. (…) *C'est un choix de s'engager dans des associations ou de faire d'autres choses, de prendre des stagiaires, et cetera… de m'investir dans d'autres domaines. Je pense que cela fait partie d'une espèce d'équilibre qui fait que ça change un peu du bureau. Cela m'oriente vers d'autres façons de voir la médecine et ça n'est pas quelque chose de stressant… »*

Dr WI : « Après 15 ans, on travaille beaucoup plus vite, c'est-à-dire que l'on a gagné en confort de vie. »

Dr HS : « Tu as l'impression que, plus tu vieillis, plus tu transmets une espèce de sagesse. (…) En vieillissant, on devient tous un peu sage, mais je pense que ça n'est pas que en médecine, c'est peut être aussi partout… C'est toi qui progresse toi-même… »

L'impact du travail sur la vie personnelle	- Contribution du conjoint dans l'organisation de la vie familiale - Impact du stress de la journée sur la sérénité du soir, à la maison - Retentissement de la charge de travail sur la disponibilité pour la famille - Conciliations difficiles entre vie professionnelle et familiale : conciliations stressantes et source de culpabilité, difficultés notamment pour les femmes médecins mères de famille

Dr IT : « Par contre, sur sa vie personnelle, je dirais que, il faudrait peut-être entendre nos épouses ou nos enfants, parce qu'ils n'auraient peut-être pas le même regard que nous… parce que cela crée des fois des conflits. »

Dr WI : « Ce sont des angoisses que tu as de moins en moins. Je pense que quand tu rentres chez toi, tu n'y penses plus, tu sais que tu as fait ce qu'il fallait faire, tu l'as bien fait... Ça arrive quand même de rentrer chez soi en se disant : « Est-ce que je ne me suis pas gouré ? » et puis tu commences à refouiller, regarder, c'est sûr… mais beaucoup moins que quand tu t'es installé. (…) Sans que cela ne pourrisse ta vie familiale quand tu rentres, c'est surtout ça. »

Dr IT : « Moi, j'ai toujours essayé de prendre un temps avec les enfants, quand il y a besoin… de les emmener à l'école le matin, de trouver un temps pour essayer d'avoir un échange… Mais ça n'est pas toujours évident. C'est des fois là que ça me stresse un petit peu… »

Dr HS : « …et pire quand tu es maman ! (…) Parce que moi, j'ai encore le côté maman… C'est vrai qu'en onze ans d'exercice, j'ai changé 4-5 fois mes horaires du matin pour respecter les horaires du primaire, ensuite du collège, ensuite du lycée, pour pouvoir au moins les emmener le matin. (…) C'est très difficile… »

Les moyens de préserver sa qualité de vie personnelle	- Prise de recul par rapport aux demandes abusives des patients - Réelle dichotomie entre travail et vie privée : indispensable pour être serein à la maison - Aménagement des horaires de travail pour s'adapter à la vie personnelle - Moments de repos indispensables : jour de repos dans la semaine, moyens de décompression (la plaisanterie, le rire), moments de détente (loisirs, vacances…)

Dr HS : « Enfin, moi, quand je ferme la porte, je ferme la porte. (…) Je suis complètement en dehors du cabinet. Et j'arrive effectivement à faire une coupure que certains de nos confrères n'arrivent peut-être pas à faire. »

Dr IT : « De temps en temps, même au cabinet de groupe, on décompresse. Parce qu'il y a un moment où on a besoin de rire, de partager certaines situations... et de se libérer…»

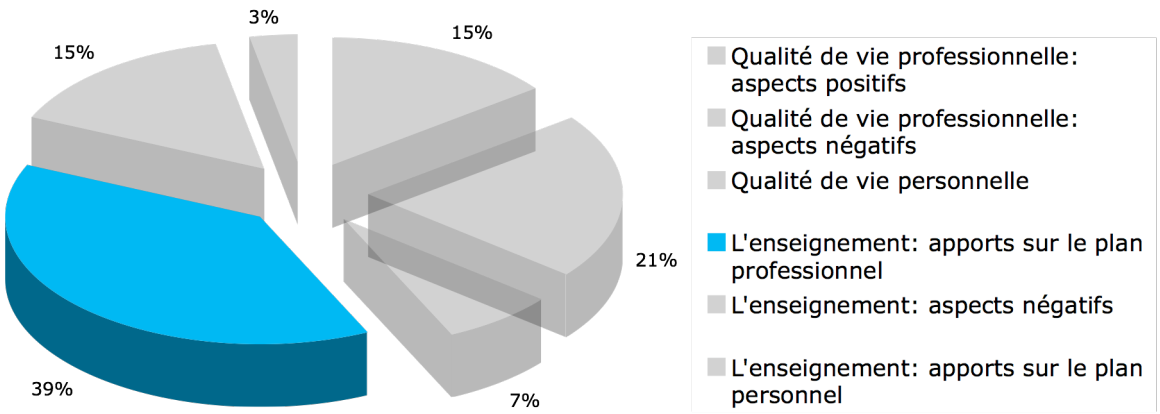
Dr WI : « Je crois qu'il arrive un moment dans la vie d'un médecin où on a peut être le droit de lever le pied un peu aussi. »

d. L’enseignement : apports sur le plan professionnel

Graphique n°18 : L’enseignement, apports sur le plan professionnel

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects positifs de l’enseignement, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Un stage formateur	- Activité variée, riche - Apprentissage du rythme de travail, découverte de la médecine générale et des activités annexes à la consultation (rangement, informatique, comptabilité…) - Intérêt accru du stage si partage du stagiaire entre plusieurs maîtres de stage : plusieurs exemples pour le stagiaire, toujours un médecin senior disponible ; partage du travail, de l'évaluation et de la responsabilité pour les maîtres de stage

Dr IT : « Parce que je pense qu'ils n'apprennent pas la médecine générale à l'hôpital et je pense qu'il y a beaucoup de choses à apprendre dans les cabinets de médecine générale. »

Dr IT : « Le stagiaire, tu vas lui passer un savoir, un savoir-faire aussi, après, le savoir-être, il ne sera pas ton caméléon quand même, tu vas lui montrer différentes… et c'est ça l'intérêt aussi, de ne pas avoir qu'un stagiaire avec un seul médecin. Moi je suis contre ces monômes, il faut au moins des binômes voire des trinômes. Ça permet d'avoir 5 savoir-être un petit peu particuliers pour le stagiaire. (…) Je trouve que c'est bien… »

Dr IT : « Et puis, je me suis remis maître de stage quand mes deux autres confrères ont bien voulu faire un trinôme, parce que j'ai dit : « Je ne reprendrai pas tout seul un stagiaire », parce que, quand il y a vraiment une situation conflictuelle et que c'est pour six mois, soit on rompt le contrat mais ça n'est pas toujours évident… mais ça peut être très très difficile… Si on est plusieurs à partager le stagiaire, le fardeau sera moins lourd… (…) J'ai la chance d'être dans un cabinet de groupe où les 5 médecins sont maîtres de stage. Donc ça, c'est aussi un avantage, l'interne a toujours un médecin référent face à lui. »

Regret de l'inexpérience d'un stage au cabinet	- Absence de stage en médecine générale autrefois : formation insuffisante à la médecine générale, regret de l'absence d'expérience sur le terrain - Intérêt réel du stage en médecine générale

Dr TF : « Non, et puis ce qu'ils font là, on ne l'a pas fait, nous. (…) Mais ce que je veux dire c'est que, autant la formation du deuxième cycle est excellente sur le plan théorique… Je pense que sur un plan pratique pour se former à la médecine générale, ça n'est pas gagné. Le troisième cycle est là pour ça et ils ont un troisième cycle super, que l'on n'a pas eu à notre époque... »

Dr WI : « Moi, j'aurais bien voulu faire 6 mois de stage en médecine générale et avoir un gars qui me dit : « Non, arrête de te prendre la tête avec ça. Ça n'est pas comme ça qu'il faut voir les choses ». »

Le plaisir et l'intérêt à enseigner	- Pas de surcharge de stress avec la maîtrise de stage, car activité librement choisie qui ne pose pas de problème dans la grande majorité des cas - Organisation nécessaire pour que l'enseignement ne représente pas une surcharge de travail, mais reste un plaisir ; savoir préserver des moments de consultation seul avec ses patients - Rôle pédagogique intéressant : organisation pour rendre le stage formateur ; organisation de la consultation, autonomisation progressive avec adaptations pédagogiques nécessaires selon la personnalité du stagiaire et son rythme de progression

Dr FP : « Je terminerais en disant que je n'ai pas envie d'arrêter, parce que je pense que c'est bien. Peut-être pas non plus envie de faire plus, parce que c'est bien aussi de pouvoir travailler seul par moments… »

Dr RD : « C'est une double progression parce que l'on apprend un métier que l'on n'a jamais appris, c'est la pédagogie. (…) Et puis la deuxième chose, c'est la pédagogie vis-à-vis de nos stagiaires, c'est-à-dire qu'il faut leur enseigner un métier qui n'est pas spécialement le métier qu'ils ont appris à l'hôpital. Donc il faut progresser en pédagogie, pour ne pas perdre de moyens d'expliquer au stagiaire ce que l'on fait et pourquoi on le fait. »

L'envie de transmettre	- Envie de transmettre : son savoir, son savoir-faire, un savoir-être, des conseils, une part de sagesse, les ficelles du métier - Envie de partager : son expérience, son vécu avec les patients, des anecdotes vécues, dans un but formateur - Envie de rendre le stage intéressant : faire découvrir au stagiaire le maximum de situations, les diversifier pour que le stage soit le plus enrichissant possible - Envie de rendre les débuts d'activité plus sereins : éviter au stagiaire l'apprentissage seul sur le terrain, le rassurer, lui transmettre la confiance en lui

Dr UG : « Ah oui, plaisir à enseigner bien sûr, (…) je trouve que l'on est à un âge où on a envie de transmettre ce que l'on sait. »

Dr VH : « Parce que, malgré tout, c'est un plaisir de partager quelque chose… quelque chose que l'on a construit au fil des années… le partager, c'est tellement fort que c'est dans le serment d'Hippocrate. »

Dr FP : « J'aimerais bien que, pour le stagiaire, il puisse voir le maximum de personnes dans la clientèle… de façon à diversifier sa connaissance de chacune des pathologies que l'on peut être amené à rencontrer… Mais quand je viens avec eux, c'est parce qu'il y a des choses que j'aime bien leur montrer ou faire dire aux patients, notamment les choses sur lesquelles je me suis planté lamentablement pendant un bout de temps. (…) Et je pense que ça les marque… »

Dr SE : « Alors moi j'ai l'impression que c'est là où je suis le plus utile. C'est l'apprentissage de la confiance. »

Des interactions riches	- Un mode de compagnonnage - Concertations : sur des cas médicaux, partage d'avis, de diagnostics, de pratiques, apport d'une réflexion nouvelle - Echanges : discussions intéressantes, partage de la vision du métier, interactions intéressantes quand le stagiaire est compétent et motivé pour la médecine générale - Bon niveau des étudiants en général, parfois assimilés à des remplaçants lorsqu'ils sont compétents

Dr HS : « Compagnonnage, oui… échange beaucoup… (…) Moi c'est plutôt partager, échanger… »

Dr WI : « Certains diagnostics même, des approches diagnostiques, je crois que c'est des fois intéressant. Ils ont un point de vue très scolaire, très faculté et… (...) Je trouve que c'est intéressant d'avoir quelqu'un à côté, d'échanger un petit peu… (…) très souvent, la discussion est intéressante. »

Dr UG : « C'est vrai que, ces derniers temps, dans l'ensemble, on a eu des très bons stagiaires. (…) Mais, dans l'ensemble, je suis plutôt positivement surpris, parce que les stagiaires SASPAS ont quand même une maturité qui me paraît pas mal du tout, même sur le plan humain. Et donc, ça, c'est positif. »

Une rencontre humaine	- Création d'une vraie relation : stage de six mois permettant d'apprendre à se connaître, de comprendre la personnalité de l'étudiant et son vécu, dans un but pédagogique ; rencontre avec une personnalité intéressante, un étudiant motivé - Source d'enrichissement personnel : relation permettant de mieux se connaître soi-même, relation protectrice envers l'étudiant, paternaliste - Relation éducative : responsabilité de l'étudiant pour le maître de stage, de sa formation, de sa fatigue, de ses difficultés psychologiques face aux situations médicales, de ses progrès, de son comportement face au métier ; rôle de conseiller pour l'étudiant, aide pour se perfectionner dans le métier - Relation de confiance : cabinet confié au stagiaire, mais supervision nécessaire

Dr IT : « On en a (…) qui s'impliquent énormément. (…) Une motivation extrême ! (…) J'ai eu de la chance, sur tous les stagiaires, ils ont été tous parfaits, archi parfaits ! »

Dr RD : « Je pense que les internes qui sont avec nous, on est obligé de les découvrir un peu pour voir pourquoi ils sont lents, pourquoi ils sont hésitants… On est obligé de découvrir des traits de personnalité qui font que... Cela peut d'ailleurs nous enrichir et nous aider à les autonomiser. »

Dr UG : « Oui, c'est quand même de notre responsabilité que les stagiaires acquièrent un bon esprit, je dirais… ne pas être « je-m'en-foutiste », mais être dans un bon esprit… qu'ils aient le goût de bien faire… »

Dr HS : « Est-ce qu'on leur demande à eux, l'impact qu'ils ont dans ces stages, où tout à coup, ils sont mis en confrontation avec des choses qu'ils n'ont pas connues à l'hôpital peut-être… le domicile des gens, la souffrance. (…) Je pense qu'il faut que je fasse attention aussi, c'est de demander au stagiaire si lui est capable de vivre les choses. (…) Mais je n'aurais jamais pensé, moi, que c'était quelque chose qui était difficile. »

Un enrichissement réciproque	- Progression par la rencontre avec l'autre : sensibilité au jugement de l'autre, oblige à la remise en cause personnelle, oblige à être plus attentif à son comportement ou à son discours, oblige à faire des efforts ; source d'amélioration personnelle - Regard différent sur son activité : au travers du stagiaire, permet une certaine prise de conscience et une valorisation de l'activité, une ouverture sur d'autres façons de faire - Explication de sa pratique et de sa réflexion au stagiaire : permet l'autocritique, la simplification de la pratique et une prise de conscience supplémentaire sur son propre travail, auto profit de ses propres conseils - Apprentissage réciproque : gains et bénéfices mutuels selon l'expérience et les connaissances de chacun (apport de connaissances théoriques fraîches de la part du stagiaire et apport de l'expérience de la pratique par le maître de stage) ; gratifications en retour pour le maître de stage (promotion de la médecine générale, remerciements des étudiants pour la formation reçue…) - Gain proportionnel au niveau de l'étudiant : SASPAS plus enrichissant qu'un externe

Dr FP : « Le gros avantage de prendre des stagiaires, je pense, c'est aussi de faire attention à son comportement, à ce que l'on dit, à ne pas avoir des réponses toutes faites… »

Dr IT : « Disons que l'expérience, au fur et à mesure des rencontres, permet aussi de progresser. (…) C'est une remise en question continuelle… »

Dr VH : « La progression est dans deux sens, dans le sens de la connaissance, et cetera… Mais aussi dans le sens de la simplification, c'est-à-dire que l'on se simplifie la vie… (…) facilité par la présence des stagiaires. (…) Quand on a un stagiaire, on se sent redevable d'une explication de ce que l'on fait, donc ça nous oblige, nous, à chercher une explication à ce que l'on fait. »

Dr UG : « Quand on donne des conseils au stagiaire, quand on fait un feed-back, un débriefing, en fin de consultation. On lui dit : « Ah, tu as fait comme ça, tu aurais pu faire comme ça »… donc si on donne des conseils comme ça et bien cela veut dire que l'on se les donne à soi aussi. (…) Donc il y a une synergie, en même temps, j'apprends, parce que je regarde comment elle fait et peut être que moi, j'aurais oublié, passé rapidement et puis je peux ajouter quelque chose… donc il y a une synergie qui se crée. »

Dr FP : « C'est vrai que l'on partage les connaissances. Ils ont des connaissances, ils ont du livresque et du domaine technique récent largement plus que nous… Après, il y a tout ce qui est pratique, c'est vrai que c'est quelque chose de différent, heureusement, et l'échange de ce côté-là, c'est intéressant, on leur apporte quelque chose et ils nous apporte aussi quelque chose, ça me paraît évident. »

Dr WI : « Si on doit comparer les trois types de stagiaires, l'externe, l'interne, le SASPAS... L'externe ne sait pas grand chose, donc on est très pédagogue, didactique, on passe plus de temps presque… et, de toute façon, on lui laisse faire des choses, mais on est obligé de réexaminer derrière. Donc ils ne font rien gagner, sauf d'avoir un externe particulièrement performant et il y en a. L'interne, lui, par contre, on va devoir plus l'observer, on va le faire travailler, le mettre en situation tout seul, regarder comment il fait, lui donner plus d'actes de responsabilités. Il nous fera des propositions thérapeutiques que l'externe ne fera pas. Et le SASPAS, lui, il est tout seul. Je crois que ce sont trois choses différentes. »

L'intronisation du stagiaire, dans le respect du patient	- Présenter le stagiaire aux patients et l'introniser dans le cabinet et la consultation : informations données par la secrétaire - Respecter le libre choix des patients de consulter ou non en présence du stagiaire : rester attentif au patient et savoir respecter son intimité (ne pas le mettre mal à l'aise, ne pas lui imposer le stagiaire si problèmes à aborder délicats) - Acceptation du stagiaire par les patients renforcée par la valorisation du travail du stagiaire - Supervision du stagiaire rassurante pour les patients

Dr IT : « Il y a parfois des gens qui disent, quand on a un interne avec nous : « Non, je veux vous voir tout seul », (…) parce qu'il y a des fois des choses très intimes qu'ils ne veulent partager qu'avec nous. Ça, il faut le respecter de la part du patient. »

Dr HS : « Moi, j'ai rajouté une dimension qui est celle d'anticiper. Il y a des patients à qui je demande : « Parce que vous connaissant et sachant de quoi on va parler, est-ce que vous voulez vraiment que le stagiaire reste là ? ». Parce que c'est vrai qu'ils n'oseront pas forcément dire : « Je ne le veux pas ». »

Dr SE : « Il faut dire que je valorise énormément auprès de mes patients ce qu'ont fait les stagiaires. »

Un bénéfice sur la vie du cabinet	- Relance de la dynamique du groupe, des échanges et de la communication entre associés

Dr IT : « Parce que l'intérêt aussi, et ça je l'ai ressenti au niveau de la vie du groupe des 5 médecins, d'avoir des internes avec nous… ça a permis de mieux échanger entre nous, de donner une nouvelle vie au groupe, ça a permis de relancer le groupe. Moi je l'ai senti assez rapidement, même s'il y a des fois des difficultés, mais ça a permis de bien relancer le groupe et d'échanger sur certaines choses, parce que l'on n'a pas toujours le temps… »

Un bénéfice sur la consultation

- Meilleure prise en charge des patients grâce à la contribution du stagiaire : regard différent et neuf sur leur cas, concertation de plusieurs médecins avec une prise en charge commune, rassurante pour le patient ; prise en charge parfois plus adéquate (respect des bonnes pratiques et des recommandations plus strict en présence du stagiaire)

- Plus de poids dans la négociation face au patient : présence de deux médecins face à lui, renforcement de l'attitude du médecin et plus d'énergie dans la négociation

- Qualité de consultation accrue : plus d'explications données au patient en présence du stagiaire, patients plus attentifs et intéressés, plus réceptifs aux conseils donnés, car prennent conscience du cheminement intellectuel du médecin, expliqué alors à voix haute

- Patients contents du stagiaire : l'apprécient, souhaitent le voir en consultation ; confidence des patients parfois accrue, car se sentent mieux écoutés par le stagiaire qui leur consacre plus de temps

- Le stagiaire peut être un révélateur de la qualité de la relation du médecin et de son patient

Dr SE : « Là, c'est mon 5ème stagiaire SASPAS et je me rends compte qu'ils commencent à comprendre que c'est plutôt une plus-value. (…) Ils se rendent compte, finalement, que c'est un regard neuf et que ça peut leur apporter quelque chose et puis ils voient que les toubibs se parlent entre eux… alors ça, c'est magique ! Pour eux, c'est extrêmement rassurant de sentir que l'on parle d'eux, que l'on débat de leur cas. (…) Quand tu as les deux praticiens qui sont là, qui se parlent, qui discutent un peu boutique… Et bien ils sont interloqués, ils découvrent finalement que c'est quelque chose qui est complexe, et ça les intéresse. »

Dr TF : « Et le fait d'avoir un stagiaire, nous enseigne effectivement la pédagogie, à la fois pour le stagiaire, mais également vis-à-vis du patient, parce que l'on a tendance à plus expliquer… »

Dr WI : « Moi je profite parfois même du stagiaire pour faire passer des messages. En discutant avec le stagiaire, c'est le patient qui écoute et c'est assez curieux, parce que, de temps en temps, cela devient un dialogue à trois... C'est une consultation médicale qui est vachement plaisante ! Ça apporte quelque chose à tout le monde, on découvre des choses, les gens se confient un peu plus, ça fait discussion, quoi ! En qualité de consult, je pense que l'on peut gagner des choses… »

Dr HS : « Ça apporte une dimension supplémentaire, (…) les gens se rendent compte que, dans la mimique, (…) comment ils sont assis, comment ils répondent à mes questions… (…) je leur dis : « Ça n'est pas grave, il y a du monde mais… ». Ils sentent (…) que l'on est capable de les connaître encore plus qu'ils le pensaient. »

Un futur remplaçant	- Avantage pour le médecin remplacé : appréciable de se faire remplacer par un ancien étudiant, quelqu'un de connu, en qui on a confiance, avec qui il y aura moins de surprises - Avantage pour le remplaçant également : travail facilité, connaissance du cabinet et de la patientèle, est plus à l'aise en terrain connu - Avantage pour les patients : connaissent le remplaçant, car est passé en stage dans le cabinet, continuité logique de la formation pour les patients

Dr UG : « Moi, c'est vrai que, à propos des remplaçants, je dois dire quand même que j'essaie, autant que possible, de me faire remplacer par les gens qui sont passés en stage chez moi... Parce que là, j'ai quand même beaucoup plus confiance… Il y a moins de surprises »

Dr RD : « Les gens les connaissent… La plupart des gens qui nous remplacent en ayant été stagiaires avec nous, je pense que pour eux, c'est un tremplin exceptionnel. Parce qu'ils connaissent le cabinet, ils savent où tout se trouve, ils y vont sans appréhension. Nous, on a une secrétaire, donc ils connaissent la secrétaire, ils connaissent les associés… ils sont même demandeurs… »

Dr VH : « Et les gens les connaissent… Et c'est souvent aussi la question des patients qui disent… « Vous allez remplacer le docteur ? », les gens croient que ça va être dans la lignée logique...Oui, ils le pensent comme ça… »

Un renouvellement de l'exercice	- Dispositif anti-routine : ouverture à d'autres pratiques, bouscule les habitudes, remise en cause nécessaire et leçon d'humilité dans un but d'amélioration ; oblige à la rigueur et au perfectionnement, source de satisfaction - Permet de faire de la médecine autrement : est source d'enrichissement personnel, permet un équilibre dans le travail

Dr SE : « Et reconstruire un peu nos scléroses dans le travail et puis nous obliger à nous remettre en question dans ce sens là aussi. (…) Oui, oui, c'est une bonne leçon d'humilité. (…) Je trouve que ça nous apporte aussi une ouverture par rapport aux démarches intellectuelles, parce que nous, nous avons nos propres réflexes que nous nous sommes construits… qui ont un certain bien fondé, qui fonctionnent pas mal… mais finalement, ce ne sont pas toujours les seuls bons moyens de réfléchir et d'avancer des hypothèses diagnostiques ou des arborescences diagnostiques. »

Dr IT : « Parce que (les médecins) ont toujours peur que (la maîtrise de stage) leur prenne beaucoup de temps, mais enfin de compte ça peut permettre d'éviter d'être sclérosant. Ça permet d'éviter de tomber dans la routine, et cetera… ça permet de se remettre en cause. »

Dr HS : « Mais ça fait partie des choses justement qui me permettent de ne pas faire que de la médecine et qui, moi, me plaisent. »

La promotion de la médecine générale	- Apprentissage du métier sur le terrain et non à l'hôpital - Création de vocations et augmentation du nombre d'installations en médecine générale

Dr IT : « Parce que je pense qu'ils n'apprennent pas la médecine générale à l'hôpital et je pense qu'il y a beaucoup de choses à apprendre dans les cabinets de médecine générale. »

Dr SE : « Si ça peut donner confiance en eux à des jeunes médecins qui vont peut-être s'installer en plus grand nombre… »

Un gain de temps	- Organisation de la consultation avec le stagiaire pour gagner du temps - Décharge de travail par le stagiaire, présence du stagiaire auprès de la patientèle pour assurer la continuité des soins en cas d'absence du médecin - Gain de temps pour d'autres activités professionnelles ou personnelles, source de détente

Dr GR : « Oui, bien sûr que le fait d'avoir un SASPAS qui tient notre cabinet, ça nous permet de nous libérer… Soit pour une réunion pendant ce temps-là, soit pour tout ce que l'on fait comme réunions en dehors et de souffler un peu. »

Dr IT : « Si je n'avais pas les internes, je ne pourrais pas, je le dis honnêtement. (…) Je ne pourrais pas faire ce que je fais à l'extérieur, parce que je ne pourrais pas être absent. (...) Donc, si je n'avais pas deux SASPAS, je ne pourrais pas m'absenter pour faire plein de choses comme ça. (…) Et puis après, j'ai les autres internes aussi. (…) Quand ils commencent à devenir semi-autonomes ou autonomes, quand il y a un trop plein, que je n'ai plus de place dans la consultation, je peux leur mettre des consultations que je validerai avec eux après. Et ça, ça me permet un petit peu de me décharger et de vivre… »

Dr UG : « C'est vrai aussi que quand le SASPAS est là, on peut faire autre chose pendant ce temps-là… ce qui est effectivement quelque chose qui apporte une qualité de vie. (…) Bien sûr, quand le SASPAS consulte tout seul, on peut aller faire autre chose, donc on gagne du temps, c'est clair. »

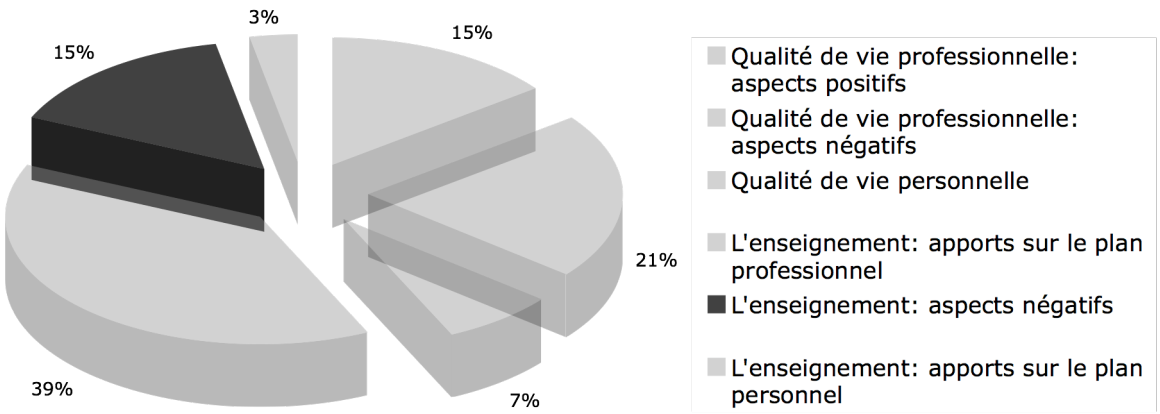
Dr WI : « Filer deux demi-journées à un SASPAS, ça ne paraît pas totalement stupide, ça permet de continuer notre boulot… et de faire un peu autre chose… »

e. L'enseignement : aspects négatifs

Graphique n°19 : L'enseignement, aspects négatifs

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les aspects négatifs de l'enseignement, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Des difficultés en début de stage	- Car stagiaire non autonome : son encadrement prend plus de temps, source de surcharge de travail - Mais les aspects positifs contrebalancent les inconvénients

Dr IT : « Là, je sens, aux mois de mai et juin, ils ne sont pas encore autonomes, c'est un peu plus difficile. Le planning est un peu plus serré, parce que, en plus, je suis obligé de reprendre ce qu'ils font, mais bon… (…) je les ai en formation, c'est intéressant parce que l'on échange, on partage. »

Une relation stagiaire-maître de stage parfois difficile	- Si différence de personnalité ou de pratique : mauvaise entente possible, crainte d'une mauvaise relation, mauvaise expérience possible pouvant conduire à l'arrêt de la maîtrise de stage ; adaptations pédagogiques nécessaires selon les personnalités et le rythme de progression - Si étudiant incompétent, non investi, non motivé pour la médecine générale, car choix par défaut - Mésusage du stage par le stagiaire : recherche de profit sans s'impliquer

Dr IT : « Moi, j'ai été maître de stage il y a longtemps, puis j'ai arrêté pendant 4-5 ans, parce que j'ai eu un stagiaire et ça a été une catastrophe… J'étais tout seul en plus en tant que maître de stage, c'était difficile… »

Dr GR : « On a des fois, j'appelle cela des consommateurs un peu. C'est-à-dire que l'on vient apprendre des choses le plus possible, mais on ne vient pas s'impliquer forcément dans le cabinet. (…) Il y a des stagiaires qui ont un peu de mal à s'impliquer dans notre quotidien et nous, on est sûrement très impliqué quand même, très fusionnel peut-être avec les patients… Certains voient ça un peu d'un œil extérieur... (…) Et puis il y a ceux qui ne sont pas forcément orientés médecine générale et qui veulent voir des patients et puis le reste ne les intéresse pas forcément.»

Une mise au point parfois nécessaire	- Rappeler les règles générales, insister sur le respect des horaires - Nécessité de surveiller de près le travail fait par l'interne si défaillant - Difficultés à endosser un rôle de « gendarme », d'éducateur, de signaler des internes défaillants en termes de compétences ou de personnalité - Responsabilité supplémentaire : validation du stage, poids de cette responsabilité, culpabilité d'invalider un stage au niveau des conséquences sur la suite des études du stagiaire ; mais responsabilité devant le danger potentiel pour les futurs patients pris en charge par un médecin qui n'a pas les compétences requises ; nécessité de recourir à la faculté pour partager cette responsabilité

Dr IT : « Il faut aussi leur montrer, à un moment, qu'ils ne font pas ce qu'ils veulent… Il y a des aménagements… (…) Donc je vais remettre un peu les choses au point. Il y a quand même un cadre, on n'est pas hyper exigeant, mais je crois que l'on a aussi un rôle de cadrer. (…) (Et) aussi de révéler certains internes qui ne sont peut-être pas faits pour… qui vont poser des problèmes dans le futur. (…) Voilà, c'est de repérer des comportements à risque… Après ça peut être dangereux… Il faut être quand même attentif. (…) Disons que, si ce sont des gens complètement introvertis ou qui ont des problèmes avec certains toxiques, il faut peut-être mieux les arrêter avant… »

Dr TF : « C'est vrai que l'on a une responsabilité qui est un petit peu difficile à assumer, c'est la validation du stage ou pas. (…) Et ça peut être, parfois… (...) assez compliqué de ne pas valider un stage. On a beau dire que c'est lui rendre service de ne pas le valider s'il y a des grosses lacunes… (…) Mais là, je crois qu'il ne faut pas hésiter à appeler la fac… en disant : « Là, j'ai un souci. » (…) On peut émettre des réserves et dire qu'il y a un souci… »

Dr WI : « La responsabilité, de temps en temps, à avoir un interne qui n'est pas à sa place, soit parce qu'il est incompétent… je crois qu'il ne faut pas avoir peur de le dire… on a des incompétents, c'est certain. (…) La responsabilité c'est : Est-ce que l'on peut laisser un garçon ou une fille s'engager dans une voie comme ça alors que l'on sent très bien qu'elle va se planter et que, en se plantant, c'est quand même des gens… (…) Alors c'est là que c'est difficile… c'est très très compliqué. Parce que purement invalider, tu ne peux pas faire ça, tu ne peux pas… Tu lui mets sa vie en l'air sur ton appréciation propre de six mois de stage. (…) Et puis qu'est-ce qu'il y a derrière, après l'invalidation… qu'est-ce qu'il va y avoir ? On va l'invalider, qu'est-ce qu'il va faire ? On va lui demander de refaire un stage ? Est-ce que ça va le faire progresser ? »

Contraintes des monômes stagiaire-maître de stage	- Nécessité de consacrer plus de temps à l'interne - Besoin de travailler seul pour le médecin, de se retrouver seul avec les patients, souhait également des patients de pouvoir consulter leur médecin sans le stagiaire - Responsabilité endossée seul, nécessité d'assumer seul en cas de difficultés

Dr IT : « Mais l'avoir tous les jours, en continu, ça pourrait être… déjà pour moi, je m'épuiserais… et il faut quand même des temps où on se retrouve seul aussi… seul face à nous même et seul avec le patient. (…) Je pense qu'il faut que l'on ait un peu de moments de liberté… et même pour l'interne. »

Dr FP : « Donc, on a, nous deux, chacun deux jours par semaine avec le stagiaire. Il y a un jour où je ne travaille pas et donc il n'y a plus que deux jours où je travaille tout seul… Et j'aime bien aussi travailler tout seul ! »

Dr IT : « Et puis, je me suis remis maître de stage quand mes deux autres confrères ont bien voulu faire un trinôme, parce que j'ai dit : « Je ne reprendrai pas tout seul un stagiaire », parce que, quand il y a vraiment une situation conflictuelle et que c'est pour six mois, soit on rompt le contrat mais ça n'est pas toujours évident… mais ça peut être très très difficile… Si on est plusieurs à partager le stagiaire, le fardeau sera moins lourd… »

Un jugement extérieur difficile	- Difficultés à accepter le regard de l'autre et à être jugé dans sa pratique, notamment pendant la phase d'observation

Dr GR : « Deux mois, n'en parlons même plus… (…) si j'arrivais déjà à ce qu'il y ait une journée d'observation. (…) J'ai du mal à montrer les choses et je trouve qu'ils prennent la main vraiment très rapidement… mais bon, je me laisse faire aussi. »

Dr FP : « Tu es quand même un peu sensible à l'image que tu peux laisser de chez toi. »

Des difficultés à faire confiance	- Difficultés à confier son cabinet et ses patients au stagiaire - Difficultés à déléguer des tâches - Réelle surcharge de travail si vérification systématique de tout ce que fait le stagiaire

Dr GR : « Moi, comme je n'ai pas de stress particulier, ça ne me dérange pas de laisser les clés de mon cabinet au stagiaire. Mais je vois mon frère, dans le même cabinet, qui est aussi maître de stage, on voit bien que, lui, il a plus de mal… (…) ça le gêne de déléguer, je pense… »

Dr IT : « Mais, par exemple, mon confrère qui est absent… (…) avec le SASPAS, ça se passe beaucoup mieux, mais au début, il avait du mal à laisser toute sa confiance. Et, je vois, pour les internes, c'est moi et un autre confrère qui jugeons s'ils deviennent autonomes ou pas. Parce que, lui, il a toujours peur que ses patients ne soient pas bien pris en charge ou il va regarder le soir tous les dossiers des patients que l'interne a vu pour vérifier qu'il n'a pas fait une erreur, parce qu'il stressera. »

L'aspect financier	- Une contrepartie financière insuffisante

Dr TF : « On est grassement payé pour cela ! »

Une surcharge de travail	- Consultation parfois plus longue si gérée par l'interne, plutôt que par le médecin expérimenté - Temps supplémentaire consacré au débriefing et au stagiaire, empêche de faire d'autres choses - Surcharge de travail liée à la personnalité du médecin : si difficultés à faire confiance au stagiaire, vérification systématique de son travail ; ou si relation fusionnelle avec les patients (refusent de voir le stagiaire donc surcharge de travail le lendemain de la consultation du stagiaire) - Double rôle lors des consultations : rôle de soins auprès des patients et pédagogique auprès du stagiaire ; nécessité d'être attentif aux réactions du patient en présence du stagiaire pour préserver la qualité de la relation et des soins - Juste équilibre à trouver en termes d'organisation du temps de travail : pour éviter la lassitude et respecter les moments de ressource individuels, en tenant compte des contraintes matérielles

Dr VH : « C'est vrai que le stagiaire nous prend du temps par rapport à notre exercice habituel… (…) On les voit bien, ils ne savent pas trop gérer ce temps... Le patient qui entre dans le cabinet de consultation, il entre avec toute son histoire que l'on connaît bien… que ne connaît pas le stagiaire, forcément. Donc ça prend plus de temps, (…) c'est un petit peu difficile à vivre, c'est le côté déplaisant. (…) (Et) de temps en temps, on est obligé de courir un peu après la montre, parce que le stagiaire nous fait traîner… »

Dr WI : « Quand on peut rentrer des fois un petit peu plus tôt, il est 19h30, et puis vous faites le débriefing, vous discutez un petit peu et puis du coup, il est 20h30. »

Dr FP : « Oui, parce que je ne fais pas les mêmes choses… Quand je suis avec le stagiaire, (…) je prends du temps pour expliquer des choses et du coup, il y a d'autres choses que je ne fais pas (…) (mais que) quand je suis tout seul, je peux faire. »

Dr GR : « Mon (confrère), c'est plus que ça le gêne de déléguer, je pense, et puis aussi, (…) comme avec ses patients, c'est un petit peu fusionnel, il y en a beaucoup qui ne veulent pas voir le stagiaire. Donc le lendemain, il a toujours des journées affreuses, parce que le stagiaire en a vu moins qu'il n'en voit. »

Dr HS : « C'est vrai que cela crée, par rapport à l'exercice, un rôle en plus, le stagiaire, c'est de regarder un peu le patient… Est-ce qu'il est à l'aise ou pas, est-ce que l'on a pas posé une question qu'il ne fallait pas, est-ce qu'il est bien comme d'habitude ? »

Un impact négatif sur la relation médecin-patient	- Relation au patient modifiée : peur d'une modification de la relation par la présence du stagiaire, intimité parfois rompue, moins de confidences parfois - Impression d'acte manqué, de perte d'informations ; culpabilisant pour le médecin - Refus des patients de voir le stagiaire ou patients mal à l'aise, n'osant pas refuser la présence du stagiaire ; difficultés pour les patients à voir un autre médecin que leur médecin habituel, si relation fusionnelle ou si médecin exerçant seul ou jamais remplacé - Rupture exceptionnelle de la relation par les patients, à cause de la maîtrise de stage

Dr TF : « Moi, ça a été ma crainte... (…) Je me demandais un petit peu comment ils allaient réagir. Parce que, effectivement, quand on suit les patients depuis 20 ans, en tête à tête comme ça, est-ce que la troisième personne présente va perturber ou pas ? Je craignais d'avoir beaucoup de refus... »

Dr GR : « On parlait de la relation quand le stagiaire est là, ça n'est quand même pas la même relation. (…) On a toujours exercé ou seul ou même si on est regroupé, on a quand même chacun vraiment nos patients. Et quand, pendant 25 ans, ils ont toujours été habitués à voir le même médecin… En plus, je ne me fais jamais remplacer… et bien, au début, (…) ça change ! »

Dr HS : « Ça m'arrive de leur dire : « Et bien dites donc aujourd'hui, vous n'êtes pas comme d'habitude. D'habitude, vous me sortez plus de blagues… » et je le sens bien et le patient rigole et il me dit : « Oui, mais bon, aujourd'hui vous êtes le professeur… » »

Dr SE : « Ça peut être inhibant en même temps… Et d'ailleurs quelque fois les gens disent: « Et bien là, je n'ai pas pu vous parler, parce qu'il y avait le stagiaire » et puis ils se rouvrent après. C'est tout, c'est comme ça, c'est une règle… après les gens ils savent. (…) Par contre, effectivement, dans le domaine de la confidence ou de choses qui touchent à l'intime, c'est vrai que ça peut être un peu… (un frein). »

Dr HS : « C'est vrai que, des fois… on sait que l'on abordera pas tel ou tel problème de couple ou autre, parce que, à partir du moment où le patient m'a dit : « Et bien ça n'est pas grave, on ne parlera que de ça. (…) Moi, je ne m'autorise plus à aller chercher dans l'intimité. (…) Voilà, je n'irai pas dans les domaines où j'irais plus volontiers si je suis toute seule. Oui, il y a des choses où on n'ira pas fouiller… »

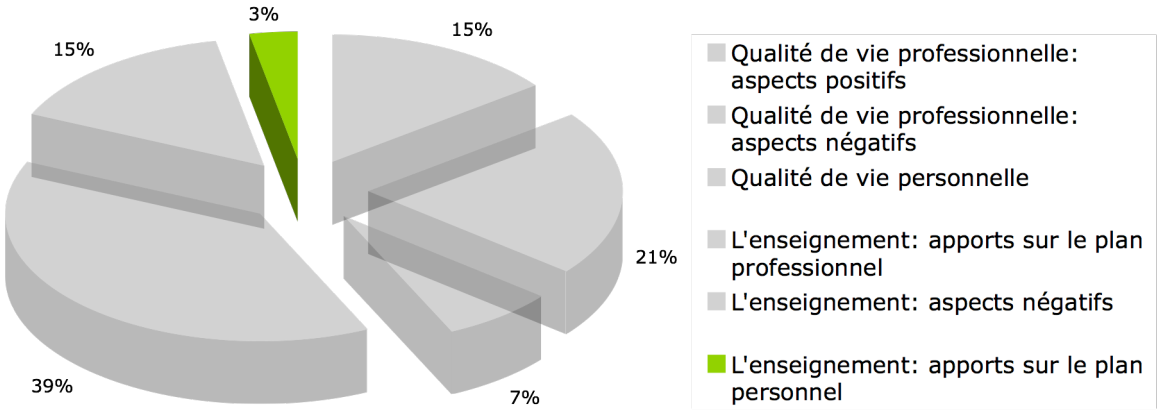
Dr WI : « En trois ans, quatre, cinq refus maximum. Et en plus, la moitié, ça n'était pas vraiment justifié. (…) Après, il y a des gens aussi qui partent. (…) Quand tu es maître de stage, (...) tu perds quand même 5 à 10% de tes patients. Tu en as un certain nombre à qui ça ne collera pas, ils partiront, parce qu'ils veulent un tête-à-tête sans arrêt. »

f. L’enseignement : apports sur le plan personnel

Graphique n°20 : L’enseignement, apports sur le plan personnel

Les maîtres de stage:

Production discursive et répartition thématique



Concernant les apports de l’enseignement sur le plan personnel, nous avons mis en évidence les sous-thèmes suivants.

Une satisfaction personnelle	- Satisfaction générale de la maîtrise de stage - Plaisir à travailler, grâce à la maîtrise de stage : plaisir à partager son savoir, doit rester une démarche volontaire pour être appréciée - Activité conseillée aux autres médecins : envie de recruter d'autres maîtres de stage

Dr FP : « Moi, je terminerais en disant que je n'ai pas envie d'arrêter, parce que je pense que c'est bien. (...) Je ne regrette pas l'expérience du tout et j'ai envie de la continuer. »

Dr SE : « Alors pour ce qui est du plaisir aussi, il y a vraiment quelque chose de différent qui était un peu inattendu…»

Dr WI : « C'est une consultation médicale qui est vachement plaisante ! (…) Parce que c'est une démarche volontaire aussi. »

Dr IT : « C'est dommage que l'on ne soit pas avec des gens qui ne sont pas maîtres de stage parce qu'on aurait des arguments à leur donner. »

Un partage affectif	- Echanges et partages : échanges matures, intéressants, relation paternaliste

Dr VH : « Parce que, malgré tout, c'est un plaisir de partager quelque chose… quelque chose que l'on a construit au fil des années… le partager, c'est tellement fort… »

Dr SE : « Ces stagiaires ont l'âge d'être mes enfants et c'est (bête) à dire mais, ça me touche, moi !... Je me revois un peu à cet âge-là et je ne sais pas… ça me fait quelque chose… et il y a quelque chose de sympa là-dedans… tu vois… dans l'interaction. (…) J'aime bien ! »

Un enrichissement personnel	- Dans la rencontre, dans la relation humaine en elle-même - Rupture de l'isolement, de la routine - Source de progression personnelle

Dr IT : « Je pense que d'aller vers les autres, de faire autre chose, c'est très riche. (…) Disons que l'expérience, au fur et à mesure de rencontres, permet aussi de progresser… »

Dr RD : « Et bien moi, je pense que les internes qui sont avec nous, on est obligé de les découvrir un peu. (…) On est obligé de découvrir des traits de personnalité qui font que... Cela peut d'ailleurs nous enrichir… »

Une valorisation personnelle	- Auprès des patients - Auprès des stagiaires : gratitude des stagiaires, sentiment d'utilité auprès des stagiaires dans leur formation et leur perfectionnement - Fierté de contribuer à une formation de qualité

Dr IT : « Oui, c'est très valorisant ! »

Dr PF : « C'est valorisant parce que l'on a vraiment beaucoup de choses à leur montrer et beaucoup de choses très intéressantes à leur montrer… »

Dr IT : « Il y a des satisfactions… Quand l'externe vous dit à la fin : « J'en ai appris beaucoup plus que pendant tous mes autres stages d'avant ». (…) Et au moment où ils doivent choisir leur place d'ECN, je leur demande ce qu'ils ont choisi… pour savoir s'ils ont choisi médecine générale et souvent j'ai des mails : « Je vous remercie du stage, j'en ai encore un bon souvenir. » »

Un gain de temps	- Libère du temps pour d'autres activités non professionnelles : de détente, permettant de se ressourcer - Compense le temps supplémentaire consacré parfois au stagiaire (débriefing le soir par exemple) - Bénéfique sur le bien-être personnel

Dr WI : « Quand on peut rentrer des fois un petit peu plus tôt, il est 19h30, et puis vous faites le débriefing, vous discutez un petit peu et puis du coup, il est 20h30... Oui, c'est une heure qui… pour vos gosses et tout… alors ça empiète un peu aussi sur la qualité de vie personnelle, un petit peu. Mais ça ne pose pas de problème, au contraire. »

Dr GR : « Oui, bien sûr que le fait d'avoir un SASPAS qui tient notre cabinet, ça nous permet de nous libérer… soit pour une réunion pendant ce temps-là, soit pour tout ce que l'on fait comme réunions en dehors et de souffler un peu. »

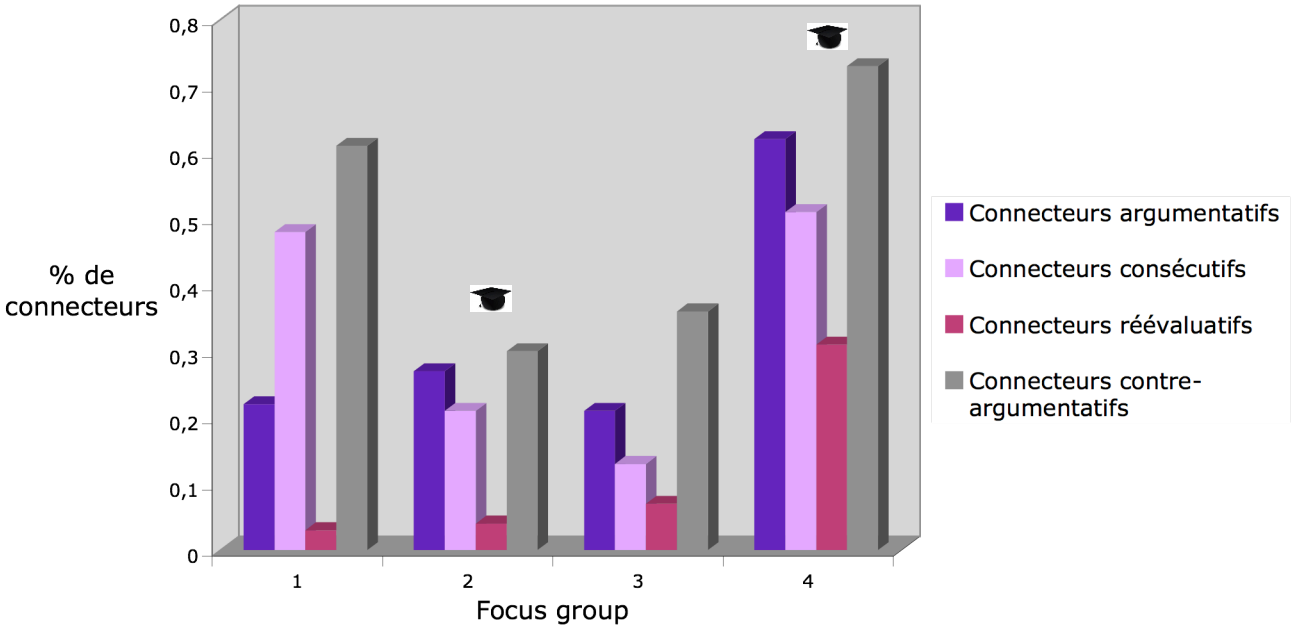
Dr IT : « Si je n'avais pas les internes avec moi en SASPAS, (…) je ne pourrais pas faire ce que je fais à l'extérieur, parce que (…) je ne pourrais pas m'absenter pour faire plein de choses comme ça. (…) Et ça, ça me permet un petit peu de me décharger et de vivre… »

Dr UG : « C'est vrai aussi que quand le SASPAS est là, on peut faire autre chose pendant ce temps-là… ce qui est effectivement quelque chose qui apporte une qualité de vie... (…) des fois je vais faire un footing, c'est sûr. »

Dr WI : « Oui, je crois que c'est vrai, je crois que l'on n'a pas forcément un SASPAS pour aller se plonger dans les bouquins. On peut aller faire un coup de sport, après tout. Je crois qu'il arrive un moment dans la vie d'un médecin où on a peut être le droit de lever le pied un peu aussi… »

Graphique n°21

Production et répartition des connecteurs interactifs des quatre focus groups
(thématiques qualité de vie professionnelle et personnelle)



Le graphique ci-dessus représente la proportion des différents connecteurs relatifs aux thèmes de qualité de vie professionnelle et personnelle, dans les différents groupes.

▪ Dans le premier « focus group », composé de médecins non-maîtres de stage, exerçant en zone urbaine ou périurbaine, on recense :
- 19 connecteurs argumentatifs (0,22% du discours relatifs aux thématiques qualité de vie professionnelle (aspects positifs et négatifs) et qualité de vie personnelle)
- 42 connecteurs consécutifs (0,48%)
- 3 connecteurs réévaluatifs (0,03%)
- 53 connecteurs contre-argumentatifs (0,61%)

▪ Dans le deuxième « focus group », composé de médecins maîtres de stage, exerçant en zone rurale ou semi-rurale, on recense :

- 25 connecteurs argumentatifs (0,27%)
- 19 connecteurs consécutifs (0,21%)
- 4 connecteurs réévaluatifs (0,04%)
- 28 connecteurs contre-argumentatifs (0,30%)

▪ Dans le troisième « focus group », composé de médecins non-maîtres de stage, exerçant en zone rurale ou semi-rurale, on recense :

- 28 connecteurs argumentatifs (0,21%)
- 17 connecteurs consécutifs (0,13%)
- 9 connecteurs réévaluatifs (0,07%)
- 48 connecteurs contre-argumentatifs (0,36%)

▪ Dans le quatrième « focus group », composé de médecins maîtres de stage, exerçant en zone urbaine ou périurbaine, on recense :

- 22 connecteurs argumentatifs (0,62%)
- 18 connecteurs consécutifs (0,51%)
- 11 connecteurs réévaluatifs (0,31%)
- 26 connecteurs contre-argumentatifs (0,73%)

IV. ANALYSE FOCALISEE SUR LES PARTICIPANTS

Notre analyse focalisée sur les participants a permis de mettre en évidence deux médecins qui se présentent comme des cas particuliers, en comparaison à leurs confrères. Ils faisaient partie de deux groupes distincts.

1. Premier cas particulier

Il s'agit d'un médecin non-maître de stage installé en zone rurale. Voici la description de sa pratique et de son ressenti du métier.

a. Son mode d'exercice et sa vision de la collaboration

Ce médecin exerce une activité solitaire pesante et routinière.

> *« ...bon le train train… bon voilà. »*

Ce mode d'exercice n'est pas délibérément choisi, mais contraint par le vécu de l'échec d'une association, par la peur du jugement des confrères, source d'isolement. La collaboration engendre, pour ce médecin, une dévalorisation personnelle lors de la comparaison aux collègues et l'impression de faiblesse en cas d'ouverture aux autres.

> *« Concernant les collègues, je fais partie d'un groupe de pairs. Mais (…) je reste pudique… C'est-à-dire que l'on discute de cas cliniques, mais même quand j'ai un souci professionnel, je n'irai pas spécialement discuter du cas qui me pose problème pour leur demander leur avis. Parce que je me dis : « jugement des collègues, et cetera…»*
>
> *« Ils ont plus d'expérience, mais je vois qu'ils ont la même problématique, (…) mais eux, ils osent en parler… Et on se dit : « Tiens, on n'est pas tout seul à avoir les mêmes soucis (…).» {Rires} …donc ça dédramatise un peu les choses. Mais ça n'est pas pour autant que l'on parle de quelque chose de précis, en se mettant en situation de faiblesse devant les autres, en disant : « Tiens, j'ai un problème… » »*

b. Sa relation aux patients

La relation entretenue avec les patients est douloureuse, de par le manque de respect et de reconnaissance.

> *« On vient te voir mais, d'un autre côté, on se demande si on doit te payer quand même parce que : « Ouais, vous n'avez fait que ça » donc… {Rires} « Est-ce que je vous dois quelque chose ? » {Rires}… « Ben non, rien ! » {Rires}… »*
>
> *« Moi, je ne demande même pas le respect, je demande la politesse… »*

Les demandes abusives, les reproches des patients et les conflits sont mal vécus.

> *« Quand ils demandent : « Téléphonez, trouvez dans l'annuaire.». Enfin, je ne sais pas, il y a des moments où tu peux tout faire aussi… où s'arrête le truc… ? »*
>
> *« Les gens ne se gênent pas pour te dire que tu es en retard… Il y en a un une fois qui m'a dit : « Ah vous êtes en retard, ah vous n'avez pas de photocopieuse ? » …et puis quoi encore ! {Rires} »*
>
> *« Une patiente a osé me dire que je ne lui avais pas donné un rendez-vous à l'heure où elle voulait. Et je lui ai dit : « Mais comment vous osez me dire ça ! ». Elle me faisait la tête et des reproches en public. Et moi je lui ai dit : « Mais, comment ça, je vous ai proposé un rendez-vous, il ne vous convient pas. Vous m'avez dit que vous alliez vous débrouiller autrement ». Et là, je ne me suis pas laissé faire. Mais du coup, j'ai fait un pugilat devant tout le monde. »*

c. Sa formation continue

Ce médecin ressent l'absence de progression sur le plan de ses connaissances et assimile la formation continue à une contrainte ainsi qu'à une épreuve, lors de la confrontation avec ses collègues, à l'origine d'une baisse de l'estime de soi.

> *« Au niveau connaissances… stagnation, si ce n'est régression, en me forçant quand même à aller à des FMC, groupes de pairs et autres, mais je trouve à ce moment-là mes collègues plus doués que moi, donc ça me démoralise. »*

d. Sa vision des contraintes du métier

Le travail est considéré comme inintéressant, voire parfois inutile, avec l'impression d'une fatalité génératrice d'un grand désespoir et d'un certain pessimisme face à d'éventuelles améliorations.

> *« Quand on te demande des trucs… certificats médicaux urgents, inutiles, des paperasseries inutiles, que tu es là pour remplir une paperasse… que ce que tu dis est plus ou moins pris en compte. (…) Donc, après voilà, tu te dis que tu es là pour ça, que l'on t'a mis dans ce rôle-là. Donc si, tu en as fait ton deuil et en disant : « Oui je suis là pour ça, pour remplir une paperasse…», bon je le fais. (…) Le quotidien… (…) tu as l'impression de faire marchand de tapis… »*

Les erreurs sont éprouvantes, source d'un sentiment douloureux de culpabilité. La responsabilité médicale est pesante et la judiciarisation croissante des erreurs médicales entraîne une restriction volontaire de l'activité, en particulier en termes de diversification, par crainte de la faute.

> *« Quand tu es alerte, tu es alerte… mais il y a des moments où tu es plus fatigué, plus pressé et voilà, c'est à ce moment-là que tu auras la tuile. »*
>
> *« Les mauvais exemples sont toujours mis en exergue, plutôt que les bons. On ne parle pas de ce qui est bien ! {Rires} Donc, on a une espèce de pression, qui n'est peut-être pas logique non plus, mais elle est là. »*
>
> *« Pareil, il y a des fois des réunions sur des sujets « avocats ou autres», je n'y vais jamais parce que, à la fin de la soirée, je me dis je ne vais plus rien faire ! (…) On me dit : « Tu vas faire un truc, tu vas peut-être avoir un problème médico-légal.» Alors je dis : « Je ne vais pas le faire ! ». Alors, certains patients sont embêtés parce que je ne le fais pas, mais je n'ai pas envie de le faire… »*

e. Le retentissement du travail sur sa vie personnelle

Pour ce médecin, la charge de travail est tellement importante qu'elle envahit la vie personnelle. Le travail non accompli dans la journée est ramené le soir à la maison et le conjoint est mis à contribution.

> *« Des fois, je ramène le courrier à lire à la maison, parce que je n'ai pas envie de perdre du temps en plus en paperasse au cabinet… Donc je ramène à la maison, pour classer. (…) Il faut bien le faire, donc moi, je préfère être avec mes enfants, lire les courriers… »*
>
> *« Mon (conjoint) (…) m'aide dans mon travail… (...) Il est plus doué que moi dans les classements et trucs, donc (…) il fait toute ma compta. (…) Le classement… à un moment donné, quand (…) je vois que la pile a l'air un peu proéminente… (…) je lui (ramène) un classeur de trucs à classer parce que… à un moment donné, je suis un peu débordé. Il me fait ça et avec plaisir. »*

Le conjoint se présente comme un soutien indispensable face aux difficultés du métier et dans les conflits avec les patients, permettant la décharge émotionnelle et le réconfort.

> *« Et puisque l'on parlait du débriefing… Mon (conjoint) est un soutien exceptionnel aussi, médaille d'or ! {Rires} Des fois, je l'appelle (…) parce que je viens de m'engueuler avec des patients. (…) Il (est) obligé de me remonter le moral. Après coup, on en rigole, mais c'est vrai que s'il n'était pas là… »*

f. Son ressenti général du métier

Le métier est source de grandes déceptions et de profondes désillusions, source d'adaptations douloureuses, voire de sacrifices.

> *« (Je suis) désabusé de la fonction de médecin généraliste. (…) J'en ai fait mon deuil, et maintenant, je m'adapte à la situation (…). Mais si j'avais gardé mes illusions d'avant, il faut être clair que ça serait plutôt la régression totale… (…) (par rapport à) l'image du médecin idéal que l'on a en tant qu'étudiant… pourquoi on a choisi cette profession… »*

Une impression d'injustice naît face à l'absence de sollicitation de l'ensemble de ses compétences dans le travail quotidien, source d'une baisse du sentiment d'accomplissement professionnel.

> *« Par rapport au nombre d'études que tu as fait, aux connaissances que tu as… (…) tu as l'impression que tu aurais pu faire mieux. »*

Une profonde remise en cause et des regrets par rapport au choix du métier entraînent démotivation et désir de reconversion. Mais le manque de confiance en soi et en ses capacités inhibe toute possibilité de changement ; le métier étant alors subi de manière fataliste.

> *« Après tu te dis : « Est-ce que j'aurais dû faire médecine ? ». Bon c'est trop tard pour dire : « J'aurais dû faire autre chose ». Mais j'aurais peut-être fait autre chose… alors que j'ai toujours voulu faire ça. »*
>
> *« Là, maintenant, je suis réaliste, mais je prends quand même le bon côté en me disant : « Je ne sais faire que ça, j'ai choisi de faire ça et il faut s'adapter à la situation, il ne faut pas lutter contre. »*

2. Deuxième cas particulier

Il s'agit d'un médecin non-maître de stage installé en zone urbaine. Voici la description de sa pratique et de son ressenti du métier.

a. Son mode d'exercice et sa vision de la collaboration

Ce médecin exerce seul dans son cabinet, car c'est un mode d'exercice choisi qui répond parfaitement à son besoin d'indépendance.

> *« Oui, oui, moi je (…) revendique aussi (l'exercice solitaire) ! »*

Cela ne l'empêche pas de travailler en collaboration avec d'autres professions, notamment paramédicales, en tant que salarié dans le cadre d'une structure de soins. Cette activité annexe à la consultation lui permet de varier son activité et lui offre la possibilité d'échanger avec d'autres personnes, ce qui compense le manque de communication qu'il ressent dans son activité libérale.

> *« Cela pallie mon insuffisance de communication avec d'autres personnes, dans mon activité solitaire. »*

Le caractère mixte de son activité et sa liberté d'organisation lui permettent d'éviter toute routine et dynamisent sa pratique.

> *« Non, moi, justement, je ne suis pas routinier du tout et je peux « shunter » une consult parce que j'ai autre chose à faire dans une activité salariée.»*

Il collabore également avec ses collègues de proximité qui assurent la permanence de soins en son absence et répondent ainsi à ses besoins de suppléance.

> *« J'étends le fait d'être seul au fait que je peux travailler intelligemment avec mes confrères. (…) On s'arrange entre nous de manière à pallier l'insuffisance des soins médicaux par la présence des confrères de proximité. »*

b. Sa relation aux patients

Ce médecin paraît très attaché à sa patientèle, avec laquelle il entretient des relations de confiance qui lui apportent entière satisfaction.

> *« Après vingt ans, la moyenne d'âge de mes patients est passée de 67 à 27 ans, avec 80% de femmes. J'ai une activité… je suis médecin de femmes ! Ça me convient tout à fait ! »*
>
> *« J'attache beaucoup d'importance, non pas au secret professionnel mais, au fait que l'on puisse, dans un lieu donné, avoir toute confiance en la personne que l'on a en face de soi et que l'on puisse échanger ou au moins avoir une fenêtre, un espace où l'échange se fait dans le secret, dans la confidentialité et dans la confiance. »*
>
> *« Oui, on s'attache quand même à ses patients. »*

c. Sa formation continue

Ce médecin suit une formation continue régulière, au sein d'un groupe de travail qui le satisfait entièrement, puisqu'il est source d'apprentissage et d'échanges plaisants avec des confrères de divers horizons.

> *« Dans notre groupe d'EPU, (…) (qui) existe depuis plus de vingt ans, (…) on remet des jeunes, des jeunes installés, des remplaçants et des stagiaires… donc le groupe est sans cesse renouvelé. (…) (On se réunit) une semaine sur deux, de manière sérieuse. Et dans notre groupe, on a même inclus des spécialistes… »*

d. Sa vision des contraintes du métier

La distanciation par rapport aux diverses contraintes du métier, notamment administratives, ainsi que la mise en place de moyens de protection, permettent de préserver un équilibre de travail serein.

> *« Honnêtement (...), on n'est pas très embêté. (…) Je ne pense pas que ça soit excessivement lourd... (…) En tout cas ça ne fait pas partie d'un déséquilibre qui nous rend malheureux ! »*

e. Ses moyens de détente

La détente et la décompression sont autorisées quotidiennement, lors d'instants choisis, afin de se libérer du stress emmagasiné dans la journée. Les vacances sont octroyées de manière détendue, sur des périodes adaptées, grâce à la collaboration avec les collègues de proximité.

> *« Il y a des périodes où il est facile de prévoir son absence et de s'organiser entre confrères. »*

f. Son ressenti général du métier

Au prix, certes, de certaines concessions non douloureuses, cette organisation de travail, volontairement maîtrisée et protégée, permet un juste équilibre avec une vie personnelle épanouie, source d'une grande satisfaction professionnelle et d'un sentiment d'accomplissement personnel.

> *« Je fais partie de ces médecins que j'estime heureux, parce que je suis heureux d'exercer (…), je suis heureux (d'avoir un exercice mixte) et j'ai une activité qui me convient tout à fait. Pas une grosse activité… j'arrive à placer ma vie personnelle et ma vie familiale au milieu de mon activité professionnelle. »*

DISCUSSION

I. AVANT-PROPOS A LA DISCUSSION : COMMENTAIRES SUR LA METHODE

La méthode de notre étude a présenté certaines limites que nous avons essayées de minimiser et de maîtriser ainsi que certains atouts, quant à eux, déterminants pour la pertinence et la fiabilité des résultats.

1. Remarques sur la constitution des groupes

Nous avons rencontré un certain nombre de difficultés pour constituer les différents groupes d'entretien.

Le sujet de l'étude s'est avéré être un facteur limitant pour le recrutement des maîtres de stage, notamment dans le sud meusien, où ceux-ci sont en nombre restreint. Il a été aussi plus difficile de convaincre les médecins non-maîtres de stage de participer à cette étude. Ils ne se sentaient en effet pas concernés par le sujet et ne percevaient pas l'utilité de leur contribution à cette étude. Des explications complémentaires sur l'intérêt de leur participation ont alors été nécessaires.

La prise de contact téléphonique initiale a déterminé en grande partie la composition des différents groupes, selon la possibilité de joindre ou non le médecin. De nombreuses contraintes ont empêché parfois ce premier contact : barrière du secrétariat, praticien non présent au cabinet pour cause de visites, de jours de repos ou de vacances, nécessité de rappeler à une heure précise fixée par le médecin lui-même…

La parité homme-femme n'a pu, à notre grand regret, être respectée. Cependant la constitution des groupes reste représentative de la population source, notamment en zone rurale. En effet, la grande majorité des médecins actuellement installés dans le sud meusien, ainsi que les maîtres de stage de zone rurale, sont des hommes (13% de femmes installées en médecine générale en Meuse au 1er janvier 2009[111] et 10% de femmes chez les maîtres de stage de Meuse[112]).

Le taux de refus de participation des femmes médecins a été très important. Ces dernières ont répondu vouloir préserver leur qualité de vie personnelle, en évitant de se surcharger par ce travail supplémentaire, non obligatoire, et ont exprimé préférer consacrer ce temps libre à leur famille.

Le nombre de participants a été aussi contraint par la disponibilité des médecins, aux emplois du temps déjà très chargés. Nous avons rencontré certaines difficultés pour fixer une date de réunion qui convienne à tous les participants. Certains d'entre eux, en dépit de leur souhait de coopération, n'ont donc pas pu se joindre aux entretiens.

Malgré l'ensemble des précautions prises afin de garantir un nombre de participants suffisant (nombre de médecins recrutés plus important que souhaité, rappels itératifs téléphoniques, par mail ou courrier…), les désistements ont été plus nombreux qu'envisagés.

Sur les 26 médecins ayant initialement accepté de participer :

- 4 ont décliné l'invitation, lors du dernier rappel téléphonique :

  - un médecin avait repris la garde du soir même pour rendre service à un confrère
  - une première femme médecin n'était, après réflexion, finalement plus intéressée par le sujet de l'étude
  - une seconde femme médecin a déclaré ne pas vouloir participer en présence d'une psychologue
  - enfin, une troisième femme médecin a décliné l'invitation pour des raisons familiales

- 2 ne se sont pas présentés le soir même de la réunion, alors qu'ils avaient confirmé leur présence par téléphone la veille :

  - les deux médecins n'avaient pas encore fini leur journée de travail à l'heure du « focus group »
  - l'un deux était de plus de garde le soir de la réunion

- 1 femme médecin, non contactée avant l'entretien, a accepté de remplacer l'un des participants à la dernière minute.

2. Observations sur les interactions au sein des groupes

Les interactions, ainsi que la tonalité de la discussion, ont été très différentes d'un groupe à l'autre, selon les personnalités en présence et le climat dans lequel s'est déroulé l'entretien. Ceci a contribué à apporter des informations riches et variées, pour certaines similaires, pour d'autres complémentaires voire opposées, jusqu'à la saturation des données.

En ce qui concerne la composition des groupes, les femmes ont été minoritaires pour toutes les raisons que nous avons précédemment expliquées. Les femmes qui ont participé aux entretiens ont pu cependant s'exprimer et apporter des arguments spécifiques, relatifs à leur vécu. Néanmoins, elles ont parfois pu être inhibées dans leur discours, face à une gente masculine prépondérante.

Par ailleurs, le degré de familiarité a été différent selon les groupes. C'est un facteur qui n'a pu être maîtrisé que partiellement. En effet, les maîtres de stage sont bien sûr amenés à se côtoyer, dans le cadre de leur activité d'enseignant. De même, les non-maîtres de stage recrutés, travaillant dans un périmètre restreint, ont eu l'occasion, pour certains, de se rencontrer lors de groupes de pairs ou de réunions communes. Ceci a pu créer des rapprochements entre les participants, source d'une certaine complicité, pouvant occasionner parfois un manque d'explicitation de leur point de vue, alors implicitement compris. A l'inverse, de possibles tensions préexistantes avant l'entretien ont pu entraîner des réticences à s'exprimer.

3. Intérêts de la méthode et du choix de l'animateur

Nous avions choisi Mme Batt comme animatrice des entretiens en raison de sa compétence reconnue en Psychologie et de sa maîtrise de la méthode des « focus group » et de leur conduite. Elle est co-auteur d'un livre sur le sujet : « Les entretiens cliniques de groupe »[113].

La méthode des entretiens de groupe non directifs permet d'obtenir le matériel verbal, certes le plus complexe, mais cependant le plus riche. La qualité des discours et celle des résultats obtenus sont directement corrélées aux conditions d'obtention des informations. La difficulté de ces entretiens, ainsi que leur durée, nécessitent une pratique psychologique confirmée dont Mme Batt a entièrement fait preuve lors des différents « focus group ».

Son objectivité quant au sujet de l'étude ainsi que sa neutralité vis-à-vis des participants, ont permis le renforcement de la cohésion des médecins interrogés et la construction d'une identité commune pour chaque groupe.

La méthode choisie ainsi que les compétences de l'animateur ont ainsi permis l'optimisation de la production du discours et la garantie de son authenticité.

4. Réflexion sur la qualité du discours recueilli

La méthode des entretiens de groupe et leur gestion de manière non directive, par un animateur confirmé, ont permis l'obtention de discours très riches.

Les entretiens ont duré entre 1 h 23 mn et 1 h 35 mn pour trois des quatre groupes. L'une des séances n'a duré que 1h05 minutes, car elle a été interrompue par l'un des participants. Celui-ci commençait à subir la fatigue de sa journée de travail et avait le sentiment d'avoir suffisamment partagé son avis sur l'objet de l'entretien. Son départ, ne pouvant pas être individuel, a donc mis fin à la discussion générale. Cependant, la saturation des données a pu être obtenue grâce aux deux groupes de maîtres de stage.

L'écueil souvent reproché aux « focus group » est la réticence de certains participants à exprimer publiquement des idées personnelles, ainsi que le manque possible de sincérité dans leur discours. Les interventions peuvent être inhibées ou volontairement faussées, notamment par le phénomène de « préservation des faces ». Effectivement, nous n'avons pas le moyen de prouver l'entière honnêteté des participants dans leur discours. Mais ce risque a pu être maîtrisé par la création d'un climat de confiance, ainsi que le désamorçage d'éventuelles tensions, afin de favoriser la libre expression de chacun. Il est peu probable que, sur une durée aussi longue que celle des entretiens de groupe, et dans ce climat favorable, les médecins aient eu un discours diamétralement opposé à leur véritable pensée.

Ceci est en partie conforté par le ressenti des médecins que nous avons recueilli à l'issue des entretiens, lors des buffets. Presque tous les participants ont été ravis d'intervenir. Ils ont fait part de leur satisfaction à contribuer à ce travail, afin de promouvoir et faire progresser la médecine générale et la maîtrise de stage.

Ils ont été conscients du travail d'autoanalyse réalisé sur leur propre pratique et leur vécu. La confrontation avec leurs confrères leur a permis, pour certains, de s'autosatisfaire de leur organisation. Pour d'autres, cet entretien a été source d'une remise en cause de leur mode de fonctionnement.

Ceci leur a permis d'envisager des changements de leur exercice, notamment une orientation éventuelle vers la maîtrise de stage. Cette réflexion sur soi-même a été plaisante et source d'une progression personnelle pour la grande majorité des médecins présents.

> *« Le voyage n'est pas toujours facile, le travail d'explicitation est gratifiant et douloureux à la fois, mais dans cette capacité à parler si profond et si fort de soi, il y a un bonheur d'expression.»* [114]

II. ANALYSE COMPARATIVE DES DISCOURS DES MEDECINS GENERALISTES MAITRES DE STAGE ET DES NON-MAITRES DE STAGE : LES SIMILITUDES

1. Aspects positifs du métier contribuant à une bonne qualité de vie professionnelle

a. Un métier passionnant

D'une manière générale, l'ensemble des médecins, qu'ils soient ou non maîtres de stage, déclarent exercer une activité particulièrement intéressante, de par sa variété et sa polyvalence, sous toutes ses formes (patientèle prise en charge, activité mixte , formations, enseignement…).

A cette diversité, se surajoute l'évolution permanente des sciences médicales, source de progrès perpétuels, qui contribuent à combattre la lassitude de l'exercice quotidien.

Le métier est décrit comme stimulant, de par ses possibilités d'évolution, mais aussi devant les défis quotidiens à relever. Les médecins revendiquent leur statut de médecin de famille, de proximité, de suivi et de coordonnateur de la prise en charge des patients. Certains d'entre eux s'avouent particulièrement touchés par la reconnaissance des patients. Le sentiment d'utilité est ainsi valorisant et contribue au côté gratifiant de la profession.

Les médecins généralistes éprouvent une grande satisfaction à exercer un métier de premiers recours, utile, dynamique et stimulant,
de par sa polyvalence et sa progression permanente.

b. Un métier basé sur une relation humaine intime

La relation humaine est présentée par les médecins comme une ressource essentielle du métier et un élément indispensable à la poursuite de l'activité. Ce lien affectif permet à lui seul de contrebalancer les contraintes du quotidien. La relation se noue progressivement dans le respect et la complicité mutuels, propices aux échanges, en toute empathie et confidentialité. Des éléments intimes de vie sont confiés ; le vécu et le ressenti des patients, partagés. Une histoire commune s'écrit alors dans la durée. La relation est bien professionnelle, en elle-même thérapeutique, mais est également affective. Elle est quelquefois décrite comme amicale, voire « fusionnelle », parfois même révélatrice d'une dépendance réciproque.

La relation humaine aux patients est un point fort inéluctable du métier.
Elle est empreinte d'un attachement et d'une confiance réciproques,
permettant des instants de partages et de confidences sincères,
en toute intimité.

c. Un atout unique : le libre arbitre

Les médecins ont souligné l'importance de l'autonomie et de l'indépendance dans leur activité libérale. Ce facteur contribue de manière significative à la satisfaction professionnelle, par le sentiment de maîtrise de son outil de travail. Chacun a en effet le libre choix de son activité, en termes de lieu d'exercice, de patientèle, de pratique et d'orientation de carrière. Les médecins généralistes bénéficient d'une certaine liberté dans l'organisation de leur journée de travail. Ils peuvent programmer leur emploi du temps, ajuster leur charge de travail et l'adapter à leur vie personnelle, tout en modulant leur capacité financière.

La liberté dans l'organisation quotidienne contribue
à la satisfaction professionnelle, par la maîtrise de son outil de travail
et son adaptabilité au fil de la carrière, des besoins et des envies.

d. Une certaine évolution des conditions de travail

Tous les médecins signalent certaines améliorations de leurs conditions de travail, facilitant l'exercice et contribuant à renforcer la qualité de vie professionnelle. L'informatisation simplifie le travail et représente un gain de temps notoire, au profit de la relation au patient.

La réorganisation de la permanence de soins et la régulation systématique des appels ont permis un allègement des gardes, source d'un meilleur confort pour le praticien. Nous tenons à préciser que les médecins se sont exprimés sur le sujet de la permanence de soins sans connaître le nouveau projet de réorganisation pour l'année 2012, celui-ci n'ayant pas été encore présenté au moment de la réalisation des « focus group ».

Les médecins reconnaissent certaines améliorations de leurs conditions de travail qui facilitent leur exercice quotidien.

e. L'union fait la force !

L'ensemble des médecins a déclaré tirer un bénéfice certain du travail en collaboration. Les bénéfices sont divers et clairement appréciés : échange, partage et soutien en sont les principaux. Le partage peut concerner : la charge de travail, les avis médicaux, le matériel ou encore la patientèle ; le plus prisé restant le partage affectif. Les échanges portent sur des anecdotes, des cas difficiles ou des moments psychologiquement lourds. Le collègue est un soutien moral dans les difficultés, offrant alors une possibilité de décharge émotionnelle et contribuant ainsi à diminuer considérablement le niveau de stress quotidien.

De surcroît, des arrangements entre confrères permettent de se libérer du temps pour des obligations personnelles, des congés ou encore des jours de repos hebdomadaires. L'offre de soins proposée aux patients est améliorée et la qualité de la prise en charge, renforcée. La collaboration entre collègues est source de progrès, puisqu'elle génère une remise en cause quotidienne. Tout ceci n'empêche pas de respecter la liberté individuelle ; chacun étant personnellement détenteur et responsable de sa propre activité.

Les thèmes de la collaboration et du travail en groupe ont également concerné le domaine de la formation continue. Ces réunions entre confrères offrent la possibilité d'une écoute rassurante et d'un soutien dans les difficultés, tout en ayant recours parfois à l'humour qui permet dédramatisation et détente générale. L'utile est ainsi joint à l'agréable.

La collaboration s'effectue aussi avec les médecins remplaçants. Les praticiens décrivent leur satisfaction à travailler avec des remplaçants de qualité, qu'ils connaissent bien et en qui ils ont confiance.

Le travail en collaboration accroît le confort des médecins et leur plaisir au travail par les échanges, le partage et le soutien octroyés, ainsi que la rénovation de leur exercice quotidien.

f. Une progression individuelle permanente

Nous avons évoqué la progression ressentie lors du travail en groupe, par la rencontre et la confrontation à autrui. Mais chacun des médecins décrit également une progression personnelle, au fil du temps, liée à sa propre acquisition d'expérience professionnelle.

Les connaissances, les compétences et le savoir-faire sont progressivement enrichis. A cela se surajoutent : d'indispensables adaptations et réajustements, suite aux éventuelles erreurs commises ; la construction de réflexes et d'habitudes de travail ; une certaine prise de recul par rapport aux problèmes ; une optimisation en termes d'organisation ; une maturité croissante dans la relation aux patients ; un renforcement de la maîtrise de l'outil de travail et un affinement de son esprit critique. Les patients sont certainement les premiers bénéficiaires de cette progression, leur prise en charge et leur sécurité étant améliorées.

Le médecin simplifie alors son travail quotidien. Il gagne en rapidité, en efficacité et en qualité de travail. Il en retire un certain plaisir et un confort supplémentaire.

Par l'acquisition progressive d'expérience,
les médecins optimisent leur travail quotidien
et gagnent en sérénité dans leur vie professionnelle.

2. Aspects négatifs du métier dépréciant la qualité de vie professionnelle

a. Un métier difficile

L'ensemble des médecins, maîtres de stage ou non, déplorent toute la complexité du métier. Celui-ci consiste tout d'abord à accomplir, en un temps limité, celui de la consultation, des tâches multiples. Les demandes des patients sont souvent nombreuses, imposant des réflexions intellectuelles simultanées. A cela s'ajoutent, les aspects techniques, pharmacologiques, relationnels, l'art de la communication, la maîtrise de l'informatique et la gestion des appels téléphoniques. Disponibilité et écoute constantes sont nécessaires, afin de ne pas manquer, dans le discours des patients, toute information cruciale, noyée au cœur des différentes banalités. De subtils compromis entre théorie et pratique s'avèrent certes délicats, mais cependant indispensables à une prise en charge efficiente. Enfin, les patients doivent être correctement informés du raisonnement médical, afin qu'ils puissent donner leur accord librement et de manière éclairée.

Tous regrettent la lourde charge de travail qui pèse sur eux, reconnue parfois comme difficile à assumer. Mais devant la quantité de consultations, c'est surtout la qualité de celles-ci qui est déterminante. Une seule relation conflictuelle dans la journée peut épuiser les ressources du praticien, alors même que le nombre de patients consultants est faible, et inversement. A cela, s'ajoutent les activités professionnelles annexes relatives à la gestion du cabinet ou à des investissements supplémentaires . Cette surcharge de travail est cependant décrite comme variable selon les lieux d'exercice et les saisons. L'exercice rural est lourd de manière constante, du fait de la désertification médicale. Naît alors un sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir satisfaire l'ensemble des besoins des patients. Le travail est pénible dans ces conditions et source d'insatisfaction, pour le médecin lui-même, mais également pour sa patientèle.

A cette activité de jour, s'ajoute celle de la permanence de soins avec toute la difficulté d'enchaîner journées et nuits de travail. La fatigue engendrée par le manque de sommeil rend alors l'exercice pénible et dangereux.

Les praticiens se rejoignent sur l'un de leur principal ennemi : la gestion du temps, reconnue comme l'un des facteurs stresseurs les plus importants. Le temps est défini et limité pour chaque consultation, alors que les problèmes à gérer sont quant à eux variables. Le manque de temps ou le retard pris dans les consultations peuvent engendrer une pression supplémentaire et impacter ainsi directement la relation au patient et la qualité des soins délivrés.

Une responsabilité permanente pèse sur les médecins. Les obligations sont médico-légales, mais également éthiques. Chacun se sent responsable de ses patients, de leur santé et de leur sécurité. Certains médecins vont jusqu'à limiter volontairement leur activité, notamment dans les gestes techniques, devant la judiciarisation croissante de la médecine.

Le métier est décrit comme psychologiquement difficile, dans la relation d'aide, dans la confrontation à la mort, dans la gestion des fins de vie ou encore dans la prise en charge de diagnostics lourds.

L'activité requiert également les compétences nécessaires à la gestion d'une micro-entreprise. Cette fonction n'est pas appréciée par une grande proportion des médecins généralistes libéraux. Elle est de plus génératrice d'un stress additionnel car les charges, imputables à ce type d'activité, sont conséquentes et fixes, alors que les revenus sont variables. Une mauvaise gestion de cette micro-entreprise peut ainsi entraîner d'importants problèmes financiers, aux conséquences parfois dramatiques.

Le métier impose ainsi, dans un contexte d'évolution peu prometteur, de multiples facteurs de stress et une surcharge de travail chroniques, qui peuvent parfois prendre le dessus sur ses aspects positifs. Naît alors un désintérêt croissant pour l'activité, un sentiment de servitude et un manque de satisfaction dans le travail qui concourent à l'épuisement physique et moral et à la diminution du sentiment d'accomplissement professionnel et personnel, jusqu'au désir de reconversion.

Le métier est reconnu comme complexe et exigeant
de par la surcharge de travail, les nombreux facteurs de stress, ainsi que
la lourde responsabilité médicolégale et de gestion d'une micro-entreprise.

b. Un exercice solitaire

Les médecins décrivent leur exercice comme solitaire et sont bien conscients des inconvénients de cet isolement. Ils regrettent la carence de dialogue et de concertation entre confrères, mais aussi le manque de moments de partage et d'écoute mutuels, parfois même au sein d'un cabinet commun. Le besoin de débriefing est clairement exprimé. L'exercice peut être à l'origine d'un certain laisser-aller, sans réelle remise en cause ni effort réalisé pour s'améliorer ; générant ainsi une certaine routine.

L'isolement peut s'accompagner de difficultés d'organisation. Certains médecins réduisent ainsi leurs jours d'absence, au détriment de leur formation ou de moments de détente personnels.

Les inconvénients de l'exercice solitaire sont le manque de débriefing, l'installation d'une certaine routine et la restriction des jours d'absences.

c. Des débuts d'activité pénibles

Chacun déplore une formation à la médecine générale autrefois insuffisante, voire inexistante et des débuts d'activité difficiles. Le métier a été appris sur le terrain, seul face au patient. Lors de leurs débuts d'activité, les médecins avouent des compétences plus limitées. Ceci a pu conduire à des pratiques inadéquates comme la multiplication d'examens complémentaires injustifiés, afin de se protéger et de se rassurer. Un danger potentiel pouvait ainsi exister pour les patients devant l'inexpérience du médecin. Le dévouement aux patients était parfois excessif et la gestion des conflits plus délicate. L'inadéquation entre la représentation du métier, imaginée au fil des études, et la réalité du terrain a pu engendrer un certain nombre de désillusions, dans les années qui suivirent l'installation.

Le manque d'expérience professionnelle et l'insuffisance de formation spécifique à la médecine générale ont rendu les débuts d'activités difficiles et décevants.

d. Une évolution de la société contraignante

Les médecins sont soumis aux différentes mutations de la société et, dans la mesure du possible, sont obligés de s'y adapter. Ils déplorent la dévalorisation de l'image du métier de généraliste, aux yeux des étudiants en médecine, mais également de la population générale. Les praticiens ont l'impression de devoir suppléer aux différentes déficiences de la société, devenue de plus en plus assistée et esseulée. Le médecin doit ainsi palier la solitude des patients, leur défaut de communication ou encore leur manque de référence.

Parallèlement, le savoir médical se vulgarise par le biais d'internet et est souvent utilisé à mauvais escient. Le rôle du médecin généraliste est ainsi dévalué.

Les progrès permanents des sciences médicales engendrent une remise en cause cyclique des prises en charge. La formation médicale continue se doit ainsi d'embrasser un large panel de spécialités médicales, imposant aux médecins un grand investissement intellectuel et temporel.

La problématique de la démographie médicale influe déjà sur la médecine rurale et est source d'angoisse pour la pratique future. Les médecins qui quittent actuellement leur activité, pour cause de retraite ou de maladie, ne sont pas remplacés. Ceci entraîne une surcharge de travail pour les médecins restants et même une prolongation de l'exercice pour certains d'entre eux, qui ne voient pas d'autre issue que de continuer leur activité pour aider leurs confrères. L'inquiétude porte également sur l'absence d'installation des jeunes générations auxquelles le métier fait peur et qui lui préfèrent d'autres spécialités. De plus, elles plébiscitent un mode d'exercice différent, qui préoccupe les plus anciens qui conceptualisent difficilement un autre mode d'organisation que le leur. Le principal risque de cette carence de médecins généralistes est la détérioration de la qualité des soins, voire l'absence totale d'offre de soins dans certaines zones rurales.

Les diverses mutations de la société et les progrès scientifiques permanents contraignent l'exercice médical et lui imposent une perpétuelle adaptabilité.

e. Une relation aux patients dégradée

L'ensemble des médecins regrettent une certaine dégradation de la relation à leur patientèle. Les exigences des patients sont croissantes et les demandes injustifiées, inappropriées, voire abusives. Ils arrivent dorénavant au cabinet en imposant un diagnostic, qu'ils ont fait eux-mêmes, et la prise en charge souhaitée. Ils empêchent ainsi le médecin de faire son propre travail. La difficulté du raisonnement intellectuel médical peut ne pas être comprise, engendrant parfois irrespect et conflits. Les patients sont libres de ne pas s'impliquer dans leur prise en charge médicale, mais ils engendrent alors pour le médecin une nécessaire multiplication des explications et argumentations, consommatrice d'énergie. La fatigue et la saturation le poussent parfois à adopter une prise en charge non voulue, qui s'impose comme le seul compromis possible, mais qui engendre alors, pour lui, une certaine culpabilité. Les médecins se sentent parfois instrumentalisés et victimes d'un manque de reconnaissance croissant. La rupture de la relation avec certains patients est parfois nécessaire, afin de préserver sa sérénité ; mais elle est toujours vécue douloureusement.

Le changement de comportement des patients, leurs exigeantes revendications et leur impatience croissante engendrent fatigue et déceptions pour le médecin, à l'origine d'une réelle dégradation de la relation.

f. Des remplacements décevants

Les praticiens font part d'expériences négatives lors de certains remplacements: médecins remplaçants non sérieux, aux compétences douteuses, non respectueux de la pratique du médecin remplacé ou encore aux conditions financières exagérées. Ils préfèrent ainsi ne pas se faire remplacer plutôt que de risquer la déception.

Le vécu de mauvaises expériences avec certains remplaçants
rend les médecins généralistes frileux à l'idée de se faire remplacer ;
la confiance étant l'élément indispensable à des absences sereines.

3. Et la qualité de vie personnelle dans tout cela?

a. La satisfaction générale du métier

La quasi-totalité des médecins généralistes sont satisfaits de leur choix de métier, de leur mode d'exercice et de leur organisation. Ils sont heureux de pratiquer un métier utile et bienveillant, intellectuellement stimulant. Ils ont déclaré vouloir continuer leur activité, celle-ci contribuant à leur bien-être général; les aspects positifs du métier contrebalançant largement ses contraintes. La satisfaction financière a été évoquée ainsi que le gain en confort personnel, grâce à une meilleure gestion de leur outil de travail.

La satisfaction du métier et le sentiment d'accomplissement professionnel ressentis par les médecins généralistes contribuent à leur bien-être et à leur sérénité personnelle.

b. Le retentissement du travail sur la vie privée et les conciliations nécessaires

Chacun a reconnu l'impact de son métier sur sa vie privée. La lourde charge de travail diminue indéniablement la disponibilité du médecin généraliste pour son entourage. Le stress parfois important, emmagasiné au fil de la journée, peut également retentir sur la sérénité familiale. Ceci peut être source de culpabilité pour le médecin. L'organisation familiale s'avère difficile lorsque le conjoint travaille également, des choix de carrière et des sacrifices professionnels sont parfois nécessaires, en fonction de l'activité de chacun. Les femmes médecins sont particulièrement touchées par ce problème.

D'indéniables conciliations sont nécessaires entre l'activité professionnelle et la vie personnelle, sous forme de simples adaptations ou de réels sacrifices, de la part du médecin lui-même ou de son conjoint, indispensables à l'obtention d'un équilibre familial satisfaisant pour tous.

c. Comment préserver sa sérénité ?

L'ensemble des médecins a exprimé la nécessité de préserver son bien-être personnel et donc implicitement sa qualité de vie au travail. Les conciliations entre vie professionnelle et vie privée sont stressantes et culpabilisantes, mais s'avèrent indispensables. La préservation de l'indépendance et de l'autonomie est un élément essentiel. Elle permet une certaine liberté dans l'organisation de la journée de travail et l'intégration plus sereine des obligations et occupations personnelles.

D'autres moyens de protection ont été décrits: optimiser son organisation pour gagner du temps en famille ; limiter sa patientèle afin de réguler sa charge de travail ; savoir repérer les patients agressifs et s'en protéger ; recadrer les patients qui dépassent les limites du respect, en ne cédant pas à toutes leurs exigences, jusqu'à la rupture de la relation si nécessaire.

La dichotomie entre le professionnel et la vie privée est un argument irréfutable pour limiter l'impact du travail sur la vie personnelle et afin de pleinement décompresser et se ressourcer dans les instants de vie en famille. Les moments de détente, qu'ils soient quotidiens ou hebdomadaires, sont vécus comme indispensables par le bénéfice qui en est retiré. L'équilibre à trouver est ainsi individuel.

La préservation du bien-être personnel passe inexorablement
par des moyens de protection individuels, face aux contraintes du métier
et à ses éléments stresseurs.

4. Craintes des non-maîtres de stage face à l'enseignement, confirmées par les maîtres de stage

a. Des contraintes organisationnelles imposées

Les médecins généralistes non-maîtres de stage, parfois tentés de s'engager dans l'enseignement, se déclarent déçus du manque de souplesse dans l'organisation pratique des stages proposée par la faculté de médecine. Ceci a conduit certains médecins candidats à ne pas concrétiser leur désir d'investissement dans l'enseignement. La maîtrise de stage doit rester pour eux un libre choix, compatible avec leur activité. Ils sont demandeurs d'une certaine liberté dans l'organisation des stages au sein de leur cabinet. Ils ne souhaitent pas que le stagiaire soit présent en permanence à leurs côtés, car ils tiennent à préserver une certaine liberté dans le travail ; ce qui implique le nécessaire partage du stagiaire avec d'autres confrères.

Les maîtres de stage partagent le fait que le recrutement des enseignants se fasse sur la base du volontariat. Ils sont d'accord avec l'idée de ne pas être en monôme avec un étudiant ; organisation autrefois imposée par la faculté, faute de médecins enseignants disponibles. Le partage de l'étudiant entre plusieurs confrères est également préféré, notamment en cas de difficultés et afin d'assumer à plusieurs la responsabilité de l'enseignement.

Les contraintes organisationnelles de la maîtrise de stage sont reconnues.
Celle-ci doit donc être librement choisie et volontairement intégrée
à l'activité habituelle du médecin, tout en préservant sa liberté d'organisation,
grâce au partage de la mission d'enseignement avec d'autres confrères.

b. Une relation stagiaire-maître de stage parfois difficile

Les non-maîtres de stage craignent que la relation au stagiaire soit compliquée, en cas de différence de personnalité ou de pratique. C'est une crainte également soulevée par les maîtres de stage qui redoutent rencontrer un interne incompétent, non motivé pour la médecine générale et manquant d'investissement dans le stage, à l'origine d'une mésentente certaine. Le goût amer d'une mauvaise expérience peut exceptionnellement conduire à l'arrêt de la maîtrise de stage. L'invalidation éventuelle d'un stage et le signalement de ces internes défaillants représentent alors une responsabilité supplémentaire pour le maître de stage, souvent culpabilisante.

La relation au stagiaire peut s'avérer pénible pour le médecin,
dans la rencontre d'un étudiant aux compétences et à la motivation limitées,
source d'un investissement pédagogique supplémentaire éprouvant.

c. Des difficultés à travailler à deux

Les non-maîtres de stage, attachés à leur pratique solitaire, s'imaginent difficilement partager leur intimité de travail et introduire une autre personne dans leur quotidien. Les maîtres de stage confirment la difficulté à être observé et jugé dans sa pratique, notamment en début de stage lorsque les deux protagonistes se connaissent peu. Une autre difficulté consiste à faire confiance à une tierce personne, à laquelle des tâches vont être déléguées et des patients, confiés. Il est donc nécessaire de pouvoir faire preuve de modestie et d'autocritique, afin de rester lucide sur sa pratique, en acceptant les remarques extérieures. De plus, un certain détachement par rapport à sa patientèle et à son quotidien de travail est indispensable, afin de pouvoir le partager avec autrui.

Les difficultés du travail en collaboration, dans le cadre de la maîtrise de stage,
peuvent être surmontées grâce à une certaine humilité
et à une nécessaire distanciation, permettant le jugement d'autrui
et le partage de son outil de travail en toute confiance.

d. Une surcharge de travail

Les non-maîtres de stage redoutent une certaine surcharge de travail liée à cette fonction supplémentaire d'enseignant. Celle-ci entraîne effectivement une charge de travail additionnelle. Le médecin doit s'impliquer dans la progression de l'étudiant, tout en restant attentif à la réaction de ses patients en présence du stagiaire, afin de préserver la qualité de la relation et des soins prodigués. Le temps de consultation peut être parfois plus long, si celle-ci est menée par l'étudiant. Le débriefing quotidien sur le travail du stagiaire impose également un temps supplémentaire.

La surcharge de travail sera cependant variable selon la personnalité du maître de stage. Elle peut s'avérer effectivement pesante si le médecin a des difficultés à faire confiance au stagiaire et à lui confier sa patientèle ; s'il présente un attachement fusionnel à ses patients ou s'il manifeste un besoin de maîtrise exagéré. Il aura ainsi du mal à quitter le cabinet lors des phases d'autonomie et revérifiera systématiquement l'ensemble du travail réalisé par le stagiaire. Ceci sera bien évidemment source d'une surcharge de travail pour le médecin qui ne s'autorisera pas alors à bénéficier de l'autonomie de l'étudiant.

Cependant, les médecins enseignants considèrent que l'étudiant est par ailleurs source d'un gain de temps notoire, notamment en phase d'autonomie complète, qui compense largement la surcharge de travail engendrée.

La maîtrise de stage est une fonction supplémentaire
qui nécessite un temps de travail quotidien propre,
différent selon le degré d'autonomie du stagiaire
et la personnalité de l'enseignant, mais largement compensé
par le gain de temps engendré par la phase d'autonomie.

e. La peur d'une modification de la relation au patient

Les non-maîtres de stage sont dans l'ensemble très attachés à la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ils craignent que la consultation perde sa valeur thérapeutique et que cette relation à leurs patients soit dépréciée de par l'intervention du stagiaire. Ils ont peur de se heurter au refus des patients de consulter l'étudiant et craignent que la présence d'une tierce personne biaise l'échange et inhibe les confidences. Les médecins redoutent de consacrer du temps et de l'énergie au stagiaire, au détriment de leurs patients.

Les maîtres de stage, tout aussi attachés à leur patientèle, présentent la même inquiétude concernant une éventuelle modification de leur relation aux patients. Mais le refus des patients de consulter en présence du stagiaire reste, selon eux, plutôt exceptionnel. L'intronisation de l'étudiant et la valorisation de son travail aux yeux des patients sont indispensables pour que ceux-ci se sentent en confiance et puissent attendre de lui une qualité de travail similaire à celle de leur médecin habituel. Les maîtres de stage décrivent de manière exceptionnelle un impact négatif de la présence du stagiaire sur la consultation: l'intimité peut être parfois rompue et certaines informations perdues. L'impression d'acte manqué peut être culpabilisante pour le praticien et peut parfois conduire les patients à changer de médecin, ceux-ci étant attachés à une relation duelle exclusive. Mais ces inconvénients peuvent être en partie contrôlés par le médecin et sont décrits comme minoritaires aux côtés des bénéfices retirés.

L'intervention d'une tierce personne modifie indéniablement
la relation duelle médecin-patient, empreinte de complicité et de fragilité ;
mais l'impact s'avère exceptionnellement négatif et reste maîtrisable.

III. ANALYSE COMPARATIVE DES DISCOURS DES MEDECINS GENERALISTES MAITRES DE STAGE ET DES NON-MAITRES DE STAGE : LES DIFFERENCES OU L'IMPACT DE LA MAITRISE DE STAGE SUR LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES

La singularité de notre travail réside dans l'analyse comparative des discours, selon le facteur « maîtrise de stage ».

Il serait réducteur d'imputer à la seule maîtrise de stage l'ensemble des différences constatées entre les groupes de maîtres de stage et de non-maîtres de stage. L'analyse est en effet multifactorielle.

Nous nous sommes donc consacrés uniquement à notre sujet et avons mis en relation les éléments de qualité de vie directement impactés par la maîtrise de stage, soit parce qu'ils ont été clairement exprimés comme tels par les maîtres de stage, soit parce qu'ils ont émergés de notre analyse comparative des deux groupes.

Nous débuterons cet exposé en présentant les différences de conception de la maîtrise de stage et notamment les idées préconçues sur l'enseignement que peuvent avoir les médecins non-maîtres de stage et qui s'avèrent infondées à l'écoute du discours des médecins enseignants.

1. L'enseignement selon les non-maîtres de stage : les idées fausses

a. Un stage parfois non-formateur ?

Les non-maîtres de stage pensent que le stage au cabinet peut être parfois inintéressant voire ennuyeux pour l'étudiant. Tel serait le cas lors de certaines activités du métier, jugées par les médecins eux-mêmes comme inintéressantes, comme la gestion de l'administratif par exemple. Ils jugent par ailleurs la qualité des stages très inégale, source d'une perte de temps pour le stagiaire, d'autant plus marquée si celui-ci est restreint à une attitude passive dans les prises en charges.

Or les étudiants sont demandeurs de stage en médecine générale, car ils souhaitent se familiariser avec ce nouveau mode d'exercice jusqu'alors inconnu. Ils sont tout particulièrement friands de découvrir tous les aspects du métier, afin de pouvoir être capables d'en remplir les différentes missions, le jour où ils se retrouvent seuls à exercer. Ils sont donc ravis de découvrir tout ce qui peut paraître, de prime abord, inintéressant pour le médecin installé, mais qui s'avèrera d'une grande utilité par la suite. Nous pouvons citer comme exemples : le remplissage d'une demande de prise en charge à 100% que seul un médecin généraliste peut enseigner ou encore la gestion d'une comptabilité libérale ; compétences somme toute bien utiles le moment venu !

De plus, la qualité des stages dépend de l'investissement que présentent les deux protagonistes, maître de stage et stagiaire. Tout dépend de la considération et de l'intérêt que chacun nourrit pour cette découverte mutuelle et ce travail de collaboration. Tout dépendra donc du cadre que fixera le maître de stage, de la place qu'il donnera au stagiaire au sein de son cabinet et de l'intérêt qu'il portera lui-même à cet apprentissage. Il est indispensable d'être convaincu de la richesse du métier et du savoir à transmettre, pour que son enseignement reste un plaisir et soit formateur pour l'étudiant.

La motivation réciproque incarne le moteur de la relation
et de la qualité de la formation, directement corrélée
à la représentation de l'intérêt du stage et à l'investissement de chacun.

b. L'absence totale de spontanéité pour un stage de qualité ?

Les médecins non-maîtres de stage sont persuadés que le stage ne peut être intéressant et formateur que dans un cadre choisi et entièrement maîtrisé : ils devraient sélectionner, parmi leur patientèle, les patients les plus sympathiques et les plus compliants, qui consulteraient uniquement au moment où le stagiaire est présent, et qui, de surcroît, ne présenteraient que des motifs de consultation et des maladies très intéressantes. Or c'est une pression supplémentaire de vouloir s'imposer cette organisation et de la maîtriser entièrement. Ceci est tout d'abord impossible, car c'est bien là toute la difficulté du métier, d'être confronté, chaque jour, à un flot de consultations, de demandes et de personnes, totalement imprévisibles. Ensuite, ce n'est pas ce type d'organisation que les stagiaires attendent. Ils souhaitent au contraire être soumis de manière spontanée à la réalité du quotidien d'un médecin généraliste. Ils espèrent être confrontés à un maximum de situations, qu'elles mettent ou non en présence des patients coopérants, qu'elles surviennent ou non à un moment propice et qu'elles soient ou non intéressantes.

L'ensemble des modalités du stage ne peuvent être contrôlées par l'enseignant, en raison d'une activité médicale entièrement spontanée et imprévisible, permettant ainsi à l'étudiant la découverte de la réalité du terrain.

c. Une entrave à l'indépendance ?

Les non-maîtres de stage craignent que cette personne supplémentaire, qui travaillerait à leur côté, soit une entrave à leur liberté individuelle et à leur indépendance dans leur organisation, deux notions très prisées dans l'activité libérale! Or, comme nous l'avons souligné, les médecins restent les seuls détenteurs de leur outil de travail. Ils sont donc libres d'organiser leur activité habituelle et d'y intégrer la maîtrise de stage comme ils le souhaitent. N'étant pas présent en permanence, le stagiaire permet des moments de travail solitaire pour le médecin. De plus, lors des phases d'autonomie, l'étudiant rend le praticien totalement libre de ses activités, professionnelles ou personnelles.

Nous nuancerons ce propos par le fait que, pour être bien vécue et non assimilée à une entrave à la liberté individuelle dans le travail, la maîtrise de stage doit pouvoir être envisagée par le médecin comme un travail de collaboration dont il retirera des bénéfices et non comme une simple corvée, uniquement source de contraintes. Ceci dépend de la personnalité du médecin : une personnalité individualiste et solitaire, attachée à son outil de travail et à sa patientèle, avec laquelle il entretient une relation fusionnelle, aura du mal à partager son quotidien de travail avec autrui qui pourra alors représenter une source d'angoisse supplémentaire. Il ne sera donc pas le candidat idéal pour cette expérience de coopération dont il ne ressortira pas forcément enrichi.

La présence du stagiaire n'est pas source d'un bouleversement radical dans l'organisation du travail.
Elle nécessite simplement certaines adaptations, librement consenties, ainsi que quelques conciliations, comme dans tout travail d'équipe.

d. Un épuisement assuré ?

Les non-maîtres de stage sont persuadés que le stagiaire sera source d'une surcharge de travail telle qu'il engendrera une fatigue supplémentaire, voire un épuisement total. Les maîtres de stage ne se sont pas présentés comme fatigués par la maîtrise de stage, bien au contraire ! Comme nous l'avons précisé, la maîtrise de stage est effectivement un rôle supplémentaire auquel il convient de consacrer un temps propre dans son activité. Mais cette fonction étant librement choisie et s'avérant agréable, elle n'est donc pas source de fatigue pour l'enseignant. Celui-ci peut de surcroît s'octroyer des moments de détente et de repos, lors des phases d'autonomie de l'étudiant, qui permettent de compenser le travail supplémentaire et le temps consacré à ce nouveau rôle.

La maîtrise de stage n'est pas source de fatigue pour les enseignants,
puisqu'elle octroie des instants de décompression
et qu'elle est librement choisie, volontairement investie
et s'avère considérablement plaisante.

e. Un retentissement négatif sur les patients ?

La crainte d'un impact négatif du stagiaire sur la relation au patient est une appréhension universelle. Elle n'est cependant pas confirmée dans la pratique, puisque la totalité des médecins affirment que s'il y a modification de la relation à leur patients, dans la quasi-totalité des cas, c'est en mieux ! La maîtrise de stage représente, selon eux, une réelle « plus-value » pour la consultation. La perte de patients est réelle pour tout médecin, mais le lien s'avère non significatif avec la maîtrise de stage ; l'ensemble des médecins perdant en moyenne 10% de leur patientèle au cours de leur carrière.[115]

La maîtrise de stage est considérée par les médecins enseignants
comme un atout majeur pour la consultation ;
elle bonifie indéniablement la relation
et n'influe pas significativement sur la perte de patients.

f. Une formation pédagogique complexe et des problèmes pratiques ?

N'étant pas informés précisément des conditions d'obtention de la licence de maîtrise de stage, des modalités de formation à la pédagogie médicale, ainsi que du mode de rémunération des enseignants, les non-maîtres de stage s'imaginent que la tâche est bien trop complexe pour être réalisable.

Or, comme nous l'avons décrit dans notre lecture bibliographique, les démarches à accomplir pour l'obtention de la licence de maîtrise de stage restent sommaires. Elles ne sont pas assimilées à une contrainte par les maîtres de stage qui n'abordent pratiquement pas le sujet. Les candidats à l'enseignement doivent simplement rédiger une lettre de motivation, ainsi qu'une demande d'agrément précisant leurs données administratives, leur ancienneté d'exercice ainsi que leur formation médicale continue.

Une formation à la pédagogie grâce à différents stages et groupes de travail est proposée, afin de découvrir la maîtrise de stage et de s'y perfectionner.

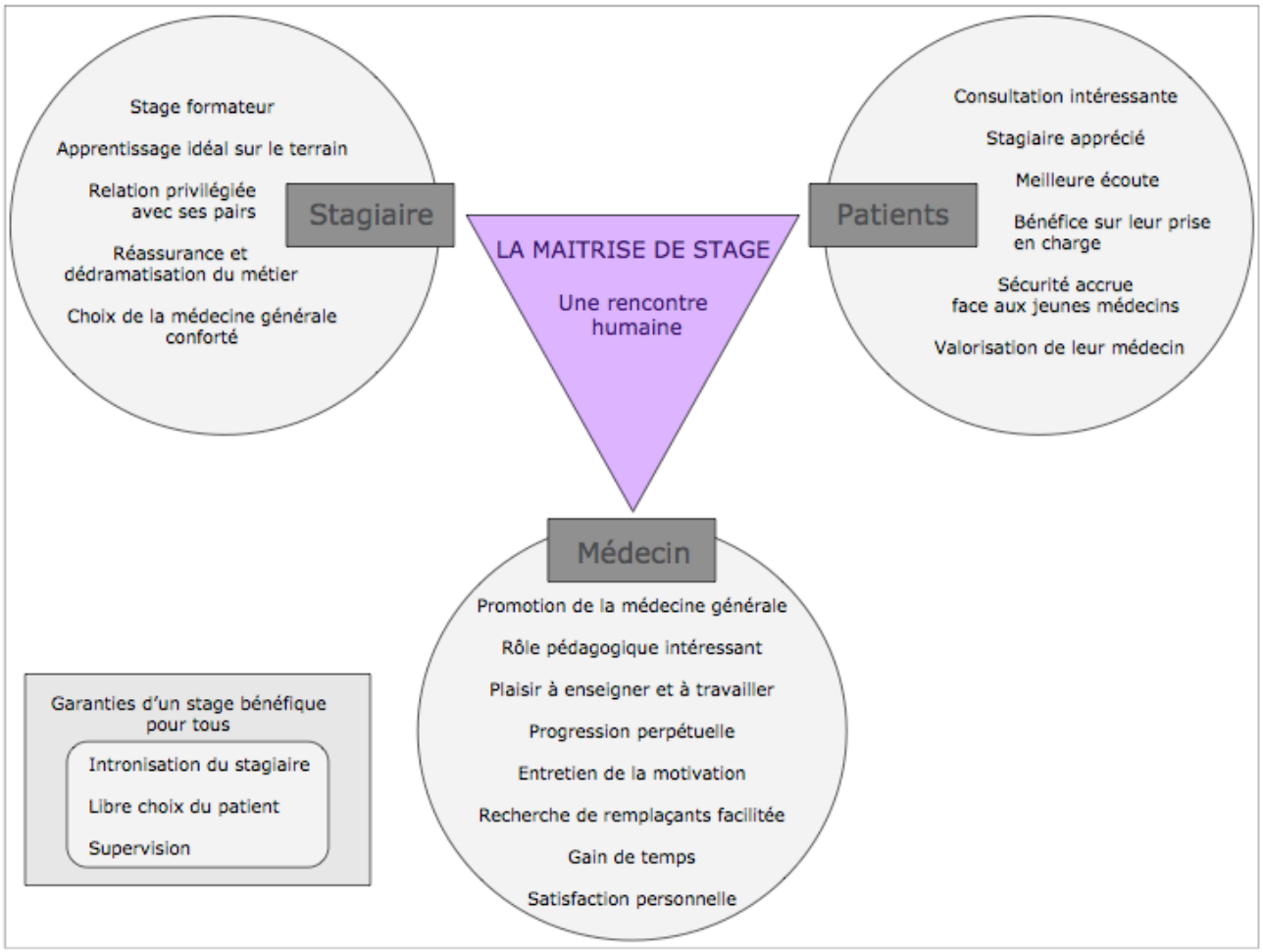
La rémunération est un sujet très peu évoqué par les médecins enseignants. L'enveloppe financière est simplement répartie entre les différents maîtres de stage, de manière proportionnelle au temps consacré au stagiaire commun. Certes considérée comme insuffisante, la rémunération n'est ni un frein ni un moteur à l'engagement dans la fonction ; le bénéfice retiré n'étant pas financier, mais d'un tout autre ordre !

La maîtrise de stage est accessible à tous,
grâce à quelques démarches administratives élémentaires
et à une formation pédagogique progressive.

2. L'enseignement selon les maîtres de stage : une « plus-value » pour les médecins généralistes

Figure n°1

La relation triangulaire : un bénéfice pour tous



Ce schéma modélise l'ensemble des bénéfices que peuvent personnellement retirer les trois protagonistes de cette relation triangulaire engendrée par la maîtrise de stage. Celle-ci s'avère être, avant toute chose, une vraie rencontre humaine.

a. La promotion de la médecine générale

Les maîtres de stage se sentent valorisés dans le fait de promouvoir la médecine générale, grâce à ces stages ambulatoires. La possibilité leur est offerte de faire découvrir toute la richesse et la variété de leur exercice quotidien, univers jusqu'alors méconnu des étudiants ou à l'image fortement biaisée. Ils sont fiers de conforter les stagiaires dans leur choix de la médecine libérale ou de créer de réelles vocations, contribuant ainsi à augmenter le nombre d'installations en médecine générale et à défendre l'avenir de la profession.

Ils sont persuadés de l'intérêt du stage ambulatoire qui se présente comme une vraie chance pour les étudiants et une formation idéale par cet apprentissage sur le terrain. Les étudiants se trouvent ainsi confrontés à la réalité de l'exercice quotidien du médecin généraliste et peuvent en découvrir toutes les spécificités: la variété de l'activité, le rythme de travail, l'acte technique, le raisonnement intellectuel, la gestion et l'organisation du cabinet, les activités annexes à la consultation (rangement, comptabilité, administratif…), la manipulation de l'outil informatique, sans oublier la vie quotidienne du médecin à la fois sociale et familiale…

Les maîtres de stage regrettent tous de ne pas avoir bénéficié d'une telle formation. L'expérience antérieure d'un stage au cabinet faciliterait fortement la conceptualisation d'un tel stage et offrirait une expérience positive rassurante. Les médecins enseignants comprennent l'intérêt de ces stages en côtoyant quotidiennement les étudiants, leurs difficultés et leurs attentes, de même qu'en constatant les bénéfices directs du stage sur leur expérience et leurs compétences. Ces stages contribuent ainsi à abolir définitivement le premier contact avec la médecine de terrain lors des premiers remplacements et augmente ainsi la sécurité des patients pris en charge par un médecin débutant, dont ils pouvaient autrefois subir l'inexpérience.

Les maîtres de stage participent à la promotion de la médecine générale
en faisant découvrir aux étudiants toute la richesse de cette spécialité
et en leur offrant une formation idéale sur le terrain,
pour les conforter dans leur choix de carrière
et les préparer à leur exercice futur.

b. Un rôle pédagogique intéressant

Les maîtres de stage jugent leur rôle de pédagogue très intéressant. Ils apprécient l'idée de compagnonnage. Ils accompagnent ainsi le stagiaire au décours de sa formation et participent à la construction de sa compétence professionnelle. Pour ce faire, l'étudiant emmagasine les savoirs transmis et s'inspire de ses divers modèles de rôle, tout en conservant, dans sa pratique, sa propre identité.

L'encadrement des étudiants au cours du stage est particulièrement intéressant pour les maîtres de stage qui organisent la consultation dans un but formateur. Ils font participer activement le stagiaire à la prise en charge des patients et l'autonomisent progressivement, par le biais d'adaptations pédagogiques diverses, selon la personnalité et le rythme de progression de l'étudiant. L'exercice n'est donc pas monotone et s'avère plutôt stimulant.

L'organisation pratique doit cependant répondre à un certain nombre de règles, afin que la maîtrise de stage ne représente pas une contrainte, mais reste bien un réel plaisir. Un juste équilibre doit être trouvé entre l'activité de maître de stage et l'exercice traditionnel. Les contraintes matérielles limitent parfois l'activité d'enseignement. Certains médecins souhaiteraient accueillir des stagiaires en plus grand nombre ou de niveaux différents, mais n'en n'ont pas la possibilité, en termes d'agencement du cabinet.

L'organisation la plus prisée par les médecins est l'encadrement du stagiaire par plusieurs enseignants. Le stage se trouve ainsi enrichi. Le stagiaire bénéficie de pratiques et de patientèles variées et les médecins peuvent, quant à eux, partager la charge de travail, la responsabilité ou encore l'évaluation de l'étudiant. Les médecins apprécient de collaborer dans cette activité d'enseignement qu'ils trouvent plaisante de partager entre confrères.

La fonction d'enseignant offre la possibilité de contribuer
à la construction professionnelle d'un étudiant,
grâce à divers outils et adaptations pédagogiques stimulants.

c. Une rencontre humaine

La maîtrise de stage se présente avant tout comme une rencontre, entre un étudiant novice et un médecin expérimenté, où naissent de nombreuses constructions réciproques. Chacun sort enrichi de cette relation dont il apprend et intègre tout ce qui peut lui être nécessaire et utile à sa maturation. La durée du stage, notamment celle de six mois pour les stages d'internat, rend possible la création d'une vraie relation. Les deux protagonistes ont le temps d'apprendre à se connaître et à se comprendre mutuellement.

La rencontre est professionnelle, mais peut s'avérer empreinte d'affectif voire d'amitié. Les maîtres de stage se disent émus par cette relation parfois paternaliste qu'ils entretiennent avec les étudiants, dont l'âge correspond quelquefois à celui de leurs propres enfants. Ils sont touchés par ce lien transgénérationnel qui permet la transmission de leur savoir et sa pérennisation. Une relation de confiance s'installe progressivement permettant au maître de stage de confier son outil de travail à l'étudiant de manière sereine.

La maîtrise de stage représente une vraie rencontre, certes professionnelle, mais avant tout humaine, empreinte de confiance et d'estime réciproques.

d. Le plaisir d'enseigner

Les maîtres de stage expriment un réel plaisir à enseigner. Cette activité n'est en aucun cas source d'une charge de stress supplémentaire, car elle reste librement choisie et investie. Les nombreuses expériences positives et enrichissantes vécues jusqu'alors sont, pour eux, rassurantes et motivantes pour la poursuite de l'activité pédagogique.

L'enseignement leur permet de redynamiser leur exercice quotidien. Il offre un certain équilibre dans le travail, avec l'activité traditionnelle, et est source d'un réel enrichissement personnel. L'échange et le partage sont fortement appréciés, que cela soit lors de concertations sur des cas médicaux ou de discussions autour de la conception du métier. Les maîtres de stage mettent en exergue le très bon niveau des stagiaires qu'ils accueillent actuellement, générant des interactions intéressantes et plaisantes.

Les médecins enseignants apprécient de transmettre leur expérience, afin de rassurer les futurs médecins de demain et de leur donner confiance en eux et en l'avenir.

Enseigner est un plaisir pour les maîtres de stage qui apprécient les expériences positives vécues, les moments de partages et d'échanges mutuels et redynamisent ainsi leur exercice quotidien.

e. Une progression perpétuelle

La progression au contact du stagiaire est manifeste et unanimement reconnue par les maîtres de stage. Cette rencontre est source d'une remise en cause continuelle, chacun étant sensible au jugement de l'autre et cherchant systématiquement à améliorer ce qui peut faire défaut. L'enseignant s'efforce d'être plus attentif à sa présentation, son comportement, son discours, et cherche à gagner en rigueur. Il se perfectionne, au contact de l'étudiant, tant sur le plan professionnel que personnel.

Le niveau de compétences des étudiants actuels est reconnu comme élevé et bénéfique pour les maîtres de stage qui admettent ainsi profiter de connaissances scientifiques récentes et se disent ainsi stimulés dans leur formation médicale continue. Les discussions scientifiques sont ainsi revigorées et enrichies. Le maître de stage est bousculé par la curiosité de l'étudiant et son argumentaire professionnel qui l'obligent à réenvisager son propre raisonnement et à l'étoffer par l'intégration de ces éléments nouveaux. Le maître de stage dit également bénéficier des explications qu'il donne à l'étudiant sur sa propre pratique. En effet, il verbalise et argumente de manière explicite un raisonnement qu'il réalise habituellement de manière instinctive et automatisée. Il se découvre ainsi un rapport nouveau au savoir et tire profit de ses propres conseils, en simplifiant et perfectionnant sa pratique.

L'apport est ainsi réciproque pour les deux protagonistes, puisque chacun s'enrichit au contact de l'autre dans les domaines où il est défaillant : le stagiaire apporte des connaissances scientifiques fraîches ; tandis que le maître de stage lui transmet son expérience du métier, de la pratique ou encore les subtilités de la relation au patient. Les gains pour l'enseignant sont bien sûr variables et directement proportionnels au niveau d'études du stagiaire. La présence de l'étudiant est donc stimulante pour le maître de stage. Le stagiaire rompt la solitude, casse la routine quotidienne et bouscule les habitudes de travail, offrant ainsi un nouvel élan à l'exercice quotidien.

La maîtrise de stage impose une évolution personnelle constante
par une nécessaire remise en question et une obligation d'amélioration,
à l'origine d'un perfectionnement professionnel et d'un enrichissement personnel.

f. Un bénéfice sur la relation médecin-patient

Les maîtres de stage sont convaincus que la présence du stagiaire est une plus-value sur la consultation médicale et la relation aux patients.

Le stagiaire bénéficie spontanément de la part des patients d'un capital sympathie du fait de son jeune âge, de ses débuts dans la profession et de son côté novice dans la relation déjà établie entre le patient et son médecin. Il est apprécié des patients. Ceux-ci ne sont dans l'ensemble pas gênés de sa présence et le préfèrent parfois à leur médecin habituel, car ils s'estiment mieux écoutés ! La contribution du stagiaire améliore la qualité de la consultation et de la prise en charge des patients. Il apporte un regard neuf et différent sur les histoires cliniques. Il permet la confrontation de plusieurs avis sur la problématique des patients, qui eux se ravissent que l'on discute de leur cas. La réflexion harmonieuse, partagée par les deux médecins, renvoie au patient une impression rassurante de cohérence dans sa prise en charge. L'attitude et l'expertise du médecin se trouvent ainsi renforcées par l'étudiant qui lui apporte, de surcroît, plus de poids dans les négociations. Au profit du patient, les recommandations de bonnes pratiques semblent appliquées de manière plus stricte en présence du stagiaire, le maître de stage étant toujours soucieux de montrer le bon exemple.

Le patient est particulièrement intéressé par ce raisonnement scientifique explicité au stagiaire en sa présence ; qui lui permet de mieux comprendre sa pathologie et l'intérêt du traitement qui lui est proposé. Il est alors beaucoup plus attentif aux explications et plus réceptif aux conseils fournis. Cette explicitation à voix haute du raisonnement scientifique du médecin présente également l'avantage d'en montrer toute la complexité et fait ainsi prendre conscience au patient qu'il n'est pas forcément accessible à tous, notamment par une vulgaire recherche sur internet. Les trois protagonistes se trouvent ainsi enrichis de cette consultation triangulaire qui s'avère plaisante pour tous ! Certains maîtres de stage ont même décrit un réel bénéfice du stagiaire sur la vie du cabinet ; les échanges pédagogiques sur l'étudiant et sur son rôle au sein du cabinet ayant renforcé et amélioré la communication entre associés.

La présence du stagiaire accroît la qualité de la prise en charge des patients et de la consultation qui est alors appréciée, car intéressante et plaisante pour tous.

A l'ère d'une dégradation relationnelle avec les patients, unanimement regrettée, nous constatons que la consultation et la relation sont indéniablement bonifiées par la maîtrise de stage.

Il convient cependant de respecter certaines règles élémentaires, garanties nécessaires et suffisantes à une relation triangulaire sereine et bénéfique pour tous :

- L'accueil du stagiaire au sein du cabinet par le médecin généraliste est indispensable pour faciliter son intégration. Un système d'affiches peut être utilisé dans la salle d'attente pour signaler aux patients la présence d'un étudiant en formation aux côtés de leur médecin habituel. La secrétaire doit prévenir les patients, lors de la prise de rendez-vous. Enfin, la manière dont le médecin enseignant présentera le stagiaire sera déterminante sur l'image qu'il renverra aux patients et son acceptation. Le fait de présenter le stagiaire comme un « docteur » et de valoriser son travail aux yeux des patients, permettra à ces derniers d'attendre de l'étudiant une certaine compétence, similaire à celle de leur médecin habituel. De plus, si l'enseignant manifeste une certaine confiance envers le médecin novice, il en sera naturellement de même pour les patients.

- La deuxième règle consiste à toujours laisser le libre choix au patient de consulter ou non en présence du stagiaire. L'acceptation de l'étudiant sera renforcée par le fait qu'il n'est pas imposé au sein de la relation, mais librement accepté. Il convient de rester attentif aux quelques patients qui souhaiteront consulter leur médecin en toute intimité, devant le caractère très personnel ou délicat du motif de leur consultation.

- La troisième règle repose sur une supervision permanente du stagiaire, de manière directe ou indirecte. Cette supervision est bien sûr obligatoire, mais également rassurante pour le patient qui se sentira alors en toute sécurité avec l'étudiant, puisqu'il le saura chapeauté en permanence par son médecin.

Intronisation du stagiaire, libre choix du patient de sa présence à la consultation et supervision permanente sont les garants d'un stage bénéfique pour les trois protagonistes de la relation triangulaire.

g. Un gain de temps

Les maîtres de stage reconnaissent profiter d'un certain temps libre grâce à la présence de leur stagiaire qui assure une continuité des soins et gère le cabinet en leur absence.

L'étudiant peut épauler le maître de stage en cas de surcharge de travail, en consultant en parallèle de sa propre consultation, si les locaux du cabinet le permettent. Il peut aussi décharger le médecin d'une certaine partie de son travail et le rendre ainsi libre de vaquer à d'autres occupations. Cette organisation est autorisée par le règlement des stages, en phase d'autonomie complète, et souvent imposée par la disposition des locaux du cabinet. L'objectif du stage, notamment celui du SASPAS, est d'aboutir à l'autonomie du médecin en formation qui doit être capable de gérer seul le cabinet et les consultations. Le maître de stage doit donc effectuer une supervision indirecte qui impose qu'il ne soit pas présent aux côtés du stagiaire pendant ces périodes d'autonomie. Au prix parfois d'une certaine anxiété, à l'idée de déléguer son cabinet et de confier ses patients, le médecin peut alors réaliser d'autres activités, d'ordre professionnel ou personnel.

Du temps libre pour des activités professionnelles ou personnelles est octroyé au maître de stage, lors des phases d'autonomie complète du stagiaire qui assure alors la continuité des soins.

h. Un futur remplaçant

Les maîtres de stage se disent dénués de toute angoisse liée à la recherche éventuelle de remplaçants. Ils ont à disposition les stagiaires qui ont foulé le sol de leur cabinet, qu'ils connaissent parfaitement, qu'ils ont formés et en qui ils ont confiance. Ils se disent rassurés et apprécient de se faire remplacer par un ancien stagiaire qui ne risquera pas de les surprendre dans sa gestion du cabinet ou sa pratique, contrairement à des remplaçants inconnus.

Le travail de remplacement est également facilité pour les anciens stagiaires qui connaissent bien le cabinet, son fonctionnement, ainsi que la patientèle. Ils sont alors rassurés et plus à l'aise dans leur pratique, par rapport à un cabinet méconnu.

Les patients ne sont pas inquiets de consulter le remplaçant, en l'absence de leur médecin, et sont plutôt confiants puisqu'ils ont déjà été confrontés à lui au cours de son stage et le connaissent bien. Le remplacement du médecin par son ancien stagiaire se présente, pour les patients, comme une continuité logique à la formation réalisée au sein du cabinet.

Le remplacement du maître de stage par un ancien stagiaire
se fait en toute confiance pour le médecin.
Ceci est rassurant pour l'ancien étudiant qui exerce en terrain connu.
C'est aussi une continuité logique du stage pour les patients
qui se sentent alors en toute sécurité.

i. Une satisfaction personnelle

Les médecins interrogés se déclarent tout à fait satisfaits de leur fonction de maître de stage ; les bénéfices retirés contrebalançant largement, selon eux, les quelques contraintes et inconvénients parfois rencontrés. Les gratifications à enseigner sont en effet de divers ordres.

Le médecin se sent valorisé auprès de ses patients qui manifestent une certaine admiration de ses compétences, puisqu'elles semblent reconnues par la faculté comme dignes d'être transmises aux étudiants. Le médecin se sent également valorisé aux yeux des étudiants qui lui manifestent leur reconnaissance ; cette même reconnaissance qui fait de plus en plus défaut dans la relation aux patients. Le maître de stage savoure ainsi le sentiment d'utilité auprès des stagiaires dans la construction de leurs compétences et de leur identité professionnelle. L'estime de soi est par là même majorée, au contact de ces élèves débutants dans le métier qui, par comparaison, mettent en exergue l'étendue des compétences du médecin et l'ampleur du parcours professionnel réalisé jusqu'alors.

Le stagiaire peut apporter une écoute et un réconfort émotionnel qui font tant défaut aux médecins généralistes dans leur pratique quotidienne ; ceux-ci étant plus préoccupés à être eux-mêmes attentifs et disponibles pour leurs patients. L'étudiant peut représenter un réel soutien et une assistance concrète dans les difficultés professionnelles rencontrées. Ce sentiment d'être épaulé dans les épreuves contribue au bien-être psychique et évite l'épuisement émotionnel, par la décharge régulière des tensions internes.

L'enseignement renforce ainsi l'engagement dans la profession, en lui donnant un attrait supplémentaire et en créant un climat professionnel stimulant. L'exercice est rénové et la motivation, perpétuellement régénérée.

La maîtrise de stage, librement acceptée,
est source d'une réelle satisfaction personnelle,
par le biais de la rénovation de l'exercice quotidien,
de la valorisation personnelle et de l'augmentation de l'estime de soi.

3. Les différences constatées, imputables à la maîtrise de stage

Certains arguments avancés par les médecins sur les bénéfices retirés de leur fonction d'enseignant ont été confirmés par les différences constatées lors de l'analyse comparative des discours entre les maîtres de stage et les non-maîtres de stage.

L'objectif n'est pas de généraliser les résultats obtenus pour dichotomiser la profession en deux groupes, celui des maîtres de stage et celui des non-maîtres de stage, en leur attribuant des étiquettes respectives. Chaque médecin, qu'il soit ou non maître de stage, est empreint de sa propre personnalité, de ses propres attentes, de son propre univers professionnel et personnel, et de ses propres contraintes et difficultés ; autant de facteurs susceptibles d'interagir avec sa pratique de la médecine, permettant à eux seuls de justifier chaque orientation de carrière.

a. Les connaissances

La maîtrise de stage est un moteur indéniable d'enrichissement permanent des connaissances. Les médecins enseignants reconnaissent, comme leurs confrères non-maîtres de stage, que l'avancée dans l'exercice est source d'un appauvrissement des connaissances scientifiques, au profit de l'acquisition d'expérience, en termes de savoir-faire dans sa pratique et de savoir-être auprès de ses patients. Cependant, les maîtres de stage se disent progresser en permanence au niveau de leurs connaissances, contrairement aux non-maîtres de stage qui déplorent leur appauvrissement en ce domaine. En effet, la présence d'un étudiant en formation à ses côtés, détenteur d'un bagage scientifique emmagasiné récemment sur les bancs de la faculté, permet l'apport de connaissances nouvelles au médecin et l'oblige à une nécessaire remise à niveau pour garantir la qualité de la formation du stagiaire.

> La maîtrise de stage permet de lutter contre l'appauvrissement des connaissances médicales au cours de la carrière, par l'apport permanent d'un savoir médical scientifique récent, de la part des stagiaires.

b. La collaboration dans le quotidien de travail

Indépendamment du fait de travailler en cabinet de groupe ou de participer à des groupes de formation en dehors du cabinet, c'est plutôt la faculté à collaborer dans son travail quotidien qui s'est avérée plus présente chez les maîtres de stage.

Même si les médecins non-maîtres de stage reconnaissent les avantages du travail d'équipe, ils ne sont cependant pas forcément prêts à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Il n'est toujours pas question de généraliser, mais les médecins non-maîtres de stage se sont présentés comme beaucoup plus attachés à leur indépendance et à leur liberté individuelle, voyant en la collaboration un danger pour leur équilibre professionnel et personnel. Ils se sont avérés très fusionnels avec leur patientèle, rendant parfois impossible le partage de celle-ci avec d'autres médecins, que ceux-ci soient des associés dans un même cabinet, des remplaçants ou un utopique stagiaire.

Les non-maîtres de stage sont les seuls à avoir abordé les difficultés de l'association entre médecins en termes de concurrence, d'entrave à l'indépendance et parfois même d'échec de certaines associations. Ils sont également les seuls à avoir exprimé les contraintes de leur exercice solitaire, sans associé ni remplaçant au sein de leur cabinet. Ont été avancés : la surcharge de travail, les difficultés à prendre des vacances ou encore le manque de débriefing et ainsi la collaboration très fréquente du conjoint dans le travail quotidien pour le secrétariat, la comptabilité, le rangement…

Tout ceci n'a pas eu d'écho dans les discours des médecins enseignants qui présentent, quant à eux, un certain détachement par rapport à leur outil de travail, certes difficile à accepter, mais leur permettant un partage serein de leur quotidien professionnel, que ce soit avec des associés, des remplaçants ou des stagiaires. La collaboration facilite le partage de la charge de travail, simplifie les départs en vacances et permet des moments de débriefing, déchargeant ainsi le conjoint du médecin d'une certaine contribution professionnelle.

Il existe une prise de conscience de la part des maîtres de stage de la nécessaire évolution des conditions actuelles de travail, dans le but de faire face aux contraintes de l'exercice futur et d'intégrer les souhaits de la nouvelle génération de médecins généralistes. Les médecins enseignants ont exprimé la nécessité de trouver des solutions en termes de réorganisation du travail, notamment en zone rurale. Ils envisagent une délégation des tâches, un travail en collaboration, et sont à l'écoute des aspirations de la nouvelle génération, avec laquelle ils sont en prise directe dans le cadre de la maîtrise de stage et dont ils connaissent bien la conception du métier, les envies et les attentes.

La maîtrise de stage impose la faculté de collaborer
dans son quotidien de travail, par un certain degré de détachement,
permettant un partage serein de la charge de travail et de la patientèle,
tout en bénéficiant d'un réel soutien.

c. Le débriefing

Les maîtres de stage n'ont jamais exprimé une carence de débriefing dans leur exercice quotidien, contrairement aux non-maîtres de stage, qui ont très souvent regretté ce manque d'échanges dans leur pratique.

La conséquence directe est le retentissement de ce manque sur la vie personnelle du médecin, le conjoint étant beaucoup plus sollicité comme soutien moral, à l'issue d'une journée de travail émotionnellement chargée. Les conjoints ont été largement remerciés pour le réconfort apporté à toute épreuve. Mais n'étant pour la plupart pas médecins eux-mêmes, les praticiens se sont déclarés souffrir d'un manque de critique de leur prise de décision, sur laquelle ils ont parfois besoin d'être rassurés.

La maîtrise de stage comble la carence de communication et d'échanges dans le travail quotidien et évite ainsi une sollicitation excessive du conjoint dans les difficultés professionnelles.

d. Les remplaçants

Il s'est avéré évident que les maîtres de stage ne présentent aucune difficulté à trouver des remplaçants et donc à s'octroyer des jours de repos et de vacances, contrairement aux non-maîtres de stage pour qui le sujet est très épineux. Ces derniers déplorent la difficulté à être mis en relation avec le pool de remplaçants. Ils s'avouent déçus en termes de compétences et de respect des remplaçants, desquels ils craignent une différence de pratique et un retentissement négatif sur leur patientèle. Ces différents obstacles découragent les non-maîtres de stage qui abandonnent leur recherche de remplaçants et entravent ainsi directement leur capital de repos.

La maîtrise de stage met à disposition du médecin enseignant des remplaçants appréciés et de confiance, facilitant ainsi les jours d'absence qui peuvent être accordés de manière suffisante.

e. Le plaisir à travailler

Le plaisir à travailler et la satisfaction au travail sont des termes et des sentiments qui ont émané majoritairement des discours des maîtres de stage. Ils ont exprimé un réel enrichissement de leur travail, ainsi qu'un degré certain d'épanouissement personnel, notamment liés à la présence du stagiaire à leurs côtés. Ils ont élargi cette notion de plaisir au travail au fait de s'investir librement dans des activités différentes de la consultation, afin de dynamiser leur exercice et le renouveler en permanence, pour éviter la lassitude.

Ceci a été conforté par l'analyse comparative de la connotation des discours, à l'exclusion de la qualité de vie personnelle (cf graphiques n°7 et 8). L'entretien des maîtres de stage a une connotation positive pour plus de la moitié de leurs interventions et une connotation négative pour environ un tiers de leurs propos. Ceci est inversement proportionnel chez les non-maîtres de stage : la moitié de leur discours est à connotation négative, tandis qu'un tiers seulement de leurs interventions est à connotation positive.

Certains arguments concernant les aspects négatifs du métier n'ont été développés que par les non-maîtres de stage, comme la réelle dégradation des conditions de travail sur le plan administratif notamment ; tâches réalisées au détriment des patients. Les non-maîtres de stage ont été également les seuls à évoquer leur grande déception face au métier, en termes de manque de reconnaissance, de désillusions et de regrets ; les sacrifices réalisés jusqu'alors étant mal vécus, jusqu'à l'envie parfois de changer de métier.

La maîtrise de stage est un facteur de satisfaction au travail
par la reconnaissance, le sentiment d'accomplissement professionnel,
le confortement dans son choix de métier et le renouvellement permanent
de son exercice, générateur d'une dynamique nouvelle de travail et de vie.

f. La qualité de vie personnelle

La qualité de vie personnelle est un thème qui a été beaucoup plus abordé par les non-maîtres de stage (18% de la totalité du discours) que par les maîtres de stage (7%). Nous avons émis plusieurs hypothèses pour expliquer ce constat :

- Est-ce par pudeur ? Les maîtres de stage ont pu être gênés de s'exprimer sur leur vie personnelle, alors que l'entretien se déroulait dans un cadre professionnel. Les mêmes conditions étaient cependant réunies pour les différents groupes, qu'ils soient ou non maîtres de stage. Il n'y a donc pas vraiment de raison pour qu'une cause extérieure soit responsable du fait qu'un thème ait été moins abordé par certains groupes.

- Une autre hypothèse serait celle de l'absence de retentissement majeur du travail sur la vie privée des maîtres de stage et donc l'inutilité d'aborder le sujet. Cependant ce n'est pas ce qui émane du peu de propos qu'ils ont pu tenir sur le sujet où ils expriment les mêmes difficultés que les non-maîtres de stage à concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale, ainsi qu'un doute certain sur le partage de leur enthousiasme professionnel par leur famille.

- Une troisième hypothèse évoquée serait que l'investissement professionnel chez les maîtres de stage est tel qu'il fait passer la vie familiale au second plan. Il est une nouvelle fois question du juste équilibre à trouver entre ses activités professionnelles et personnelles, afin qu'elles soient toutes deux considérées et choyées, à l'origine d'un sentiment de bonheur et d'accomplissement personnel.

- Enfin, une dernière hypothèse serait que les maîtres de stage parlent peu d'une qualité de vie personnelle qui leur semble satisfaisante, sur laquelle ils n'ont donc pas besoin de s'épancher.

Le contenu des discours relatifs à la qualité de vie personnelle nous apporte la réponse. En effet, les deux groupes ont exprimé un certain retentissement de leur activité professionnelle sur leur vie personnelle et les conciliations nécessaires pour préserver leur qualité respective. Cependant les non-maîtres de stage ont beaucoup plus explicité les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans la lutte contre les aspects négatifs du métier, afin de préserver leur sérénité personnelle. Ils ont par ailleurs exprimé de manière plus prégnante le retentissement de ces difficultés professionnelles sur leur vie familiale et l'implication nécessaire de leur conjoint comme soutien majeur. Les maîtres de stage ont quant à eux expliqués de manière prépondérante leur épanouissement personnel et le gain en confort de vie, grâce à leur équilibre professionnel ; le retentissement familial étant très peu évoqué, comparativement aux non-maîtres de stage.

La maîtrise de stage réduit la contribution du conjoint dans le travail
et limite le retentissement des difficultés professionnelles
sur la vie personnelle du médecin.

4. Les différences constatées selon le lieu d'exercice

Les non-maîtres de stage de zone rurale ont exprimé de manière prépondérante les aspects négatifs de la qualité de vie professionnelle (57% du discours) par rapport aux non-maîtres de stage de zone urbaine (34% du discours). Les contraintes de l'exercice professionnel semblent ainsi différer selon le lieu d'installation. En zone rurale, elles sont présentées comme plus lourdes, car la pratique des médecins semble être impactée par la crise démographique médicale actuelle, contrairement à celle des médecins de zone urbaine.

Les deux groupes de maîtres de stage ont abordé le thème de l'enseignement de manière majoritaire (57% du discours en zone rurale, 71% en zone urbaine). Les maîtres de stage de zone rurale ont évoqué de manière plus importante les aspects positifs de la qualité de vie professionnelle (20% du discours), en comparaison à leurs confrères de zone urbaine (7% du discours). Ceux-ci expriment essentiellement leur qualité de vie professionnelle au travers de la présence du stagiaire qui influence considérablement leur exercice quotidien. A l'inverse, les maîtres de stage de zone rurale signalent d'autres activités qui impactent positivement leur qualité de vie professionnelle.

5. Les dynamiques de groupes et leur interprétation

L'analyse des connecteurs verbaux interactifs a permis de mettre en évidence les différentes interactions manifestées au sein des groupes, ainsi que les conditions de production du discours, dans le but d'affiner nos conclusions. Ainsi nos résultats ne résultent que des interactions en présence.

Les deux groupes de maîtres de stage présentent un discours dont la répartition des connecteurs verbaux est similaire. Elle diffère de la répartition de ceux-ci dans les groupes de non-maîtres de stage. Ceci implique que la maîtrise de stage est un facteur qui a influencé les interactions au sein des groupes. En analysant plus précisément la répartition des différents connecteurs, nous allons tenter de comprendre pourquoi.

a. Les dynamiques dans les groupes de non-maîtres de stage

Les deux « focus group » de non-maîtres de stage (les 1er et 3ème groupes sur le graphique n°21) comptent une nette majorité de connecteurs contre-argumentatifs, proportionnellement aux connecteurs argumentatifs. Ceci montre que ces groupes ont été, d'une manière générale, fréquemment dans l'opposition. Cependant, la proportion de connecteurs contre-argumentatifs est plus importante dans le premier « focus group ». Ils présentent tous deux un faible taux de connecteurs réévaluatifs. La différence principale entre ces deux groupes de non-maîtres de stage réside dans leur proportion de connecteurs consécutifs :

- Dans le premier « focus group » : Les médecins ont contredit les points de vue qui leur étaient présentés (fort taux de contre-argumentatifs). Ils ont très peu remis en cause les propos tenus (peu de réévaluatifs). Mais ils ont apporté beaucoup de conclusions aux déclarations avancées (proportion élevée de consécutifs).
- Dans le troisième « focus group » : Les médecins ont également contredit les points de vue qui leur étaient présentés, mais de façon moins importante (proportion moindre de contre-argumentatifs). Ils ont très peu remis en cause les propos tenus (peu de réévaluatifs) et ils ont apporté moins de conclusions aux déclarations avancées (proportion moindre de consécutifs).

Ainsi, le discours du premier groupe s'est davantage déployé sur la forme du débat que celui du troisième groupe. Pour expliquer cela, nous avançons plusieurs hypothèses :

- Le premier « focus group » a pu être empreint d'un conflit générationnel entre des jeunes installés et des médecins plus âgés. Les pratiques et les aspirations étant différentes, cela a pu entraîner l'expression d'opinions parfois clairement opposées. Ceci n'a pas été constaté dans les groupes de maîtres de stage, car ils faisaient partie de la même génération. Cela reste représentatif de la population des médecins généralistes enseignants. En effet, la maîtrise de stage n'est possible qu'après trois ans d'installation, mais elle n'est souvent envisagée par les médecins généralistes qu'après plusieurs années d'expérience professionnelle.

- Une autre hypothèse serait l'existence d'un phénomène marqué de « protection des faces » dans ce groupe (cf méthode V.2.).

Le troisième « focus group » a quant à lui été marqué par des interactions d'opposition différentes. Notre hypothèse suppose que cela est lié à la présence du cas particulier n°1, un médecin présentant un syndrome d'épuisement professionnel. Ainsi, les différents participants ont pu exprimer leur désaccord de deux manières :

- Soit ils ont clairement exprimé leur opposition, mais sans conclure réellement. Ils étaient probablement inhibés par ce discours aux connotations très négatives, générant une ambiance pesante.
- Soit ils ont exprimé leur opinion par une certaine remise en question des propos, au travers de reformulations. Celles-ci leur ont permis d'aller dans le sens de ce qui avait été dit, mais en le nuançant ; les propos très négatifs n'étant parfois que partiellement partagés.

b. Les dynamiques dans les groupes de maîtres de stage

Les deux « focus group » de maîtres de stage (le 2ème et le 4ème sur le graphique n°21) comptent un nombre de connecteurs argumentatifs et contre-argumentatifs en proportion moyenne. Ceci signale des débats équilibrés, en termes d'accord et de désaccord.

La principale différence entre ces deux groupes est leur nombre de connecteurs réévaluatifs qui est très important pour le quatrième groupe, au contraire du deuxième groupe. Dans ce groupe, le discours a été productif, car réévalué et repensé ; reflétant ainsi une grande proportion d'élaborations psychiques. Ses membres ont été particulièrement à l'écoute les uns des autres.

c. Leur interprétation

Ainsi la maîtrise de stage semble avoir été un facteur déterminant sur les interactions au sein des groupes. En effet, l'ensemble des maîtres de stage ont un discours dans l'ensemble similaire, sur les thèmes de la qualité de vie professionnelle et personnelle. A l'inverse, les interactions au sein des groupes de non-maîtres de stage ont pris davantage la forme de débats.

La connotation du discours étant majoritairement positive chez les maîtres de stage (cf graphique n°8), leur qualité de vie semble donc satisfaisante et ils s'accordent tous sur ce sujet. Il est évident que leur exercice présente des similitudes, puisqu'il est impacté au quotidien de la présence d'un stagiaire; contrairement aux non-maîtres de stage qui présentent des pratiques différentes devant l'absence d'un tel dénominateur commun.

Pour conforter pleinement cette hypothèse, il faudrait réaliser un travail supplémentaire. Il faudrait en effet définir avec précision la distribution des connecteurs sur les différents thèmes (qualité de vie professionnelle (aspects positifs et négatifs) et qualité de vie personnelle).

La maîtrise de stage est un sujet très présent dans le discours des médecins enseignants (57% de la totalité du discours) et va même jusqu'à être amalgamé avec l'exercice traditionnel dans le groupe de maîtres de stage de zone urbaine (71% de l'ensemble de leurs interventions). Ils n'évoquent en effet leur qualité de vie professionnelle qu'au travers de la présence du stagiaire qui impacte ainsi considérablement leur exercice quotidien.

Les maîtres de stage se retrouvent autour d'un état d'esprit commun
et d'un ressenti similaire du métier et de leur activité
clairement plaisante et satisfaisante, de par la présence du stagiaire.

Nous constatons que ceci est le cas à la fois pour les médecins enseignants exerçant en ville et également pour ceux exerçant en campagne qui présentent une qualité de vie similaire. Ce qui n'est pas le cas pour les médecins non-maîtres de stage qui semblent présenter une meilleure qualité de vie en ville. Comme nous l'avons déjà évoqué, la proportion du discours consacrée aux aspects négatifs du métier est beaucoup plus importante pour les médecins exerçant en zone rurale pour qui les contraintes du métier sont différentes, notamment en raison du problème de désertification médicale. Nous nuançons cependant ce résultat par le fait qu'un médecin présentait un syndrome d'épuisement professionnel dans ce groupe et a donc pu influencer négativement le discours.

Le stagiaire semble revaloriser la qualité de vie des médecins généralistes de campagne, leur permettant d'atteindre un niveau similaire à celui de leurs confrères de zone urbaine.

d. Quelques nuances : les cas particuliers

L'analyse individuelle des médecins a mis en évidence deux cas particuliers qui permettent de nuancer nos conclusions.

Le cas particulier n°1 est un médecin non-maître de stage qui présente un syndrome d'épuisement professionnel qui le démarque des autres participants. Il illustre notre hypothèse qui suppose que le stagiaire a un impact positif sur la qualité de vie du médecin généraliste enseignant et que la maîtrise de stage peut être un facteur protecteur de l'épuisement professionnel. Ce médecin n'est cependant pas représentatif du groupe des non-maîtres de stage ; nous ne pouvons donc pas extrapoler ce résultat à l'ensemble des non-maîtres de stage.

Ceci est conforté par la présence du cas particulier n°2, non-maître de stage également, qui s'est présenté comme un « cas déviant » pour notre étude, puisqu'il ne confirme pas nos hypothèses. Il présente en effet une excellente qualité de vie professionnelle et personnelle, sans être maître de stage. Il n'est également pas représentatif de l'ensemble des non-maîtres de stage et nous oblige ainsi à affiner notre propos, pour gagner en véracité. Nous rappelons tout de même que ce cas particulier appartenait au premier « focus group » pour lequel nous avons émis l'hypothèse d'un phénomène marqué de « protection des faces ».

Nous avons précédemment démontré que les maîtres de stage présentent, d'une manière générale, une très bonne qualité de vie. Mais notre cas déviant ne répond pas à cette hypothèse et démontre qu'il est possible de présenter une bonne qualité de vie, indépendamment de la maîtrise de stage. Ceci prouve que d'autres facteurs peuvent favoriser la qualité de vie. Nous nuancerons donc notre propos en présentant la maîtrise de stage, non comme l'unique condition, mais comme l'un des facteurs possibles d'amélioration de la qualité de vie des médecins généralistes.

La maîtrise de stage peut être un facteur protecteur
de l'épuisement professionnel, sans être cependant l'unique élément
contribuant à une bonne qualité de vie professionnelle et personnelle.

IV. QUELLES PISTES DE REFLEXION POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES ?

La réciprocité dans la relation éducative ne fait plus aucun doute. Cette relation particulière met en relation un enseignant et un élève, aux univers cognitifs et affectifs différents, aux vécus professionnels et personnels propres, et vient ainsi dynamiser la traditionnelle relation duelle médecin-patient. Elle est source pour le médecin généraliste de satisfaction et de plaisir au travail, par le biais du perfectionnement professionnel et de l'enrichissement personnel. Cependant, nous avons démontré que la maîtrise de stage peut présenter un enrichissement variable selon la personnalité du médecin. Celle-ci est donc importante à considérer, afin de garantir une expérience d'enseignement positive.

Par ailleurs, aux côtés de la maîtrise de stage, nous avons mis en évidence l'existence potentielle d'autres facteurs contribuant à une bonne qualité de vie des médecins généralistes. Ainsi, nous avons tenté de prolonger notre réflexion en élaborant des moyens de recrutement des maîtres de stage, en y intégrant nos différentes conclusions. Enfin, indépendamment de la maîtrise de stage, nous avons d'exploré d'autres pistes d'amélioration de la qualité de vie des médecins généralistes.

1. Comment promouvoir la maîtrise de stage et favoriser le recrutement de nouveaux prétendants ?

a. Des prétendants assurés

L'intérêt des stages de médecine générale et leur valeur pédagogique est unanimement reconnue que ce soit par les médecins généralistes, maîtres de stage ou non, les étudiants en médecine et même les patients. Chacun apprécie cette formation efficiente, adaptée à l'exercice futur. De plus, l'envie de transmettre et de pérenniser ainsi son savoir est un élément commun à l'ensemble des médecins. La plupart des praticiens non-maîtres de stage se disent tentés par cette nouvelle expérience. Il y a donc sans aucun doute des prétendants spontanés à la maîtrise de stage. Alors, quelles contraintes empêchent la concrétisation de l'engagement ? Ces facteurs sont-ils maîtrisables ?

b. Ecouter, informer et rassurer

Les médecins généralistes non-maîtres de stage ont exprimé leurs réticences à s'engager dans l'enseignement. Nous avons fait la preuve que ces inquiétudes sont pour la plupart infondées ; d'autres sont, quant à elles, exagérées. Nous avons également fait le constat d'un manque d'information des médecins sur les modalités pratiques des stages ou encore les démarches à accomplir pour l'obtention de la licence de maître de stage. De même, les médecins ne semblent pas être suffisamment en contact avec les maîtres de stage ce qui les prive du partage d'expériences d'enseignement positives. Les médecins nous ont fait part de leurs difficultés à conceptualiser un stage qu'ils n'ont pas vécu personnellement. Ceci sera amené à se modifier dans les années à venir puisque, pour l'ensemble des médecins généralistes de demain, le stage chez le praticien aura été obligatoire. Ainsi, il est donc indispensable :

- D'être à l'écoute des non-maîtres de stage, afin d'entendre leurs réticences face à l'enseignement : pour en démontrer l'absence de fondement, si tel est le cas, ou nuancer des craintes qui s'avèrent légitimes, mais exagérées.
- D'informer les médecins sur les modalités pratiques des stages, les compétences requises pour le praticien, la formation à la pédagogie médicale, les démarches à accomplir ; tout en répondant aux différents questionnements pratiques.
- De rassurer les non-maîtres de stage en leur exposant de manière honnête et juste : l'ensemble des avantages et aspects positifs de l'enseignement, sans en négliger les aspects négatifs qui s'avèrent cependant minoritaires en comparaison des bénéfices retirés. Le partage d'expériences positives est essentiel à la valorisation de l'enseignement et à la réassurance des médecins ; maîtres de stage, stagiaires et patients pouvant témoigner de leur vécu respectif.

Ces différentes pistes de promotion de la maîtrise de stage peuvent être concrétisées au décours de soirées d'information, de reportages télévisuelles ou encore de brochures informatives. Un stage pratique au cabinet de médecins maîtres de stage peut être également envisagé, afin de faire découvrir aux éventuels prétendants l'organisation et le déroulement concret d'une journée d'enseignement.

c. Signaler les prérequis à une expérience d'enseignement positive

Nous avons mis en évidence certaines conditions nécessaires à une maîtrise de stage de qualité et plaisante pour tous. Il convient d'en informer les prétendants à l'enseignement, pour permettre un recrutement efficient de médecins dont l'engagement serait ainsi éclairé. L'objectif est d'optimiser le nombre d'expériences positives et implicitement de limiter les expérimentations négatives.

Pour garantir une expérience positive, il est indispensable :

- D'être convaincu de l'intérêt et de la richesse de son métier et d'en apprécier les différents savoirs à transmettre.
- De comprendre sa propre personnalité et redéfinir ses aspirations personnelles, pour savoir si elles sont compatibles avec la maîtrise de stage. Comme nous l'avons décrit précédemment, une personnalité très anxieuse, solitaire ou individualiste, aux rapports fusionnels avec sa patientèle risquerait de ne pas tirer bénéfice d'une telle expérience.
- D'analyser et maîtriser son outil de travail, afin de trouver un équilibre individuel entre la maîtrise de stage et son activité traditionnelle, en termes d'organisation, de temps et d'envies.

Ces prérequis peuvent être simplement signalés aux prétendants à la maîtrise de stage ou intégrés dans un questionnaire. Son objectif serait de déterminer si le médecin présente un profil compatible avec une maîtrise de stage épanouissante pour l'ensemble des protagonistes. Il pourrait aussi susciter une réflexion individuelle sur sa propre personnalité, sa propre pratique et ses propres aspirations et l'engager vers la maîtrise de stage, même s'il n'en présentait pas le profil initialement.

2. Y a t-il d'autres voies pour prétendre au réenchantement professionnel ?

Nous avons démontré que la maîtrise de stage ne représente que l'une des voies potentielles du réenchantement professionnel. Sans essayer de déterminer de manière exhaustive l'ensemble des autres voies possibles, nous nous sommes questionnés sur la démarche générale qui offre l'accès à cette rénovation de l'exercice quotidien.

a. Un défi ardu : la rénovation de son identité professionnelle

L'univers professionnel n'est pas figé. Il peut évoluer au cours de la carrière au fil des progressions et des aspirations qui imposent des adaptations perpétuelles. Des phénomènes d'usure et de saturation, face aux contraintes de l'exercice actuel, peuvent engendrer un déclin de la motivation au travail et faire naître le désir d'un renouvellement de la pratique professionnelle.

> *« Apparaît (…), au-devant de la scène, l'attention de ces praticiens à « trouver » et à mettre en place une pratique qui leur convient, où les difficultés et les désavantages actuels du métier sont gérés de manière à les rendre supportables, voire à les transformer en éléments dignes d'intérêt et vecteurs de réenchantement. »* [116]

Le défi à relever est facilité par l'activité libérale qui offre la possibilité d'une maîtrise de son outil de travail et d'une relative autonomie. C'est une chance, mais la tâche reste complexe. Une analyse approfondie de sa propre pratique et de ses aspirations profondes s'avère indispensable. L'exercice doit être reconsidéré, en élargissant son propre champ de vision à des domaines non envisagés jusqu'alors. Ses priorités doivent être reprécisées, afin de sélectionner ses préoccupations essentielles, nécessaires à la pratique d'une médecine qui nous ressemble et qui nous plaît. Une certaine prise de recul par rapport aux contraintes du métier et aux demandes systématiques des patients de soutien relationnel s'avère primordiale, afin d'éviter les phénomènes d'épuisement et d'usure.

L'objectif est de prétendre à une activité professionnelle épanouissante, en tirant bénéfice d'une activité personnalisée.

b. Un élément déterminant : la motivation au travail [117]

Sur le plan individuel, la motivation serait le principal facteur de la performance au travail, non pas au sens exclusif de rendement, mais surtout de travail bien fait, aux mieux de ses capacités.

L'étude de la motivation au travail fait l'objet de nombreuses théories et controverses qui arrivent cependant à se compléter et à s'agencer de manière cohérente :

- La motivation correspond à l'ensemble des efforts déployés dans le cadre du travail, dirigés avec intensité et de manière persistante, vers des objectifs attendus.
- A cela s'ajoute la notion de motivation intrinsèque, qui répond à la théorie de la satisfaction de ses propres besoins. Elle représente les forces inhérentes à chacun qui incitent à effectuer des tâches volontairement, par intérêt pour elles-mêmes et pour le plaisir et la satisfaction qui en sont retirés.
- Enfin, le sentiment de justice au travail naît d'une adéquation entre l'investissement réalisé et les avantages et bénéfices retirés. Un juste équilibre est ainsi nécessaire.

La motivation est donc variable selon les affects et les dispositions personnelles. Elle dépend également du contexte professionnel, en termes de configuration et de climat général de travail. L'ambiance professionnelle est un déterminant essentiel de la motivation, par le biais de la qualité des relations tissées avec les collègues et le mode d'organisation. La possibilité de libre choix et d'autonomie dans la prise de décision, la chance de pouvoir exercer ses compétences et de les développer, tout en bénéficiant de « feed-back » enrichissants sur sa pratique, représentent les plus forts éléments de motivation.

Ainsi nous nous demandons comment entretenir la motivation au travail ? Elle est inhérente à l'activité de généraliste qui offre de nombreux atouts motivationnels. A chacun d'entretenir et de maîtriser ces forces incitatrices, afin qu'elles l'emportent sur les forces consommatrices du métier.

c. Une pièce maîtresse : l'altérité

Le travail en collaboration, sous toutes ses formes, a été particulièrement plébiscité par les médecins généralistes, convaincus de retirer un réel bénéfice de ces diverses confrontations professionnelles.

Chacun est en effet le fruit des différentes rencontres qui l'ont façonné depuis sa naissance. Tel est le cas également dans la construction professionnelle. L'enrichissement, qu'il soit personnel ou professionnel, est ainsi directement corrélé à la capacité de chacun de permettre les rencontres et de faire en sorte qu'elles soient constructives.

La tâche n'est à nouveau pas simple. Il faut tout d'abord surmonter la crainte initiale de la divergence de l'autre, ainsi que la pulsion naturelle compétitive et destructrice, face à ce qui diffère et dérange par sa singularité ; afin de pouvoir aspirer à une construction réciproque :

> *« La seule réalité humaine sérieuse, c'est qu'il me faut profiter de la différence avec l'autre pour m'enrichir, pour me construire. Il faut donc remplacer la culture de la compétition par une culture de l'émulation. »*[118]

Albert Jacquard

L'autre nous permet de prendre conscience de qui nous sommes réellement. Il incite au dialogue et au voyage. Il bouscule l'existence et lui donne du relief par son univers divergent ; sa rencontre n'empêchant nullement la liberté de pensée et le libre arbitre.

L'autre est ainsi un véritable émulateur, un stimulant, permettant d'exercer ses propres capacités ; leur donnant une raison d'exister et octroyant leur développement et leur enrichissement perpétuels.

d. Un merveilleux privilège : le bonheur au travail

« Réconcilier le bonheur et le travail revient donc aussi à réconcilier la cigale et la fourmi, en permettant à la personne de concilier l'impératif de l'efficacité avec celui du plaisir. » [119]

Pour reprendre la métaphore de Philippe Laurent, philosophe de formation et coach individuel en entreprise, comment faire se rencontrer la fourmi qui travaille sans cesse, avec peine, sérieux et efficacité, sans se poser de questions ; et la cigale qui, quant à elle, chante de manière insouciante, sans se donner la peine du labeur, en profitant de la vie de manière égoïste et instantanée ?

Ainsi, comment prétendre à l'épanouissement et au bien-être professionnels, tout en assurant un travail de qualité ? Il n'y a pas de recette magique applicable à tous, mais seulement une partition personnelle que chacun doit composer et interpréter à sa façon. Chacun est en effet acteur de son propre bonheur au travail[120]. Une prise de conscience ainsi qu'une réflexion individuelle doivent naître. Il faut s'autoriser tout d'abord à goûter au plaisir au travail et à penser à soi, en s'interdisant de subir de manière fataliste son environnement professionnel, dont chacun est cependant tributaire.

Le bonheur au travail passe par la jouissance du respect, de la reconnaissance, de la valorisation, du sentiment d'utilité ou encore d'intérêt pour son activité. A chacun de diminuer l'écart constaté entre ses envies professionnelles et la réalité ; tout en y intégrant sa vie personnelle, afin d'en retirer un équilibre satisfaisant. A chacun de créer une dynamique de projet professionnel en respectant ses désirs profonds, en exploitant sa créativité et en se découvrant de nouveaux talents, source d'intérêts et de bénéfices inédits. La démarche est ainsi individuelle et doit se libérer de toute méthode universelle et impersonnelle, afin d'être en adéquation avec ses propres aspirations, tout en sachant intégrer l'opinion de son entourage, pour pouvoir bénéficier d'un respect mutuel.

« Celui qui est sur la bonne voie est celui qui cherche à répondre à ses propres aspirations en écoutant et respectant celles des autres. » [121]

CONCLUSION

Promouvoir la médecine générale, défendre l'avenir de la profession, développer les stages de médecine générale en qualité et en quantité et réconcilier les médecins généralistes avec le plaisir au travail… Notre objectif a pu paraître ambitieux ! Cependant, comme nous l'avions soupçonné, la maîtrise de stage s'est avérée comme capable, à elle seule, d'accomplir cette mission.

Notre analyse comparative des entretiens des maîtres de stage et des non-maîtres de stage a mis en évidence certaines similitudes dans le ressenti actuel du métier. Ceci nous a permis de mieux cerner les différentes contraintes de la profession, comme ses nombreux atouts.

L'analyse des différences observées dans les discours est bien sûr multifactorielle, mais nous avons ciblé uniquement celles imputables à la fonction d'enseignant. La maîtrise de stage impose aux médecins certaines adaptations et présente certaines contraintes, mais celles-ci ne suffisent pas à contrebalancer les bénéfices retirés de ce nouveau rôle. Les maîtres de stage considèrent l'enseignement comme une réelle « plus-value » pour l'ensemble des protagonistes de la relation triangulaire. Les étudiants découvrent toute la richesse de leur futur exercice et bénéficient d'un apprentissage idéal sur le terrain. La spécialité est ainsi revalorisée, les vocations, confortées et les installations en médecine générale, rassurées. Les patients apprécient la présence de ce jeune docteur en formation et considèrent leur prise en charge améliorée, tout en profitant d'une consultation agréable.

Quant aux médecins, ils bénéficient d'un certain perfectionnement professionnel, par l'enrichissement permanent de leurs connaissances et la remise en cause continuelle de leur pratique. Cette rencontre humaine est également source d'un réel enrichissement personnel par la valorisation et l'augmentation de l'estime de soi. Les différents échanges et les moments de partage favorisent le soutien émotionnel et le plaisir au travail, limitant ainsi le retentissement des difficultés professionnelles sur la vie personnelle du médecin. La maîtrise de stage donne alors un nouvel attrait à la pratique quotidienne, qui se trouve perpétuellement enrichie et dynamisée par une rénovation continuelle. Même si elle ne représente que l'un des facteurs contribuant à une bonne qualité de vie, la maîtrise de stage propulse tout de même le médecin sur la voie du réenchantement professionnel.

Cependant, cette étude qualitative ne permet pas d'affirmer ces conclusions. La preuve pourrait être apportée par une étude complémentaire, démonstrative et prospective, portant sur des nouveaux maîtres de stage. Elle réaliserait une comparaison de leur qualité de vie avant et après l'engagement dans cette fonction d'enseignant, à l'aide d'outils de mesure de qualité de vie psychométriques standardisés.

Conscients des atouts de la maîtrise de stage, les prétendants à l'enseignement existent ; mais ils sont freinés dans leur engagement par une méconnaissance de la fonction et par de nombreuses craintes, pour la majorité infondées. Le recrutement de nouveaux candidats impose donc l'écoute attentive de leurs appréhensions, leur information adaptée et leur réassurance par le partage d'expériences positives. Cependant le respect de certains prérequis s'avère indispensable à un vécu de l'enseignement enrichissant et plaisant.

La redécouverte du bien-être au travail passe indéniablement par la rénovation de l'activité quotidienne. Pour être appréciée, celle-ci se doit d'être personnalisée, afin d'être en adéquation avec ses aspirations les plus profondes. Pour être aussi épanouissante, elle se doit d'être équilibrée, afin d'octroyer une conciliation satisfaisante entre vie professionnelle et vie privée.

Ainsi, exercer la médecine générale de nos jours n'est peut-être pas chose facile, mais cela reste une vraie chance. Les diverses richesses inhérentes au métier et ses nombreux atouts motivationnels peuvent être, en effet, perpétuellement étoffés, par des activités annexes fortement émulatrices.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau n°1 : Composition du 1er « focus group » : Non-maîtres de stage sur Nancy_____p 165

Tableau n°2 : Composition du 2ème « focus group » : Maîtres de stage sur Bar-le-Duc_____p 166

Tableau n°3 : Composition du 3ème « focus group » : Non-maîtres de stage sur Bar-le-Duc_____p 167

Tableau n°4 : Composition du 4ème « focus group » : Maîtres de stage sur Nancy_____p 168

Graphique n°1 : « Focus group » 1 : Production discursive et répartition thématique_____p 169

Graphique n°2 : « Focus group » 2 : Production discursive et répartition thématique_____p 170

Graphique n°3 : « Focus group » 3 : Production discursive et répartition thématique_____p 171

Graphique n°4 : « Focus group » 4 : Production discursive et répartition thématique_____p 172

Graphique n°5 : Les non-maîtres de stage : Production discursive et répartition thématique_____p 173

Graphique n°6 : Les maîtres de stage : Production discursive et répartition thématique_____p 174

Graphique n°7 : Les non-maîtres de stage : Répartition discursive selon sa connotation positive ou négative_____p 175

Graphique n°8 : Les maîtres de stage : Répartition discursive selon sa connotation positive ou négative_____p 176

Graphique n°9 : La qualité de vie professionnelle, aspects positifs. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 177

Graphique n°10 : La qualité de vie professionnelle, aspects négatifs. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 184

Graphique n°11 : La qualité de vie personnelle. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 196

Graphique n°12 : L'enseignement, apports sur le plan professionnel. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 203

Graphique n°13 : L'enseignement, aspects négatifs. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 209

Graphique n°14 : L'enseignement, apports sur le plan personnel. Les non-maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 215

Graphique n°15 : La qualité de vie professionnelle, aspects positifs. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 217

Graphique n°16 : La qualité de vie professionnelle, aspects négatifs. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 224

Graphique n°17 : La qualité de vie personnelle. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 234

Graphique n°18 : L'enseignement, apports sur le plan professionnel. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 238

Graphique n°19 : L'enseignement, aspects négatifs. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 252

Graphique n°20 : L'enseignement, apports sur le plan personnel. Les maîtres de stage : production discursive et répartition thématique_____p 259

Graphique n°21 : Production et répartition des connecteurs interactifs des quatre « focus group » (thématiques qualité de vie professionnelle et personnelle)_____p 263

Figure n°1 : La relation triangulaire : un bénéfice pour tous_____p 302

LISTE DES ABBREVIATIONS

ANEMF Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARS Agence Régionale de Santé

ASALEE Action de SAnté Libérale En Equipe

CD Compact Disc

CNGE Collège Nationale des Généralistes Enseignants

DCEM Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DU Diplôme Universitaire

DUMG Département Universitaire de Médecine Générale

ECA-MSU Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage Universitaire

ECN Epreuves Classantes Nationales

EPU Enseignement Post Universitaire

FMC Formation Médicale Continue

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISNAR-IMG Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MBI Maslach burn out Inventory

PAIMM Programme d'Attention Intégral pour le Médecin Malade

PCEM Premier Cycle des Etudes Médicales

PMI Protection Maternelle et Infantile

SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SEPS Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants

UEMO Union Européenne des Médecins Omnipraticiens

URML Union Régionale des Médecins Libéraux

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

BIBLIOGRAPHIE

[1] Char R. Le Marteau sans maître : Commune présence. Œuvres complètes. Dijon : Gallimard, 1983. p80.

[2] Juilhard J-M. Sénat. Rapport d'information fait au nom de la Comission des Affaires Sociales sur la démographie médicale. n°14. Session ordinaire de 2007-2008. p9-22.

[3] Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. INSEE. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? La France et ses régions, édition 2010. p65-77.

[4] Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. INSEE. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? La France et ses régions, édition 2010. p66.

[5] Langlois J. Ordre National des Médecins. La démographie médicale future. Mesures proposées par l'Ordre des Médecins. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 14 décembre 2001. 22p.

[6] Peltier M. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. La Démographie médicale. 2010. p3-8.

[7] Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand Olivier. Désirs et attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. 2007. 15p. Disponible à partir de : URL : <www.legeneraliste.fr/PDFs/Autres/2425-etude-827-internes.pdf>

[8] Hermange M-T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisance D. Académie Nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008. p3.

[9] Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris : Anthropos-Economica, 1994. p21.

[10] Hermange M-T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisance D. Académie Nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008. p4.

[11] Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, Bastiaens H, Duchesnes C, Lynn R, De Maeseneer J, Violet I, Goedhuys J, Soto Rojas V, Paulus D. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? KCE reports 90B. Belgique, 2008. p4-5.

[12] Hermange M-T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisance D. Académie Nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008. p5.

[13] WONCA Europe. La définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille. 2002. p37.

[14] Hermange M-T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisance D. Académie Nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008. 12p.

[15] Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, Bastiaens H, Duchesnes C, Lynn R, De Maeseneer J, Violet I, Goedhuys J, Soto Rojas V, Paulus D. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? KCE reports 90B. Belgique, 2008. 9p.

[16] Juilhard J-M. Sénat. Rapport d'information fait au nom de la Comission des Affaires Sociales sur la démographie médicale. N°14. Session ordinaire de 2007-2008. 44p.

[17] Soulier E, Grenier C, Lewkowicz M. La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2005 ; 1 : 53-61.

[18] Murray E, Modell M. Community-based teaching : the challenges. Br J Gen Pract 1999 ; 49 : 395-8.

[19] WONCA Europe. La définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille. 2002. p44-46.

[20] Conseil de l'Europe, Comité des ministres. L'omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation. Résolution (77)30. Septembre 1977. p2.

[21] Druais P-L. Enseignant clinicien, maître de stage de médecine générale : transmettre sa pratique au cabinet médical. CNGE, 30 mars 2010.

[22] Ambroise-Thomas P. Académie Nationale de Médecine. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Rapport adopté le 10 mai 2011. 4p.

[23] Braun-Neves C. Être ou ne pas être généraliste : Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la Faculté René Descartes. 165p. Th : Med : Paris V : 2005 ; N°2005PA05N102.

[24] Ducrey Crettenand N, Pilet F. Formation post-graduée au cabinet du praticien. Rev Med Suisse Romande 2003 ; 123 : 539-40.

[25] Bischoff T. Institut Universitaire de Médecine Générale de Lausanne : L'enseignement nous concerne tous ! Prim Care 2007 ; 38 : 589-90.

[26] Coroller P, Hingant E. URML de Bretagne. Généralistes et spécialistes, devenez maîtres de stage. 1p. Disponible à partir de : URL : <www.urml-bretagne.fr/uploads/…/Devenez_Maitre_de_stage_01.pdf>

[27] ANEMF, ISNAR-IMG. Campagne de recrutement des maîtres de stage en médecine générale, 2009. Disponible à partir de : URL: <www.anemf.org/>

[28] Malbrunot JL, Vallée J. Enseignant Clinicien Ambulatoire : non merci ! : Représentations et réticences des médecins généralistes envers la fonction d'ECA. 72f. Th : Med : Saint-Etienne : 2010 ; N°2010STET6228.

[29] Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS ? 99f. Th : Med : Paris : 2010 ; N°2010PA07M004.

[30] Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors de la consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? 107f. Th : Med : Paris VI : 2002 ; N°2002PA062001.

[31] Belhache A. Enquêtes sur le stage chez le praticien : motivation et recrutement de nouveaux maîtres de stage. 127f. Th : Med : Rouen : 1999 ; N°1999ROUEM113.

[32] Laurent D. Evaluation d'une réunion d'information des internes de médecine générale lorrains sur le SASPAS. 122p. Th : Med : Nancy : 2009 ; N°2009NAN11021.

[33] Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. Sociologie du travail 1983 ; 3 : 275-94.

[34] Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Th : Med : Rennes : 2007.

[35] Renard V. CNGE formation. Initiation à la maîtrise de stage S1S2. Nancy, 2009.

[36] CNGE. Guide Pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Vol 1. Paris : Éditions scientifiques, 2007. 93p.

[37] CNGE. Guide Pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Vol 2. Fonctions de l'ECA en maîtrise de stage (stage ambulatoire de niveau 1). Paris : Éditions scientifiques, 2008. 95p.

[38] CNGE. Guide Pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Vol 3. Fonctions de l'ECA en stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS, niveau 2). Paris : Éditions scientifiques, 2010. 92p.

[39] CNGE. Catalogue annuel des formations 2011. Disponible à partir de : URL : <http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=1101>

[40] Postic M. La relation éducative. Paris : PUF, 1988. p22.

[41] Gauthier C, Tardif M. La Pédagogie : Théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours. Montréal : Gaëtan Morin Editeur, 1996. 398p.

[42] Greenspan S. L'esprit qui apprend : affectivité et intelligence. Paris : Editions Odile Jacob, 1998. p229-48.

[43] Steiner G, Ladjali C. Éloge de la transmission – Le maître et l'élève. Paris: Editions Albin Michel, 2003. 141p.

[44] Postic M. La relation éducative. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. 324p.

[45] Labelle J-M. La réciprocité éducative. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. 301p.

[46] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. p185.

[47] Steiner G, Ladjali C. Éloge de la transmission – Le maître et l'élève. Paris: Editions Albin Michel, 2003. p49.

[48] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. 204p.

[49] Benjamin W. Ecrits français, bibliothèque des idées. Paris : Editions Gallimard, 1991. p209.

[50] Rancière J. Le maître ignorant – Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle. Paris : Editions 10/18, 1987. 234p.

[51] Malglaive G. Enseigner à des adultes – Travail et Pédagogie. Paris : Presses Universitaires de France, 1990. 285p.

[52] Boutte J-L. Transmission de savoir-faire : Réciprocité de la relation éducative Expert-Novice. Paris : L'Harmattan, 2007. 245p.

[53] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. p140.

[54] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. p28.

[55] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. p140.

[56] Steiner G, Ladjali C. Éloge de la transmission – Le maître et l'élève. Paris: Editions Albin Michel, 2003. p111.

[57] Labelle J-M. La réciprocité éducative. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. p145.

[58] Boutte J-L. Transmission de savoir faire : Réciprocité de la relation éducative Expert-Novice. Paris : L'Harmattan, 2007. p223-4.

[59] Steiner G. Maîtres et disciples. Paris : Editions Gallimard, 2003. p12.

[60] Rancière J. Le maître ignorant – Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle. Paris : Editions 10/18, 1987. p120-2.

[61] Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie Médicale 2002 ; 1 : 33-7.

[62] Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale 2001 ; 3 : 163-9.

[63] Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales 2005 ; 1 : 103-25.

[64] Samuelson M. Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Pour un référentiel métier du médecin généraliste : Rénover l'enseignement de la Médecine Générale. Documents de recherche de la Société française de médecine générale, n°48, 1997. 90p.

[65] Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Pédagogie Médicale 2003 ; 3 : 163-75.

[66] Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie médicale 2005 ; 2 : 98-111.

[67] Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (2ème partie). Pédagogie Médicale 2001 ; 4 : 235-41.

[68] Whoqol Group (Geneva). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality Life Research* 1993 ; 2 : 153-9.

[69] Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : quels outils de mesure ? 27ème journée de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire. Deauville, novembre 2005. p418-23.

[70] Falissard B. Valeur scientifique des mesures de qualité de vie et autres mesures subjectives réalisées en recherche clinique ? E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2004, 3 (1), p19-23.

[71] Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine 2008 ; 89-93.

[72] Thiébaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. 179f. Th : Med : Nancy : 2003 ; N°2003NAN11075.

[73] Haute Autorité de Santé – Qualité de vie au travail. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-…>

[74] Pestiaux D, Vanwelde C. Devenir médecin généraliste – Et le bonheur, dans tout cela ? Le Médecin de famille canadien 2007 ; 53 : 391-2.

[75] Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : De l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson, 1998. p47-76.

[76] Truchot D. Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Dunod, 2004. 265p.

[77] Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau *Sentinelles*. 59p. Th : Med : Paris V : 2007. p17.

[78] Loriol M, Weller J-M. Contrôle de soi et juste distance au malade. Dans : Le burn out. Quand s'ouvrent les portes du vide… Santé conjuguée 2005 ; 32 : 44-51.

[79] Schepens F. Note de lecture de : Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. Paris : INRA Editions, 2003. Revue pluridisciplinaire en sciences humaines 2005 ; 1 : 164-6.

[80] Rioux A. L'épuisement professionnel selon Freudenberger. La bibliothèque de psychologie de Psycho-Ressources. 1996. 5p. Disponible à partir de : URL : <http://www.psycho-ressources.com/bibli/epuisement.html>

[81] Hatier C. FMC : Le burn out des Médecins Généralistes. Verdun, 2009.

[82] Mitaine L, Adiceom F, Colombat P. Face à la fin de vie, le syndrome d'épuisement professionnel. La Revue du Praticien - Médecine Générale 1998 ; 428 : 22-5.

[83] Galam E. Burn out des médecins libéraux. 3ème partie : Des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine 2008 : 43-6.

[84] Gautier I. Burn out des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris, mars 2003, n°86, 6p.

[85] Galam E. Le burn out des médecins libéraux. Le généraliste 2007 ; 2400 , cahier central : 1-4.

[86] Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau *Sentinelles*. 59p. Th : Med : Paris V : 2007.

[87] Mouries R, Galam E. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. Commission Prévention et Santé Publique. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. 2007. p26.

[88] Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C, Montaut A. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats 2010 ; 731 : 8p.

[89] Guinaud M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. 79f. Th : Med : Paris XII : 2006 ; N°2006PA121033.

[90] Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : De l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson, 1998. p79-131.

[91] Freudenberger H. L'épuisement professionnel : La brûlure interne. Québec : Gaëtan Morin Editeur, 1987. 190p.

[92] Lazure H. Vivre la relation d'aide. Québec : Décarie Editeur, 1987. 192p.

[93] Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : De l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson, 1998. p130.

[94] Galam E. Stress professionnel des médecins : comment y remédier ? Revue du Praticien - Médecine Générale 2005 ; 704/705 : 1097-8.

[95] Jones R.A., Méthodes de recherche en sciences humaines. Paris: De Boeck Université, 1999. 336p.

[96] Mucchielli R. L'interview de groupe. Paris : Editions sociales françaises, Collection Formation permanente en sciences humaines, 1996. 162p.

[97] Blanchet A, Gotman A. L'Enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Nathan, 2001. 128p.

[98] Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. Recherche en médecine générale : S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien - Médecine générale 2004 ; 645 : 382-4.

[99] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : PUF, 2011. p189.

[100] Barrier G. La communication non verbale. Comprendre les gestes : perception et signification. Collection formation permanente. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 1996. 192p.

[101] Colletta J-M. Communication non verbale et parole multimodale : quelles implications didactiques ? Article pour Le Français dans le Monde, octobre 2004, 8p.

[102] Cosnier J. Les gestes du dialogue, la communication non verbale. Psychologie de la motivation 1996 ; 21 : 129-38.

[103] Winckler M. Qu'est-ce que la communication non verbale ? 2005. 3p. Disponible à partir de : URL : <http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=461>

[104] Duchesne S, Haegel F. L'Enquête et ses méthodes : L'Entretien collectif. Paris : Armand Colin, 2009. p81.

[105] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : PUF, 2011. 291p.

[106] Martel G. Département de langues, linguistique et traduction, faculté de lettres, Université Laval. Les connecteurs : problèmes particuliers à l'analyse différentielle de discours. Langues et linguistiques 1991 ; 17 : 159-67.

[107] Roulet E, Auchlin A, Moeschler J, Rubattel C, Schelling M. L'articulation du discours en français contemporain. Berne: P. Lang, 1987. p111.

[108] Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne : 1. La présentation de soi. Paris : Minuit, 1973. p23.

[109] Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches qualitatives, hors série n°3. Actes du colloque Bilan et Prospectives de la recherche qualitative, 2007, p243-72.

[110] Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : PUF, 2011. p178.

[111] Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Atlas de la démographie médicale en région Lorraine. Situation au 1er Janvier 2009. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Lorraine_0.pdf?...1>

[112] DUMG Nancy. Liste des maîtres de stage de médecine générale de la faculté de Nancy. Juin 2011.

[113] Batt M, Trognon A. Les entretiens cliniques de groupe. Dans : Grossen M, Salazar Orvig A. L'entretien clinique en pratiques: Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène. Paris: Editions Belin, 2006. p67-87.

[114] Kaufmann J-C. L'Enquête et ses méthodes : L'Entretien compréhensif. Paris : Armand Colin, 2007. 127p.

[115] Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors de la consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? 107f. Th : Med : Paris VI : 2002 ; N°2002PA062001.

[116] Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris : Anthropos-Economica, 1994. p204.

[117] Roussel P. La motivation au travail – Concepts et théories. Les notes du Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi. Unité mixte de recherche CNRS - Université de Toulouse 1. Note n°326, octobre 2000.

[118] Jacquard A. Rencontrer l'autre. Intervention prononcée au Congrès du Mouvement de la Paix, en France, le 11 novembre 2005. Disponible à partir de : URL : <www.institutidrp.org/contributionsidrp/rencontrer%20l%20autre.pdf>

[119] Laurent P. Interview dans « La lettre du cadre territorial », septembre 2010, n°406, p38.

[120] Laurent P. Le bonheur au travail : partition pour une fourmi. Chatou : Les éditions du siècle, 2010. 275p.

[121] Laurent P. Interview dans « La lettre du cadre territorial », septembre 2010, n°406, p39.

ANNEXES

Annexe 1 : Mail d'information envoyé aux participants

« Bonjour,

Je vous remercie tout d'abord vivement d'avoir accepté de participer au « focus group » dans le cadre de ma thèse. Votre participation est bien sûr précieuse!

Je vous rappelle le sujet de ma thèse que je réalise sous la direction du Dr Di Patrizio:

La Maîtrise de stage en Médecine générale :
Un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ?
Mesure qualitative par « focus group » de l'impact du stagiaire
sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste.

L'objectif de cette thèse est de recueillir le ressenti et le vécu des médecins généralistes concernant leur qualité de vie et leur expérience éventuelle de la maîtrise de stage. Des groupes différents sont constitués selon que vous êtes ou non actuellement maître de stage.

Le « focus group » est une méthode de recherche qualitative qui consiste en une discussion d'un groupe de personnes sur un thème donné, menée par un animateur. La discussion est enregistrée par dictaphone et l'ensemble du discours est ensuite retranscrit pour être analysé. L'anonymat est bien sûr garanti.

La soirée se déroulera à la faculté de médecine de Nancy, à partir de 20h15. Je vous confirmerai ultérieurement le lieu, l'heure et le déroulement de la réunion.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir me signaler vos disponibilités à l'aide du lien ci-dessous avant le vendredi 6 mai. Il vous suffit d'entrer votre nom et de cocher les dates où vous êtes disponible. Merci d'offrir un large panel de dates afin que nous puissions en trouver une qui convienne à tous!

http://doodle.com/yemdriryadgy3vu3

En vous remerciant sincèrement à nouveau de votre contribution à ce travail!

Cordialement,

Mlle VIVOT Eve-Marie
Remplaçante en Médecine Générale »

Annexe 2 : Mail de confirmation envoyé aux participants

« Bonjour,

Je vous remercie de votre participation et de votre présence à la soirée sans laquelle ce travail de thèse ne pourrait se réaliser!

Je vous confirme la date du Lundi 30 mai 2011 pour la réalisation du groupe d'expression autour de la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette dernière.

La discussion sera animée par Mme BATT, Maître de Conférence Universitaire en Psychologie à l'Université de Nancy.

La soirée se déroulera à la faculté de médecine de Nancy au DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale), bâtiment D, au rez-de-chaussée.

Déroulement de la soirée:

20h15: Accueil

20h30-22h00: Groupe de discussion

22h00: Buffet

Je vous envoie en parallèle un courrier d'invitation.

En vous remerciant,

Cordialement,

Mlle Eve-Marie VIVOT »

Annexe 3 : Carton d'invitation

Le *Lundi 30 mai 2011*, à partir de *20h15*,
je suis heureuse de vous convier, dans le cadre de ma thèse, au « focus group »

qui se déroulera *à la faculté de médecine de Nancy*,
dans les locaux du Département de Médecine Générale, bâtiment D.

L'objectif de cette thèse est de recueillir le vécu et le ressenti des médecins généralistes concernant leur qualité de vie et leur expérience éventuelle de la maîtrise de stage.

Mlle VIVOT Eve-Marie

Annexe 4 : Courrier d'invitation complémentaire

La méthode choisie a été celle des « focus group » ou groupes de discussion, méthode de recherche qualitative qui consiste à recueillir les opinions et points de vue des participants sur un thème donné. Toute opinion est intéressante même émise par une seule personne.

Des groupes différents sont constitués selon que vous êtes ou non actuellement maître de stage. Nous souhaitons en effet recueillir le vécu et le ressenti à la fois des maîtres de stage et des non maîtres de stage sur leur qualité de vie, afin de mesurer qualitativement l'impact éventuel d'un stagiaire sur la qualité de vie des médecins généralistes.

La discussion sera animée par Mme BATT, Maître de Conférence Universitaire en Psychologie à l'Université Nancy 2.

Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure, la discussion sera enregistrée par dictaphone ; l'anonymat étant bien sûr garanti.

Déroulement de la soirée:

20h15: Accueil

20h30-22h00: Groupe de discussion

22h00: Buffet de remerciement

Je me permettrai de reprendre contact avec vous par téléphone dans les jours précédant la soirée.

Veuillez trouver ci-joint le plan de la faculté de Médecine.

En vous remerciant de votre précieuse participation !

Mlle VIVOT Eve-Marie

Annexe 5 : Guide d'entretien

THEME : LA MAITRISE DE STAGE EN MEDECINE GENERALE ***QUESTION*** : UN MOYEN DE VALORISER L'EXERCICE PROFESSIONNEL DU MEDECIN GENERALISTE ? ***MOYEN UTILISE*** : MESURE QUALITATIVE PAR « FOCUS GROUP » DE L'IMPACT DU STAGIAIRE SUR L'EXERCICE PROFESSIONNEL ET LA QUALITE DE VIE DU MEDECIN GENERALISTE

1) LA QUALITE DE VIE

- PROFESSIONNELLE

POINTS POSITIFS : UN BEAU METIER

Un métier humainement enrichissant, le médecin de famille :

De suivi, de soins continus.

Métier de partage, médecin confident, personne de confiance: témoin des naissances, des décès, des coups durs et des exploits.

Médecin du terrain, de proximité (domicile, témoin du contexte social).

Un omnipraticien :

Du nourrisson à la personne âgée, en passant par la femme enceinte et la personne handicapée.

Grande variété d'intervention : promotion de la santé, prévention des maladies, délivrance de soins à visée curative et palliative, problèmes de santé physique, psychologique, sociaux, culturels…

Un coordinateur :

Collaborateur avec les autres professionnels de santé pour une prise en charge globale du patient

Un métier intellectuellement enrichissant et stimulant :

Par le raisonnement médical, la variété des domaines côtoyés, l'évolution permanente des connaissances médicales.

Des évolutions de carrière possibles :

L'enseignement, l'accès à certaines spécialités (médecine interne, gériatrie, médecine d'urgence…), l'intégration dans des réseaux de soins (PMI…)

POINTS NEGATIFS : DES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILES

Une lourde charge de travail :

Horaires lourds, journées longues, multiplicité des tâches (notamment lourdeur des tâches administratives, de plus en plus importantes et chronophages).

Activité stressante : responsabilité de la vie des patients, incertitude diagnostique, risque d'erreur diagnostique et thérapeutique, pression de tous bords (sécurité sociale).

Contraintes liées au type d'exercice : seul (gestion solitaire, tout assumer) ou en groupe (partage de gestion, difficultés relationnelles).

Problème de la permanence de soins (gardes et leurs retentissements sur le travail)

Difficultés de libérer du temps pour les grossesses, un temps partiel, les FMC…

Peur du retentissement de ces contraintes sur la qualité des soins, voire arrêt du métier par épuisement.

Une relation aux patients parfois difficile:

Exigence des patients de plus en plus marquée, disponibilité maximale demandée, demandes excessives, effet néfaste d'internet sur les connaissances médicales des patients…

Une relation avec les confrères et autres professionnels de santé parfois difficile :

Concurrence, dévalorisation par les spécialistes et les hôpitaux…

Une judiciarisation croissante

Une couverture sociale mauvaise et coûteuse :

En cas de maladie, maternité, interruption de carrière, reconversion…

L'aspect financier… :

Charges grandissantes, parfois surendettement.

Un manque de reconnaissance du métier (patients, médias, spécialistes)

L'isolement :

Prise des décisions seul, contacts humains limités dans une journée en dehors des patients, relation d'aide aux autres, quel soutien pour soi ?

Une confrontation difficile :

A son impuissance, face à la maladie, la mort, sentiment de frustration, d'échec, demande émotionnelle des patients parfois difficile à gérer.

Une dégradation :

Des conditions de travail et de l'image du médecin au fil des années

- PERSONNELLE

Etat physique et psychologique :

Fatigue, stress, dépression, automédication, addictions, alimentation…

Mode de vie :

Vie conjugale et familiale
Vacances, loisirs
Vie sociale et relations amicales
Engagement associatif, religieux

Niveau de vie :

Aspect financier et biens matériels (maison, voiture…)

Bien être général :

Satisfaction, épanouissement et accomplissement, philosophie de vie

2) L'ENSEIGNEMENT

- APPORT SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

ASPECTS POSITIFS

Une relation confraternelle, de collaboration et de compagnonnage :

Partage de connaissances, de compétences, d'une certaine curiosité intellectuelle, de raisonnement (regard neuf et frais sur les prises en charge).

Discussion et confrontation des approches pour une prise en charge.

Soutien dans les difficultés professionnelles, déblocage de situations gelées.

Amélioration de la relation aux patients :

Disponibilité, écoute, prise en charge optimisée.

Patients rassurés quant à la relève, contents de participer à une démarche pédagogique globale.

Amélioration du niveau professionnel :

Obligation de maintenir à jour ses connaissances médicales, double compétence clinique et pédagogique à développer.

Fonction pédagogique avec objectifs d'enseignement variés : acquisition et application technique des compétences biomédicales, raisonnement clinique, communication, éthique, travail collaboratif, apprentissage continu…

Valorisation du médecin :

Par rapport aux patients (médecin compétent, exerçant un art reconnu par la faculté, digne d'être enseigné aux plus jeunes).

Reconnaissance de l'élève dans l'apprentissage.

Autosatisfaction :

Gratification de participer au façonnement professionnel d'un étudiant et à son émancipation, l'aider à améliorer ses compétences et à trouver sa personnalité professionnelle pour construire sa future pratique, créer des vocations.

Une remise en cause bénéfique :

Génératrice d'une certaine motivation, voire source de réenchantement professionnel.

Libérer du temps :

Lors de la phase d'autonomie.

Un futur remplaçant potentiel

ASPECTS NEGATIFS OU CRAINTES

Difficultés face à l'enseignement :

Difficultés d'enseigner une démarche intellectuelle subtile et spécifique à la médecine générale qui doit parfois s'éloigner des savoirs officiels et des recommandations pour trouver des compromis, intégrant l'univers psycho-social du patient pour gagner en pertinence et en efficacité dans sa prise en charge.

Difficulté à devenir observateur dans la consultation, à se mettre en retrait.

Peur de ne pas correspondre à l'enseignant idéal.

Peur de ne pas avoir les compétences requises.

Craintes du jugement :

Des critiques d'un étudiant adulte, en fin de cursus d'études médicales.

Craintes de la mise à nu sur le plan professionnel et personnel, entrée dans l'intimité du quotidien.

Difficultés relationnelles éventuelles avec l'étudiant selon sa personnalité.

Retentissements sur la relation aux patients :

Désaccord et mécontentement de certains patients, sentiment d'abandon de la part des patients, perte de patients.

Crainte d'un travail moins bien effectué que par soi-même.

Augmentation du temps et de la charge de travail

Perte de liberté dans l'organisation du temps de travail

Démotivation et épuisement au fil des années possible ?

- ### APPORT SUR LE PLAN PERSONNEL

ASPECTS POSITIFS

Rupture de l'isolement, dispositif anti-routine

Apprendre à mieux se connaître au contact de l'autre

Enrichissement sur le plan humain par cette rencontre :

Complicité, confiance mutuelle, relation amicale

Échange et partage :

D'émotions, de plaisirs et de peines au quotidien

Écoute, soutien dans les difficultés personnelles

Facteur protecteur du burn out

ASPECTS NEGATIFS OU CRAINTES

Annexe 6 : Introduction des « focus group »

« Bonsoir à tous ! Je me présente, je suis Eve-Marie VIVOT, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette qualité de vie.

Notre objectif est de recueillir votre ressenti et votre vécu concernant votre qualité de vie.

La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes ou « focus group », comme ce soir, qui sont animés par Mme Batt, qui est Maître de Conférence Universitaire en Psychologie à la faculté de Nancy, qui a pour rôle de guider cette discussion, en restant totalement impartiale, objective, sans prise de partie. Elle est accompagnée d'une collègue, Mlle Ceglia, qui est en 5ème année de Psychologie, spécialisée dans la psychologie du travail.

Quant à moi, je n'interviendrai pas personnellement dans la discussion. Je vais par contre me charger de l'enregistrement de la discussion par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que votre anonymat est bien sûr respecté. Vous pouvez donc parler librement !

En tout cas, je vous remercie d'être venus ce soir, car votre aide est bien sûr précieuse pour cette étude. Je vais maintenant passer la parole à Mme Batt qui va animer cette soirée. »

Annexe 7 : Carton de remerciement

M. le Dr Di Patrizio, Mme Batt, Mlle Ceglia et moi-même,

Vous remercions sincèrement
de votre disponibilité et de votre implication
lors de l'entretien de groupe
réalisé dans le cadre de ma thèse.

Vos interventions ont été particulièrement
riches et variées, contribuant ainsi fortement
à la progression de cette étude.

Au plaisir de vous revoir,

Mlle VIVOT Eve-Marie

Annexe 8 : CD : Retranscription des quatre « focus group »

« FOCUS GROUP » DU 15/06/2011
NON-MAITRES DE STAGE – BAR LE DUC

EMV : Bonsoir à tous ! Je me présente, je suis Eve-Marie VIVOT, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette qualité de vie. Notre objectif est de recueillir votre point de vue et votre ressenti de non-maîtres de stage sur votre qualité de vie.
La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes, comme ce soir, qui sont animés par Mme Batt, qui est Maître de Conférence Universitaire en Psychologie, qui a pour rôle de guider cette discussion, en restant totalement objective, sans prise de partie. Elle est accompagnée d'une collègue, Mlle Ceglia, qui est en 5ème année de Psychologie.
Quant à moi, je n'interviendrai pas personnellement dans la discussion. Je vais écouter attentivement tout ce qui va être dit et je vais me charger de l'enregistrement par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que l'anonymat est bien sûr respecté.
En tout cas, je vous remercie tous d'être venus ce soir. Juste avant de passer la parole à Mme Batt, nous allons commencer par faire un tour de table pour que vous vous présentiez. Si vous pouvez nous donner votre nom, votre prénom, votre âge, votre durée d'installation, si vous exercez seul ou en groupe et dans quel milieu, rural, semi-rural ou urbain. On commence par vous, Dr J ?

Dr J (AJ): AJ, j'ai 46 ans. Je suis en groupe avec mon collègue X, en semi-rural et je suis installé depuis maintenant 13 ans. (3s)

Dr K (BK) : BK, j'ai 52 ans, je suis installé en milieu urbain, depuis 1989, j'ai fait une création et j'exerce seul.

Dr M (CM) : CM, 40 ans, exerçant en semi-rural, toute seule, depuis plus de cinq ans ; je ne sais plus exactement depuis quand. (4s)

Dr L (DL) : DL, je suis seul médecin dans une maison médicale qui regroupe pédicure, orthophoniste, infirmière, dentiste, en semi-rural et je suis dans la douzième année et j'ai 46 ans {Rires}.

Dr O (EO) : EO, je suis installé depuis 24 ans, j'exerce seul, j'ai 55 ans et j'exerce en milieu semi-rural.

Dr N (FN) : FN, j'ai 35 ans, cela fait 4 ans que je suis installée, j'exerce en groupe avec le Dr Z, au sein d'une maison pluridisciplinaire, donc on est 4, on était 5, on est 4, donc il y a une orthophoniste, deux médecins généralistes et un pédicure.

MB : Donc on va commencer. La consigne est la suivante : Vous parlez par association d'idées, vous ne cherchez pas forcément à orienter votre discours en fonction de ce que nous pouvons attendre de vous. Il faut vraiment que vous soyez libres de parler, de dire ce que vous avez envie de dire, c'est extrêmement important, que l'on puisse récupérer votre pensée.

Comme toute discussion de groupe, on évite de se couper la parole, quoique parfois, quand la discussion est animée, c'est difficile. Mais, on parle librement, comme on en a envie, il n'y a pas de règle. Voilà, je crois que j'ai tout dit.
Alors, je vais vous poser une question pour commencer, mais c'est vraiment une question inductrice. Cette question est la suivante : Est-ce que vous avez l'impression de progresser au quotidien dans votre vie professionnelle ?

(4s)

Est-ce que vous avez l'impression de progresser au quotidien dans votre vie professionnelle ?

Dr M : [Sur quel point la progression ? {Rires} Toujours sur la qualité de vie ou sur les connaissances ?

Dr O : Professionnel, elle a dit.

Dr M : Oui, mais bon, mais comme orientation ?

Dr O : Oui, je suis d'accord avec toi.

Dr M : Donc c'est vaste, c'est une question ouverte ? D'accord. {Rires} Bon, et bien je laisse les autres répondre.

Dr O : {Rires}

MB : Parce que vous êtes gênés par le lien à faire avec la qualité de vie. Le lien, c'est nous qui le ferons.

Dr M : D'accord.

MB : Le lien, c'est nous qui le ferons, ça n'est pas votre travail.

Dr M : D'accord.

MB : Vous, vous êtes là pour parler, pour bavarder. D'accord ? Vous, vous êtes là pour discuter ensemble. Vous n'avez pas à vous soucier de l'objectif… de ce que nous allons pouvoir récupérer de ce que vous dites. Ne vous embêtez pas avec cela, c'est le travail des analystes. Vous, vous êtes là pour parler. Nous, nous avons besoin de votre expérience, de votre vécu, de ce que vous savez, de ce que vos neurones vont produire quand vous êtes en interaction, c'est tout. Ne vous embêtez pas.

Dr O : Oui, mais le sujet, c'est quand même sur les maîtres de stage, cela va être difficile pour nous.

MB : [Non, non, ne vous embêtez pas avec cela. Discutez librement. Sinon, on vous ferait passer un questionnaire. Nous allons capter, après, à travers ce que vous dites, ce qui nous intéresse. Parlez librement. Vous avez l'impression de progresser, de ne pas progresser, beaucoup progresser, comment progresser ?

Dr K : Bon, personnellement, ce que ressens… Progresser au niveau du savoir-faire, sans doute, au fil des années. Parce que le contraire serait malheureux. Comme le bon vin, on doit se bonifier !... au niveau du savoir-faire.
Par contre, au niveau des contraintes professionnelles, j'ai plutôt l'impression qu'il y a une dégradation de la qualité du travail médical… et je pense que c'est un argument que l'on va entendre… au profit de plus en plus de travail administratif et de contraintes de nos tutelles.
Voilà, donc, d'un côté progresser dans le savoir-faire, mais plutôt régresser dans le temps médical consacré à notre temps de travail. (4s)

Dr J : Dans le sens progression, comme je suis arrivé vraiment, au niveau administratif dans le pire des moments, j'ai l'impression de plutôt commencer à être entendu, à certains niveaux… sur l'informatisation, sur la dématérialisation de différents trucs. Cela permet quand même de ne pas avoir à rechercher les paperasses… Bon, j'ai l'impression, bon c'est vraiment un début… quand on parle de progrès, on mesure plutôt la perspective. Et l'impression que j'ai, en ce moment, c'est que c'est toujours des perspectives. C'est ce qui tient en fait… la ligne.
Jusqu'à présent, enfin au début de mon installation, j'ai eu plutôt l'impression, vraiment, de perdre mes illusions dans les 3-4 premières années, ça a été assez dur… à ronger mon frein, grave ! En apprenant très difficilement, dans des conditions effectivement de travail ardues… la comptabilité, la gestion… tout en oubliant complètement la vie de famille qui était très très proche, à l'époque, puisque ma femme répondait pourtant au téléphone en permanence.
Tout cela, je l'ai quitté petit à petit, à force de travail, j'ai l'impression que petit à petit, ça commence à se ranger. Là dessus, j'ai l'impression de progresser.
Par contre, là où j'ai l'impression de régresser, c'est plutôt sur le plan des connaissances. Je ne fais plus de FMC. Bon, j'ai heureusement, cravaché pour essayer de valider la gériatrie… mais on ne peut pas dire que j'ai vraiment acquis des connaissances… c'est à perfectionner, comme on dit ! En cours d'acquisition, on va dire ! Et puis il y a plein d'autres choses, plein de domaines où je me rends compte : « Purée ! j'ai perdu… » parce que pas de groupe de pairs, pas de FMC, enfin plus de FMC, parce que plus la pêche.

Dr K : [Plus le temps…

Dr J : [Et puis quand tu arrives à 21h30-22h, et bien les copains, ils ont déjà bien débroussaillé le truc. Donc, c'est un peu ce sentiment-là qui domine actuellement. (7s)

Dr O : Moi, je serai un peu de ton avis parce que, effectivement, je pense que, au niveau des connaissances, on reste sur des acquis, on se bat avec des acquis, on sécurise avec ces acquis-là. C'est peut-être ce qui fait que tu te sens un petit peu plus à l'aise par rapport à ça. Au niveau des connaissances, je n'ai pas l'impression d'avoir progressé, parce qu'avec toute la technologie et tout ce qui se passe maintenant, je trouve que l'on a tendance à régresser par rapport à ce qui se fait, par rapport à ce qui peut se faire… Moi c'est mon avis.
Après, le côté administratif, c'est vrai qu'il est de plus en plus lourd. Moi j'ai connu au début… j'étais très pro informatisation… j'ai connu l'ère où l'on n'avait pas beaucoup d'informatique et je trouve qu'on était plus en alerte au niveau intellectuel que quand on est informatisé où on se repose complètement sur la mémoire informatique et plus du tout sur la sienne. Moi c'est mon avis.

Dr J : = C'est un peu vrai, oui.

Dr K : [On peut rebondir sur ce que tu disais en arrivant…

Dr J : [Tu es complètement dépendant !

Dr O : [Moi je pense que ça devient un petit peu sclérosant intellectuellement. Alors, je pense que c'est parce que j'avance en âge {Rires}.

Dr L : Je pense que tu as raison. Quand tu regardes la part d'une consultation, la part que tu passes sur l'ordinateur à reconsulter les courriers, à les scanner pour qu'ils soient dans le dossier, à reconsulter les autres trucs…

Dr J : [C'est énorme !

Dr L : […et la part que tu fais purement médicale, d'examen et de réflexion et de diagnostic et de traitement derrière… C'est en gros moitié-moitié voire parfois plus sur le côté informatique et moins sur le côté médical.

Dr J : [Oh…un quart/trois-quarts !

Dr O : A certains moments, moi je trouve que c'était plus facile de faire une ordonnance… Et c'est vrai, à domicile… je pense que tout le monde doit être d'accord avec moi… c'est beaucoup plus facile de faire une ordonnance à la main et de pouvoir continuer à garder un contact verbal avec le patient que quand on est branché sur l'informatique, et là, on est complètement dans son truc, on est perdu.

Dr K : [Tout à fait.

= Et la modifier éventuellement en cours de rédaction…

Dr O : [Et tu gardes le contact !

Dr K : […alors qu'à l'écran, c'est un travail de bureautique qui doit être propre avant d'imprimer.

Dr J : Alors il y a deux cas de figure. Quand tu élabores une ordonnance du tout venant, en aigu, quelquefois je me surprends à expliquer. Alors que quand je l'écris, je ne l'explique pas forcément.
Et par contre, il y a aussi la reproduction de l'ordonnance… ça c'est le piège très fréquent… Les fautes liées au fait de reproduire l'ordonnance à chaque fois, sont assez fréquentes… et ça c'est un, entre guillemets, gain de temps. {Rires} Et c'est justement un fourvoyage au niveau de la mémoire…

Dr O : [Tout à fait !

Dr J : […parce que l'on ne travaille plus, on ne fait pas de révision d'ordonnance, il faut vraiment se forcer à relire l'ordonnance.

Dr K : [Il faut prendre le temps de relire l'ordonnance du chronique, enfin moi, j'essaie de m'astreindre à la relire comme si je l'écrivais, ligne par ligne, parce que sinon c'est catastrophique !

Dr L : {A voix basse} [C'est ce que j'essaie de faire.

Dr J : [Ah, ça c'est bien !

Dr J : = Quand tu as le temps, oui, mais quand tu n'as pas le temps, tu te dis c'est archi pratique.

Dr O : Moi je n'y arrive pas… L'erreur que j'ai fait la première fois, je la remets la deuxième, et cetera…

Dr K : Je m'astreins à relire à l'écran avant d'imprimer pour être sûr…

Dr J : [Il ne faut pas se simplifier la vie quand même de trop… {Rires} Parce que sinon ça devient…

Dr O : Oui, mais si tu ne te simplifies pas la vie, ça t'augmente ton temps administratif et ton temps de consultation est perdu… Ton temps relationnel est perdu.

Dr K : [Oui mais sans être…

Dr L : Oui, je pense aussi que cela permet de te remettre en question aussi à chaque traitement.

Dr O : Tout à fait.

Dr L : Moi, au début, l'informatique, je n'étais pas très sûr quand je me suis installé… Je me suis informatisé tout de suite. Je faisais vachement attention à l'ordonnance, je reprenais ligne par ligne, mais j'avais le temps. Après, tu rentres dans le quotidien, effectivement, tu fais un copier-coller de ton ordonnance, tu ne la remets pas en question, tu renouvelles, tu signes et puis terminé.
Et puis, à un moment, je me suis rendu compte que, effectivement, je faisais des conneries, que je ne voyais pas que le traitement, il fallait l'arrêter… des trucs comme ça.
Par contre, cela demande des efforts, parce qu'il faut le faire, relire de nouveau ligne à ligne l'ordonnance… s'assurer que le patient ait bien compris… que l'on parle bien du même traitement, parce que, maintenant, avec les génériques, pas les génériques, machin... C'est vrai que cela prend du temps, mais j'essaie de le faire même quand il y a beaucoup de monde, parce que ça limite les choses et puis au moins, tu es clair avec le patient.

Dr O : Et est-ce que tu as l'impression que ça te fait progresser ? {Rires}

Dr L : Est-ce que j'ai l'impression que ça me fait progresser ? Et bien, dans la prise en charge du patient, oui.

Dr J : {A voix basse} [La sécurité, oui.

Dr L : [Parce que tu remets en cause le traitement. Est-ce qu'il a encore besoin de ce traitement-là, est-ce que l'on ne peut pas mettre quelque chose de moins puissant. Tu te rends compte, après, quand tu fais comme ça, que tu renouvelles parfois des traitements que tu arrives à arrêter à un moment ou à un autre parce que… traitements antalgiques, traitements…

Dr O : Hypnotiques et autres.

Dr L : Un tas d'autres traitements un peu annexe. (3s) Dans la prise en charge, oui, ça me fait progresser.
Après si tu veux la progression, je pense que, comme tu le disais tout à l'heure, la progression intellectuelle, on ne l'a plus trop… Plutôt à l'inverse, on la perd, parce que l'on devient quand même très ciblé sur notre quotidien de travail, qui n'est plus le quotidien médical comme on l'a appris pendant les études.
Par contre, je pense que, après, on progresse dans l'expérience et ça tous les jours… A chaque fois que l'on est confronté à un cas difficile ou quand on se rend compte que l'on a fait une connerie à un moment ou à un autre… ça c'est de la progression.
Mais du point de vue théorique pur, effectivement, si on ne va pas aux FMC et encore, même les FMC, ça dépend du sujet, ça dépend d'un certain nombre de choses, mais…

Dr J : = C'est tellement inégal… Ça n'est pas toujours… enfin le ressenti à la fin... Moi ce que j'ai souvent aimé dans les FMC, c'était de se retrouver entre copains, c'était d'échanger, de pouvoir débriefer, de pouvoir relâcher un peu.

Dr O : {En aparté, avec le Dr M} [C'est l'avantage de certaines FMC que tu connais.

Dr J : [Mais c'est vrai que le contenu, encore universitaire… à part certains dynamismes qui nous aident à animer, effectivement, d'une autre manière et nous faire participer d'une autre manière, on a quand même encore droit à des cours magistraux… on est tellement bercés par ce milieu là.

Dr N : [Oui, les cours magistraux, ça ne donne pas envie d'y aller du tout.

Dr J : [Non, et pourtant il y a quand même encore une série de FMC qui sont…

Dr M : [Non. Surtout que ça n'apporte pas grand chose. Sauf pour certains qui sont doués pour ça et qui arrivent à nous passionner. Donc à ce moment-là c'est utile.

Dr J : Oui, on y va rien que pour ça ! {Rires}

Dr N : Alors moi, pour répondre à la question de la progression, cela fait 4 ans que je suis installée, je rejoins un peu ce que disait DL… Enfin j'ai l'impression, en 4 ans… mon expérience n'est pas grande… mais que, au quotidien, l'expérience, la pratique, s'acquièrent de jour en jour, à chaque cas, à chaque nouveau patient ou cas plus difficile.

Par contre, je pense que l'on perd progressivement tout ce qui est théorique et effectivement, moi, je vais très peu en FMC. Je choisis vraiment quelques sujets parce que j'essaie de concilier ma vie professionnelle et ma vie familiale… Et aller à des soirées, en sortant, en s'organisant et autre, ça n'est pas forcément évident.

Dr J : [Ça oui.

Dr N : [Au niveau de l'organisation, pour le moment, moi je ne me sens pas capable d'aller à plein de soirées l'hiver, faire plein de choses…

Dr J : Et puis même, de toute façon, c'est crevant. Quand on termine le soir et bien le lendemain il faut aller bosser et ça n'est pas toujours évident.

Dr N : Donc pour le moment, au niveau théorie, j'ai l'impression de plutôt perdre. Après, la théorie… il en faut c'est sûr, mais au niveau pratique… bon au bout de 4 ans, c'est sûr, je ne peux pas dire, mais j'ai eu l'impression de progresser, ça c'est sûr.
Et puis pour l'instant, on monte, enfin on crée notre patientèle, elle évolue tous les jours. On n'a pas encore atteint… je dis « on », parce que comme on travaille à deux… atteint un équilibre… donc forcément ça évolue tous les jours, ça c'est sûr. Et puis le ressenti, enfin… entre il y a 4 ans et maintenant… je ne ressens pas vraiment de différence au niveau administratif, au niveau organisation. L'informatique est le même, tout ça c'est le même… Ça, je ne vois pas trop trop de changement. Je m'en sers juste mieux, ça n'est pas plus mal.

Dr M : Moi, je vais rejoindre un peu ce qui a été dit. Au niveau progression, oui, au niveau de l'expérience, heureusement. En s'apercevant que l'on a fait beaucoup d'erreurs avant et que l'on ne les refera plus ! {Rires}
Au niveau connaissances… stagnation, si ce n'est régression, en me forçant quand même à aller à des FMC, groupes de pairs et autres, mais je trouve à ce moment-là mes collègues plus doués que moi, donc ça me démoralise.
Et puis au niveau progression… moi, par choix et par obligation dans mon quotidien de médecin, je trouve progression de ma qualité de vie en tant que médecin, mais désabusée de la fonction de médecin généraliste… Il faut être clair {Rires}.
J'en ai fait mon deuil, et maintenant, je m'adapte à la situation et c'est pour cela que je me sens à l'aise maintenant. Mais si j'avais gardé mes illusions d'avant, il faut être clair que ça serait plutôt la régression totale.

Dr J : Qu'est-ce que tu as abandonné comme… ?

Dr M : = Et bien la relation au patient, la paperasserie, l'idée du médecin… enfin l'image du médecin idéal que l'on a en tant qu'étudiant… pourquoi on a choisi cette profession. Quand on te demande des trucs… certificats médicaux urgents, inutiles, des paperasseries inutiles, que tu es là pour remplir une paperasse… que ce que tu dis est plus ou moins pris en compte…

Dr O : = Un bon pour aller voir le spécialiste.

Dr N : [Un ticket.

Dr M : Donc, après voilà, tu te dis que tu es là pour ça, que l'on t'a mis dans ce rôle là. Donc si, tu en as fait ton deuil et en disant : « Oui je suis là pour ça, pour remplir une paperasse…», bon je le fais. Mais à côté, je vais voir mes enfants, je fais mon job, je discute avec les gens, mon bureau est sympa {Rires}… c'est ça le truc !
Mais après tu te dis : « Est-ce que j'aurais dû faire médecine ? ». Bon c'est trop tard pour dire : « J'aurais dû faire autre chose ». Mais j'aurais peut-être fait autre chose… alors que j'ai toujours voulu faire ça. Voilà, c'est un petit peu le…

MB : Donc une espèce de déception ?

Dr M : Oui, totale, mais assumée {Rires}. Là, maintenant, je suis réaliste, mais je prends quand même le bon côté en me disant : « Je ne sais faire que ça, j'ai choisi de faire ça et il faut s'adapter à la situation, il ne faut pas lutter contre. » (5s)

Dr J : C'est vrai ce que tu as vécu, moi je l'ai vécu également. Ceci dit, je suis dans une autre dynamique en me disant que l'on a une chance inouïe dans le secteur… de toutes ces connaissances les unes et les autres et j'ai l'impression qu'on va quand même… et puis on est quand même entendu… Bon, bien sûr, ça ne changera peut-être pas notre vie… « Hein, je vous ai compris », ça va changer notre vie ? Ça n'est pas sûr, mais j'ose encore y croire.
C'est-à-dire que, après 13 ans d'exercice, je me dis que, de toute façon, non, je n'ai pas fait une ânerie en choisissant la médecine générale. Parce que je suis quand même parti des urgences et quand je vois les hospitaliers, je n'ai vraiment aucune espèce de regret…

Dr N : [Ah moi non plus !

Dr J : […par rapport à la carrière que j'aurais pu embrasser à l'hôpital.

Dr O : C'est vrai qu'il y a un moment où on est un petit peu désabusé, mais il y a des attitudes… des moments où tu as des gratifications des patients, où tu as vraiment l'impression de lui avoir rendu service, même avec rien.

Dr M : Oui, heureusement…

Dr O : Voilà, c'est ce qui nous fait tenir. Il y a des moments où c'est sûr… tu n'as pas sauvé, tu n'as pas fait ce que tu aurais bien aimé faire… être le grand barbu ou le grand dieu… {Rires}

MB : Je ne crois pas que c'est ce qu'elle a voulu dire…

Dr O : Non, non ! Je pousse le bouchon…

Dr M : = Ça n'est pas ça, c'est que, quand même, le quotidien, c'est loin d'être le grand barbu… Le quotidien, c'est… tu as l'impression de faire marchand de tapis…

Dr J : [Tu as l'impression d'être… instrumentalisée.

MB : D'ailleurs elle le dit : « On m'a mise dans un rôle ».

Dr J : Oui, instrumentalisée, c'est ça.

Dr M : Après, il faut lutter un peu, il ne faut pas se laisser faire… Mais bon, si tu te laisses faire, tu es dans un rôle quand même… Par rapport au nombre d'études que tu as fait, aux connaissances que tu as… bon le train train…bon voilà.

Dr K : = Tu as l'impression que tu pourrais servir à autre chose…

Dr M : Oui voilà, tu as l'impression que tu aurais pu faire mieux.

Dr K : [Sur le plan médical, c'est sûr.

Dr M : Là c'est vrai que quand on vient te voir pour… le dermato pour la verrue du pied gauche. Et que l'on te demande si l'on te doit quelque chose à la fin parce que…

Dr N : [Tu n'as fait qu'un courrier.

Dr M : […on vient te voir mais, d'un autre côté, on se demande si on doit te payer quand même parce que : « Ouais, vous n'avez fait que ça », donc… {Rires} « Est-ce que je vous dois quelque chose ? » {Rires}… « Ben non, rien ! » {Rires}.

Dr L : Parce qu'aussi, on nous a forcé… Enfin on a forcé les patients à devenir comme ça. Parce qu'auparavant… je pense que la médecine a changé. Avant les patients venaient te voir avec des symptômes. Toi, tu faisais un examen, des examens complémentaires si tu en avais besoin et puis tu arrivais au diagnostic et puis donc au traitement. Maintenant, ils arrivent, pour la plupart, avec… le diagnostic…

Dr K : […avec un diagnostic…

Dr N : [Ils arrivent avec une demande… d'examens… ou une demande de rendez-vous.

Dr K : […fait sur internet, en général…{Rires} …ou avec la voisine.

Dr N : [La voisine, je trouve que ça marche encore mieux qu'internet !

Dr L : La voisine ? Oui, parce qu'il y a trop de choses à lire sur internet… la voisine…

Dr K : Oui c'est un peu trop touffu, internet. {Rires}

Dr L : C'est vrai que, au départ, quand on fait médecine, on ne s'attend pas à… enfin, on pense que c'est tout beau, tout rose. Effectivement, les stages hospitaliers ne sont pas toujours faciles à vivre.
Après, quand tu te lances en médecine générale, tu as l'impression que tu vas être quelqu'un, que tu vas avoir une certaine position à la fois sociale, une

certaine position par rapport au patient et je pense que, au final, à un moment ou à un autre… et c'est assez cyclique dans la vie, je trouve, parce que ça me revient quand même assez souvent… où tu as l'impression effectivement de n'être plus rien du tout et que les patients n'ont même pas du tout un minimum de reconnaissance.

Dr K : Ah non, ça il n'y a plus…

Dr M : Oui ou de respect…

MB : Il n'y a plus la reconnaissance ? Il y a eu ?

Dr K : Il y a eu sans doute l'image du médecin… quelqu'un a priori que l'on respectait, maintenant on se sent…

Dr M : [Moi je ne demande même pas le respect, je demande la politesse…

Dr K : [Non mais un minimum…

= « Je ne demande pas que vous me respectiez plus qu'un autre parce que je suis médecin, mais au moins autant que n'importe qui ». Or parfois, on a l'impression que l'on est… dans les intervenants dans la société, on est quand même en queue de peloton.
Quelqu'un qui téléphone pour décommander un rendez-vous en disant : « Ecoutez non, parce que là il faut que l'on amène le chat chez le vétérinaire, il faut que l'on y soit là, maintenant, il nous attend et on devait venir chez vous, donc ça ne sera pas possible. » Bon, c'est du vécu, c'est vrai. Bien sûr ça n'est pas tous les jours.

Dr N : [Le chat était peut-être très malade ?

Dr K : Ça je le retiendrai je pense toute ma vie ce truc là. Décommander au dernier moment le rendez-vous chez moi, parce qu'il faut amener le chat en urgence chez le vétérinaire…

Dr M : [Mais ils t'ont appelé au moins.

Dr K : [Ça fait un peu grincer quoi ! On se dit : « Bon, ok, je suis moins important que le vétérinaire et que le chat ».

Dr N : [Si le chat était très très malade et si c'était pour un renouvellement, moi je comprends! {Rires}

Dr O : [Mais c'est normal si le chat est plus malade que la personne.

Dr K : Oui, parce que si le gars avait pris un rendez-vous pour une licence de foot, c'est sûr que le chat qui fait son hémorragie, c'est bien plus urgent, c'est clair…

Dr N : {En aparté, avec le Dr J} [Moi, j'aime les animaux, moi ! {Rires}

Dr J : {En aparté avec Dr N} [Moi, je suis en train de gérer le deuil d'un lapin.

Dr N : [D'un hamster, moi !

Dr J : {Répète à voix haute} Moi, je suis en train de gérer le deuil du lapin d'une famille.

{Sourires}

Dr J : Non mais sérieux, vous rigolez ! Moi ça ne me fait pas rire, parce que c'est vraiment touchant…

Dr K : Oui, oui.

Dr N : Oui.

Dr J : En plus, comme la gamine a douze ans et bien on est train d'élaborer des trucs avec elle sur le deuil, c'est positif. Bon, quand tu relatives les choses par rapport au patient qui a un cancer… tous ces trucs qui sont effectivement très douloureux et qui…

Dr M : = Oui, enfin bon des fois… les parents sont un peu cul-cul aussi en ce moment, je ne voudrais pas dire…
Par exemple, j'ai quelqu'un qui est venu ce week-end et qui a pêché là où on n'a pas le droit et qui a tué un poisson. Après l'enfant a culpabilisé parce que… il est apprenti pêcheur… il a tué le poisson. La maman était prête à faire une psychanalyse le lendemain en disant : « Est-ce qu'il aurait dû tuer le poisson, je l'ai incité à tuer le poisson ». Je veux dire à un moment donné, voilà… on a mis le poisson à la poubelle, le garçon a oublié le truc… mais la maman était traumatisée… Voilà, à un moment donné, il faut quand même… les gens sont peut-être un peu des fois… voilà !

Dr J : Voilà, tu as dit le truc, ils sont un peu « voilà » ! Et on est en train, nous, d'être en première ligne de toutes ces évolutions de la société et on a… enfin pour ma part en tout cas… j'ai l'impression… notre rôle à jouer… En tout cas, on nous le demande… alors on peut le refuser…

Dr O : = Ils n'ont plus de refuge, les patients, ils ne savent plus où aller.

Dr J : Exactement ! Et du coup, ça n'est pas inintéressant…

Dr K : [C'est clair, il y a des gens qui disent : « Je ne suis pas croyant, je ne vais pas voir le curé et les bistrots sont fermés, alors je viens chez vous ! »

{Rires}

Dr K : Moi je me souviens d'une personne qui me l'a dit clairement comme ça.

Dr J : Et bien voilà !

Dr K : « Pourquoi vous venez, vous n'êtes pas malade ? » … « Et bien je ne vais pas chez le curé, parce que je ne suis pas croyant et le bistrot est fermé ». {Rires}

Dr O : [C'est vrai que notre rôle a changé, c'est sûr, mais je pense que l'on a encore un rôle important à jouer. On est peut-être moins bien reconnu que l'idée que l'on a pu s'en faire, mais je pense que l'on reste…

Dr K : = Non mais c'est vrai que l'on est un recours…

Dr O : On est un recours… tu es un recours pour le deuil du lapin, pour le chat… Bon, le mec, il n'est pas venu à son rendez-vous, mais… au moins, il te l'a dit…

Dr K : {Rires} Oui, c'est déjà ça !

Dr J : Tu as des patients âgés qui font vraiment des sacrés…

Dr M : [Enfin, âgés…

Dr J : …des sacrés « malaises »… C'est pareil, que tu sois âgé ou pas, l'animal auquel tu tiens…

Dr K : = Enfin c'est sûr que, voyant défiler des gens à longueur de journée, on est obligatoirement fortement exposés à avoir… à encaisser tout ça… Par définition…

Dr M : = Enfin, est-ce qu'ils auraient dû allez voir le médecin pour ça ? Est-ce que les parents n'auraient pas pu régler le problème eux-mêmes ? Enfin…

Dr O : = Parce qu'ils ne savent pas… ils ne savent pas le faire ! Ils ont besoin d'une autorité de référence…

Dr J : [Leur père…

Dr O : […et tu représentes un minimum encore cette autorité de référence… parce qu'ils ne savent pas… parce que toi tu as fait des études, ça ils savent que tu as fait des études…

Dr M : [Ça ne sert à rien ça !

Dr O : […et ils vont se référer à toi parce que : « Elle, elle va savoir », même si tu ne sais pas !

Dr K : Oui, il y a une attente…

Dr O : [Tu n'as plus le curé, tu n'as plus personne !

Dr J : [Il y a des moments où tu te dis : « Ça, ça n'est pas de la médecine ». Tu t'arrêtes et tu te dis : « Là, on est plus dans le cadre de la médecine »… et ça n'est pas grave… ça n'est pas grave, c'est de l'humain !

Dr N : {A voix basse} [Oui, ça fait partie aussi d'une histoire de confiance… la relation…

MB : On va donner la parole au Dr N, parce que, à chaque fois qu'il y a deux conversations qui commencent ensemble, elle se tait.

Dr N : Oui, je disais, la relation médecin-patient… la confiance elle est là aussi, c'est-à-dire que, ça n'est pas forcément être malade, c'est aussi aller chercher une réponse.
Alors c'est vrai que, parfois, ce sont des sujets qui ne sont pas du tout médicaux. Moi, on m'a demandé : « Est-ce que vous n'auriez pas une idée pour des activités ». Parce que la dame s'ennuie, elle est seule : « Qu'est-ce que je pourrais faire comme activité l'après-midi? ».
J'ai essayé de lui donner des idées… ça n'allait pas, mais bon après : « Faudrait trouver quelque chose à me faire faire pendant 1h30 l'après-midi ». Alors oui, ça n'est plus du tout notre boulot, mais c'est pour des gens seuls ou autres… ils viennent frapper à notre porte…

Dr M : [Oui, au point de demander… voilà… une solitude…

Dr N : [Oui, ça n'est pas forcément de la pathologie, ça n'est pas forcément le recours à un traitement… Je pense que ça fait peut-être parti aussi de notre… nouveau rôle, je ne sais pas…

Dr L : Je pense que cela signifie surtout que…

Dr N : […les gens sont paumés.

Dr L : […la majorité de la population est pommée et ils ne savent plus se prendre en charge par rapport à un certains nombre de choses…

Dr N : = Oui d'accord, il y a un gros souci de prise en charge, c'est sûr, on n'est pas là pour palier cela, après il y a toute une partie….

Dr M : = Quand ils demandent : « Téléphonez, trouvez dans l'annuaire… ». Enfin, je ne sais pas, il y a des moments où tu peux tout faire aussi… où s'arrête le truc… ?

Dr N : [Oui mais ça on peut leur dire aussi… je leur dis : « Non ! »

Dr M : [Moi, j'ai téléphoné une fois… le coup d'après, on me dit : « Et bien alors, vous n'avez pas téléphoné ? », j'ai dit : « Non, l'autre fois, c'était pour vous rendre service, là vous allez vous débrouiller ».
Ou la famille qui habite à Toul et qui me dit : « Vous ne pouvez pas envoyer l'ambulance ? », je dis : « Quand même, l'ambulance ne sera pas remboursée, vous ne pouvez pas emmener votre maman en consultation cardio ? ». Il aurait peut-être fallu que moi j'aille la conduire…

Dr N : Oui.

Dr M : Voilà, à un moment donné, il y a le médecin, il y a l'infirmière, il y a le pharmacien… et la famille n'existe plus ! {Rires}

Dr N : = Ça fait partie de la société hyper assistée…

Dr O : [Oui, c'est ça !

Dr N : [Après, il faut mettre aussi des limites, des barrières. Moi quand ils me disent : « Ça n'est pas vous qui appelez pour prendre le rendez-vous ? », « Et bien, je l'ai fait la dernière fois parce que c'était une urgence. Là, si c'est dans trois mois, c'est bien, ça me va bien, vous le faites vous ».
Il faut les recadrer aussi, il faut leur mettre les limites, parce qu'après, nous, on n'en a plus si… Il faut s'arrêter à un moment donné… (3s)

Dr J : Ça c'est un souci également, dans lequel, effectivement, on a un petit peu de mal, dans nos consultations, dans nos créneaux… d'organisation.

{En s'adressant au Dr O} Alors je ne sais pas, toi, E, tu as été aussi en Angleterre ou en Ecosse ?

Dr O : Non, non…

Dr J : C'est vrai que cela fait partie un petit peu de mes gros questionnements. On se laisse effectivement un peu prendre dans certaines consult… qui débordent sur la consult d'après… Et donc c'est vrai que, cet espèce d'enchaînement peut… enfin impacte, ça n'est pas peut… impacte sur la qualité, certaines fois, de relation avec les patients d'après.
C'est parce que là on a débordé que après… alors je ne sais pas comment on pourrait faire pour avoir une espèce de régulation et essayer de sentir si il y a des rendez-vous qui pourraient être plus longs, moins longs… C'est impossible, ça ?

Dr K : En fait ça ramène à un de nos problèmes essentiels, c'est la gestion du temps dans une journée…

Dr N : [Oui.

Dr J : [Oui.

Dr K : [Je crois que tous, sur le secteur, on travaille beaucoup du matin au soir et la gestion du temps… je crois que c'est notre problème. Parce que téléphoner pour prendre le rendez-vous à quelqu'un qui ne sait pas se débrouiller… si tu as une demi-heure devant toi et personne dans la salle d'attente, et bien oui… et dans le calme et avec efficacité, tu vas le faire.
La même demande, quand tu sais que tu as du boulot jusqu'à 9h du soir, quart d'heure par quart d'heure et qu'il te reste la moitié de la journée à faire et que tu as déjà une heure dans la vue… et bien tu n'y accèdes pas de la même façon. C'est notre problème, c'est la gestion du temps. Le maître mot de notre mal c'est la gestion du temps… enfin je crois.

Dr O : Oui, gestion du temps… Parce que, pour revenir à ce que l'on disait en début de discussion, parce que tu as 60% de ton temps qui est bouffé par de l'administratif. Moi je vais reprendre l'exemple de ce que l'on a fait… Je ne suis pas allé en Angleterre, je suis allé faire de l'humanitaire au Sénégal.
En une journée, c'est-à-dire de 9h du matin à 3 heures de l'après-midi, on réussissait à voir 45 patients par personne. Mais il n'y a pas d'ordonnance, pas d'administratif. Tu ne fais que ton travail de médecin, point barre.

Dr J : Tu prescris quand même ou pas ?

Dr O : Tu donnes les médicaments.

Dr J : Ah, tu donnes les médicaments.

(3s)

Dr O : Tu n'écris rien, tu donnes.

(4s)

Dr O : Expérience assez intéressante…

Dr J : [Et sur une pharmacie très restreinte.

Dr O : Ah oui, tu donnes les médicaments…

Dr J : Et c'est de la pathologie aiguë pour la plupart ? Tu n'as pas de chronique ?

Dr O : [Ça n'est pas pareil !

Dr K : [Tu fais de la médecine pure. Là ton patient ne te demande pas une lettre pour aller faire brûler une verrue, le bon de transport pour la grand-mère pour aller machin… la licence de foot pour le petit et tout ça… ça c'est clair.

Dr M : […le bulletin de l'assurance…

Dr O : = Oui, autre société, autres problèmes…

Dr M : [On ne vient pas te parler de lapin !

Dr O : […tu reviens, tu remets dans ta société, les problèmes humains sont les mêmes. Ce ne sont pas du tout les mêmes besoins, mais les problèmes sont les mêmes. On a une population d'assistés, les gens ont besoin d'être assistés.
Il faut essayer de leur faire reprendre conscience que c'est eux-mêmes qui… que ce sont des individus. Il faut arrêter de les diriger, d'être trop directeur par rapport à eux… Ça, ça n'est pas facile.

MB : Alors justement, on ne fait pas d'ordonnance, donc on ne laisse pas de trace écrite ?

Dr O : Là où on était non, on n'avait pas le temps. Quand tu arrives et que tu as 200 personnes devant la salle, tu te dis… toi tu viens avec ton esprit occidental… tu te dis : « Il faut bosser ! ». Tu arrives, il y en a 20, tu te dis : « On a le temps de boire un café »… Tu bois ton café… tu ouvres la porte, il y en a 200…ouh ! Tu prends la couleur de la blouse ! {Rires}
C'était rigolo mais c'est tout, c'était une anecdote. Mais effectivement tu fais du soin, soin.

(2s)

Dr M : Mais utile.

Dr O : Je ne sais pas ! Non, pas utile, parce que c'est une goutte d'eau par rapport à ce que… Le lendemain, tu ne le vois pas le patient… tu vas faire un truc et puis après tu n'as pas de suivi…

Dr M : Oui, tu n'as pas de suivi.

Dr O : Tu découvres des hypertensions, tu découvres des trucs, tu n'as pas de suivi… c'est rien, c'est nul !

Dr N : Tu découvres une hypertension, tu lui donnes ton cacheton et le lendemain, il n'en a pas ?

Dr O : Tu ne donnes pas un cacheton, tu donnes une boîte.

Dr N : Il a une boîte quand même ?

Dr O : Mais une boîte c'est une goutte d'eau dans la mer.

Dr N : Oui c'est ça, parce que le mois d'après, il n'en a plus !

Dr O : Voilà… Tu as eu la sensation de faire quelque chose de bien…(3s) …et tu t'es auto satisfait !

{Rires}

(5s)

Dr M : {Sourires} Et pareil, dans les consult, souvent, il y a des multiples demandes, donc c'est ça aussi le problème. C'est que, au début, tu peux avoir fini ta consult et après, on te redemande dix trucs. Alors après, la concentration, l'intérêt que l'on porte au troisième sujet, à la quatrième paperasse…

Dr K : = Moi je ne me gêne pas pour l'expliquer aux gens. Je ne me gêne pas du tout d'ailleurs… j'admets ! {Rires}
Mais je dis aux gens : « Ecoutez, une consultation…» alors j'essaie qu'elle dure une vingtaine de minutes, c'est pas mal… on a le temps de faire plein de choses… alors plein de choses, non !... mais gérer correctement un problème, même sérieux, en 20 minutes tout compris. Mais j'explique aux gens que l'on ne peut pas gérer x problèmes dans ce temps forcément limité. Ça n'est pas possible…

Dr J : [Oui, ça c'est sûr.

Dr K : [Et ça les gens arrivent à l'admettre. Il y a quelques grincheux qui disent : « Vous préférez que l'on revienne trois fois ! ». Les gens qui le prennent comme ça, je leur dis : « Bon et bien, écoutez, on ne se comprend pas ».

Dr O : = Sauf que, parfois, c'est le dernier problème le plus urgent.

Dr M : Oui.

Dr K : Alors ça c'est clair !

Dr N : [Avec la main sur la poignée de porte.

Dr K : [Des histoires de chasse comme ça, avec la main sur la poignée de la porte… le diagnostic terrible !

Dr M : {Avec la main sur la poitrine} [« J'avais mal au cœur… »

Dr K : [J'ai eu trois infarctus chez des personnes relativement jeunes de la quarantaine qui m'ont été mis sur la piste indirectement : « Ah ben tiens, la prochaine fois que l'on se verra, je vous raconterai un truc… Non, non, mais c'est passé, je ne veux pas vous embêter avec ça… »

Dr J : [« Je ne veux pas vous embêter avec ça ! »

Dr K : [Et bien dites quand même : « Ah et bien, en jouant au tennis l'autre jour, j'ai eu une grosse douleur dans la poitrine », et hop… On revient, et là on admet que l'on va prendre… alors on vient de passer 20 minutes, mais on sait que… voilà ! {Rires}
Ou alors le gosse qui dit : « Ben papa, t'as pas dit au docteur ce que t'as eu l'autre jour en courant », « Qu'est-ce que vous avez eu ? », « Une grosse douleur dans la poitrine, j'ai pas pu continuer ».
J'en ai eu trois comme ça, à peu près dans la même période. Mais c'est vrai, on est confronté à ça, il faut être à l'écoute tout le temps…

Dr M : Voilà c'est ça !

Dr K : Mais justement quand les gens nous noient… enfin c'est à nous… c'est un art de trier dans les informations.

Dr M : = Oui, mais il y en a qui sont quand même spécialistes pour te noyer et puis, quand tu es alerte, tu es alerte… mais il y a des moments où tu es plus fatigué, plus pressé et voilà, c'est à ce moment là que tu auras la tuile.

Dr K : En plus, il ne faut pas être ni stressé ni fatigué, parce que dans le flot de symptômes qu'ils vont nous balancer…

Dr N : [Recette magique ?

Dr M : = Alors tu viens de dire quoi ? « Pas fatigué, pas stressé ? »

Dr K : Et bien oui, c'est difficile ! {Rires}

{Rires}

Parce qu'ils nous balancent plein de symptômes et puis pas forcément le plus important… ils ne vont pas le mettre sur un piédestal. En disant : « Attention, je vais vous dire un truc, c'est hyper important que vous l'entendiez ! »

{Rires}

C'est en queue de phrase ou au milieu ou en se déshabillant… Et celui-là, il ne faut pas passer à côté et pour ça, il faut être disponible… disponible intellectuellement. Et ça veut dire, oui, qu'il ne faut pas que l'on ait fait de la FMC la veille jusqu'à une heure du matin et puis que l'on ait rattaqué à 7 heures…

Dr J : [Ne parle même pas d'une heure…jusqu'à 22 heures 30, ça suffit !

Dr K : [La FMC, pour pas dire la bringue !

Dr J : Non, la bringue, ça peut peut-être retonifier certaines fois… La bringue… t'es fatigué le surlendemain, mais le lendemain tu as la pêche !

Dr K : [Oui, mais ça veut dire que ta vie personnelle… le soir, faire un peu la fête, ça peut entacher ta qualité professionnelle du lendemain.

Dr J : Oui, c'est sûr, toujours… donc c'est la sécurité du patient.

Dr K : Oui, et bien oui. Bon, je ne dis pas… Je ne mène pas une vie de moine mais… Si on parle de qualité de vie, je pense que quand on fait quelque chose un soir, une sortie, quelque chose comme ça, on pense à notre journée du lendemain.

(4s)

Dr M : Non, c'est le lendemain que l'on s'en rend compte !

{Rires}

Dr K : Oui, le lendemain quand tu attaques, tu te dis : « Oh, je n'aurais pas dû ! »

Dr J : [Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de gens actuellement qui échappent à cette réalité. Nous ne sommes pas la seule profession dans ce cadre-là. J'entendais encore un patient, qui est pourtant agent forestier, et il me dit : « Pourtant j'ai un boulot mais bon… je n'arrive pas à être relax », et lui, il anticipe toujours…

Dr K : Ça, ça dépend du niveau de responsabilité du boulot… Les gens qui se planquent dans un bureau à ne rien faire ou dans certains domaines, ça ne les gêne pas de faire la bringue !

Dr J : Oui, mais je pense qu'il y a une espèce d'ambiance à la performance qui touche tout le monde. On est en train, même y compris dans la fonction publique maintenant… à force d'avoir tellement dévoyé la fonction publique et les avoir enviés… et bien, on est en train de les mettre exactement sur le même grill que le monde privé et on y a perdu certainement une partie de gens motivés.
Parce que, effectivement, avec cette espèce d'évaluation… de trucs, on arrive quand même à avoir une perte de personnes qui n'étaient pas justement sous tutelle et qui se débrouillaient très bien comme ça… qui avaient une gestion de leur profession parfaite. Et bien, je pense qu'il y en a qui ont perdu en sérénité.

(7s)

MB : Ce qui ressort de tout ce que vous dites, c'est la lourde charge de travail… On est fatigué à vous écouter ! {Sourire}

Dr K : Oui, on ne peut pas dire le contraire ! {Rires}

(3s)

Dr J : Mais il faut dire que les gens nous plaignent bien. C'est vrai, ils sont compatissants.

Dr N : Ils sont compatissants, moi je trouve.

Dr J : Oui, moi je trouve… : « Allez bon courage docteur ! ». Ça fait du bien !

Dr M : = Oui mais des fois, même quand on ne leur demande rien, ils nous le disent. Alors on se dit : « Mince, j'ai l'air pâle, il y a un problème ? » {Rires}

Dr K : [Ils le voient bien à ta tête ! {Rires}

Dr L : Oui, mais est-ce qu'ils te le disent, le vendredi à 19h30, quand ils t'appellent parce qu'ils ont mal depuis 3 jours et que tu ne peux pas les prendre ?

Dr J : [Et bien non, ça non ! Pas ce jour là.

{Rires}

Dr M : [Non. Pas ce jour là. Non parce que, samedi, il faut qu'ils soient en forme !

Dr K : Quand ils n'ont pas besoin de toi, ils te plaignent…

Dr J : [Et à la fois c'est normal, parce qu'ils ont vraiment un objectif et un seul… le reste…

Dr K : [« Reposez vous, vous avez l'air fatigué ». Et puis le jour où tu prends ton samedi matin : « Oh évidemment, j'étais malade ce samedi, quand on a besoin

de vous, vous n'êtes jamais là ! ». Oui, d'accord… les gens qui connaissent le nombre de jours de vacances que je prends dans l'année… C'est un peu gonflé !

MB : Vous prenez des vacances ?

Dr K : Ah ben quand même, oui !

{Rires}

Dr K : Personnellement, j'en prends assez peu, trop peu sans doute… (3s)
On s'arrange, moi je n'ai pas de remplaçant. Je ne sais pas les autres comment vous fonctionnez. Mais quand je m'absente, je m'arrange, dieu merci, avec les collègues du secteur avec qui on s'entend très bien et il n'y a aucun souci : « Je m'en vais deux jours et bien ok, tu peux prendre mes urgences ? », « Oui ». Et puis vice-versa.
Mais bon, comme on a tous beaucoup de boulot, on essaie de ne pas trop surcharger le collègue qui prend nos urgences… c'est vraiment que pour les urgences.
Donc, en deux-trois jours, moi, j'arrive à me retaper complètement… bricoler, jardiner, faire de la moto, enfin je ne sais quoi… Ça me fait beaucoup de bien. Seulement, les trois jours avant : « Ah ! vous allez être absent ? Vite, vite, il faut que l'on vienne ! », « Vous êtes malades ? », « Non, non, mais on ne sait jamais, vous allez être absents quand même 3 jours ». Donc déjà, il y a trois jours d'angoisse avant…

Dr M : [Et quand tu reviens…

Dr K : [Donc vous vous reposez, mais vous vous reposez en vous disant : « L'enfer ! …dans trois jours quand je vais reprendre ! ». Et effectivement, quand vous reprenez, la première journée, vous faites 4 journées de travail en une.

Dr J : [Ton lundi… ton lundi, il va compter ! {Rires}

Dr M : {En aparté avec le Dr L} [Ils t'attendent devant la porte ! Toujours les mêmes d'ailleurs… C'est ceux qui t'aiment bien ceux-là.

Dr L : {En réponse en aparté, au Dr M} [Oui, tu es obligé de te dire ça quand tu les vois !

Dr N : = Alors que, avec un remplaçant, ça change la vie, parce que…

Dr K : [Oui, alors je n'ai pas de remplaçant, c'est un choix…

Dr N : […Quand on n'est pas là, le travail est fait… Quand on revient, on revient reposé et on n'est pas débordé . On a fait les trois premières années en se remplaçant mutuellement quand l'une était en vacances… Ça marchait bien.
Mais d'année en année, il y a de plus en plus de patients. Mais effectivement, il y avait plus de boulot et de stress en revenant, quand on s'autogérait l'une et l'autre, quand l'une était absente…

Dr K : [Sans doute…

Dr N : [Mais avec effectivement un remplaçant...

Dr K : = S'il y a la présence d'un remplaçant au cabinet, c'est sûr que…

Dr L : [Ça continue…. Le cabinet ne s'arrête pas.

Dr N : [Ça change tout ! Voilà, il ne s'arrête pas et c'est très très confortable et appréciable !

Dr K : C'est clair… Ce qui fait que je prends très peu de repos… de petits repos de trois jours ! {Rires}

Dr N : = Ce qui fait que, du coup, moi, je prends une semaine à chaque vacance scolaire pour être avec mes enfants et trois semaines l'été.

Dr K : Et bien, c'est bien !

Dr N : Ça fait beaucoup de semaines sur l'année, mais c'est très bien.

Dr J : Oui, ça doit faire à peu près 8 semaines, un truc comme ça ?

Dr N : Oui, entre 7 et 8.

Dr J : Et j'avais des copains qui travaillaient en binôme, enfin ils sont mari et femme… Ils travaillent dans le même cabinet et honnêtement, pour eux, c'est leur dose, 8 semaines… et ils disent : « On ne descendra pas en dessous »…

Dr N : [Ah et bien, nous non plus !

Dr J : […et je pense que, en plus, ils sont hyper efficaces… Ce sont des gens qui sont hyper efficaces, c'est-à-dire qu'ils travaillent beaucoup, mais dans une zone de temps moindre. Donc finalement, je ne sais pas quelle est la meilleure tactique ? Entre diluer un peu et…

Dr N : = Nous, avec mon associée, on s'est organisé, dès le démarrage, on a chacune pris notre journée de congés dans la semaine… Donc moi, je ne travaille pas le mercredi, elle, ne travaille pas le vendredi. On a tourné d'emblée comme ça.
Dès le début, avec le système des vacances scolaires, au moins une semaine chacune… donc on se partage les vacances… et le samedi, un samedi sur deux. On a fait le choix, tant pis… de rester le samedi jusqu'à 15h s'il le faut l'hiver, parce que l'on va avoir plein plein d'appels et qu'il faut les prendre, mais au moins, une semaine sur deux, on a un week-end complet du vendredi soir au lundi matin…

Dr J : [C'est appréciable…

Dr N : […Et du coup, il y a des très grosses journées, parce que ça fait 4 jours ou 4 jours et demi dans la semaine… En hiver, il y a des grosses grosses journées.

Mais après, enfin moi, je travaille toujours à chaque fois… ou deux jours, ou deux jours et demi maximum d'affilée… Donc je récupère bien, je pense. {Sourire}
Mais ça, on l'a mis en place tout de suite, c'était la condition… Après, tout seul c'est sûr que c'est peut-être certainement moins évident à faire…(3s)
Mais moi, je ne me voyais pas travailler toute seule en tout cas…

Dr L : Oui, mais ça tu peux le faire à partir du moment où tu es deux, ou si tu t'arranges réellement avec quelqu'un…

Dr N : = C'est ce que je disais, oui, tout à fait.

Dr L : Et ça dépend beaucoup de la personne avec qui tu travailles ou…

Dr N : = Oui, alors moi, j'ai la chance que ça se passe très très bien, on se connaît depuis très longtemps.

Dr L : = Parce que l'on connaît tous des collègues qui ont essayé de faire ça, qui se sont mis en association et ça n'a jamais été très loin.

Dr M : {Rires}

Dr N : Oui, je pense qu'il y a autant de cas qu'il y a de…

Dr L : = Je pense que c'est une question de personnes après…

Dr N : Certainement… C'est sûr que, seul, je comprends que cela soit beaucoup moins facile pour s'organiser, c'est sûr…

(3s)

Dr J : Surtout que le système des remplaçants pour l'instant… Moi j'essaie de rentrer dedans, parce que l'on avait un ancien remplaçant, très ancien puisqu'il a maintenant 76 ans, donc il va partir en retraite quand même, et en l'occurrence…

Dr N : = Il faut le laisser quand même…

Dr J : Oui, on va le laisser partir quand même en retraite…

Dr K : {Rires} Peut-être un jour !

Dr J : Mais le souci c'est de rentrer effectivement en contact avec les remplaçants, ça n'est pas simple.

Dr N : Oui.

Dr J : Ils ont d'ailleurs un ciblage très précis… on ne sait d'ailleurs pas lequel et quand on n'est pas dans le flot…

Dr M : = Des fois il y a des cas spéciaux aussi… dans les remplaçants…

Dr J : [Oui, je pense autant que de médecins…

Dr K : = J'ai été un peu découragé aussi, parce qu'il y a quand même des histoires de chasse avec certains remplaçants… de collègues qui m'ont raconté des choses hallucinantes de la part des remplaçants… Alors je n'ai pas envie de m'y risquer.

Dr M : [Voilà, ça n'est pas leur cabinet…

Dr N : Alors oui, moi je pense que j'aurais du mal à le faire avec quelqu'un que je ne connais pas ou que l'on ne m'a pas recommandé… ou une connaissance d'un autre… quelqu'un qui serait passé dans un stage… J'aurais du mal à le faire avec quelqu'un que je ne connais pas du tout, effectivement. J'aurais du mal à laisser mon cabinet.

Dr K : [Moi j'en suis… pas du mal… c'est que j'en suis parfaitement incapable ! Ça c'est clair et net.

Dr J : Tu vois, chacun assume sa partie. Ça m'a gêné assez peu… peut-être parce que je ne suis pas tant scrupuleux que ça… mais derrière, le gars, il assumera ses actes, je ne vais pas assumer les siens.

Dr M : = Oui, mais il y a des cas bizarres aussi… Moi, j'en ai un… En trois jours, il a voulu révolutionner toutes… toutes mes prescriptions… il critiquait mes prescriptions… il a mis des photos personnelles dans mon ordi…

Dr N : [Ah oui, non, sympa !

Dr M : [Je veux dire à un moment donné, il est passé trois jours, mais c'est comme s'il avait fait une bourrasque ou une tornade, quoi ! Les patients m'en parlaient encore un mois après : « Ah votre remplaçant… il a dit… ah, il ne fallait pas faire ça ! ».

Dr K : [Il faut qu'il reprenne le chapitre déontologique sur le remplacement…

Dr M : [Voilà, à un moment donné, soit on passe un mois entier, on met sa petite touche personnelle voilà… Bon, lui, il avait une conception particulière qui n'était pas la mienne.
Moi, j'ai remplacé plusieurs médecins qui étaient complètement différents de ma perception personnelle, je n'allais pas mettre ma touche à chaque fois, bouleverser leurs trucs. Voilà, donc il y a des personnalités… tu tombes dessus ! {Rires}.

Dr J : {A voix basse} Il faut qu'il s'installe lui et rapidement !

Dr M : [Ça peut parfois faire quelques petits dégâts. Mais bon, ils ne sont pas tous comme ça.

Dr N : Heureusement !

Dr K : Non, je pense que ça doit être anecdotique en fait, mais…

Dr M : [Oui, mais quand ça te tombe dessus…!

Dr K : [Oui, mais ce sont ces cas-là que l'on retient. Moi, ce sont des histoires comme cela que j'ai retenues et qui m'ont dissuadé d'avoir un remplaçant…

Dr M : = Ce qui n'est pas exceptionnel, ce sont ceux qui te lâchent à la dernière minute… C'est assez fréquent.

Dr K : [Oui.

Dr M : [Voilà, d'autres collègues qui disent : « Voilà, il m'a lâché… la veille ! » Bon, d'accord ! {Rires} Ils n'ont pas d'impératif, ils ont d'autres choix.
Moi, ma meilleure copine, quand elle était remplaçante, elle me disait : « Tu ne veux pas me remplacer, parce que je n'ai plus envie de le remplacer ». Je disais : « Bon ben, ok ». Mais si je n'avais pas dit oui, elle aurait laissé tomber le médecin. Il y a des gens qui sont comme ça, parce qu'ils sont comme ça.
La preuve, tu envoies des SMS à des remplaçants, ils ne te répondent même pas. Ça n'est pas qu'ils doivent à tout prix me répondre, mais je veux dire, qui n'envoie pas des SMS maintenant pour raconter des bêtises. Tu envoies je ne sais combien de SMS, il y en a un ou deux qui te répondent gentiment : « Non, je ne pourrai pas ». Mais sur les 20 que tu as envoyés, il n'y en a que deux qui répondent. Même, entre guillemets, la gentillesse et le savoir-vivre n'existent pas franchement… Je ne sais pas, moi, c'est mon vécu personnel. {Rires}

Dr J : J'ai eu quelques remplaçants effectivement dans ce style-là, c'est sûr. D'autres… Mais honnêtement, pas quand même au point de s'installer réellement et de changer la pancarte !

{Rires}

Dr N : [Il nous a dévissé la plaque ! {Rires}

Dr J : [Dévisser la plaque… Tu reviens, tu n'es plus chez toi ! Ça doit faire effectivement très drôle !

Dr K : [Il a changé le papier peint ! Il n'y a plus de savoir-vivre…

Dr J : J'étais bien sûr que j'étais installé là, pourtant ! {Rires}

Dr M : [Ah, et bien c'est une personnalité… spéciale ! Même un mois après, j'ai trouvé ses photos personnelles, je me suis dit : « Mince, c'est quoi, ça ? »

(4s)

MB : Et alors, vous faites comment pour les vacances ?

Dr M : Alors, moi, j'ai aussi un très vieux remplaçant, je ne sais pas si c'est le même… {Rires} …de 76 ans ! Qui est très charmant… Lui, a de l'expérience, on ne peut pas dire le contraire… Mais bon, après, il faudra que je trouve sans doute quelqu'un de plus jeune s'il décide de mettre la clé…

MB : = Donc vous confiez le cabinet à quelqu'un que vous connaissez bien ?

Dr M : Oui.

Dr J : Ça c'est extra, ça c'est sûr. Si c'est quelqu'un que l'on connaît bien. Moi, j'ai eu l'expérience avec deux copines qui étaient des urgences, ça c'est vraiment… le rêve ! Là, on est en collaboration, vraiment, on est en relais. Là, on a envie effectivement de donner des observations. On laisse toutes les consignes… les patients, les cas, et cetera… On revient, on a la même qualité de liaison. Et puis boom, on retourne d'emblée, le courrier est rangé, la compta est faite nickel, on n'a plus qu'à faire le chèque. Ça c'est le rêve !

MB := Ah, parce que vous faites un chèque ?

Dr J : Oui, parce qu'il faut effectivement faire une rétrocession d'honoraires.

Dr N : Oui.

(4s)

Dr J : Donc, quand il n'y a plus que ça à faire et bien, il n'y a vraiment aucun problème.

Dr N : C'est le bonheur !

Dr J : C'est le bonheur !

Dr K : Ça permet de prendre des vacances détendu….

Dr N : [Des vraies vacances !

Dr J : Parce que quand il faut rentrer et qu'il faut trier les courriers, refaire la comptabilité, recompter les sous, refaire les chèques… quand on est parti deux semaines, c'est un sacré boulot !

MB : {En s'adressant eu Dr L} = Oui, vous disiez ?

Dr L : Je disais que, moi, je m'arrangeais avec un autre médecin.

MB : Donc, comme le Dr N ?

Dr L : [Oui enfin, moi il est dans un autre village.

Dr N : [Oui, enfin moi c'est différent, c'est mon associée et on a une remplaçante.

Dr J : Oui, voilà.

Dr M : Moi, je fais un peu mixte aussi.

Dr K : Moi, ce sont les patients qui se déplacent vers un autre cabinet, à proximité du mien. Et vice-versa quand le collègue est en vacances, c'est moi qui prend ses urgences.

Dr M : = Voilà, quand j'ai un remplaçant, je fais comme… Mais sinon, quand je n'ai pas prévu ou quand mon remplaçant ne peut pas, j'oriente vers un collègue avec qui on s'entend bien.

Dr K : Et quand le système fonctionne bien, les patients sont…

Dr L : [Ils aiment bien, oui.

Dr K : [Ils connaissent le remplaçant, entre guillemets… Quelque part aussi, ils savent qu'ils ont à faire à un médecin qui a de l'expérience…

Dr N : [Ça ne doit pas être évident à gérer non plus, au niveau charge de travail, je veux dire ?

Dr K : [Je reçois, pendant les périodes de vacances, des gens que je ne connais pas, qui ne sont pas de ma clientèle ou qui ne sont pas de la clientèle du collègue qui est absent et qui sont d'une autre clientèle et qui me disent : « On vient chez vous, parce que ça n'est pas notre médecin habituel, il a un jeune remplaçant, on ne sait pas trop ce qu'il vaut, comment il est, ce qu'il va nous faire… Alors on aime autant voir un médecin installé ».

MB : = Les patients aiment bien avoir des repères ?

(3s)

Dr K : Oui, et puis ça doit les rassurer d'avoir un médecin qui a un peu de… comme ils disent « installé » …dans la durée, dans…

Dr L : = Je pense que… de savoir où s'adresser… quand on n'est pas là…

Dr K := Oui, en général, en période de vacances, on est déjà surbooké… Donc, quand c'est moi qui prend les appels de gens qui me disent : « Je préfère venir chez vous parce que chez mon médecin, il y a un remplaçant… », je lui dis : « Non, écoutez… Bon, je pense qu'il faut respecter une certaine organisation… donc faites confiance au remplaçant de votre médecin. » Je renvoie gentiment… quand je peux.
Mais parfois, quand les gens prennent rendez-vous, ils ne l'expliquent pas comme ça, ils ne le présentent pas comme ça, donc on se retrouve devant le fait accompli. Bon ça n'est pas une catastrophe, mais bon, je ne sais pas si c'est marginal ou… ?

(5s)

Dr J : Ça n'est pas facile la vie de remplaçant, non plus. Parce que, quand on remplace et que l'on doit toujours faire son trou. {Rires}

Dr M : [Oui, mais c'est un choix.

Dr J : [Au bout de trois ans de remplacements, dans le même cabinet, avec les mêmes habitudes… Et tu es encore en train d'expliquer que non, tu n'es pas un

jeune médecin, que tu as de l'expérience et que tu peux quand même, éventuellement, traiter leur rhinosinusite.

{Rires}

MB : = Dr O, cela vous fait rire ?

Dr O : Oui, moi, je n'ai pas du tout cette habitude-là… Parce que je pars en vacances quand j'ai envie de partir en vacances. Je pars du principe que si j'ai un remplaçant, bon et bien, j'ai un remplaçant, c'est bien. Je lui laisse les clés de la boutique, bon, c'est tout. J'en ai eu des biens, j'en ai eu des moins biens, c'est sûr.
Parce que c'est vrai que, maintenant, on est tous informatisés. Il y en a qui sont sous Axisanté, d'autres sous je ne sais pas quoi… c'est tous des logiciels particuliers… donc il faut quand même… alors c'est vrai que les jeunes sont assez alertes avec l'informatique, ça c'est le premier point.
Ranger les courriers, c'est un autre truc. Donc c'est vrai que, effectivement, quand tu rentres de vacances, quelque soit le cas, il faut quand même te mettre au courant de ce qui s'est passé.
Donc, souvent, moi je pars du principe, que je ne cherche pas trop de remplaçant sauf quand il y en a un qui me tombe sous la main. Sinon, je ferme la boutique, je mets un médecin auquel je dis : « Est-ce que je peux mettre ton nom sur mon répondeur ? ». Et après , les gens, je leur dis : « Vous faites ce que vous voulez ». Je leur laisse le libre choix… d'aller où ils veulent, parce qu'il n'y a pas de raison que ce soit…

Dr M : = Oui mais enfin, le problème, ça n'est pas ça. Ils peuvent aller où ils veulent. Mais quand ils appellent le circuit de Bar-le-Duc, par exemple, et que tout le monde dit : « Ben non, je suis occupée, je ne peux pas, aller voir… ». Il faut bien quand même mettre un médecin de référence, parce que s'ils ont une porte close à chaque fois…

Dr O : [Non, mais j'ai un médecin de référence, c'est légal…

Dr M : Voilà, c'est légal…

Dr K : Forcément, si tu es absent, tu dois au moins mettre un…

MB : = Oui, parce qu'il y a l'aspect légal aussi ?

Dr K : Ah, bien sûr…

Dr J : Permanence de soins.

Dr K : Ça c'est obligatoire.

Dr M : 24h sur 24h… aux toilettes, sous la douche ! {Rires}

Dr J : Mais ça n'est que de façade, il faut quand même que l'on soit conscient de tout cela. On est quand même une permanence de soins de façade et de plus en plus, malheureusement… c'est pour rassurer nos responsables et puis nos…

Dr O : …nos élus…

Dr J : …nos élus, parce que, en fin de compte, on ne peut pas… matériellement, on ne peut plus et on ne pourra encore moins demain, après demain…

Dr O : = Il faut partir du principe que, un jour, il peut t'arriver quelque chose et que ta clientèle, elle sera… Moi j'y pense, j'avance en âge…

Dr J : = Non mais cette histoire d'urgence… de, éventuellement, si tu as une urgence… Mais bon, au départ, j'ai fonctionné comme ça… c'est impossible, c'est complètement innommable de mettre ça sur le dos d'un médecin généraliste…

Dr M : [Oui, mais s'il arrive une tuile, on va dire que c'est toi !

Dr J : …En tout cas, je pense que de moins en moins de responsables nous mettrons…

Dr M : = Tu n'as pas vu que récemment… bon ils ne l'ont pas fait… mais ils voulaient que l'on déclare nos vacances je ne sais plus combien de temps à l'avance… donc ça c'était pour rassurer les élus, et cetera… Mais bon, ils ont osé faire ça, donc rien ne les arrêtera, ils pourront te mettre demain ce qu'ils veulent…

Dr J : [Il faut qu'il nous regarde de manière pragmatique. Moi, j'ai fait le deuil du SAMU et autres. Bon, on prend encore le sac de correspondant médecin de SAMU mais c'est simplement parce que l'on veut aller sauver une vie et puis avoir le matériel pour ça. Mais, par contre, on ne va pas se mettre de garde, 24h/24h… Non, ça n'est pas possible ça, ça n'est pas notre rôle.
Quitter notre patientèle, aller faire un SAMU pendant une heure et demi, rentrer… ça devient de l'irresponsabilité ! On parle de sécurité du patient, si on fait ça… ça m'est arrivé… mais bon, c'est quand même à flux tendu, ça n'est pas réaliste.
C'est vrai que les anciens médecins l'ont tous fait, tous. On parle de notre confrère de 76 ans, lui, il faisait ça. Il passait du coq à l'âne et puis les gens attendaient. Il n'y avait pas de consultation nominative, c'était la consultation du matin, ils étaient tous là les gens… ils voyaient que le médecin ne revenait pas, ils repartaient et revenaient le soir ou le lendemain, ça n'était pas un problème… Mais nous, on n'a pas cette gestion, on a quand même des créneaux qui sont adaptés. Enfin, je ne sais pas comment vous fonctionnez ? Si vous avez encore des consultations libres ?

Dr N : Non.

Dr K : Plus du tout…

Dr M : [Moi si, encore un peu… Consultations libres la journée, et le soir sur rendez-vous…

Dr K : [Moi, j'ai tout passé sur rendez-vous, parce que la vision apocalyptique de la salle d'attente pleine… Moi j'ai une clientèle essentiellement de pédiatrie et de petite pédiatrie, alors ça, ça n'est pas possible… la crèche malade dans la salle d'attente ! {Rires}

Mais alors, c'est sûr que tout sur rendez-vous… J'essaie… c'est une obligation morale, dans l'organisation, d'être à l'heure pour chaque rendez-vous. Avant, les gens se disaient : « Je rentre, c'est plein, je vais attendre trois heures » et bien voilà, ils attendaient trois heures.
Alors après, les gens, sur rendez-vous… alors ils attendent quand même. Je me suis rendu compte que je me mettais la pression tout seul, parce que je me suis surpris à m'excuser à des gens, sur rendez-vous, d'avoir un quart d'heure ou vingt minutes de décalage. Les gens me disent : « Mais ça n'est pas grave du tout, on était bien, on était au chaud, on était assis, on avait de la lecture, il n'y a pas de souci ». Mais moi, je me crée le souci tout seul… ça c'est embêtant.

Dr M : = Moi, je m'excuse au bout d'une heure de retard. {Rires} Les gens ne se gênent pas pour te dire que tu es en retard… mais bon, c'est comme ça !

Dr O : Moi, je dis :« Et oh, c'est l'heure d'été ! »

{Rires}

Dr M : [Il y en a un une fois qui m'a dit : « Ah vous êtes en retard, ah vous n'avez pas de photocopieuse ? »…et puis quoi encore ! {Rires}

Dr L : = Tu te rends compte, tu t'excuses d'être en retard, alors que tu es en retard à cause des patients… Tu n'es pas en retard à cause de toi. Si tu es parti faire ton golf, que tu t'excuses d'être en retard, d'accord. Mais là, la plupart du temps, quand tu es en retard, ce sont les patients précédents qui t'ont mis en retard.

Dr J : [Tu n'as même pas le temps d'aller faire pipi ! {Rires}

Dr K : Oui, oui ! Mais quand je dis que je me suis rendu compte que je me mettais la pression tout seul, au début que j'étais sur rendez-vous… à m'excuser parce que j'avais 20 minutes de décalage. Il y en a qui disaient : « Mais, on sait bien que vous n'étiez pas parti faire les courses et que vous étiez là, en train de soigner quelqu'un… »

Dr M : [Oh, ils sont gentils tes patients…

Dr K : = Non mais c'est vrai, je les en remercie d'ailleurs, parce qu'ils m'ont fait prendre conscience que je me mettais la pression tout seul et que, eux, ne trouvaient pas scandaleux que le médecin ait 20 minutes de décalage.

Dr N : En général, ils le comprennent, puisqu'ils sont contents la fois où c'est pour eux que ça dure une demi-heure ou trois quarts d'heure… enfin trois quarts d'heure, peut-être pas…

Dr K : Oui, oui, alors d'ailleurs, quand ils voient que l'on est bien en retard, ça n'est pas pour autant qu'ils vont dire : « Bon, alors, on va faire un sprint, 5 minutes, pour vous faire rattraper votre temps ». C'est : « J'ai attendu ma demi-heure, donc maintenant c'est mon tour ! »

Dr L : [« Les autres attendront… »

Dr N : = Oh non, il y en a qui disent : « Allez, on va faire vite, ça va aller. »

Dr M : [Enfin, ils te disent ça au début…

Dr K : [Alors c'est vrai, ils te disent ça au début. « Oh, mon pauvre docteur, vous ne serez pas à la soupe à midi ». On connaît ça.

Dr N : [Oh, ils sont gentils mes patients, je trouve…

Dr K : Ils disent, en rigolant : « Vous allez rater l'apéro» {Rires}, et puis après : « Bon, il faut quand même que je vous dise » et puis à la fin : « Ah, et bien je ne vous ai pas fait rattraper votre retard, au contraire ! » {Rires}

(3s)

MB : Dr O, vous n'êtes pas d'accord ?

Dr O : Oh si ! Tout à fait…

Dr K : [Oh si, je pense que ce sont des choses que l'on entend tous.

Dr O : [Il y a des gens qui vous disent : « Oh, docteur, je vous ai fait rattraper un peu de votre retard », « Ah oui, 3 minutes », « Ah, que ça ? », « Oui, et puis maintenant c'est fini ! Au revoir ». Avec le grand sourire, j'adore… ça j'aime bien, ça me fait rire, c'est rigolo… j'aime bien !

{Rires}

Je les aime bien mes patients.

Dr N : Oui, ils sont gentils dans notre coin, je trouve, les gens… ils sont compatissants, je trouve…

Dr O : Oui.

Dr K := Oui, c'est vrai, en moyenne. Bon, il y a quelques personnes qui nous pourrissent la vie…

Dr N : [Il y en a toujours !

Dr M : = Des fois, on essaie de les renvoyer aux collègues, mais ça ne marche pas ! {Rires}

Dr K : [Non, mais c'est vrai, moi je ne me gêne plus trop… Au bout d'un moment, je prends le dossier et je leur dis : « Ecoutez, il faut que l'on divorce, là ».

Dr N : = Casser le contrat.

Dr K : … « Vous me bousilliez ma sérénité pour ma journée, c'est préjudiciable pour les autres. »

(3s)

MB : Du judiciable ?

Dr J : « Préjudiciable » pour les autres.

MB : Ah !

Dr K : Oui, parce que vous arrivez de bonne humeur et vous avez quelqu'un qui vous met hors de vous. C'est vrai qu'il y a quand même quelques personnes qui viennent chez le médecin pour se défouler sur le médecin. C'est un comportement un peu pathologique, mais on le sait. On est théoriquement prévu pour recevoir aussi des agressions… et des fois cela va jusqu'aux agressions physiques, malheureusement, j'en ai fait l'expérience…(3s) …Oui, il m'est arrivé des histoires tristes.

Dr M : = Donc tu t'es mis au close-combat maintenant ? {Rires}

Dr K : Non, mais c'est vrai, ça, ça marque par contre… L'expérience de l'agression physique grave… agressions verbales, j'en ai eu quelques unes… agressions physiques…

Dr O : = Non , mais c'est normal, tu as une tête à claques ! {Rires}

{Rires}

Dr K : Et bien, peut-être ! Non, mais je monte assez facilement aussi…

Dr O : [Excuse moi, B!

Dr K : […et je manque un petit peu des fois de discernement… Le psychopathe en crise, des fois, je n'ai pas bien repéré… mais alors pas bien repéré, parce que… Bon, l'agression à laquelle je fais allusion, c'était dans un village alentours, c'était une visite qui n'était pas prévue du tout, avec un schizophrène que je connaissais, mais que je n'avais pas vu depuis longtemps. Je me souviens que ce jour-là, j'étais déjà assez surbooké et tac ! On m'appelle et on me dit : « Il faut faire une HDT». Les parents qui m'appellent, en me disant : « On n'en fait plus façon, il a démoli le portrait de son meilleur copain hier soir et tout... » Et vas-y le CHS qui m'appelle et qui me dit : « Faudrait aller voir ». Et donc voilà, chronomètre en main, j'y vais et puis, complètement inconscient, je rentre dans la chambre du môme… enfin un gros môme, 1m80, large comme ça…

{Rires}

…et puis, je n'avais pas percuté la situation et j'arrive et je lui dit : « Salut, mais qu'est-ce qui t'arrive, qu'est-ce que c'est que ce cirque ? » et il se plante devant moi et il me dit : « T'es qui toi pour me parler comme ça ? » et paf, le poing qui part… et il a essayé de me terminer avec une batte de base-ball, mais j'ai couru plus vite que lui, dehors… J'ai fait le 15…

Dr M : [Mais il n'y avait pas de secours avec toi ?

Dr K : [Et bien non.

Dr M : Tu y es allé comme ça ?

Dr K : Et bien oui, complètement, c'était une famille que je connaissais… et je ne savais pas du tout ce que j'allais trouver.

Dr L : [Oui, si tu es à la bourre…

Dr O : [Oui, si tu es à la bourre, tu n'attends pas les gendarmes !

Dr K : = Je pensais que j'allais discuter…

Dr M : …gentiment…

Dr K : …oui, voilà, assis sur le coin du lit, en lui disant : « Enfin, mais qu'est-ce qui se passe ? »

MB : C'est encore une histoire de manque de temps ?

Dr N : Oui.

Dr O : [Oui, ça arrive à tout le monde… C'est un manque de discernement.

Dr M : [Ça arrive au moment où on s'y attend le moins.

Dr O : […discernement par rapport au truc. Tu n'y penses pas, tu y vas, tu te dis je le connais et paf !

Dr M : Oui, oui.

Dr K : Alors après, il paraît que je les attire. L'année dernière, le 8 mai, c'est moi qui ai terminé en réanimation.

(3s)

MB : C'est dangereux ?

Dr K : Plus ou moins oui, intoxication au monoxyde de carbone. Tu rentres chez quelqu'un, avec le sourire, avec ta mallette. Un quart d'heure après, c'est toi qui est dans le VSAB et tu termines aux urgences. Et là, j'ai eu chaud quand même, c'est passé très très près…

MB : C'est un métier dangereux ?

Dr M : Oh oui !

Dr K : [Et bien, ça peut ! La preuve ! {Rires}

Dr N : Moi j'aurais dit non pour l'instant, mais c'est mon expérience… je ne vais plus faire de visites !

Dr K : Non, mais il faut être prudent…

Dr M : C'est dangereux, moi j'ai été confrontée à des choses dangereuses… J'ai chuté dans des couteaux…

Dr K : [J'ai subi d'autres agressions pendant mes premiers remplacements aussi, mais ça m'avait moins marqué, parce que j'étais jeune…

Dr N : = Moi, j'ai plus eu l'impression… J'ai remplacé pendant presque trois ans… A ce moment là, sur les visites, au démarrage, la première année, il n'y avait pas encore la régulation… le premier été où je remplaçais. Il y avait plein d'appels la nuit que l'on prenait tout seul. Là, il y a des moments où je ne me suis pas sentie en sécurité. Et ça je ne l'ai jamais plus retrouvé depuis.

Dr K : Non, mais c'est rare… mais ce coup là, c'est vraiment la gestion du temps qui m'a fait complètement fait oublier que j'étais chez quelqu'un de dangereux. Vous êtes devant un psychopathe, par définition, il est dangereux.

Dr M : [Quand on va chez les gens, on peut être en danger… Tu vas chez quelqu'un, il ferme la porte… {Rires} Tu discutes tranquillement, tu vas voir le sujet et puis tu te dis : « Je me dirige vivement vers la porte ». Parce qu'il y a des gens bizarres. Le gars était psy, en effet, mais il avait quand même fermé la porte derrière moi et j'étais en train de me dire : « On va essayer de l'écouter ! »

Dr L : [« J'ai laissé mon téléphone dans la voiture ! »

Dr M : [J'avais quand même prévenu, parce que l'appel était déjà quand même suspect au départ. Mais tu es obligé d'y aller quand même et j'avais dit à une patiente : « Il a l'air suspect celui-là… Je vais là, c'est marqué sur mon bureau », mais le gars était vraiment bizarre, psy, mais tu y crois toujours, tu te dis que ça va aller.

Dr K : Mais quand tu as le temps, si tu gères bien avant, si tu as conscience que, un jour de garde la nuit… ça m'est déjà arrivé d'avoir des appels un petit peu louches…

Dr M : [Mais ça dépend, comment tu gères, tu n'as pas l'habitude ?

Dr K : Et bien, j'ai appelé la police, je leur ai exposé la situation et ils m'ont dit : « Pas de souci, on vous accompagne discrètement, on se gare à côté, au pied de l'immeuble, devant la maison et s'il y a du grabuge, bon… vous nous prévenez… »

Dr M : [Ah oui, tu as fait ça… moi je ne l'ai pas fait…

Dr O : [Ça c'est bien… ils sont bien tes gendarmes !

Dr K : Ce ne sont pas des gendarmes, ce sont des policiers.

Dr O : Ah d'accord…

MB : {En s'adressant au Dr O} Les vôtres sont moins bien ?

Dr K : {En s'adressant au Dr O} Tu as déjà fait appel et… ?

Dr O : Ah oui… moi j'ai des petites casseroles comme ça, mais bon, on ne va pas passer la soirée là-dessus !

Dr K : Non, franchement moi j'ai toujours eu… J'ai un petit commissariat juste en dessous de mon cabinet, ça m'est déjà arrivé aussi de les appeler avant que ça ne tourne mal… On en était à la violence verbale… le temps qu'ils arrivent, le gars s'est taillé…

Dr M : [Ah, dans ton cabinet, alors ?

Dr K : Oui, oui.

Dr M : = Moi, des fois, je ne réalise pas la situation, c'est après coup que je me dis : « Tiens c'est un chasseur, j'ai contrarié un chasseur… » {Rires} « ..et puis un peu macho »… et que toi, tu es un peu contrariée… bon.

MB : {en s'adressant au Dr J} Vous aviez l'air de dire aussi que c'est dangereux ?

Dr J : Oui, oui, c'est effectivement un métier dangereux, mais pas forcément uniquement vis-à-vis du relationnel. C'est aussi dangereux dans notre manière de réagir, dans ce que l'on va prescrire, dans notre lucidité, dans notre sérénité… de plein de choses.
C'est dangereux aussi dans ce que l'on va dire, dans ce que l'on a dit. Cela a des conséquences qui peuvent être gravissimes. Je pense que l'on ne le ferait pas si on ne le savait pas. On le sait tous.

MB : Dangereux pour le patient donc ?

Dr J : Implicitement, oui…

MB : Et pour soi-même ?

Dr J : […et pour nous… oui. Parce que l'on se met en danger. Je pense que, dès le moment où on fait.. Souvent je l'évoque, vis-à-vis des gens, pour que l'on remette un peu les choses en perspective. Il n'y a pas de petit geste, il n'y a pas de petit certificat et il n'y a pas de petite prescription…

MB : = Donc si vous faites une prescription, vous prenez un risque vis-à-vis du patient et vous avez l'air de dire, vis-à-vis de vous même aussi ?

Dr J : Evidemment, parce que je pense que l'on se met en danger et derrière, les conséquences…

Dr M : […légales…

Dr J : = …non mais même pas légales, même par rapport à soi…

Dr M : […oui morales aussi…

Dr J : […à partir du moment où le patient… On parle de casserole, mais moi j'en ai, on a tous notre cimetière, il faut quand même être clair… On n'en parle pas, c'est notre pudeur de médecin, mais je pense que c'est quand même implicite. On a tous en nous, de manière justifiée ou pas, parce que, souvent, on n'a pas débriefé. Mais on se dit, brutalement : « On l'a tué ! ».
Ça n'est pas toujours comme ça, ça n'est pas la vraie réalité. Il y a toujours moyen de se rattraper à la branche en se disant : « Mais non, c'est parce que je n'avais pas l'info, c'est parce que ci, parce que ça… » On se fait notre propre avocat sinon, on ne survivrait pas.

MB : Sentiment de culpabilité douloureux ?

Dr J : Ah oui, certainement…

Dr L, Dr O, Dr M, Dr K: Oui, oui…

MB : Tout le monde est unanime… Vous êtes tous unanimes?

Dr M : [Oui, et c'est d'autant plus appuyé maintenant…

Dr N : [Moi, je n'ai que quatre ans d'expérience… pardon, vas-y.

Dr M : Je pense que c'est d'autant plus appuyé maintenant parce que, au niveau de la presse, les affaires, les choses, les mauvais médicaments, les mauvais médecins, c'est toujours un peu exploité… Les mauvais exemples sont toujours mis en exergue, plutôt que les bons. On ne parle pas de ce qui est bien ! {Rires}
Donc, on a une espèce de pression, qui n'est peut-être pas logique non plus, mais elle là.
Pareil, il y a des fois des réunions sur des sujets « avocats ou autres », je n'y vais jamais parce que, à la fin de la soirée, je me dis je ne vais plus rien faire !

Dr O : […Tu déprimes !

Dr M : Voilà…. J'ai fait une formation en rhumatologie sur les infiltrations, j'y allais de bonne foi et tout… Il y a un gars qui a dit : « Truc médico-légal, machin, truc »… Je me suis dit : « Et bien je ne vais pas faire d'infiltrations ». Voilà, j'ai été faire la formation, je me suis dit : « Pourquoi je m'embêterais à faire des infiltrations, je risque un problème médico-légal alors que des milliers de médecins font ça et l'ont toujours fait, je l'ai déjà fait en tant que stagiaire ». Mais là, on me dit : « Tu vas faire un truc, tu vas peut-être avoir un problème… » Alors je dis : « Je ne vais pas le faire ! ». Alors, certains patients sont embêtés parce que je ne le fais pas, mais je n'ai pas envie de le faire…

Dr K : = Oui, le moindre geste technique que l'on fait, la moindre injection que l'on fait, peut avoir des conséquences légales

Dr M : [Oui, mais ça devient ridicule…

Dr K : Moi, j'ai eu en garde un monsieur qui est venu, 82 ans, sur ses deux jambes. Il présentait un problème de pneumonie aiguë avec un problème d'insuffisance cardiaque, veineux, et cetera… J'ai voulu faire bien, j'ai fait une première injection de… je ne sais plus quoi… Lovenox 40, un truc comme ça. J'avais prescrit tout ça, il était prêt à partir… il m'a fait un choc anaphylactique dans le cabinet, en arrêt et tout ça… On a fait venir le SMUR.
Alors je n'ai pas eu le temps de débriefer non plus, il a fallu qu'après, je téléphone à l'hôpital pour demander : « Mais en fait, il était allergique ? », « Non, non, non, ça n'était pas connu. » Ouf ! Enfin, est-ce qu'ils ont dit cela pour me rassurer ou pas, je n'en sais rien ! Voilà, mais c'est l'acte d'une banalité ! En garde, tu as le temps, j'ai tout bien fait… la pneumonie, je l'avais dans la tête, le traitement, le p'tit pépère… alors que jamais on ne fait comme ça une injection d'HBPM au cabinet. Ça pouvait attendre largement l'infirmière le soir. Franchement, qu'est-ce que j'ai été faire ça ! Mais à la limite, a posteriori je me suis dit…

Dr N : [Heureusement ! Parce qu'au domicile avec l'infirmière, il n'était peut-être plus là…

Dr J : [Heureusement, parce que je l'aurais prescrit et il mourait à la maison… enfin bref ! Il n'est pas mort, heureusement… Mais c'est vrai que tout à coup, on se retrouve…

Dr M : = …sur des choses anodines, c'est plutôt sur des choses anodines que l'on se fait avoir. Ça n'est pas là où on va faire attention parce que c'est compliqué, et cetera…

Dr J : Quand on voit des collègues, quand on va en urgence, quand on allait en SMUR… Quand on va au cabinet du médecin, le médecin généraliste livide, complètement désemparé, parce qu'il est face vraiment à un patient qui est en train de mourir… Soi-même, si on ne l'a pas vécu dans son cabinet… et puis, moi, je l'ai revécu après, et bien j'étais pareil, livide, aussi désemparé, parce que, aussi peu préparé. Alors que, quand tu arrives en SMUR, avec toute ton équipe, ton matériel, tout va bien : « T'inquiète pas, ça va aller ! ». Mais quand tu es toi, là, tout seul… il meurt, il est en train de mourir, on le voit mourir, là c'est vraiment autre chose…

Dr M : = Ou un enfant alors que… moi quand j'étais dans un cabinet un peu en campagne et que le SAMU était à 20 minutes et que tu es là… {Rires} : « Quand est-ce qu'ils arrivent, quand est-ce qu'ils arrivent » et que tu n'as rien, que tu n'as pas ce qu'il faut…

MB : = Sentiment de solitude ?

Dr M : Ah oui, total !

Dr O : {Rires}

Dr K : Ah oui, des grands moments de solitude ! Alors c'est sûr que, plus on est proche… Moi j'ai eu un arrêt cardiaque à mon cabinet, alors évidemment, à quelques centaines de mètres à vol d'oiseau du SMUR…

Dr J : [S'ils sont là, ça va ! {Rires}

Dr K : [En 6 minutes… bon mais ce sont les 6 minutes les plus longues de ma vie. J'ai réussi avec mes maigres moyens à maintenir la personne en vie durant ces 6 minutes et après, les collègues du SAMU ont fait ce qu'il fallait pour le tirer de là… mais c'est vrai que… 6 minutes de grande solitude ! La personne qui vient en consultation en sifflotant pour son contrôle et qui s'écroule devant moi comme ça, bing ! Ça n'était pas prévu…

Dr M : [Enfin, il a eu de la chance que ça soit chez toi, entre guillemets…

Dr K : Alors oui. D'ailleurs ce monsieur-là va très bien maintenant, il est un peu âgé, il a un pace maker depuis ! {Rires}…

Dr N : [Ça va beaucoup mieux !

Dr K : […On lui a posé en urgence ce jour-là d'ailleurs… maintenant on en rigole, mais il est bien conscient : « Quelle bonne idée j'ai eu, de faire mon arrêt cardiaque devant vous ! ». Il est arrivé en voiture, il s'est garé devant le cabinet, sur le parking et il s'est écroulé en rentrant dans le cabinet… (3s)
Ça, ce sont des histoires qui se terminent bien, mais il y en a qui ne se terminent pas bien.

MB : Et bien, en parlant de terminer, vous me donnez la parole... parce que l'on a terminé…

Dr L : Déjà ?

Dr K : Oh, on n'a pas tout dit !

MB : Et bien oui… Alors on a bien travaillé, parce que l'on a quand même abordé toute la grille d'entretien. Mais vous avez ajouté des autres choses, par exemple, vous avez parlé du débriefing… ça vous manquait ?

Dr K : Oui, ça ramène à l'isolement… ça c'est important.

Tout le monde : Oui, oui…

Dr K : C'est sûr que, quand il arrive un coup dur… on n'a qu'une envie, c'est d'en parler avec les collègues…

Dr N : = C'est sûr. Alors moi…
{En direction du Dr J} Oui ?

Dr J : {En s'adressant au Dr N} Oui, je te visais, parce que… tu as été interne ?

Dr N : Oui, j'ai été interne, un jour ! {Rires}

Dr J : Je n'imagine même pas que dans ta vie d'interne, tu n'aies pas eu ce sentiment-là ?

Dr N : Si, alors, j'allais dire, je ne le ressens pas mais si… Je réfléchissais au fur et à mesure… si, je l'ai eu forcément interne. J'allais dire je n'ai pas eu le cas pour l'instant depuis que je suis installée… alors je l'aurais forcément un jour… mais interne, si.
Et en parlant de débriefing ou autre, le fait de travailler en groupe… enfin on est deux, on communique énormément…

Dr J : Oui… même deux.

Dr N : Oui.

Dr J : Nous, on se voit très peu, mais quand ça ne va pas, on le voit. On ne se dit pas grand chose, mais ça va vite, ça rassure…

Dr M : Oui, mais ça, ce sont des associations qui fonctionnent !

Dr J : Oui.

Dr N : Oui.

Dr O : Tu as une bonne expérience, toi ! Je sens que tu as une bonne expérience !

Dr M : Oui ! {Rires}

Dr J : [C'est le non-dit, le non verbal…

MB : Oui, parce que sinon, vous êtes seuls, et vous rentrez à la maison avec ça ?

Dr J : Ah oui…

Dr K : Et il faut raconter ça à son épouse ou son époux…

Dr L : […et à ses gamins…

Dr N : […qui va faire tampon !

Dr K : […c'est celui qui est là qui doit écouter… Bon, moi, je décerne la médaille d'or massif à mon épouse, parce que combien de fois…

Dr J : = C'est enregistré ! {Rires}

Dr K : Non mais je le dis, comme je le pense. Le soir, elle me dit : « Ouh ! Qu'est-ce qui ne va pas ? ». Alors j'arrive toujours en me disant : « Je ne vais pas en parler ! Je garde ça pour moi, je ne vais pas l'embêter avec ça » et puis au bout de 5 minutes, et bien voilà : « Qu'est-ce qui se passe ? », « Et bien voilà, il y a eu ça aujourd'hui… » et puis c'est parti !

Alors, évidemment, l'épouse non-médecin, en l'occurrence, ne peut pas critiquer l'acte médical ou son déroulement… ce que j'aurais dû faire, ce que je n'aurais pas dû faire… C'est de la psychologie… Mais je reconnais que ça n'est pas facile pour le conjoint.

MB : {En s'adressant au docteur J} D'ailleurs, vous disiez, tout au début de notre entretien, que votre conjoint était au téléphone ?

Dr J : Oui, mais plus maintenant…

MB : Plus maintenant ?

Dr J : Oh là ! Ça fait longtemps qu'elle n'est plus au téléphone.

Dr K : Moi, mon épouse le fait encore le matin, c'est elle qui me gère tous les rendez-vous. Je prends mon téléphone l'après-midi pour critiquer des résultats, et cetera… Et le matin… Alors du coup, elle connaît les gens, finalement, après quelques années à distribuer ses rendez-vous. Alors elle n'a pas toujours une tête à mettre sur un nom, mais bon, elle connaît les noms… Alors : « Devine ce qui est arrivé à madame untel… », « Ah, c'est la dame qui… ah ! ». On est déjà un peu plus sur la même longueur d'onde… mais ça n'est pas mieux pour celle qui doit supporter…

MB : = Et d'ailleurs, quand vous avez parlé de votre épouse qui était au téléphone, au début de l'entretien, Mme M a sourit…

Dr M : Oui, parce que, moi, mon mari n'est pas au téléphone, mais il m'aide dans mon travail… C'est-à-dire que, la compta je n'en fais plus… Enfin pour moi, la compta c'est une horreur totale ! Un jour il m'a dit… Enfin, il est plus doué que moi dans les classements et trucs, donc je lui ai refilé ma compta. Il fait toute ma compta, donc je fais zéro compta, donc ça déjà…
Classement… à un moment donné, quand il voit ou que je vois que la pile a l'air un peu proéminente… et bien, il y a deux jours, je lui ai ramené un classeur de trucs à classer parce que… à un moment donné, je suis un peu débordée. Il me fait ça et avec plaisir.
Parce que moi, à un moment donné, faire le classement, j'ai l'impression de perdre mon temps et de perdre du temps justement que je n'ai pas avec ma famille. Donc des fois, je ramène le courrier à lire à la maison, parce que je n'ai pas envie de perdre du temps en plus en paperasse au cabinet… Donc je ramène à la maison, pour classer…

MB : {En direction du Dr L} Vous levez les sourcils ?... Vous aussi vous le faites ?

Dr L : Non, non, je ne ramène rien à la maison !

Dr M : Mais tu restes plus longtemps au cabinet, de toute façon ? Parce que tu es obligé de le faire.

Dr K : [Il y a un moment, il faut que ça se fasse !

Dr L : [Je reste plus longtemps au cabinet, oui.

Dr M : Il faut bien le faire, donc moi, je préfère être avec mes enfants, lire les courriers…

Dr K : = Le coup de ramener à la maison, cela permet de dire : « Je suis à la maison » …mais oui, mais… tu as quand même du boulot…

Dr L : = Oui, mais tu ne le lis pas forcément et par contre, quand tu en as besoin au cabinet, il est encore à la maison, et puis après, tu ne sais plus où il est… Il est dans la voiture, mais les gamins ont utilisé la voiture, donc ils te l'ont sorti…

Dr J : [Ça sent le vécu ! {Rires} On a tous essayé tous les types d'organisation.

Dr K : [Non, mais c'est une façon de se donner bonne conscience mais… « Je suis à la maison, mais bon, je suis quand même au boulot, parce que je suis devant ma pile de courrier… »

Dr M : = Et puisque l'on parlait du débriefing… Alors, mon mari, est un soutien exceptionnel aussi, médaille d'or ! {Rires}
Des fois, je l'appelle en larmes parce que je viens de m'engueuler avec des patients et que j'ai fait ça en public, devant toute la cour d'école. Parce qu'une patiente a osé me dire que je ne lui avais pas donné un rendez-vous à l'heure où elle voulait. Et je lui ai dit : « Mais comment vous osez me dire ça ! ». Elle me faisait la tête et des reproches en public. Et moi je lui ai dit : « Mais, comment ça, je vous ai proposé un rendez-vous, il ne vous convient pas. Vous m'avez dit que vous alliez vous débrouiller autrement ».
Et là, je ne me suis pas laissée faire. Mais du coup, j'ai fait un pugilat devant tout le monde et après, j'ai appelé mon mari : « Ah, j'ai fait mon scandale ! ». Il a été obligé de me remonter le moral. Après coup, on en rigole, mais c'est vrai que s'il n'était pas là…
Concernant les collègues, moi, je fais partie d'un groupe de pairs. Mais c'est vrai que l'on reste… enfin moi, je reste pudique… C'est-à-dire que l'on discute de cas cliniques, mais même quand j'ai un souci professionnel, je n'irai pas spécialement discuter du cas qui me pose problème pour leur demander leur avis. Parce que je me dis : « jugement des collègues, et cetera… ».

MB : Le jugement, ça n'est pas facile…

Dr M : Voilà… « Qu'est-ce qu'ils vont dire… ». Mais eux, par contre, par leur expérience… parce que, au groupe de pairs, ils sont plus âgés que moi {Rires}… C'est enregistré, ça ? {Rires}… Donc ils ont plus d'expérience mais je vois qu'ils ont la même problématique, sans être exactement le même problème, mais, eux, ils osent en parler…
Et on se dit : « Tiens, on n'est pas tout seul à avoir les mêmes soucis et quand on sera vieux, on aura les mêmes problèmes encore.» {Rires} …donc ça dédramatise un peu les choses.
Mais ça n'est pas pour autant que l'on parle de quelque chose de précis, en se mettant en situation de faiblesse devant les autres, en disant : « Tiens, j'ai un problème »…

MB : {en direction du Dr O} Oui, le regard de l'autre… c'est ça ?

Dr M : [Moi, je reste très discrète là-dessus…

Dr O : [Le regard de l'autre, c'est le même que celui que l'on a déjà eu.. puisque l'on a tous eu nos casseroles, on en parle… On a tous les mêmes. Nous, on en parle, quand on fait nos mercredis soirs… On parle de nos petits machins et c'est notre débriefing… On est entre copains, on débriefe, c'est souvent comme ça que ça se passe…

Dr M : Mais souvent sur le ton de l'humour, un petit peu décalé…

Dr O : Mais justement, c'est ça qui est bien, ça permet de…

Dr K : Oui, ça dédramatise.

Dr O : Ça dédramatise complètement, parce que l'on a tous les mêmes casseroles…(2s) et ça se passe très bien ! C'est pour cela qu'on aime bien !

« FOCUS GROUP » DU 01/06/2011
MAITRES DE STAGE – BAR LE DUC

EMV : Bonsoir à tous ! Je me présente, je suis Eve-Marie VIVOT, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette qualité de vie. Notre objectif est de recueillir votre point de vue et votre ressenti de maître de stage sur votre qualité de vie.
La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes, comme ce soir, qui sont animés par Mme Batt, qui est Maître de Conférence Universitaire en Psychologie, qui a pour rôle de guider cette discussion, en restant totalement objective, sans prise de partie. Elle est accompagnée d'une collègue, Mlle Ceglia, qui est en 5ème année de Psychologie.
Quant à moi, je n'interviendrai pas personnellement dans la discussion. Je vais par contre me charger de l'enregistrement par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que l'anonymat est bien sûr respecté.
En tout cas, je vous remercie tous d'être venus ce soir et je vais passer la parole à Mme Batt.

MB : Qu'est-ce qu'un « focus group » ? Un « focus group », c'est un groupe d'entretien sur un sujet…sur un thème focalisé. Nous allons focaliser notre attention et notre discussion sur un thème que nous a expliqué EM. Moi, ce que je vous donne comme consignes, c'est de parler par associations d'idées. Peu importe si l'on s'éloigne ou l'on se rapproche du thème. Cela n'est pas votre problème, c'est mon problème. C'est moi qui doit gouverner l'entretien.
Mais vous, parlez comme vous pensez, cela m'importe beaucoup. On essaie, si on le peut, de ne pas trop se couper la parole, plus pour des problèmes de transcription qu'autre chose ; parce que, si spontanément quelque chose nous heurte, on peut se couper la parole. Il faut être le plus spontané possible. Auparavant, je crois que vous vouliez que chacun se présente…

EMV : Oui, si cela vous convient, on va juste faire un petit tour de table avec certains critères que l'on aimerait connaître de vous : votre nom, votre âge, votre durée d'installation, si vous exercez seuls ou en groupe et dans quel milieu, rural ou semi-rural ? On commence par vous M. P?

Dr P (FP) : Donc moi, c'est FP, j'ai 56 ans, cela fait 28 ans que je suis installé, à Bar le Duc, donc c'est quand même urbain… ce n'est pas vraiment du semi-rural et je suis seul… J'ai un confrère qui n'est pas très loin… en dessous, et on s'arrange pas mal pour les appels, mais sinon je suis tout seul. (3s)

MB : {En s'adressant au Dr R} Dr R ?

Dr R (GR): GR, 55 ans, je suis installé depuis plus de 30 ans, actuellement en groupe médical… donc on est 4 médecins généralistes, il y a une allergologue, une orthophoniste, une pédicure à temps partiel et une psychomotricienne… en ville, à Bar le Duc. (3s)

MB : {En s'adressant au Dr S} Dr S ?

Dr S (HS) : Moi, je suis installée depuis 11 ans, je n'ai pas vraiment d'âge !… Si, si, j'ai 44 ans, 11 ans que je suis installée, je suis toute seule… Je n'aime pas dire toute seule, j'exerce toute seule la médecine, mais j'ai quand même une secrétaire avec moi à mi-temps, donc je n'ai pas l'impression d'être quand même seule… en semi-rural.

MB : {En s'adressant au Dr T} Et puis, Dr T ?

Dr T (IT): Moi, je suis installé depuis 21 ans, dans un petit bourg, en semi-rural. Je crois que l'on considère que c'est à partir de 2500 habitants que c'est le rural profond, donc c'est semi-rural…et je suis en groupe, à 5 médecins. J'ai aussi un pôle de santé avec d'autres professionnels de santé.

MB : Donc, on va commencer par cette question-là…à laquelle vous répondez comme vous l'entendez, dans le sens que vous voulez. Est-ce que vous avez l'impression de progresser, au quotidien, dans votre vie professionnelle? (2s) Vous prenez la parole librement.

Dr P : Moi, je vais être prétentieux, mais je vais dire oui…et c'est triste pour les premiers qui m'ont fait confiance, parce que je pense que je suis quand même plus compétent que quand je me suis installé, donc je progresse…mais il y a encore beaucoup à faire…

(5s)

Dr R : Progression, oui, je pense aussi…ne serait-ce que par l'expérience. Après, comme on essaie aussi de se tenir un peu au courant, avec la FMC…dans l'ensemble, oui…

(4s)

Dr S : Progresser…oui…est-ce que l'on progresse ? …oui. On s'améliore, on prend du recul. Me faire confiance ? …je ne sais pas… oui quand même, par rapport aux premières personnes que l'on a soignées, peut-être…
On n'était peut-être quand même pas méchant, dans le sens où on était peut-être tellement peureux de faire des bêtises, que l'on faisait beaucoup plus d'examens, beaucoup plus de choses…donc je ne suis pas sûr que l'on était moins bon.
Je pense que l'on progresse dans le sens « sécurité de ce que l'on fait », j'ai l'impression de mieux maîtriser ce que je fais, de prendre plus de recul, de moins avoir peur, et cetera… Progresser, dans ce sens-là.
Alors, est-ce que l'on faisait plus de bêtises au départ, pas sûr…on se couvrait beaucoup. Peut-être que moi, en vieillissant et en avançant, j'ai l'impression de prendre presque plus de risque… Je me dis : « Allez, ça, ça va aller, c'est bon, je ne fais rien, j'attends ». Ce que je n'aurai pas fait il y a quelques années. Donc est-ce que c'est une forme de progression ? Oui.

(3s)

Dr T : Moi, je pense qu'au départ, c'est une remise en question, journalière et un petit peu régulière. Je pense que c'est ce qui fait qu'il n'y pas de phénomène de

lassitude : de se remettre en question, autant sur la formation, sur son exercice ; de faire des choses nouvelles.
Je viens de découvrir l'éducation thérapeutique des patients, c'est quelque chose de nouveau, qui me fait progresser…même d'avoir un regard totalement autre sur mes patients, en animant cette réunion. Cela m'a permis de découvrir mes patients autrement…dont certains que je connaissais depuis 20 ans.
On progresse régulièrement, je dirais aussi que l'on prend plus de recul par rapport à certaines choses. Je pense qu'il faut toujours être un petit peu aux aguets, parce que, au milieu des banalités de la journée, il peut y avoir un truc un petit peu extraordinaire et il faut être toujours un peu au top. La médecine générale, c'est peut-être sûrement la spécialité la plus difficile.
Et en plus, on a été obligé de progresser, parce que, entre notre sortie de la faculté et aujourd'hui, tous les domaines de la médecine ont évolué, à une vitesse très très rapide. Il y a eu des progressions dans plein de domaines donc il a fallu se remettre en question… Comment ? Par la FMC, par la lecture, par mes confrères aussi... Moi je n'ai jamais été seul…je crois que c'est un élément très important. Je n'ai jamais été seul, j'ai été à 2, à 3, à 4, à 5. Donc mes confrères du cabinet me font progresser aussi, dont celui qui est absent ce soir…c'est quelqu'un qui m'a permis de me faire progresser dans…

MB : = …les échanges ? les interactions avec ses pairs ?

Dr T : …oui les échanges…

(3s)

Dr R : Alors moi, je ne le ressens pas forcément, parce que l'on a beau être dans les mêmes locaux, on ne se concerte pas trop sur les cas médicaux, les cas de patients…plus avec les stagiaires que l'on a maintenant, sûr…

(3s)

MB : Ceux que vous avez maintenant, c'est récent ?

Dr R : 5 ans pour moi…

(3s)

Dr P : A la lumière de ce qu'ont dit les autres, moi je pense que j'ai dit que j'avais progressé…alors il y a deux façades sur lesquelles on progresse, deux pôles… En fait, la médecine progresse, donc heureusement que l'on progresse. Il ne faut pas regarder la façon dont on soigne les diabétiques aujourd'hui par rapport à la façon dont on les soignait il y a 20 ans, parce que, effectivement, c'est complètement différent…

Dr T : [Oui, c'est complètement différent...

Dr P : [Mais je pense qu'on les soignait comme ça devait être fait il y a 20 ans et que, maintenant, c'est complètement différent. C'est parce que les choses ont changé…mais même… Déjà un, on relativise…on relativise mieux les pathologies des gens. Moi, personnellement, je ne cherche plus à être autant à la pointe qu'avant…parce que, avoir quelques années de retard, c'est bien pratique, parce

que ça évite de prescrire des tas de choses qui sont retirées après coup. Donc je ne suis plus aussi…par rapport au début où, comme tu disais, on prescrit pas mal d'examens, on s'entoure de pas mal d'avis, et cetera… Même quand les spécialistes donnent leur avis, moi je dis : « Ok, on n'est pas obligé que nos patients soient des cobayes. Ils peuvent attendre un petit peu pour soigner certaines choses »…et on s'aperçoit, quelques années après, que de toutes façons, ce qu'on leur avait proposé, finalement, c'est complètement passé de mode et inutile.
Je vois, par exemple, la chirurgie des varices, c'est fabuleux ! Regarde tout ce qui a été proposé entre les ultrasons, la cryothérapie, des fois des trucs… ! Et puis, finalement, on en revient aux bas de contention et à des méthodes complètement différentes maintenant.
Donc, on se culpabilisait de ne pas faire bénéficier nos patients des dernières techniques et puis on s'aperçoit que ces dernières techniques, il n'y en a que quelques unes qui sont retenues. Mais, c'est vrai, qu'il y en a quand même qui sont vraiment apparues…heureusement… Au début, on freinait un tout petit peu pour les coelioscopies, mais maintenant, tout se fait par coelio…

Dr S : = On a peut-être un esprit critique un peu plus important…en avançant dans l'âge…c'est vrai qu'en sortant de la fac, on n'a pas l'esprit critique…si le spécialiste ou untel a dit, ou le professeur a dit, tu fais.

Dr P : = Le nombre de produits retirés du marché, c'est impressionnant quand même…

Dr S : …Oui, on est plus méfiant, on se dit : « Est-ce que je vais le faire ? Est-ce que je vais ne pas le faire ? »

Dr T : = C'est un message que je donne souvent aux internes, c'est de ne pas toujours suivre l'avis du spécialiste. Je leur dis : « C'est vous qui êtes maîtres, vous devez rester maître de la situation, parce que c'est vous qui allez coordonner». Parce que je l'ai vu encore…c'était quelqu'un qui sortait de chez le rhumatologue, qui m'a montré son ordonnance, qui était sous anticoagulants, il avait du voltarène pendant un mois. Heureusement qu'il n'a pas été le chercher… Donc c'est important de rester maître et il faut un coordinateur. Mais je pense que l'on a plus de recul avec l'âge…

MB : C'est le conseil que vous transmettez ?

Dr T : Oui, conseil de rester maître, de bien coordonner, de prendre des avis… Je pense que la médecine générale, à un moment, il faut savoir passer la main, mais il vaut mieux aussi parfois garder la main. Parce que, après, quand le patient est saucissonné dans 50 services, parfois, il y a des pertes de chance pour lui... Je suis un peu difficile, mais je l'ai déjà vu…

Dr S : Mais tu sais, finalement, ça n'est pas forcément que la médecine… Tu as l'impression que, plus tu vieillis, plus tu transmets une espèce de sagesse. Quand tu écoutais, toi, que tu étais jeune et que tu entendais les autres, tu te disais… ils étaient un peu pépères, quoi… En vieillissant, on devient tous un peu sage, mais je pense que ça n'est pas que en médecine, c'est peut être aussi partout… C'est toi qui progresse toi-même…

Dr P : Alors la progression, on la fait…alors moi, je ne suis pas dans un cabinet de groupe et je regrette un petit peu, parce que je me dis que, dans un cabinet de groupe, on doit pouvoir…

DR S : …échanger…

Dr P : Oui, plus échanger mais pas forcément… Il y en a qui exercent en cabinet de groupe par commodité, il y en a qui aiment bien passer du temps à échanger…là où on échange le plus, nous, c'est dans nos groupes de pairs ou dans nos réunions de FMC, parce que, comme on se connaît bien, on n'a pas peur de dire ce que l'on fait et là, on progresse bien, je pense…c'est là où on progresse, c'est clair.
Et le domaine où j'ai bien progressé je pense…ça n'est pas l'examen clinique mais l'interrogatoire… J'ose plus poser des questions sur plein de choses que l'on sait être hyper fréquentes. C'était peut-être délicat d'en parler avant et maintenant c'est beaucoup plus simple. Je me dis toujours que si nous on n'ose pas poser les questions, qui d'autres peut oser les poser ? Donc il faut y aller et du coup, on apprend plein de choses…

Dr T : Disons que l'expérience, au fur et à mesure de rencontres, permet aussi de progresser… Je crois que c'est dans les entretiens, au fur et à mesure avec les patients, que l'on arrive à mieux cerner vers où on veut aller et à poser des questions clés…et ça n'est pas toujours évident pour les jeunes qui démarrent. Parce que, souvent, ils ont été au lit du patient à l'hôpital et ils se retrouvent avec un face-à-face dans un cabinet, un endroit clos, et il faut meubler ce face-à-face et ça n'est pas toujours évident.
Je vois, avec certains internes, au départ, c'est un peu difficile. Parce que, habituellement, ils ont un malade qui est passif et là, ils ont un malade en face d'eux qui est plutôt actif, qui va répondre et puis s'il n'a pas envie de répondre aux questions, il ne répondra pas. A l'hôpital, il est un peu obligé, il ne peut pas se sauver, mais là, il peut claquer la porte et partir. C'est ce que je leur explique…
Je pense que, nous, au fur et à mesure du temps, on y arrive mieux…surtout dans tout ce qui est psychiatrie, parce que l'on fait quand même pas mal de psychiatrie. Là, l'expérience est quand même bien utile et permet de prendre du recul, des fois, sagement.
Sinon, moi, je me rappelle au début, j'étais tombé sur une patiente avec qui il y avait une accroche. Elle m'appelait à 3 heures du matin, même quand je n'étais pas de garde. J'y passais une heure, pratiquement toutes les nuits, à 3 heures, 4 heures du matin. Maintenant je ne le ferais plus, je refuserais. Mais au début, on se fait avoir…

MB : Donc plus de sagesse, plus de recul, moins de culpabilité…en fait une meilleure qualité de vie ?

(2s)

{Rires}

Dr R : Qualité de vie professionnelle ?

MB : Si on est moins stressé au travail, on vit mieux, non ?

Dr T : Oui, il n'y a pas que cela ! {Rires}

Dr R : Il y a une part d'inné dans le stress…il y a des médecins qui restent stressés à 60 ans et d'autres qui ne le sont pas. C'est sûr que l'on relativise plus quand même…oui, l'expérience…

Dr S : Il y a quand même un stress par rapport au travail qui reste… S'il n'est plus dans la pathologie, parce que l'on a pris un peu de recul par rapport aux maladies, par rapport à l'urgence ressentie des patients ou l'urgence vraie, et cetera…
Je pense que le stress, après, il se déplace sur d'autres choses. Effectivement, comment faire pour continuer à être au top de tout ce qui se passe, de toutes les spécialités ? Comment se former ? Comment être au courant ? Plus, effectivement, se rajoute le côté administratif, la gestion du temps…
Moi, quelque part, c'est vrai que cette histoire de démographie… Moi, je suis sortie de la fac, on m'a dit : « Tu verras, en 2010, ça va être catastrophique. » Oui, j'y suis et je me dis : « On ne s'était pas planté quand même dans les statistiques ces années-là. »
Mon stress est plus face à l'avenir de mon exercice que par rapport aux pathologies, aux patients, et cetera… Donc le stress a peut-être un peu…si tant est que je sois stressée… Ça s'est déplacé plutôt vers le mode d'exercice que le contenu réellement.

MB : C'est plus une inquiétude ?

(2s)

Dr S : C'est plus une inquiétude… Mais ce qui m'inquiète le plus, c'est plutôt le temps de travail. J'ai peur, qu'à un moment donné, avec ces histoires de démographie, on me demande, à un âge où j'ai peut-être envie justement de commencer à en faire moins, d'en faire beaucoup plus.

MB : Vous en faites beaucoup aujourd'hui ?

Dr S : J'en fais pas mal… J'essaie de me libérer pas mal de temps, mais je travaille quand même, à mon goût, un petit peu trop, oui.

MB : C'est-à-dire ?

Dr S : Et bien, moi, je commence le lundi à 8 heures, tous les matins je commence à 8 heures et, si je n'ai rien de prévu le soir, la consultation peut aller jusqu'à 20 heures. Si j'ai des réunions, je vais quitter à 19h30… je vais être en retard, et cetera… Donc, après, je vais aller en réunion jusqu'à minuit et je rattaque le lendemain.

Dr R : Enfin, il faut dire que, les uns comme les autres, ici, autour de la table, on a quand même une activité extra-consultation assez importante.

{Rires}

Dr S : Oui, mais si j'enlève effectivement cette partie qui est le côté réunion du soir, et cetera… Je pense que c'est quelque part voulu et non stressant. C'est-à-dire que, quelque part, c'est un choix de s'engager dans des associations ou de faire d'autres choses, de prendre des stagiaires, et cetera… de m'investir dans d'autres domaines. Je pense que cela fait partie d'un espèce d'équilibre qui fait que ça change un peu du bureau. Cela m'oriente vers d'autres façons de voir la médecine et ça n'est pas quelque chose de stressant dans le sens où je peux dire : « Je n'y vais pas ce soir, je n'ai pas envie, je suis crevée ».
Mais ça fait partie des choses justement qui me permettent de ne pas faire que de la médecine et qui, moi, me plaisent.
Je suis vraiment plutôt dans la charge de travail. C'est vrai que quand j'arrive le matin et que la secrétaire me dit : « Le premier qui appelle, il a déjà rendez-vous à 19h30 ». Ça ne me satisfait ni pour moi ni pour mes patients…
Et il y a des moments où je me dis qu'il faut que l'on trouve une solution, parce que tout le monde est finalement embêté, parce que tout le monde râle. Bon, ça n'est pas tout le temps comme ça non plus… Mais ça oui… Ce sont des journées qui pour moi sont plus pénibles, d'avoir à jongler pour trouver quand même un petit créneau pour le gamin qui a 40, parce que j'estime qu'il a le droit de voir le médecin dans la journée et d'enlever le lumbago du monsieur adulte qui pourra attendre le lendemain… Ce sont des négociations qui me sont pénibles. Négocier les places de rendez-vous quand il n'en reste plus beaucoup.
Donc moi je suis plus stressée par rapport à ça. Est-ce que l'on va nous demander de travailler de plus en plus ? Et je ne me vois pas…

MB : Mais c'est qui « on »?

Dr S : « On », c'est la société…c'est la conjoncture..

Dr T : […la demande…

Dr S : […la conjoncture…de l'offre…la diminution des internes, des étudiants… de l'augmentation des besoins des gens… Alors est-ce que les gens deviendront peut-être…

Dr T : […raisonnables !

Dr S : […raisonnables ou moins demandeurs, et cetera… ?

Dr T : […anglo-saxons !

Dr S : …Nous, il faudra trouver d'autres moyens, effectivement... déléguer des tâches, faire autrement… Mais c'est sociétal, je ne tire à personne la responsabilité.

Dr T : Je pense qu'il y a toujours une part de stress qui reste tout le temps. Mais le fait d'être en groupe… Bon, il y a des moments où il y a un stress lié à des cas difficiles. On a de plus en plus parfois des cas difficiles, avec des fins de vie à gérer, des choses qui sont quand même lourdes ou même des découvertes de pathologies lourdes chez des jeunes… Et donc, là, il y a toujours un moment où ça n'est pas facile…

MB : …Psychologiquement pas facile ?

Dr T : …Psychologiquement ça n'est pas facile…que l'on ait 30 ans, 40 ans, 50 ans, quand vous apprenez qu'un jeune de 40 ans a un néo…vous le vivez mal. Il y a peut-être des médecins que ça ne touche pas, moi, ça n'est pas mon cas. Je reste peut-être assez sensible, peut-être trop sensible… Parce que, même en fin de vie, pour moi, c'est des fois difficile de gérer toutes ces émotions…mais ça, c'est différent pour chaque médecin. Le groupe permet un petit peu de décharger, de pouvoir parler…

MB : = Le groupe… c'est donc votre structure ?

Dr T : …Oui, le groupe médical…ou bien de travailler aussi avec l'infirmière… Je vois, depuis que l'HAD est apparue, je me sens plus à l'aise dans les fins de vie. J'en faisais déjà beaucoup avant mais là, maintenant, je stresse moins. Même si je suis autant présent, il y a moins de stress. Je sens que je n'ai pas à être attentif…

Dr S : = …de par l'équipe…

Dr T : …de par l'équipe qui est là… de ne pas laisser mon téléphone, c'est eux qui m'appelleront… de ne pas y aller trois fois dans la journée pour une fin de vie. Je crois que ça aussi c'est important.
Et de décharger aussi…de dire aussi que l'on se trompe… Parfois, on a omis de faire un diagnostic, cela peut arriver. Donc d'en parler avec un confrère, ça permet de soulager aussi…ou bien de lui demander : « Qu'est-ce que tu aurais fait dans ce cas là ? ». C'est essentiel.
Je ne me verrais pas exercer tout seul à l'heure actuelle, parce que la charge émotionnelle est quand même…et puis dans le travail aussi, parce que ça permet de décharger à un moment.
Moi, depuis que je suis installé, j'ai toujours eu une journée de repos dans la semaine. Je travaille quatre jours et deux samedis sur trois. Donc je ne travaille pas le mercredi, mais je fais d'autres choses le mercredi, c'est un autre problème…

MB : …Professionnelles ?

Dr T : …Disons que oui. Ça n'est pas directement professionnel… C'est du conseil de l'ordre… sur la démographie médicale… Je m'occupe de beaucoup de choses, mais c'est un choix que je fais. Pourquoi ? C'est parce que je me suis dit : « Je ne partirai pas à la retraite dans la crise démographique », je ne peux pas dire : « Je ferme la porte derrière moi et puis… ». Moi, je vais vivre la crise démographique avec ceux qui arrivent, donc il faut que je travaille avec eux et que j'essaie d'améliorer les conditions d'exercice, pour que l'on fasse ensemble les quinze années qui vont me rester à faire.
J'ai essayé de trouver des solutions… Je pense que la vie de groupe est la solution… Tous les jeunes veulent ce type d'exercice. L'avenir… C'est vrai que l'on me dirait aujourd'hui : « Il faut en faire plus… Que l'un de mes confrères ne sera pas remplacé… ». C'est sûr que… Mais, je ne céderai pas, je garderai ma journée de repos et puis les patients attendront. Il y a un moment, je crois qu'il faudra qu'ils apprennent que l'on ne peut pas être servi 24h/24h et ça ils vont avoir du mal.

MB : Alors il y a deux choses dans ce que vous dites tous les quatre. D'une part, on sent que vous avez une très lourde charge de travail de consultations auprès du malade, mais que vous vous en rajoutez… Vous ne vous en plaignez pas. Vous vous rajoutez tous une activité, la preuve c'est que vous êtes là ce soir, extra-consultations…d'une part. Et que, d'autre part, votre qualité de vie personnelle et bien, elle apparaît très peu dans votre entretien ?

Dr S : {Rires} Alors, moi, j'y avais déjà réfléchi… On avait fait quelques réunions comme ça, un petit peu introspectives. Je pense qu'il y a un biais de recrutement. Les médecins, nous ne sommes pas des gens qui s'occupons de nous. Nous sommes, dès le départ, des gens qui avons envie de s'occuper des autres, donc forcément, même quand on n'est pas en consultation, dans le soin…à soigner nos malades, on se dit : « Il va falloir que l'on s'occupe des autres. Il faut que je m'occupe des médecins qui vont arriver, des plus jeunes, que l'on s'occupe d'organiser ça pour les suivants. Il faut que l'on s'occupe au Conseil de l'Ordre de défendre tel ou tel intérêt de la profession, et cetera… » Donc on est toujours en train de s'occuper des autres, ça c'est vrai.

Dr T : [On est peut-être des extra-terrestres, ici ! Ça n'est peut-être pas la majeure partie…

MB : Dr R n'est pas tout à fait d'accord ?

Dr R : Oui, pas tout à fait, parce que, en s'occupant des autres, on s'occupe quand même de nous aussi.

Dr T : [Oui.

Dr R : [Je ne parle pas de la consultation, mais de ce que l'on fait à côté. C'est pour essayer de faire progresser le métier, parce que l'on a une idée du métier que l'on a envie de faire passer et donc je ne suis pas aussi désintéressé que cela ! Quand je fais quelque chose de professionnel, en dehors de notre consultation, c'est quand même en pensant à ce que j'aimerais avoir comme boulot.
Juste encore un mot sur le stress. Moi je ne ressens pas du tout de stress médical, ça ne m'empêche pas de dormir la nuit parce que j'ai vu un cas… Je pense que j'arrive assez bien à faire la coupure et si j'ai un stress, éventuellement… ça n'est pas tous les jours… Mais ce sont les journées où on ne s'en sort pas, où le téléphone sonne sans arrêt, où l'ordinateur plante...ça, c'est mon stress majeur. Une journée sans ordinateur, c'est…

Dr T : […c'est la catastrophe !

{Rires}

Dr S : […c'est la catastrophe !

MB : C'est partagé, là, à vous voir ?

Dr S : …Oui parce que tout est dedans…

Dr T : = Une journée sans informatique, c'est l'horreur… Travailler sans informatique, c'est l'horreur… Il faudrait mieux que l'on ne consulte pas !

Dr R : Pour moi, la médecine générale, c'est vraiment le métier idéal. Mais il manque un petit quelque chose pour que ça soit vraiment l'idéal. Il manque un petit quelque chose dans notre organisation…

Dr P : Au niveau du stress…enfin au niveau de la qualité de vie. Moi, je pense… Enfin ça n'est pas que je pense, je suis sûr, que j'ai une très très bonne qualité de vie, mais je ne pense pas que je représente la majorité des confrères.
Déjà, quand on a la chance de vieillir en étant en excellente santé, c'est formidable. Quand on n'a pas de soucis personnel, familial, et cetera.. C'est extra… Enfin, je veux dire, quatre enfants qui vont bien, qui t'apportent du plaisir, c'est extra !
Et, en plus, quand ça se passe bien, plus on vieillit, plus on voit qu'on a de la chance par rapport aux autres. Donc on ne va pas se plaindre d'avoir du boulot, on a tellement de patients qui n'en ont pas. On ne va pas se plaindre peut-être même d'être fatigués du boulot, parce qu'il vaut mieux quand même être fatigué du boulot que de la maladie. J'en connais plein qui aimeraient bien se relever la nuit en se disant : « Si je pouvais me lever la nuit et ne pas avoir de cancer ».
Notre place est quand même enviable par rapport aux patients.
Par rapport à la date où je me suis installé… L'avantage d'avoir plus de 50 ans par rapport à en avoir moins de 30… parce qu'il y a aussi des avantages d'être vieux… c'est que c'est plus facile aussi de dire non !
J'ai un frère qui est pharmacien, il me dit toujours : « Mais maintenant c'est formidable, quand les gens me demandent un somnifère, un truc où ils n'ont pas d'ordonnance et bien je leur dis : « Vous n'avez pas d'ordonnance, je ne peux pas vous le donner » ».
Mais quand j'avais 30 ans, un gars en face de moi qui en avait 50 qui me réclamait son somnifère, c'était infernal de lui dire non. Mais quand vous avez au moins le même âge, si ce n'est plus vieux que celui qui est en face de vous, c'est beaucoup plus facile de dire non. Donc pareil au niveau des demandes : « Vous viendrez, vous me prescrirez ci, vous me prescrirez ça… ». On a beaucoup plus de facilité avec l'âge à pouvoir dire non sans que cela crée un conflit et ça, c'est confortable.
Et, en plus, je ne me sens pas plus fatigué aujourd'hui qu'avant. Sauf que, quand même, se relever la nuit, heureusement qu'on a moins de garde et que ça se passe beaucoup mieux. Mais c'est vrai que je me demande comment je ferais, comme on faisait au tout début, au niveau des gardes de nuit…

Dr T : Oui, c'est sûr…

Dr P : C'était quand même vraiment un rythme absolument infernal… Mais il y a aussi une chose. Quand on est jeune médecin, tous les gens qui sont en face de nous sont plus vieux ou ceux qui sont plus jeunes, ils viennent pour des certificats de sport, pour des vaccinations, pour peser les gosses, pour je ne sais quoi… Et quand on était jeune, ceux qui avaient des maladies graves, étaient plus vieux et quand on a trente ans, celui qui en a quarante, c'est comme un vieux… Puisqu'ils ont dix ans de plus que toi, ils sont vieux ! {Rires}

Dr S : […C'est marrant ça !

Dr P : […Donc ils ont un cancer du poumon à 40 ans. Bon et bien voilà, c'est tout. Sauf que, maintenant, tous ceux qui ont un cancer, ils ont notre âge… plus jeunes, beaucoup plus jeunes… C'est vrai, ça fait drôle quand même. Je trouve que c'est lourd.

Dr T : […Des fois, ça n'est pas toujours facile…

Dr P : […Une tumeur cérébrale à 30 ans… on en a tous… et ça n'est pas nous qui l'avons, c'est eux.
En plus, il y a les médecins qui sont stressés et ceux qui ne le sont pas… Je crois que ceux qui ne le sont pas… tant mieux pour nous ! Je pense que toi, tu ne fais partie des stressés, moi non plus. Je pense que vous non plus d'ailleurs. C'est vachement confortable. Mais il y a plein de médecins qui sont quand même des stressés et qui n'aspirent qu'à une chose, c'est d'arrêter pour pouvoir…

Dr S : =…qui n'arrivent pas à faire le break… c'est ce que nous disent les gens…

Dr P : …C'est de pire en pire j'ai l'impression pour certains.

Dr S : Voilà…qui n'arrivent pas à faire le break. On rentre chez nous… Enfin, moi, quand je ferme la porte, je ferme la porte. Il y a même des fois où je me dis : « Bon demain, puisque je ne travaille pas, je vais faire ça, ça et ça ». Le lendemain, je me dis : « Mince, je ne sais plus du tout ce qu'il faut que je fasse ». Et c'est le matin quand je remets la clé dans la porte que je me dis : « Mais oui, ça y'est, c'était ça, ça et ça ».
J'ai vraiment l'impression que, quand je ferme, je m'en vais, je suis complètement en dehors du cabinet. Et j'arrive effectivement à faire une coupure que certains de nos confrères n'arrivent peut-être pas à faire.

Dr R : Sinon ça ne dois pas être vivable. Si tout ce que tu vois de triste dans la journée, tu ne le tournes pas en positif... Je me dis, un peu comme dit F : « Estimons nous heureux de ne pas connaître cela ». Il faut essayer de positiver parce que, sinon, si effectivement tu pleures avec chacun…

Dr P: D'ailleurs au début… {Rires} Au début, je me disais toujours que, quand on était à des réunions, j'avais un peu honte, parce que, à table, on ne parlait que de conneries, de paillardises. Si nos patients nous écoutaient, c'est la cata quand même, c'est nul!

Dr T : = Oui mais c'est une façon de décompresser…

Dr P : C'est la décompression… c'est la décompression !

Dr T : = De temps en temps, même au cabinet de groupe, on décompresse. Parce qu'il y a un moment où on a besoin de rire, de partager certaines situations... et de se libérer… de dire untel : « pff ! » {Rires}

Dr S : …Qualité de vie de l'intérieur… Moi, j'ai l'impression, effectivement, d'avoir une qualité de vie qui est, à mon sens, très bonne. Après je me demande ce que les autres peuvent penser de nous. Je pense que les autres doivent se dire : « Mais comment ils font, comment ils tiennent ? ». Effectivement, on est peut-

être pas tout à fait représentatif. Il y a peut-être d'autres confrères qui sont hyper stressés, toujours énervés, toujours en colère…

Dr P : = …hyper stressés ou malades. Moi je vois, ça m'a quand même marqué, quand on parle de la permanence de soins et que l'on fait des réunions, il y a quand même des confrères qui ne sont pas vieux…et on voit bien qu'ils ne peuvent plus tout assumer…

Dr S : =…et qui sont malades, oui ! Mais, en dehors de la maladie, tu as quand même des confrères qui, effectivement, en ont ras le bol de tout, ont vraiment envie de décrocher : « Il y en a marre de la paperasse, de l'administration… » et toujours en colère, toujours aigris… Oui, ça on en croise. Et c'est vrai qu'on leur dit : « Mais zen quoi ! Vous ne changerez pas les choses… ».

Dr T : Mais je pense que c'est aussi le fait d'aller vers l'extérieur, de faire d'autres choses. Celui qui reste à l'intérieur de son cabinet et qui ne tourne qu'avec sa patientèle, ça doit être très sclérosant par moment. Aller en réunion, faire de la FMC. Il y a des confrères, même de mon âge, que je n'ai jamais vu en FMC, qui ne sortent jamais et que l'on ne voit jamais.
Je pense que d'aller vers les autres, de faire autre chose, c'est très riche. Moi, depuis 4 ans, j'ai une autre activité qui m'a permis d'avoir des relations avec des administratifs, ça m'a enrichi dans ma pratique… Je crois que ça n'est pas inintéressé aussi, je pense que ça m'a permis de m'ouvrir… Bon, ça me prend du temps, il faut que je jongle. Si je n'avais pas les internes, je ne pourrais pas, je le dis honnêtement…

MB : Ah bon, les internes ?

Dr T : Oui, si je n'avais pas les internes avec moi en SASPAS, et cetera… je ne pourrais pas faire ce que je fais à l'extérieur, parce que je ne pourrais pas être absent.
Par exemple, la semaine prochaine, je ne vais pas être là mardi matin, mercredi, je ne travaille pas, jeudi, je ne serai pas là et vendredi matin, je ne serai pas là… Donc, si je n'avais pas deux SASPAS, je ne pourrais pas m'absenter pour faire plein de choses comme ça, parce que, sinon, ma patientèle me dirait : «Oh, le docteur T, il est toujours en vacances ! » parce que quand on est absent, ils pensent que l'on est en vacances ! {Rires}
Moi, j'ai l'avantage d'avoir un filtre, j'ai un secrétariat. Donc ça destresse quand même beaucoup de choses, je n'ai pas les patients directement. Quand je suis un peu stressé… Ce sont les secrétaires qui prennent, pas le patient directement. Donc les secrétaires ont maintenant le mot à dire : « Il est en formation ou il est en réunion pour différentes choses »…pour ne passer non plus pour…

MB : Et l'interne est là ?

Dr T : L'interne, oui… Si c'est un SASPAS, il est là et il fera la synthèse avec un de mes confrères le soir. Parce que j'ai la chance d'être dans un cabinet de groupe où les 5 médecins sont maîtres de stage. Donc ça, c'est aussi un avantage, l'interne a toujours un médecin référent face à lui.
Et puis après, j'ai les autres internes aussi… qui permettent aussi… et ça aussi je pense que ça joue. Quand ils commencent à devenir semi-autonomes ou autonomes, quand il y a un trop plein, que je n'ai plus de place dans la

consultation, je peux leur mettre des consultations que je validerai avec eux après. Et ça, ça me permet un petit peu de me décharger et de vivre, moi…
Là, je sens, aux mois de mai et juin, ils ne sont pas encore autonomes, c'est un peu plus difficile. Le planning est un peu plus serré, parce que, en plus, je suis obligé de reprendre ce qu'ils font, mais bon… Le problème c'est que je les ai en formation, c'est intéressant parce que l'on échange, on partage.
Parce que l'intérêt aussi, et ça je l'ai ressenti au niveau de la vie du groupe des 5 médecins, d'avoir des internes avec nous… ça a permis de mieux échanger entre nous, de donner une nouvelle vie au groupe, ça a permis de relancer le groupe. Moi je l'ai senti assez rapidement, même s'il y a des fois des difficultés, mais ça a permis de bien relancer le groupe et d'échanger sur certaines choses, parce que l'on n'a pas toujours le temps. On aimerait bien avoir des temps d'échange comme ce soir, prendre une heure pour échanger sur les patients, mais on n'a pas toujours le temps…parce que ce temps-là, il n'est pas non plus rémunéré, c'est ça aussi…

MB : Oui, bien sûr…

Dr T : Parce que de l'autre côté, on a des charges…
Par contre, sur sa vie personnelle, je dirais que, il faudrait peut-être entendre nos épouses ou nos enfants, parce qu'ils n'auraient peut-être pas le même regard que nous…

Dr S : [Oui c'est ça…le regard des autres…

Dr T : […parce que cela crée des fois des conflits. Moi, j'ai toujours essayé de prendre un temps avec les enfants, quand il y a besoin… de les emmener à l'école le matin, de trouver un temps pour essayer d'avoir un échange… Mais ça n'est pas toujours évident. C'est des fois là que ça me stresse un petit peu… de me dire : « Est-ce que… ? ». Bon, pour l'instant ça ne va pas trop mal, ils ont à peu près bien réussi, mais bon, il y a des moments où on se dit…bon !

Dr S : = …et pire quand tu es maman !

Dr T : …Je pense que tu culpabilises…

Dr S : Voilà ! Parce que moi, j'ai encore le côté maman… C'est vrai qu'en onze ans d'exercice, j'ai changé 4-5 fois mes horaires du matin pour respecter les horaires du primaire, ensuite du collège, ensuite du lycée, pour pouvoir au moins les emmener le matin. Les récupérer, je n'ai jamais trop pu. Nous, c'est l'inverse, c'est le mari qui ne travaillait pas les mercredis pour garder les gamins. Donc c'est lui qui a adapté son temps de travail, mais pas forcément moi. Oui…donc le regard des autres, je ne sais pas, effectivement, ce que les autres peuvent penser de l'investissement que l'on met dans notre profession…

Dr P : = Quand tu conduis tes enfants à l'école et que tu ne vas pas les rechercher, tu ne leur as pas demandé ce qu'ils en pensaient eux ? Que tu cherchais à t'en débarrasser et surtout ne pas les récupérer ? {Rires} Tu devrais peut-être faire l'inverse ?

Dr S : C'est très difficile, parce que tu sais, en primaire, ils étaient chez une nourrice, donc…

Dr P : Non, non, mais je plaisante…

Dr S : …il fallait attendre que l'on vienne les rechercher et puis, au collège, ils s'autonomisent et maintenant, ils rentrent tous seuls du lycée avec des moyens de transport…

MB : Elle se justifie du coup !

Dr S : Oui, oui, je me justifie bien sûr !

Dr T : Elle se sent coupable !

MB : Dites, Dr P, ça vous a donné à penser ? Mais vous ne vouliez pas nous couper la parole ?

Dr P : Oui, oui, oui, on peut rebondir sur plein de choses… L'exercice sclérosant…c'est-à-dire que, quand on est seul, probablement que, peu à peu, il y a des choses auxquelles on ne fait plus attention. Le rangement du bureau par exemple, les endroits où on pose nos affaires…on les retrouve…
Il y avait la période où je prenais des remplaçants, quand je partais en vacances, et heureusement qu'il y avait cette période-là, parce que j'étais quand même bien obligé de ranger le bureau ce jour là. Il fallait quand même que les papiers soient triés…ça t'oblige…
Il n'y a quand même pas beaucoup de professions… enfin si, il y en a… mais pas tant que ça… des professions où tu es tout seul dans ton bureau, que personne ne vient jamais visiter quoi que ce soit de ce qui se passe. On est quand même une profession où on n'a jamais eu le moindre contrôle sanitaire… Est-ce que c'est chauffé ? Est-ce qu'il y a des WC ?… Personne n'a jamais vérifié quoi que ce soit !

Dr T : [C'est dommage !

Dr S : [Ça viendra !

Dr P : Ça fait 20 ans que j'ai entendu dire que cela viendra. Il n'empêche que personne n'a jamais regardé si j'avais acheté ne serait-ce qu'une seule fois un flacon pour me laver les mains !

{Rires}

Dr T : C'est tout à fait vrai !

Dr P : On a tous vu des cabinets médicaux qui, quand même, laissaient un petit peu à désirer !
Donc quand on est tout le temps tout seul, au bout d'un certain temps, on a certainement une tendance naturelle à se dire : « Bon allez, ça tourne, c'est bien, on n'est peut-être pas obligé de faire des efforts sur ci, sur ça».
Et le fait de prendre ne serait-ce que déjà un remplaçant, on se dit qu'il faut quand même que ce soit à peu près rangé, parce que tu ne vas pas prendre un remplaçant si c'est un bazar pas possible. Tu es quand même un peu sensible à l'image que tu peux laisser de chez toi.

Et ensuite, prendre des stagiaires… Alors le gros avantage de prendre des stagiaires, je pense, c'est aussi de faire attention à son comportement, à ce que l'on dit, à ne pas avoir des réponses toutes faites… souvent fausses…

Dr T : …à se laver les mains ! {Rires}

Dr P : Oui, oui, voilà… Ce sont plein de points qui, les uns mis à côté des autres, font que, on se sclérose certainement moins que si on était resté tout seul.
Je me suis dit : « Prenons des stagiaires… ». Je me suis dit : « Il faut absolument que je change mon informatique, ça n'est pas possible ! ». J'ai un outil qui est absolument nul, je n'en tire strictement rien et je ne peux pas faire travailler quelqu'un sur un truc comme ça. J'avais des ordonnances qui étaient brouillonnes…
Et donc l'arrivée des stagiaires m'a obligé…enfin obligé, personne ne m'a obligé… c'est personnel, évidemment… à essayer de m'améliorer sur ce plan-là.
Et puis, vis-à-vis des gens, d'avoir un stagiaire, ça nous oblige aussi, à peut-être plus de rigueur, sur pas mal de choses. Et de temps en temps, parce qu'avec la fatigue, en fin de journée, on va plus vite mettre un antibiotique… Enfin, quand les gens le réclame et que c'est la fin de la journée, on va plus vite pour le mettre…c'est pas bien, hein ? {Rires} Quand le stagiaire est là, on dit : « Non, je ne vais pas te lâcher le morceau, il n'y a pas de raison, il n'y a pas besoin d'en mettre, il ne faut pas que j'en mette… ». Enfin, je ne sais pas, vous avez sûrement ça de temps en temps aussi ?

MB : Venez le rassurer !

Dr S : Oui et puis ça fait partie des études..si si, ça a été étudié…

Dr T : = Le problème c'est qu'il faut qu'on lui donne une orientation des bonnes pratiques, on ne va pas non plus faire n'importe quoi… C'est une remise en question continuelle…

MB : Ça n'est même pas du n'importe quoi dont vous parliez… C'est quelque chose qui n'est pas du n'importe quoi, mais qui est différent de ce que vous voudriez que le stagiaire fasse, c'est ça ?

Dr S : Non, je pense que c'est une question, comme tu disais, de fatigue… C'est-à-dire que, dans la profession, à un moment donné, il y a toujours un deal, entre ce que, nous, on devrait faire et ce que le patient, lui, attend de nous. Donc c'est vrai, qu'à un moment donné, dans le deal, on lutte. Quand on a un peu d'énergie et que l'on se dit : « Ce coup-ci, c'est non… » « Mais si docteur, parce que l'antibiotique, la dernière fois, vous ne m'en avez pas donné. Je suis revenu trois jours après. C'est juste pour gagner de l'argent. Et puis moi je n'ai pas le temps, je pars au Maroc ou je ne sais quoi.. »
Donc, la négociation, soit on a un peu d'énergie, je suis d'accord…et ça fait partie des études de pourquoi on prescrit alors que l'on devrait pas, c'est clairement noté partout. C'est-à-dire qu'à un moment donné, parce qu'il est 19h30 du soir, parce que l'on n'a plus envie, on va dire : « Bon, allez, cette fois-ci, je vous le donne, mais sachez, effectivement, que ça ne sert à rien, que je ne suis pas convaincue… ». Donc peut-être que, effectivement, quand le stagiaire est là, on a peut-être encore un peu l'énergie de dire : « Non, je ne lâche pas le compromis… ».

(3s)

MB : C'est vers le Dr R que M. P s'était tourné pour…

Dr R : …pour le rangement du bureau peut-être ?

{Rires}

Je n'ai pas tout à fait les mêmes problèmes que F pour le rangement… Donc le stagiaire, je ne pense pas, n'a pas énormément modifié ma pratique… On en est là ? À ce qu'apporte ou ce que peut poser comme problème la présence du stagiaire ?
Donc ça apporte un regard différent parfois sur nos patients, ça c'est évident… Ils nous apporte aussi des connaissances, ça c'est évident aussi. Alors, on a deux sortes de stagiaires… On a les stagiaires qui travaillent avec nous…

Dr T : …trois…

Dr R : …Alors moi, je n'ai pas de « second cycle »…

Dr T : …Nous, on a des « second cycle » aussi…

Dr S : …Moi, des « second cycle », aussi…qui ne font rien…

Dr R : …Oui, les second cycle qui assistent, en principe… ceux qui sont en stage auprès du praticien, donc on travaille ensemble… et puis les SASPAS, qui tiennent notre cabinet… Donc ce sont des choses vraiment différentes. La présence du stagiaire au cabinet donc… et bien, cela fait 5 ans, donc déjà une bonne dizaine de stagiaires. Dans la grande majorité des cas, ça ne pose pas de problème, mais il vaut mieux que ça ne pose pas de problème quand même, parce que 6 mois avec quelqu'un, si on a pas la même façon de voir les choses, au niveau de la consultation, par exemple, ça peut des fois être un peu lourd à force…

Dr P : = J'appréhende que cela puisse arriver…

Dr T : = Moi, j'ai été maître de stage il y a longtemps, puis j'ai arrêté pendant 4-5 ans, parce que j'ai eu un stagiaire et ça a été une catastrophe… En plus, je le logeais chez moi à cette époque là. J'ai été obligé de le mettre ailleurs parce que c'était difficile. J'étais tout seul en plus en tant que maître de stage, c'était difficile…
Et puis, je me suis remis maître de stage quand mes deux autres confrères ont bien voulu faire un trinôme, parce que j'ai dit : « Je ne reprendrai pas tout seul un stagiaire », parce que, quand il y a vraiment une situation conflictuelle et que c'est pour six mois, soit on rompt le contrat mais ça n'est pas toujours évident… mais ça peut être très très difficile… Si on est plusieurs à partager le stagiaire, le fardeau sera moins lourd, on va…

Dr S : […s'épauler…

Dr R : = Et puis, parce qu'il y a une question de caractère aussi et on peut s'entendre avec quelqu'un et d'autres moins bien… Je n'ai pas eu de stagiaire mauvais… enfin avec qui ça n'allait pas du tout. Mais on a des fois, j'appelle cela des consommateurs un peu. C'est-à-dire que l'on vient apprendre des choses le plus possible, mais on ne vient pas s'impliquer forcément dans le cabinet. On arrive le matin, si on arrive en retard, on rentre dans le cabinet, pendant une consultation… Ou alors, on regarde sa montre pendant une consultation et : «Bon, il est l'heure que je parte… » {Rires}

Dr S : […en plein milieu…

Dr R : [J'en ai un qui m'a fait ça au milieu de la consultation…des choses que l'on imaginerait pas comme ça. Il y a des stagiaires qui ont un peu de mal à s'impliquer dans notre quotidien et nous, on est sûrement très impliqué quand même, très fusionnel peut-être avec les patients… Certains voient ça un peu d'un œil extérieur.
Ceci dit, on continue quand même à en prendre. Sur le plan efficacité, moi je trouve qu'ils ont des connaissances, ils n'ont pas l'expérience mais les connaissances de base, je pense qu'ils les ont quand même souvent plus que moi. Dans bien des domaines, j'ai des choses à apprendre…

Dr P : Même chose, c'est vrai que l'on partage les connaissances. Ils ont des connaissances, ils ont du livresque et du domaine technique récent largement plus que nous… Après, il y a tout ce qui est pratique, c'est vrai que c'est quelque chose de différent, heureusement et l'échange de ce côté là, c'est intéressant, on leur apporte quelque chose et ils nous apportent aussi quelque chose, ça me paraît évident.

Dr R : = Juste un exemple, aujourd'hui, par exemple, un patient fébrile, il a prescrit des tas de sérologies, même des sérologies que je n'ai jamais prescrites, que je ne connais pas… Donc il a plein de connaissances, mais je pense que si j'avais été avec lui, je pense que j'aurais pu lui apporter un peu d'expérience pour justement ne pas se lancer dans tout cela…

Dr S : […d'adapter…

Dr R : [Donc c'est cet échange là qui fait que les uns et les autres on a à y gagner…

(3s)

Dr T : Mais moi, je pense que je suis un petit peu… Bon, aujourd'hui, je travaillais exceptionnellement. Le jeudi de l'ascension, je travaille toujours la veille, le mercredi, sinon le vendredi c'est trop. L'interne était avec moi le matin et l'après-midi, il était avec mon confrère. À un moment, je vois un patient et je lui trouve une laxité du genou à l'examen donc, je me dis : « Je vais l'appeler chez mon confrère, qu'il vienne. » Il était 18 heures, il me dit : « Il est parti ! ». Donc j'ai tiqué, parce que, normalement, ils doivent quitter vers 18h30. Je lui ai dit : « Il faut être un peu exigeant avec eux sur les horaires », parce que, après, quand ils vont être remplaçants ou quand ils vont être à leur cabinet, ils ne pourront pas quitter à 18h05.

Donc il faut aussi leur montrer, à un moment, qu'ils ne font pas ce qu'ils veulent… Il y a des aménagements… En plus, j'en ai deux en même temps, au même niveau, ils sont copains, ils se connaissent bien. L'autre reste largement, il ne part pas, on a plutôt envie de… Donc je vais remettre un peu les choses au point. Il y a quand même un cadre, on n'est pas hyper exigeant, mais je crois que l'on a aussi un rôle de cadrer…

MB : = …un rôle d'éducateur…

Dr T : …d'éducateur…parce qu'ils passent aussi dans les services hospitaliers… Bon ça n'a pas posé de problèmes pour l'instant… Mais aussi de révéler certains internes qui ne sont peut-être pas faits pour… qui vont poser des problèmes dans le futur. Je n'en ai pas eu encore le cas mais, par exemple, mon interne que j'ai eu avant, à mon avis, lui, il valait mieux qu'il ne s'installe jamais, parce que ça aurait été problématique… Bon, il était d'origine iranienne, sans être raciste… Mais là, il y avait peut-être à freiner, parce que, souvent, pendant toute la scolarité, on peut passer à travers les mailles du filet.
Et tout à l'heure, on a dit quelque chose, c'est ce que H a dit, pour être médecin, si on n'a pas l'amour des autres, je ne suis pas sûr que l'on fera de la médecine, parce que c'est quand même un peu un don…

MB : Il faut être altruiste, ça ne se transmet pas ?

Dr T : Non.

Dr P : Mais tu vois, ça c'est quelque chose que je ne sais pas faire, de recadrer le stagiaire… Soit ils ont envie de travailler, soit ils n'ont pas envie de travailler…

Dr T : [Mais tu ne leur rends pas service.

Dr P : […Oui je sais bien…mais je n'ai jamais su faire non plus avec mes enfants ni les femmes de ménage.
{Rires} Mais heureusement il n'y a pas trop à faire…

Dr T : Mais bon, j'avais une stagiaire à un moment, je lui ai dit, au 15 août : « Si tu ne t'améliores pas, ton stage ne sera pas validé. »
Je ne la sentais pas qui s'impliquait, il y avait toujours des soucis… Ça a changé du tout au tout, elle a commencé à s'impliquer. Elle a senti que le stage ne serait pas validé, ça a changé du tout au tout ! Mais à un moment, ça devenait l'enfer. Par contre, on en a d'autres qui s'impliquent énormément, j'en ai un qui arrivait une demi-heure avant moi, largement. Il arrivait à 8h moins 20 pour voir les dossiers qu'il allait voir dans la journée.

Dr S : = Non, c'était pour décompresser ! Une demi-heure pour décompresser avant qu'I arrive !

Dr T : Non, je ne suis quand même pas un tyran ! {Rires}

MB : Parmi tous ces enseignants que ces stagiaires, ces internes côtoient, vous êtes probablement ceux qui les connaîtront le mieux, à vivre au quotidien pendant 6 mois ?

Dr T : Moi, je considère que c'est un compagnonnage et je pense que ça devrait aussi être le cas au niveau universitaire, à la faculté… Que ça soit aussi un compagnonnage, dès les premières années, avec les chefs de cliniques et tout ça. Ça, ça va peut-être être un terme qui va être mis dans la déontologie de l'Ordre. Ça va peut-être être une obligation, le compagnonnage, et si elle n'est pas respectée… Je crois que c'est important de montrer que c'est un savoir, parce qu'on a beau apprendre dans les livres…

Dr P : = Une obligation pour qui ?

Dr S : [Pour les universitaires…

Dr T : [Pour tout le monde, pour tout le monde, pour les universitaires… Quand tu es chargé chef de clinique, tu as une obligation universitaire et si ça n'est pas respecté… Parce qu'il y a un certain nombre de chefs de clinique que les étudiants ne voient pas. Et donc l'étudiant pourra, devant le Conseil de l'Ordre, non pas porter plainte, mais faire un rappel de son rôle. Et c'est important.

Dr S : = Oui, pour compléter… Dans le DU de pédagogie que j'ai fait à l'université, on était très peu de généralistes, beaucoup d'universitaires et ils se rendent compte, effectivement, à quel point ils essaient d'améliorer cela. Ils peuvent passer dans tel service ORL ou cardio ou machin et n'avoir jamais vraiment vu quelqu'un qui puisse les juger, qui puisse regarder un petit peu ce qu'ils font, et cetera… Ils ont l'impression qu'on ne les connaît pas, qu'ils sont passés, qu'ils n'ont même pas vu le chef de service ou très peu, ou alors c'est un numéro dans les couloirs, et cetera…
Donc ça, la fac est quand même très vigilante là-dessus, elle essaie d'améliorer. Ils en sont à essayer de faire des carnets, comme les infirmières, où il faudra cocher qu'il a bien fait une ponction lombaire, qu'il a bien fait ci, que les gestes techniques ont été faits, qu'il a présenté des dossiers… Ils sont en train de cogiter quand même, à encadrer au mieux…

Dr T : = Je pense que les étudiants, eux, aimeraient bien être encadrés au mieux, mais il faudra sûrement…

Dr S : = Ah non, mais du côté des enseignants, on est bien d'accord…

Dr T : Le problème c'est que le DU de pédagogie, pour les généralistes, moi j'ai voulu le faire… Le problème c'est que c'est un soir, il faut remonter à Nancy, donc ça n'est pas très pratique du tout.

Dr S : = Alors moi, comme je n'ai pas de SASPAS et que je ne suis pas autorisée à quitter mon cabinet pendant les heures de travail, je préfère les formations qui se font le soir.

Dr T : = Et puis moi, j'ai déjà 60 km de plus pour aller à Nancy.

Dr S : = C'est clair… Par rapport à ce que tu disais tout à l'heure, ça te permet de faire des choses d'avoir un SASPAS. Moi, je refuse parfois certaines choses, parce que je me dis : « Mes patients d'abord et puis tant pis, je n'irai pas à tel ou tel truc ». Parce que je n'ai pas envie de fermer le cabinet ou d'être à nouveau remplacée pour une journée de formation ou une journée de réunion ou voilà.

MB : {En s'adressant au Dr R} M. R approuve de la tête.

Dr R : Oui, bien sûr que le fait d'avoir un SASPAS qui tient notre cabinet, ça nous permet de nous libérer… Soit pour une réunion pendant ce temps-là, soit pour tout ce que l'on fait comme réunions en dehors et de souffler un peu.
Moi, comme je n'ai pas de stress particulier, ça ne me dérange pas de laisser les clés de mon cabinet au stagiaire. Mais je vois mon frère, dans le même cabinet, qui est aussi maître de stage, on voit bien que, lui, il a plus de mal.
F, je pense que, d'après les retours des stagiaires, parce que l'on est dans le même groupe de maîtres de stage, les SASPAS disent : « Oh, il vient de temps en temps faire un petit tour quand même, il aime encore bien… et puis il y a des patients qui tiennent tellement à lui ! »

{Rires}

MB : Votre frère ?

Dr R : Non, F. Mon frère, c'est plus que ça le gêne de déléguer, je pense, et puis aussi, parce qu'il a plus de travail que moi et comme avec ses patients, c'est un petit peu fusionnel, il y en a beaucoup qui ne veulent pas voir le stagiaire. Donc le lendemain, il a toujours des journées affreuses, parce que le stagiaire en a vu moins qu'il n'en voit.

Dr P : [Moi, c'est pareil !

Dr R : [Mais je pense que toi F, c'est un peu…

MB : = Oui, il le dit, il dit : « Moi, c'est pareil ! ».

Dr P : Oui, c'est ça, enfin c'est-à-dire que, si je laisse vraiment le choix aux gens, le jour où il y a le stagiaire, il y aura beaucoup moins de monde et après, effectivement, je me retrouve avec une journée qui est trop chargée et j'aimerais bien que, pour le stagiaire, il puisse voir le maximum de personnes dans la clientèle… de façon à diversifier sa connaissance de chacune des pathologies que l'on peut-être amené à rencontrer.
Mais quand je viens avec eux, c'est parce qu'il y a des choses que j'aime bien leur montrer ou faire dire aux patients, notamment les choses sur lesquelles je me suis planté lamentablement pendant un bout de temps. Et je peux dire : « Et bien voilà, telle personne, je l'ai traitée par avlocardyl, pendant je ne sais combien de temps, avant de me rendre compte que sa dépression était liée à l'avlocardyl. Elle va t'en parler »…et je pense que ça les marque…

Dr T : = Mais ça tu peux le faire le soir à la synthèse aussi…

Dr P : C'est pas pareil !

{Rires}

Ça n'est pas pareil, parce que, quand tu as le patient devant toi qui dit : « J'ai eu telle chose », enfin qui explique… les gens disent, ils parlent bien. J'aime bien,

avec le stagiaire, échanger, en parlant du patient, parce que le patient se sent du coup, plus intéressé par sa pathologie…

MB : C'est ça… c'est-à-dire que vous extrayez la pathologie de la personne pour pouvoir en parler tous ensemble ?

Dr P : Oui, et je trouve que le patient comprend mieux aussi pourquoi j'insiste pour que son taux de cholestérol soit comme ça, sa tension soit comme ça… « Vous avez un anévrysme de l'aorte, si… »

Dr T : = On insiste aussi peut-être plus, parce qu'il y a l'interne des fois…

Dr P : = Oui, mais du coup les gens comprennent mieux pourquoi on est exigent pour leurs chiffres tensionnels, pourquoi on dit : « Non, ça n'est pas parce que vous avez attendu une heure dans la salle d'attente que vous avez 16… Vous avez 16, c'est trop, ça ne va pas, il faut vraiment qu'on la fasse baisser. »
Enfin, j'ai été surpris de choses que j'ai déjà dit dix fois à mes patients… Quand tu es tout seul à le dire, cela porte moins que, quand le stagiaire… je ne dis pas, en rajoute une couche après… mais va dans le même sens aussi…et les patients comprennent pourquoi c'est important.

MB : Oui, et puis ça crée une relation d'intimité entre vous et le patient ? …que vous présentiez au stagiaire…

Dr T : Alors il faut faire attention, parce que l'intimité peut être rompue parfois… On demande toujours au patient s'il veut bien que le stagiaire soit présent. Il y a parfois des gens qui disent, quand on a un interne avec nous : « Non, je veux vous voir tout seul », ou quand c'est un externe, par exemple, parce qu'il y a des fois des choses très intimes qu'ils ne veulent partager qu'avec nous. Ça , il faut le respecter de la part du patient.
Moi je n'ai pas trop ce problème de me dire que le lendemain je vais avoir plus de monde. Il y en a certains qui vont m'attendre, mais, comme j'ai une secrétaire, elle sait mieux réguler... C'est elle qui va prendre les appels, ça n'est pas moi directement, donc il n'aura pas la même faculté de refuser.

Dr P : = Parce qu'elle prévient que ça sera avec le stagiaire ?

Dr T : Toujours, tout le temps, ils sont prévenus que ça sera avec le stagiaire.

Dr P : [Je trouve ça normal.

Dr S : [Oui, c'est normal.

Dr T : [Par exemple, quand c'est le SASPAS, elle dit que c'est avec l'interne mais quand c'est l'interne qui est avec nous en semi-autonomie, elle dit : « Vous serez vu par l'interne, mais le Dr T reviendra à la fin de la consultation vous voir. » Pour bien montrer qu'il y a quand même une présence, une continuité des soins.
Mais, par exemple, mon confrère qui est absent, je sens qu'il y a des moments… Bon, avec le SASPAS, ça se passe beaucoup mieux, mais au début, il avait du mal à laisser toute sa confiance. Et, je vois, pour les internes, c'est moi et un autre confrère qui jugeons s'ils deviennent autonomes ou pas. Parce que, lui, il a toujours peur que ses patients ne soient pas bien pris en charge ou il va regarder

le soir tous les dossiers des patients que l'interne a vu pour vérifier qu'il n'a pas fait une erreur, parce qu'il stressera.
Moi, je ne vais pas regarder tout ce que l'interne a vu dans la journée, parce que sinon on n'en finit plus. Il faut quand même faire confiance à un moment donné. Si on sent que l'interne est défaillant, oui, on regarde. Mais des fois quand on met un remplaçant, la situation peut être encore plus catastrophique…et même des remplaçants âgés !

MB : {En s'adressant au Dr R} M.R ?

Dr R : On parlait de la relation quand le stagiaire est là, ça n'est quand même pas la même relation, mais même si tu dis qu'on leur demande… Non. On ne leur demande pas aux gens, on ne va pas demander à chacun avant qu'il entre : « Est-ce que vous voulez bien ? ». Enfin, je ne pense pas que vous fassiez comme ça ? Il y a quelques personnes qui osent dire qu'ils voudraient bien nous voir tout seul, mais il y a quand même pas mal de personnes aussi qui n'osent pas dire. Ceci dit, ça n'est pas dramatique, mais cela modifie quand même…

Dr T : = Il y en a d'autres qui disent : « Ah, vous n'avez plus de stagiaire ? »

{Rires}

Dr R : Oui, il y en a qui finissent par demander, quand le SASPAS vient le même jour chaque semaine : « C'est quel jour qu'il est là ? » {Rires}
Ça, ça fiche un coup au moral aussi et puis il y en a qui ne veulent pas le voir et il y en a qui viennent pour le voir.

Dr T : = Oui et quand on a plus de stagiaire en consultation avec soi, ils disent : « Ah, vous êtes tout seul docteur, aujourd'hui ? »

Dr R : Mais ce que je voulais dire, c'est qu'I, il est en groupe, il a toujours été en cabinet de groupe et donc les patients, ils vont voir l'un, ils vont voir l'autre, vous avez certainement…

Dr T : [On a un dossier commun.

Dr R : [Nous autres, on a toujours exercé ou seul ou même si on est regroupé, on a quand même chacun vraiment nos patients. Et quand, pendant 25 ans, ils ont toujours été habitués à voir le même médecin… En plus, je ne me fais jamais remplacer…et bien, au début, c'est un petit peu…ça change, quoi !

Dr T : = C'est vrai qu'il y a une philosophie qui est inscrite…de groupe. Même s'il y a quand même une patientèle qui est bien inscrite dans les 5. Et puis on voit des gens qui vont faire 5 ans avec l'un et puis 5 avec l'autre…

MB : = Dr S, vous vouliez prendre la parole ?

Dr S : C'est vrai que moi je ne demande pas… Alors je n'ai que des « deuxième cycle », donc ils ne travaillent jamais tout seul, ils sont toujours avec moi. Il y a un système d'affiche, la secrétaire sait que les stagiaires sont là, mais ils savent qu'ils ne prendront jamais la main.

Moi, j'ai rajouté une dimension qui est celle d'anticiper. Il y a des patients à qui je demande : « Parce que vous connaissant et sachant de quoi on va parler, est-ce que vous voulez vraiment que le stagiaire reste là ? ». Parce que c'est vrai qu'ils n'oseront pas forcément dire : « Je ne le veux pas ».
Par contre, c'est vrai que, des fois, juste avant de fermer la porte, je me dis : « Attendez, je sais qu'on va parler de choses… Est-ce que vous ne voulez vraiment pas que le stagiaire reste ? » Et cela permet parfois de dire juste : « Non mais aujourd'hui, ça n'est pas grave, c'est juste pour mes médicaments ». Et on sait que l'on abordera pas tel ou tel problème de couple ou autre, parce que, à partir du moment où le patient m'a dit : « Et bien ça n'est pas grave, on ne parlera que de ça… On ne parlera que de mon genou, aujourd'hui, je ne viens que pour mon genou » ou je ne sais quoi. Moi, je ne m'autorise plus à aller chercher dans l'intimité, effectivement, ou l'Alzheimer du mari qui va mal… Voilà, je n'irai pas dans les domaines où j'irais plus volontiers si je suis toute seule.

MB : Ça modifie un petit peu votre… ?

Dr S : Oui, il y a des choses où on n'ira pas fouiller…

Dr T : Ah oui ! Il y a des fois où moi je demande, certains profils de patients, je demande. L'autre fois, par exemple, j'ai bien senti… C'était au début où j'avais mon nouveau stagiaire. J'ai bien senti que la dame n'était pas à l'aise, je lui ai demandé : « Est-ce que vous voulez qu'il sorte ? » et elle m'a dit oui, donc je l'ai fait sortir.

Dr S : C'est vrai que cela crée, par rapport à l'exercice, un rôle en plus, le stagiaire, c'est de regarder un peu le patient… Est-ce qu'il est à l'aise ou pas, est-ce que l'on a pas posé une question qu'il ne fallait pas, est-ce qu'il est bien comme d'habitude ? Et moi, ça m'arrive de leur dire : « Et bien dites donc aujourd'hui, vous n'êtes pas comme d'habitude. D'habitude, vous me sortez plus de blagues… » et je le sens bien et le patient rigole et il me dit : « Oui, mais bon, aujourd'hui vous êtes le professeur… »

MB : Oui, c'est cette intimité là qui est, entre vous et le couple…patient…

Dr S : Oui, mais ça apporte une dimension supplémentaire, c'est-à-dire que tout à coup, les gens se rendent compte que dans la mimique, dans le fait de comment ils sont assis, comment ils répondent à mes questions… tout à coup je leur dis : « Ça n'est pas grave, il y a du monde mais… ». Ils sentent aussi que l'on est capable de les connaître encore plus qu'ils le pensaient.

Dr T : Il faut que l'on fasse attention de ne pas reproduire ce qui se passe à l'hôpital, parce qu'il y a des patients qui reviennent : « On a vu le professeur avec son aréopage arriver dans la chambre… » {Rires} Donc il y a des gens qui sont très très mal à l'aise.
Dans le système que j'ai, je les ai…bon là, cette semaine, j'ai eu une fois l'interne… Mais l'avoir tous les jours, en continu, ça pourrait être… déjà pour moi, je m'épuiserais… et il faut quand même des temps où on se retrouve seul aussi… seul face à nous-même et seul avec le patient.
Je ne sais pas comment vous tournez pour l'interne… mais l'avoir tout un mois d'affilée, je pense que ça n'est pas bien non plus. Je pense qu'il vaut mieux

l'avoir une journée dans la semaine, quand on est dans un site bien déterminé, plutôt que de l'avoir un mois.
Je pense qu'il faut que l'on ait un peu de moments de liberté… et même pour l'interne. À un moment, je les amenais manger avec moi le midi. Alors je le fais de temps en temps, mais pas trop souvent, parce qu'ils ont besoin aussi de se retrouver seuls pour libérer.
Je pense qu'une journée de consultation, c'est épuisant. Je vois, avec les externes, à la fin, ils n'en peuvent plus, parce qu'ils n'ont jamais l'habitude de voir autant de monde et autant de complexité. C'est aussi très varié parce que l'on passe du coq à l'âne en médecine générale, ça va être la rhino, après ça va être le problème de dépression, après ça va être une fracture ou une entorse, une angine… des banalités et puis au milieu de tout cela, un truc très complexe. Je leur dis : « Il faut être toujours attentif, il faut être tout le temps aux aguets de quelque chose » et ça, ça n'est pas facile.

Dr S : Ça crée quelque part un problème de formation. On ne peut pas dire : « On y va crescendo. Aujourd'hui, tu vas voir ça, après on va un peu compliquer l'histoire, et cetera… ». Là, c'est vrai que, même les plus jeunes qui viennent avec moi, ils peuvent se retrouver le premier jour du premier jour, le matin en stage, avec un gros syndrome dépressif ou un décès, un deuil, quelqu'un qui pleure dans le bureau…
C'est vrai que moi, je les laisse manger tout seul, je leur mets à disposition un endroit où ils peuvent rester tout seul, je leur montre les endroits où ils peuvent aller manger, je les dépose où ils veulent. Mais c'est vrai que le temps de midi, je les laisse quand même faire une pose réparatrice… à mon sens.
Et il y a aussi des choses… ça ne m'est arrivé qu'une fois… mais je pense qu'il faut que je fasse attention aussi, c'est de demander au stagiaire si lui est capable de vivre les choses. Et, on parlait tout à l'heure de la fin de vie… : « Cela fait partie du stage, si tu veux on y va » et puis tu expliques en route : « Voilà c'est une fin de vie, on y va… » et appelée une deuxième fois dans la journée, parce que la personne allait décéder quasiment deux heures après… parce que panique à la maison et tout le monde te rappelle et là, la stagiaire : « S'il vous plaît, est-ce que je peux ne pas y aller ? ». Je lui ai dit : « Mais bien sûr ! ». Mais je n'aurais jamais pensé, moi, que c'était quelque chose qui était difficile. De ce côté-là, je n'y aurais pas pensé…
Autant tu penses à tes patients, mais l'étudiant, c'est vrai que je n'y ai jamais pensé. Alors, c'est vrai qu'il faudra bien qu'il y soit confronté une fois. La première fois, elle y a été, mais la deuxième fois, quand elle a entendu qu'on y retournait, elle m'a demandé. Et je lui ai dit : « Mais bien sûr, tu restes là » et on en a reparlé, on a redébriefé ensemble, et cetera… Mais elle m'a dit : « Je ne me sentais pas le courage d'y retourner une deuxième fois ».
Est-ce qu'on leur demande à eux, l'impact qu'ils ont dans ces stages, où tout à coup, ils sont mis en confrontation avec des choses qu'ils n'ont pas connues à l'hôpital peut-être… le domicile des gens, la souffrance. C'est vrai que souvent ils sont passés par les urgences donc dans les services ils ont moins mal… Quand toi tu arrives, ils sont vraiment dans des douleurs… et je ne sais pas leur ressenti à eux. Je n'ai jamais approfondi en débriefant ou en rapport de stage ce que, eux,…

Dr T : = C'est un sujet de thèse ! {Rires}

Dr S : Oui, tout à fait !

MB : {En direction du Dr P} M. P ? Oui, dites nous.

Dr P : Je rebondis sur la fatigue du stagiaire, parce qu'il y a deux raisons pour lesquelles ça peut-être fatigant. Premièrement, c'est un rythme à prendre… dans tous les métiers il y a un rythme à prendre… Si moi, un jour, je devais apprendre à poser du papier peint ou repeindre mes plafonds, il y a le geste… donc il y a un rythme, nous le rythme on l'a, le stagiaire, il ne l'a pas forcément.
Mais il y a aussi le fait que, pour le stagiaire qui nous accompagne et qui n'est pas celui qui va mener la conversation, poser des questions et tout, c'est plus fatigant d'essayer d'écouter et le médecin et le patient , leurs cheminements de pensée, et cetera… Et puis, il y a un petit peu moins d'intérêt parce que ça n'est pas toi qui le fait, donc, à un moment donné, tu peux piquer du nez, je le comprends volontiers… Moi, au volant, ça peut aller, mais à côté du conducteur, au bout d'un quart d'heure, je m'endors. La route c'est monotone quand même !

{Rires}

…alors je ne dis pas que la consultation c'est monotone mais…

Dr S : =…quand ça n'est pas toi qui est acteur…

Dr P : …quand ça n'est pas toi qui est acteur, c'est quand même beaucoup plus fatigant.

Dr S : [...Tout à fait…

Dr P : [Donc je comprends qu'une journée de stage, pour un stagiaire, ça soit épuisant. D'ailleurs j'ai été étonné, X, elle n'était jamais fatiguée, elle, je ne sais pas comment elle faisait, c'était incroyable parce qu'elle restait tard le soir…

Dr T : [C'est bon signe pour après !

Dr P : [Il y en a qui ont une motivation terrible !

Dr T : Je vois là, c'est pareil, je viens d'avoir Y, c'est une motivation extrême. Il y en a un autre, c'est pareil, je lui rajoute une consultation à 19 heures, il ne dit rien et puis il continue… On sent tout de suite ceux qui sont motivés ou pas…

Dr P : Enfin, je voulais dire que l'on peut comprendre la fatigue pour le stagiaire. Ça l'est pour nous et ça l'est certainement encore plus pour eux.
Autre chose sur laquelle je veux rebondir, c'est le fait, non pas d'écarter le stagiaire, mais de ne pas le laisser assister à toutes les consultations. Alors moi je suis comme mes confrères, pour certains patients, je sais bien qu'ils n'ont pas envie qu'un stagiaire soit là, donc je les prends sans le stagiaire, mais c'est vraiment rare. Par contre, ne pas aborder les problèmes douloureux et difficiles quand le stagiaire est là, c'est quand même un sacré manque pour le stagiaire…

Dr T : [Tout à fait…

Dr P : …parce que c'est, au contraire, ça qu'il faut lui montrer. Alors quelquefois je ne peux pas aborder le problème. C'est ce qui me gêne un peu dans la configuration de mon cabinet, c'est que quand les gens ressortent, ceux de la salle d'attente voient qu'il sont sortis… J'aimerais bien de temps en temps avoir 5 minutes avec le stagiaire pour lui dire : « Ecoute, tu vois, cette personne là, bon, on n'en a pas parlé, mais c'est une femme qui a été violée dans son enfance ».

Dr S : [Ça, je le fais…

Dr T : [Moi je le fais, mais je referme la porte…

Dr S : […Voilà, au moment où je raccompagne, je ferme la porte.

Dr P : Alors maintenant je vais peut-être voir les choses différemment… ou alors je lui demande : « Tu en penses quoi ? » et puis voilà. « Maintenant je t'apprends ça », alors tu vois les choses complètement différemment. Tu comprends son rapport avec les hommes… Je trouve que ce que nous avons eu du mal à percevoir, que l'on a mis du temps à comprendre… Ça me paraît d'autant plus fondamental de le montrer au stagiaire…

Dr S: […Je le ferai après…mais je n'oblige pas…

Dr T : […Voilà, tu n'en parles pas devant, je ne vais pas réveiller des douleurs des fois…alors qu'il n'a pas envie…

Dr S : [Tout à fait…

Dr T : = …mais, après, je reprends, je ferme souvent la porte et je lui explique des choses, surtout d'un point de vue psychologique. Par exemple, ce matin, il a eu un toxico, je lui ai réexpliqué plein de choses après, parce qu'il y avait des choses qu'il fallait qu'il sache et je crois que c'est important… Pour ne pas se laisser embarquer quand ils vont les avoir après…

Dr P : Pourquoi j'aime bien suivre un toxicomane, c'est parce que, justement, il y a plein de choses à fouiller derrière, à comprendre ce qui leur est arrivé et puis voir où ils en sont aujourd'hui par rapport à ce qu'ils ont été… et c'est quand même important que le stagiaire le sache, pour se dire : « Quel est l'intérêt de suivre ce genre de personnes ? ». Justement, c'est quand on s'intéresse à eux, que l'on s'aperçoit que ce sont des gens intéressants à suivre…

Dr T : = …et puis que l'on progresse…

Dr P : Oui, oui, tout à fait… les déprimés c'est la même chose, et cetera… Comprendre pourquoi ils sont comme ça, c'est vraiment l'intérêt de notre métier…

Dr T : Et puis, des fois, il nous manque une clé, on n'arrive pas à comprendre et puis, un jour, il nous la donne, la clé… Des fois, au bout de 5-6 ans, une déprime… et puis à un moment, elle dit : « J'ai eu un inceste dans l'enfance » et c'est là que tu te dis que tu as essayé tous les traitements, tu n'y es pas arrivé et puis là, tu as la clé qui est donnée au problème…

Dr S : Ça c'est souvent, oui…

Dr P : Je me souviens de stagiaires aussi qui disaient : « Mais comment on pose la question, quand il y a des problèmes d'alcool, et cetera… ». Je trouve que c'est bien, devant le stagiaire, de montrer que l'on peut poser ces questions… Finalement et bien oui, aller directement sur le problème d'alcool, les relations extraconjugales, ceci ou cela. Il faut le faire, finalement, c'est notre boulot… et poser la question de l'inceste, c'est aussi notre boulot…

Dr S : Même si des fois on te dit non…

Dr T : Oui mais ça vient à un moment…

Dr S : Et ça ne viendra que quand il y aura une vraie complicité, un vrai quelque chose… Il y a des gens quand même qui te disent non et finalement c'est oui quand même…

Dr P : Ils ne disent pas non, ils ne disent rien…

Dr T : Le stagiaire, tu vas lui passer un savoir, un savoir-faire aussi, après, le savoir-être, il ne sera pas ton caméléon quand même, tu vas lui montrer différentes… et c'est ça l'intérêt aussi, de ne pas avoir qu'un stagiaire avec un seul médecin. Moi je suis contre ces monômes, il faut au moins des binômes voire des trinômes. Ça permet d'avoir 5 savoir-être un petit peu particuliers pour le stagiaire et même pour les externes, je trouve que c'est bien…

Dr S : [Oui, différentes façons de faire

Dr P : [Oui, oui.

Dr R : [Oui.

MB : Tout le monde est d'accord !

Dr T : […Mais ce qui est intéressant aussi…il y a des satisfactions… C'est quand l'externe vous dit à la fin : « J'en ai appris beaucoup plus que pendant tous mes autres stages d'avant ».
Aussi, à la fin de la sixième année, j'envoie un petit mail aux externes qui sont passés chez moi… Au moment où ils doivent choisir leur place d'ECN, je leur demande ce qu'ils ont choisi… Pour savoir s'ils ont choisi médecine générale et souvent j'ai des mails : « Je vous remercie du stage, j'en ai encore un bon souvenir » .

Dr P : = Alors tu prends des « 5ème année », toi ?

Dr T : Oui, on a des « 5ème », on a de tout !

MB : Tout le monde prend des « 5ème année » ?

Dr P : Non.

MB : Dr R ?

Dr R : Non. Ça n'est pas que je ne veux pas mais…

Dr S : [Ça fait beaucoup de mouvements après dans le bureau…

Dr P : [Ça me plairait bien, mais je ne sais pas comment les caser…

Dr T : = Mais si, il faut faire comme chez nous. Vous avez un 5ème année, il est attribué à G, il a 10 jours de stage, par exemple…

Dr S : [C'est très peu de temps l'externe…

Dr T : 10 jours, chez nous, ils font 10 heures dans la journée, ils arrivent à 8 heures et ils repartent… Ça fait 10 heures…

Dr P : 10 jours à 10 heures

Dr T : Donc, pour la fac, c'est G qui va toucher l'argent… Et, par exemple, G l'a une journée, F, une journée, E, une journée et puis… Le stagiaire suivant, ça sera toi qui l'aura et puis comme ça vous l'avez moins…

Dr P : Parce que vous vous le partagez ?

Dr T : On le partage. Sur les 10 jours, il va faire deux jours avec moi et deux jours avec chaque confrère…

Dr P : C'est-à-dire que par stagiaire, ça nous ferait trois jours supplémentaires… Parce que ceux que l'on a, ils sont quand même présents… On a deux stagiaires en même temps… Donc, on a, nous deux, chacun deux jours par semaine avec le stagiaire. Il y a un jour où je ne travaille pas et donc il n'y a plus que deux jours où je travaille tout seul… Et j'aime bien aussi travailler tout seul !

Dr S : Oui, oui, tout à fait.

MB : Vous aimez bien travailler tout seul aussi ?

Dr S : [Ah oui !

Dr T : [Oui, c'est important !

Dr P : [Oui, parce que je ne fais pas les même choses… Quand je suis avec le stagiaire, je p… j'allais dire je perds, c'est complètement nul, ça n'est pas du tout ça… je passe du temps, je prends du temps pour expliquer des choses et du coup, il y a d'autres choses que je ne fais pas.
J'aime bien essayer de m'améliorer… Je parle beaucoup d'informatique, mais c'est quelque chose qui me préoccupe en ce moment, je veux bien essayer d'améliorer ça et quand je suis tout seul, je peux le faire. Quand je suis avec le stagiaire, je ne vais pas passer du temps à ranger le dossier, à trier des trucs, et cetera… Ça n'est pas intéressant pour lui.

Dr R : On fait ça le soir, mais ça ils ne s'en aperçoivent pas forcément…

Dr S : Oui, mais ça fait partie de la formation…

Dr P : Oui, de temps en temps, je leur dis aussi : « Comme la journée n'est pas finie, ce soir tu restes plus longtemps si tu as envie et puis je te montre ». On fait aussi la compta et puis le rangement des dossiers et puis il est 21h-21h30, alors la prochaine fois tu viendras un peu plus tard et puis c'est tout.
Pour leur montrer aussi ce que c'est qu'une journée complète, parce que pas uniquement… comme peuvent le faire les patients de la salle d'attente qui comptent : « Il y a tant de personnes, donc il a gagné tant, en tant de temps… »

{Rires}

Oui, mais ça n'est pas tout à fait ça quand même le boulot. C'est clair qu'il y a beaucoup d'autres moments où l'on travaille…

Dr R : Et puis il y a les stagiaires qui ont envie de faire médecine générale et qui ont envie de connaître un peu les à côtés de la consultation. Et puis il y a ceux qui ne sont pas forcément orientés médecine générale et qui veulent voir des patients et puis le reste ne les intéresse pas forcément.

Dr P : Mais c'est quand même très important pour ceux qui veulent faire de la médecine générale de voir aussi…

Dr T : […les à côtés…

Dr P : …les paperasses à ranger le soir…

Dr R : = Une chose que j'ai un peu de mal à faire en vous entendant c'est… Normalement avec le stagiaire, il y a deux mois d'observation, deux mois où on commence la mise en situation et puis deux mois d'autonomie. Deux mois, n'en parlons même plus… moi, une journée… si j'arrivais déjà à ce qu'il y ait une journée d'observation… Mais, en général, dès la deuxième demi-journée… le matin, bon, ils se tiennent encore un peu à côté, ils rongent leur frein et puis l'après-midi : « Je peux commencer à faire quelque chose ? ». J'ai du mal à montrer les choses et je trouve qu'ils prennent la main vraiment très rapidement… mais bon, je me laisse faire aussi.

Dr T : = Moi, c'est un petit peu différent. Là, par exemple, on vient de les avoir un mois, je les laisse en observation, après ils prennent ma place…

Dr R : = Pendant un mois, ils restent à côté quand même ?

Dr T : Oui, oui, avec moi

Dr S : = Oui mais ils n'interviennent pas ? Ils ne font rien ?

Dr P : = Quelle année ?

Dr T : Les internes, les stages chez le prat... Non, non, ils ne restent pas un mois à rester derrière moi…

Dr R : Parce qu'on entend dire ça, à Nancy, il y a des maîtres de stage où on est sur un tabouret pendant 4 mois…

Dr T : Non, non, ils restent en gros, la première et la deuxième semaine, ils sont à côté de moi et après, ils se mettent à ma place, ils vont chercher le patient, et moi, je me mets souvent derrière le patient. Je me mets derrière lui, comme ça le patient ne me voit pas, parce que sinon… Donc mon cabinet le permet, je me mets derrière, je me ballade ou je vais un petit peu dans la salle d'examen. On entend… comme ça je vois un peu comment il mène.
Et au fur et à mesure, je sens s'il commence à être un petit peu autonome et puis après, je leur mets des consultations toutes les demi-heures à peu près… et donc là, ils commencent l'examen clinique et puis s'ils ont un problème, ils m'appellent, je suis toujours là.

Dr R : = Mais quand tu dis je suis là, tu es où alors ?

Dr T : Moi, je suis dans mon cabinet à côté…

Dr R : Il faut avoir un autre bureau à côté, parce que sinon être dans le couloir…

Dr T : Non, non… on a d'autres bureaux…

Dr S : = Moi je serais comme toi, je ne sais pas comment j'agencerais…

Dr T : Nous, il y en a toujours un qui est de repos donc je profite du bureau du confrère qui est de repos… Et ça permet qu'il s'autonomise tout doucement… Mais, par exemple, là, j'en ai deux, il y en a un à qui j'ai mis des consultations toutes les demi-heures et l'autre, ce matin, je l'ai repris encore en consultation, je l'ai mis à ma place. Cet après-midi, il était avec K, vendredi, il sera encore avec moi et puis avec E l'après midi…
Par exemple, au début, je lui ai dit : « Il faut que tu te présentes, il faut que tu dises que tu t'appelles untel, parce que sinon les gens vont se demander… ». Alors que l'autre avait très bien compris. On sent tout de suite, l'autre, il a des responsabilités syndicales, tu sens tout de suite qu'il a déjà le feeling. Il y a aussi là où ils sont passés auparavant. L'autre, il est passé ici, chez E, tu sens déjà qu'il a été modelé.

MB : = Bien, et bien on a bien travaillé, on a terminé notre entretien… Je crois que tout le monde s'est exprimé… autant qu'il l'a souhaité ? M. P, vous aviez noté d'autres choses ? Peur d'oublier ?

Dr P : Non, non, rien, j'ai pu dire ce que je voulais dire… (5s) Moi, je terminerai en disant que je n'ai pas envie d'arrêter, parce que je pense que c'est bien. Peut-être pas non plus envie de faire plus, parce que c'est bien aussi de pouvoir travailler seul par moments, mais je ne regrette pas l'expérience du tout et j'ai envie de la continuer. (5s)

MB : Les mots qui ressortent, c'est le compagnonnage, c'est l'échange, c'est la relation d'aide aussi, le rôle d'éducateur que vous prenez très à cœur.

Dr P : Oh oui, c'est valorisant !

Dr T : Oui, c'est très valorisant ! Et je pense qu'il faut… Dans la campagne que je mène, c'est d'essayer de convaincre d'autres médecins à devenir maîtres de stage. Parce que je pense qu'ils n'apprennent pas la médecine générale à l'hôpital et je pense qu'il y a beaucoup de choses à apprendre dans les cabinets de médecine générale. C'est dommage que l'on ne soit pas avec des gens qui ne sont pas maîtres de stage parce qu'on aurait des arguments à leur donner. Parce qu'ils ont toujours peur que ça leur prenne beaucoup de temps, mais enfin de compte ça peut permettre d'éviter d'être sclérosant. Ça permet d'éviter de tomber dans la routine, et cetera… ça permet de se remettre en cause…

Dr P : C'est valorisant parce que l'on a vraiment beaucoup de choses à leur montrer et beaucoup de choses très intéressantes à leur montrer… Et je pense qu'il y a un certain nombre de confrères qui pensent que leur exercice n'est pas si intéressant que cela…

Dr T : [Voilà !

Dr S : [Ça valoriserait…

Dr P : [Je crois qu'ils ne se rendent plus compte de la richesse de ce qu'ils ont à faire et ils se disent : « Oh, ça n'est pas forcément intéressant de leur montrer ça par rapport à ce que l'on peut voir dans la technique des hôpitaux, dans la technique des spécialistes… »

Dr T : = Il y en a peu qui font de la technique des hôpitaux dans ceux qui font de la médecine générale.

Dr S : = Oui, mais c'est vrai que tu as l'impression que ton exercice est moins intéressant. Oui, tu pourrais te dire : « En tant que médecin généraliste, c'est beaucoup moins intéressant ce que je fais moi que, effectivement, l'ORL ou le chirurgien ou le mec qui fait de la robotisation en neuro »… oui, tu pourrais. Nous, ça n'est pas notre façon de voir, mais je pense qu'il y a certains confrères…

Dr T : = Est-ce qu'il n'y a pas non plus une lassitude chez certains spécialistes ? Je ne sais pas trop… il faudrait voir aussi…

Dr P : = Passer ses journées à déboucher des coronaires… ça doit être chiant !

{Rires}

Dr S : Moi, éducateur… bof!

MB : Non ? Ça ne correspond pas à votre pensée ?

Dr S : Educateur, non. Compagnonnage oui, échange beaucoup…

Dr P : Parce qu'éducateur, c'est trop formaté, c'est ça ?

Dr S : Oui, pour moi, éducateur, j'ai plus l'impression d'éduquer…

Dr P : Enfin H, c'est quand même notre présidente d'association médicale continue, ça veut dire, qu'au contraire, elle a le désir d'apprendre… enfin de partager et de faire apprendre…

Dr S : Oui, oui, moi c'est plutôt partager, échanger…

Dr P : Mais compagnonnage, je pense que c'est plus ça…

Dr S : Voilà compagnonnage, c'est vraiment celui qui me plaît…

Dr T : = Ça n'est pas éducateur… tout à l'heure…

MB : = Oui, c'était en rapport avec…

Dr T : …Voilà, c'est de repérer des comportements à risque… Après ça peut être dangereux… Il faut être quand même attentif…

MB : = Vous connaissez les limites, vous connaissez les dangers et vous les repérez… Vous êtes en état d'alerte, quand même ?

Dr T : Disons que, si ce sont des gens complètement introvertis ou qui ont des problèmes avec certains toxiques, il faut peut-être mieux les arrêter avant…

Dr P : [Ne nous fait pas peur !

Dr T : [Mais ça arrive !

Dr R : Enfin, c'est vraiment ceux qui n'ont pas pu choisir autre chose que ton stage !

{Rires}

On n'a pas ça, nous, qui sommes très…

Dr T : Non, mais moi non plus… J'ai eu de la chance, sur tous les stagiaires, ils ont été tous parfaits, archi parfaits !

MB : Et bien, on a bien travaillé. On avait une grille d'entretien… et bien, on a développé chaque aspect de la grille, spontanément…

Dr S : Vous arrivez à faire tout ça sur vos papiers jaunes à partir de ce que l'on dit, c'est génial quand même ! Ce métier aussi ! {Rires} Elle arrive à tout mettre dans les cases de tout ce que l'on a dit.

Dr P : Elle est du métier, ça se voit ! Chacun son métier.

Dr T : = Par contre, ce dont on a besoin en médecine générale, on en a parlé dans le cadre des réseaux, c'est que l'on aura besoin de psychologues pour nos patients… de plus en plus… C'est un manque.

MB : = Vous êtes sensibles à l'aspect psychologique.

Dr T : Oui, oui…

Dr S : [C'est énorme…

MB : [Oui, c'est énorme…

DR T : [Et on n'en a pas assez, on en aura besoin…

Dr S : = Mais en médecine générale. Je ne pense pas que les autres spécialités… Elles en ont peut-être moins besoin..

Dr T : = Oh si, ils le disent aussi. L'autre fois, j'étais avec des hospitaliers, tout le monde le sent de plus en plus… que l'on a besoin de psychologues…
Les gériatres pour la maladie d'Alzheimer, dans le cadre de maladies chroniques, dans la cancéro ou ailleurs… Et même nous, de temps en temps, on a besoin de de psychologues avec qui on va travailler… J'ai fait une séance d'éducation thérapeutique mercredi dernier avec des patients…

MB : = Les psychologues travaillent beaucoup dans ce genre…

Dr T : = …Alors là, il n'y avait pas de psychologue. C'était merveilleux ! J'ai une dame de 80 ans… On parlait des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires… donc on site le tabac… et elle commence à dire : « Les drogues »… L'infirmière qui était là lui dit : « Mais ça n'est pas de votre âge ! » mais elle dit « Mais si, j'ai fumé de l'opium déjà ! Est-ce qu'il y a un risque ? » .
Donc se libérer complètement au sein d'un groupe. Il y a des gens qui se sont libérés, qui ont parlé de leur maladie, qui étaient plutôt frustrés. Il y en a que je ne connaissais pas, parce que ce ne sont pas mes patients. Mais ils se sont libérés.
Et j'ai revu deux-trois patients aujourd'hui, ils m'ont dit : « Mais c'était formidable le mercredi que l'on a passé! On a appris plein de choses et on se sent beaucoup mieux dans notre maladie ». Et il y en a qui ont déjà eu des maladies plus jeunes que nous... Il y a plein de choses qui ont été échangées et je crois que là, c'est un événement, une découverte, c'est une forme de la médecine que je suis en train de découvrir…

MB : Oui, ça se sent…

Dr P : Oui ça se sent… ça donne envie d'ailleurs…

Dr T : Il faudra que tu es un pôle pour tout ça !

Dr S : Dans le stage d'éducation thérapeutique… parce qu'il y avait le stage pratique… je suis allée dans les entretiens avec la psychologue, dans les entretiens de groupe sur des patients qui avaient une obésité, un diabète et une surcharge pondérale. On a fait deux séances d'éducation thérapeutique mais via psychologue, en groupe. Comment ils représentaient leur obésité, l'alimentation, ce que ça représentait pour eux, et cetera…
Moi j'ai trouvé ça génial. Mais aborder un entretien, dirigé par une psychologue, avec des gens qui se sont libérés. Alors c'est vrai qu'ils étaient, de temps en temps, embêtés que je sois là, parce qu'elle a expliqué que j'étais en stage et

que j'étais médecin généraliste et que je faisais un stage pour justement aborder les problèmes différemment.
Et c'est vrai que souvent, les gens disaient : « Ben oui, je sais bien que le docteur va nous dire que... Il faut que l'on mange moins, et cetera… Mon médecin, au cabinet, il me dit tout le temps ça ». Et je me suis dit que c'était faux, mais je me suis dit, effectivement, on emprisonne les gens dans notre discours très médical : « Il ne faut pas, il ne faut pas, il ne faut pas… » et là, de les entendre dire tout à coup : « Et bien, tant pis pour le docteur qui est là, mais on en a marre, ils n'ont qu'à venir à notre place »…waou !...avec la psychologue, en stage, c'était vraiment sympa.

Dr T : = En ce moment je vis un petit peu une rénovation de mon exercice. Aujourd'hui, on a fait un pôle, on travaille avec les pharmaciens, les kiné, et cetera… avec des infirmières… des échanges maintenant que l'on n'avait pas quand je me suis installé.
Et on communique beaucoup mieux, on arrive à faire des choses ensemble, on arrive à construire, à échanger. Je sens le pharmacien qui me téléphone beaucoup plus facilement, qui envoie l'infirmière qui vient me demander et vice-versa, moi qui vais lui faire confiance. On n'est pas encore au top, mais on sent qu'il y a des choses qui sont en train de changer et ça, c'est vraiment changer la médecine de ce que j'ai connu. Parce que je me dis : « Il faut sûrement changer parce que… »

MB : …évoluer…

Dr T : …évoluer… On ne peut pas rester toujours…

« FOCUS GROUP » DU 30/05/2011
NON-MAITRES DE STAGE - NANCY

EMV : Bonsoir à tous ! Je me présente, je suis Eve-Marie VIVOT, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette qualité de vie. Notre objectif est de recueillir votre point de vue et votre ressenti de non-maître de stage sur votre qualité de vie.
La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes, comme ce soir, qui sont animés par Mme Batt, qui est Maître de Conférence Universitaire en Psychologie et sa collègue, Mlle Ceglia, qui est en 5ème année de Psychologie.
Quant à moi, je n'aurai pas le plaisir de converser avec vous car je n'interviendrai pas personnellement dans la discussion. Je vais par contre me charger de l'enregistrement par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que l'anonymat est bien sûr respecté.
En tout cas, je vous remercie tous d'être venus ce soir et je vais passer la parole à Mme Batt.

MB : Voilà donc… C'est quoi un « focus group » ? Un « focus group » c'est un groupe focalisé… qui se focalise sur un thème discursif…un thème de parole…un thème que l'on va aborder ensemble.
La parole est libre. Vous vous exprimez comme ça vous vient. Je dois dire que c'est même très important que vous ne notiez pas. Pourquoi ? Parce que le principe c'est justement l'association des idées, parce que je voudrais que chacun construise, au cours de cette conversation, sa propre représentation de sa vie professionnelle en lien avec sa vie personnelle…et bien évidemment ce qui est recherché ce n'est surtout pas le consensus. Ce serait dommage que l'on réussisse à trouver un consensus. Il ne faut pas que l'on cherche le consensus. Et ce sont les tendances naturelles des petits groupes comme le nôtre à trouver un consensus.
Mais ce que je voudrais, c'est que l'on élabore, chacun…que l'on construise, au cours de cet entretien, notre propre représentation, enfin la vôtre en l'occurrence…votre propre représentation de votre vie professionnelle, de l'évolution de votre vie professionnelle et le rapport entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle…votre qualité de vie comme l'a dit EMV.

{En s'adressant à EMV} : Alors je crois que vous vouliez d'un point de vue formel poser des questions ?

EMV : Oui, je voulais simplement que l'on fasse d'abord un petit tour de table pour que vous vous présentiez. Il y a juste certains critères dans la présentation que l'on aimerait connaître de vous… que vous présentiez votre nom, votre âge, depuis combien de temps vous êtes installés, si vous exercez en milieu urbain ou semi-rural et puis, si vous exercez seuls ou en groupe.
Si cela vous convient, on peut commencer par le Dr U, je vous laisse vous présenter…

Dr U (AU) : Donc mon nom U, mon prénom A, mon âge 50 ans, installé en plein centre-ville, depuis 20 ans maintenant, exercice solitaire, en libéral…mais

j'exerce aussi d'autres activités puisque je suis aussi médecin en IME, donc je m'occupe d'enfants handicapés, activité qui me prend une quinzaine d'heures par semaine, réparties… 2-3 heures par jour. Donc cela pallie mon insuffisance de communication avec d'autres personnes, dans mon activité solitaire, puisque j'ai en charge dans mon activité salariée 3 infirmières, 3 orthophonistes, j'ai avec moi 3 psychologues, une psychomot, une musicothérapeute, une assistante sociale, donc c'est une grosse équipe.
Je ne sais pas si on refera un tour de table pour donner son impression mais je fais partie de ces médecins que j'estime heureux, parce que je suis heureux d'exercer en plein centre, je suis heureux d'être dans mon IME et j'ai une activité qui me convient tout à fait, pas une grosse activité, j'arrive à placer ma vie personnelle et ma vie familiale au milieu de mon activité professionnelle.
Pour répondre à la question de tout à l'heure, je pense qu'il n'y aura jamais de consensus entre médecins généralistes parce qu'il n'y a rien de plus individualiste qu'un médecin généraliste !

MB : Tant mieux !

Dr U : Donc vous aurez autant d'avis et de ressentis que de personnes autour de la table.
{En s'adressant au Dr V, à sa droite} : Cher confrère…

Dr V (BV) : {Rires} BV, 46 ans, installé depuis 10 ans, en ville, en périphérie de Nancy, en association, au départ à 2, et puis maintenant, on est 5, on s'est regroupé un petit peu. On est dans une grande maison que l'on appelle, un peu pompeusement, médipôle, avec un kiné, enfin et cetera… Il y a plein de monde, une angiologue, un labo d'analyse, un kiné, enfin 2 kiné, un dentiste, et puis voilà… Qu'est-ce qu'il fallait d'autre ?

EMV : Votre durée d'installation ?

Dr V : 10 ans, ça va faire 10 ans.

Dr W (CW) : CW, je vais avoir 44 ans, je suis installée en péri-urbain, ça n'est pas vraiment du rural. Je suis dans une maison médicale, nous sommes 5 médecins généralistes, ce sont 5 cabinets, 5 salles d'attente. Dans la maison médicale, c'est pareil, il y a des kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures, dentistes.
Cela fait 15 ans que je suis installée. Pour rien au monde je ne changerais d'activité ! Je pense que je fais partie aussi certainement des généralistes heureux… heureuse !
Je dirais que, peut être, il y a deux phases dans mon installation. Il y a l'avant enfant et l'après enfant qui permet de négocier des adaptations constantes, en y mettant des priorités en fonction des moments de la vie. Et pour l'instant, je pense que j'y suis arrivée.
J'ai opté depuis 5 ans pour la collaboration, donc j'ai un collaborateur, qui me permet de faire un gros mi-temps…on va dire. Voilà… J'ai, au bout de 5 ans, 5-6 ans… donc je revendique mon statut de médecine générale, de cantonnier de la médecine de proximité. Au bout de 5 ans d'installation, 5-6 ans d'installation, j'ai trouvé qu'il me manquait un petit peu quelque chose en psychologie, en psychanalyse, donc j'ai fait une école de psychanalyse, une école européenne de psychanalyse. Voilà… ça m'a intéressée, mais ne faire que ça, ça ne me plaisait

pas non plus. Donc voilà ! Je me sens bien en médecine générale, donc je continue de la consultation de médecine générale.

Dr X (DX): DX, j'ai bientôt 35 ans, je me suis installé il y a 2 ans et demi en ville, ça n'est pas de l'ultra centre mais c'est de la médecine vraiment de ville, presque de quartier, j'ai été étonné… C'est une activité qui est quand même essentiellement au départ dans une zone favorisée, donc sur des classes socioprofessionnelles surtout aisées, favorisées, qui tend à se développer surtout maintenant et à se diversifier.
Je ne fais que de la médecine générale, je n'ai pas d'autre activité par ailleurs. J'avais commencé une formation en médecine du sport pour faire un peu de médecine physique, médecine du sport…et puis finalement, le côté fonctionnel m'a vite arrêté et j'en reste à la médecine générale uniquement.
Sur deux ans et demi, je n'ai pas encore eu le temps de me lasser…mais je n'entrevois pas de raison pour que cela arrive !

Dr Y (EY) : Donc je suis le plus vieux, 55, installé depuis 26 ans… pareil au centre-ville. Je suis associé avec un jeune de 65 ans depuis quelques années. J'ai une activité mixte aussi, je suis médecin cordonnateur en EHPAD…par rapport à la médecine libérale, c'est un peu le métier de branleur, salarié, depuis plus de 20 ans quand même, depuis 87.
J'ai été associé avec ma femme pendant 20 ans, qui est médecin généraliste, et puis elle, elle en a eu marre de la médecine générale, donc comme elle a eu la chance d'être en secteur 2, elle a voulu se réorienter, donc elle a arrêté la médecine générale. Elle faisait acuponcture/médecine générale et maintenant elle fait une médecine esthétique. Donc, dans ce cadre là , elle a rejoint un groupe où ils sont une vingtaine de médecins.
Et il y a 2-3 ans, donc, je me suis retrouvé tout seul dans notre cabinet et puis il y a notre voisin, avec qui je m'entendais bien, qui avait un local libre. Donc , on s'est retrouvé tous les deux. Lui, il a 65 ans, donc il continue encore et on envisage effectivement… Il y a une dizaine d'années, on avait essayé de monter au centre-ville, pareil, un gros cabinet multidisciplinaire, on avait 10 ans d'avance… et puis le foncier, en ville, est trop cher donc on n'a pas pu réaliser notre affaire et là on va essayer de rebondir un petit peu et de refaire un petit truc un peu plus modeste, d'ici je pense 2 ou 3 ans. On a des immeubles qui vont se construire à côté de notre cabinet…
Voilà pour essayer de rouler les 10 dernières années et on envisage effectivement d'attirer un jeune dans le quartier, à travers le contrat de collaborateur libéral. Parce que l'on parle de la désertification des campagnes mais bon, moi je fais partie de l'Ordre des médecins et on commence aussi à s'inquiéter un petit peu de la démographie médicale du centre-ville. On a fait une projection à 2020 où, en ville, on pense qu'il y aura entre 40 et 60% d'équivalent temps plein en moins, sur une ville comme Nancy. Voilà donc…de l'exercice comme à la campagne, comme en semi-rural, ça va changer… Comme les médecins qui partent en retraite qui n'ont pas de successeur…commencent des médecins qui ne veulent plus prendre de nouveaux patients. (3s)

MB : Des médecins qui ne veulent plus prendre de nouveaux patients ?

Dr Y : Oui, médecin traitant… à signer une feuille de médecin traitant. Ca c'est récurrent, c'est une catastrophe dans le nord du département, à Longuyon, Longwy, tout ça… Il y a des patients qui sont en déserrance, ils ne trouvent plus

de médecin traitant et il y a des médecins qui sont surbookés à Nancy et qui, pareil, commencent à ne plus accepter de nouveaux patients… (3s) C'est comme ça ! C'est l'évolution. (3s)

MB : C'est l'évolution ?

(4s)

Dr U : On n'est pas… ni économiste ni…

Dr X : = Autant Longuyon, Longwy, ça peut se comprendre parce que ce ne sont pas des bassins d'activité extrêmement denses… après sur Nancy, c'est autre chose ! Enfin je ne sais pas, je ne connais pas la problématique, mais…
C'est vrai que c'est quand même étonnant, j'ai des nouveaux patients qui m'appellent, qui me demandent : « Est-ce que vous prenez encore des nouveaux patients ? »…

Dr Y : = Voilà, si vous voulez, dans le nord du département, les médecins font 80 heures par semaine, ils sont surbookés, quand on discute avec eux. Le lundi, ils ont déjà leur semaine qui est complète en consultation. Quand il y a un patient qui les appelle : « Docteur, j'ai une angine, machin… », il y en a qui ne peuvent plus répondre et donc il y a des médecins qui commencent à se faire insulter, quand ils vont acheter le pain le dimanche matin. « Comment ? Vous n'avez pas voulu me soigner, quand j'avais mon angine ? ». Voilà, c'est la réalité… pas chez nous, mais je sais que nous, à l'Ordre, on a de temps en temps des coups de téléphone de personnes qui disent : « Voilà, je ne trouve pas de médecin, comment faire ? ».

Dr U : On peut quand même simplement constater qu'au niveau de Nancy, l'âge moyen des médecins installés est plus près de la cinquantaine…

Dr Y : = Beaucoup plus près de la cinquantaine ! C'est-à-dire que, dans 10 ans, en gros, à la louche, il y en aura 50% qui se seront barrés. Il faut savoir que les médecins de 65 ans, ils ne dévissent pas leur plaque, ils prennent leur retraite et ils continuent encore un an, deux ans, trois ans. Il y a des médecins de plus de 70 ans… qui travaillent!

Dr W : C'est vrai que, quand on est en maison médicale, je ne dis pas que l'on a résolu le problème, attention ça serait trop simple, loin de là… mais je sais que nous, étant à 5, on arrive à éponger, si je peux dire, la demande..mais effectivement on travaille à plein temps. C'est du plein temps : c'est du 7h30 le matin jusque 20h…donc fois 5…jours. Donc à partir de là si on veut faire des calculs… C'est vrai qu'à la base, si on a fait médecine c'est que, peut être, on n'a pas fait des études de commerce ou des études de droit ou des études de… donc c'est biaisé, c'est biaisé…donc je pense qu'on est d'autant plus découragé devant ce genre de choses. On n'est pas habitué à calculer, à rentabiliser, à se dire : « Voilà, j'aurais tant de patients, il faut que je signe »…
Qu'est-ce que ça veut dire accepter un patient ? C'est ça aussi, parce que, si c'est quelqu'un d'assez jeune, en bonne santé, qui verra son médecin deux fois par an… ça ne veut rien dire…voilà… et il y a aussi une grande différence quand quelqu'un vous téléphone et puis vous dit : « Ben voilà j'avais mon médecin depuis 20 ans et maintenant il est parti en retraite, je n'ai plus de médecin

traitant. » Voilà, moi je fonctionne un petit peu comme ça, c'est vrai que la consigne d'emblée, c'est : « Attention, les nouveaux patients, on ne va pas pouvoir »… mais après… On dit au patient : «Vous êtes avec moi, mais si je n'ai plus assez de place et bien il y a 5 confrères dans la maison médicale. » C'est pas un clan… (2s)

Dr X : On est obligé de conditionner un peu. Moi, c'est vrai que quand les gens m'appellent…alors c'est différent, je suis en début d'activité, ça change aussi un petit peu la donne…

Dr W : [Bien sûr !

Dr X : […mais j'allais dire que j'ai repris une patientèle qui me permettait d'emblée de vivre comme je voulais vivre… donc je ne voulais pas chercher à faire gonfler rapidement, ça n'était pas le problème. Mais c'est sûr que, déjà, je conditionne aussi, c'est-à-dire que je dis simplement : « Oui, pas de problème. » …sans aucune restriction… « Mais si je pars en vacances et qu'il y a une visite de prévue, vous verrez mon remplaçant et on ne fera pas autrement et on ne s'amusera pas à déplacer la visite d'une semaine pour que vous puissiez me voir moi. »

Dr U : = Enfin, dans l'activité, même si on a conscience…enfin personnellement j'ai conscience, étant un médecin installé seul, je fais partie d'une catégorie qui est amenée à disparaître. Il est bien évident qu'on va plutôt sur la tendance à se regrouper ou autre. J'étends le fait d'être seul au fait que je peux travailler intelligemment avec mes confrères.
Ça fait plus de 10 ans que je ne prends plus de remplaçant, pour diverses raisons : déjà il faut chercher les remplaçants, en plus, les conditions des remplaçants ne sont plus celles qu'on a connues, quand on était nous-même remplaçant, et on s'arrange entre nous de manière à pallier l'insuffisance des soins médicaux par la présence des confrères de proximité.
Il est vrai que le centre-ville tel qu'il est là, on est suffisamment nombreux au centre-ville, installés depuis bien longtemps…que le centre-ville se vide de ses activités médicales en période de vacances scolaires et qu'il y a des périodes où il est facile de prévoir son absence et de s'organiser entre confrères. Enfin simplement pour vous dire que le médecin installé dans son cabinet, seul, est certainement une race en voie de disparition.

Dr X : Pourtant, moi, c'est un truc que je revendique…

Dr U : Oui, oui, moi je le revendique aussi…

Dr X : Parce que réellement je crois que l'association à plusieurs… hou ! Sans doute parce que c'est mon intolérance…

Dr V : [Mais ça n'empêche pas de travailler comme on a envie !

Dr X : [Non mais moi ce qui me fait peur c'est mon intolérance, je ne critique pas l'activité… je ne me sens pas capable de m'installer dans un groupe.

Dr V : [On n'est pas obligé de partir en vacances ensemble !

Dr U : [Je pense que l'on peut avoir des activités complémentaires, deux cabinets complètement séparés, faire partie du même ensemble. Comme ça on garde notre autonomie, notre indépendance. Je me sens, personnellement, aussi très incapable de travailler avec quelqu'un d'autre, en permanence. C'était d'ailleurs, pour revenir au sujet de la thèse, la difficulté que je pourrais avoir avec un stagiaire, par exemple, pour différentes raisons qu'on exposera peut-être tout à l'heure.

MB : Non, mais vous pouvez exposer dès maintenant !

Dr U : On peut déjà exposer maintenant !

{Rires}

Dr U : Voilà, simplement, par l'activité personnelle que j'ai en médecine générale, plus dans le cadre de l'IME, il m'est impossible d'emmener avec moi un stagiaire, dans les activités que je peux avoir avec les enfants handicapés, avec les familles que je reçois, et cetera… L'activité personnelle que j'ai en libéral, le rapport que j'ai avec les patients, même l'organisation de mon cabinet, avec des fauteuils qui sont confortables, et cetera… Ça incite plus à une médecine de confidence, d'échange, et quand il y a une tierce personne, ça se passe différemment. Même le patient hésite à venir accompagné, il laisse toujours l'accompagnant en salle d'attente, de manière à être seul avec moi. Donc, la proposition, je l'avais faite déjà avec les remplaçants, c'est : « Je serai remplacé la semaine prochaine. » « Et bien docteur, je vous verrais dans 2 semaines ! ». Donc, la présence d'un stagiaire, ou d'un médecin en formation à mes côtés, serait forcément mal vécue par mes patients, que j'ai peut-être mal habitués mais voilà… C'est la perception que j'ai. Je n'en ai pas fait le test, mais je suis persuadé que si j'en faisais le test, je connais déjà les résultats par avance ! Voilà !

Dr W : Moi c'est un vrai dilemme ce que tu dis, parce que j'ai toujours considéré que la médecine devait être une sorte de compagnonnage ; quand on est en maison médicale ou chose comme ça… c'est ce que l'on cherche, on cherche tous les tuyaux… comment faire quoi. Et pourtant, j'ai eu l'occasion…j'avais quelqu'un dans ma famille, qui avait été médecin de laboratoire pendant de longues années et qui voulait poser sa plaque et il est venu pendant 10 jours avec moi, mais non stop. J'ai trouvé ça bien, c'est sûr, mais j'étais épuisée en fin de journée et effectivement, j'avais l'impression qu'il y avait des ratés avec les patients et de ne pas pouvoir avoir la relation qu'il fallait avec mon patient. Voilà, pour rebondir sur le sujet…

Dr U : = Oui, c'est-à-dire que l'organisation telle qu'elle est faite… alors effectivement, si j'avais un stagiaire une demi-journée par semaine, pourquoi pas. Mais là, l'organisation où ils demandent 5 ou 6 demi-journées par semaine, c'est pour moi impossible à gérer. Je n'aurais pas le temps nécessaire aux échanges. En plus, je suis en dessous de deux psychiatres et je fais pas mal de psychiatrie également, par habitude avec mes enfants handicapés déficients mais également par goût. Donc je vois les consultations qui peuvent durer chez certains patients qui vont rester une heure, une heure et quart, parce que j'organise la consultation comme ça. C'est impossible d'envisager un échange à trois, donc avec une tierce personne, un stagiaire, dans ce genre de schéma et

de prise en charge. Je n'ai rien contre les futurs médecins, parce qu'on aurait aimé aussi être accompagnés. Les stages existaient, en tout cas à mon époque, de manière assez distante, légère, mais s'il y avait une modération avec un partage par exemple du stagiaire entre différents cabinets, là pourquoi pas. Mais avoir un stagiaire 6 demi-journées par semaine chez moi, c'est impossible, je ne peux pas.

Dr W : = Nous, on avait proposé qu'un stagiaire tourne dans les 5 cabinets…

Dr U : [Par exemple, oui.

Dr W : […Ça faisait 5 jours, mais a priori, ça n'est pas possible.

Dr X : Ça ça dépend des conditions d'octroi de la licence de stage…enfin de maître de stage au cabinet…

Dr U : Oui et puis il y a la rémunération, il y a…

Dr W : = Oui c'était compliqué….Enfin on trouvait qu'une semaine, un jour par semaine par cabinet, puisqu'on est 5, c'était quelque chose….enfin voilà…

Dr X : Je partage un petit peu ce que tu dis… Effectivement, tout seul, déjà au bout de deux ans et demi je ne vois pas… et certainement, plus le temps va passer, moins je verrai encore la place d'un stagiaire là-dedans… Je me dis : « Comment je pourrais y arriver ? ». Mais, en même temps, à nouveau, ça n'est pas provoc, mais moi, j'ai fait un stage chez le prat vraiment pendant 6 mois, où j'y étais non stop…donc, peut-être que j'ai un petit peu cette perception de comment on peut introduire une tierce personne dans une consultation puisque j'ai vu des gens faire avant moi.

Dr W : [Nous, on l'a pas vécu…

Dr X : [Je l'ai fait, donc… effectivement ils étaient deux, donc c'était partagé pas mal, et finalement c'est un cabinet où il est entendu qu'il y a un stagiaire. Les patients sont tout à fait capables de dire s'ils ne souhaitent pas que le stagiaire soit là…et ils le disent. Parfois ils acceptent, à une partie du stage, parfois ils n'acceptent pas, à une autre partie, parfois, il y a des moments où ils veulent bien, des moments où ils ne veulent pas. Et je pense que c'est vraiment une question d'appréhension…et aussi de formation. Moi je l'ai vu, je pense que c'est faisable…je l'ai vécu, je pense que je pourrais apporter quelque chose à quelqu'un. Mais quand tu ne l'as pas vécu, quand tu n'as pas été stagiaire dans un cabinet, c'est peut-être plus difficile. C'est ma perception du truc. Parce que c'est vrai que, finalement, c'est peut-être un des tords de l'activité seul, c'est que tu te scléroses un petit peu dans ton activité, dans ta gestion du temps…enfin, moi, c'est ce que je fais. Je me rends compte que je suis déjà très routinier…

Dr W : [Non, non, non…

Dr U: = Non, moi, justement, je ne suis pas routinier du tout et je peux shunter une consult parce que j'ai autre chose à faire dans une activité salariée. Je peux

très bien décaler les rendez-vous, ce qui n'est pas possible avec un stagiaire… c'est un manque de souplesse aussi.

Dr X : = La routine n'est pas temporelle, la routine est dans la façon dont tu établis une relation avec tes patients et pas tellement sur la gestion du temps, ça c'est secondaire, c'est anecdotique… la modalité relationnelle au patient…et d'ailleurs, c'est ce que les gens recherchent quand ils disent : « Non, je ne veux pas voir le remplaçant. », c'est parce qu'ils veulent la sécurité de la relation qu'ils ont établie avec toi…donc c'est pas tellement sur le timing.
(3s) Mais je me dis que c'est quand même une épine irritative quelque part dans la relation.

Dr V : C'est quelque chose qui oblige aussi à se remettre en cause, un stagiaire…quelque part…

Dr X : [On n'est pas toujours aussi bon qu'on le pense !

Dr V : […il y a le niveau de ses compétences…ils arrivent quand même avec des choses neuves…donc ça n'est pas forcément évident de se livrer un petit peu dans son activité, il y a un œil qui juge, quelque part.

Dr U : = Pour être complet, dans notre groupe d'EPU, on a inclus deux stagiaires, donc les stagiaires on les voit…mais, on se réunit pratiquement tous les jeudis… la formation des stagiaires, leurs connaissances, leur niveau de compétences me semble parfois même supérieur au nôtre. Ils ont accès à des informations que l'on n'avait pas…ni la curiosité, ni peut-être le droit d'avoir, et c'est intéressant effectivement d'avoir cet œil-là. Mais ceci dit, je serais plus embêté de me sentir déjà jugé et je me sentirais moins libre de devoir affronter le patient avec quelqu'un en plus. C'est-à-dire que ça entraverait forcément le…

Dr V : = Oui, c'est une consultation qui ne se déroulerait pas comme elle se déroule d'habitude. Il faut avoir l'habitude de ça. Moi, je fais partie d'un groupe de pairs, il y en a un qui a des stagiaires constamment, il vient avec, a priori ça ne lui pose pas de problème. Il fait sa consultation avec son stagiaire. Quand il vient au groupe de pairs, c'est le stagiaire qui présente le cas, il discute, et cetera… donc ça se passe naturellement… faut pouvoir le faire, c'est pas évident.

Dr X : Ca dépend aussi de l'interaction stagiaire et maître de stage…

Dr V : Moi j'ai fait un stage, on avait un petit stage à faire donc ça n'était pas du tout comme ça, je me suis assis dans un coin et puis je n'ai rien fait…

Dr Y : [Plante verte !

Dr V : [Mais c'est vrai que l'on observait, on n'intervenait pas…absolument pas.

Dr W : Et puis chez nous, en médecine générale…ça doit quand même être propre à la médecine générale…il y a deux choses, il y a l'acte technique pur et dur, où là, ça ne me dérange absolument pas d'avoir un stagiaire… je veux dire, faire un streptotest, regarder si c'est…une angine, un streptotest, un traitement, être dans les cases des bonnes recommandations, et cetera… pas de souci ! Après, il y a la relation thérapeutique médecin-malade, qui est, en elle-même, à

mon avis, aussi thérapeutique par moments, et même souvent… ça c'est compliqué, par ce qu'en fait… alors on a tous râlé ou vu qu'on manquait de psychologie, de savoir où je me pose quand le malade me pose un problème… je suis une médecin, je suis la maman, je suis l'épouse, je suis la fille. Et ça, une fois qu'on l'a posé avec son malade, je pense que l'on n'aime pas qu'il y ait quelqu'un d'autre qui nous regarde. C'est compliqué ça, parce qu'en fait, l'acte technique, pas de problème …je pense à la limite qu'un ORL a beaucoup moins de souci à avoir un stagiaire qu'un médecin généraliste. Le médecin généraliste, c'est un médecin de famille, il y a quelque chose de différent. On en revient toujours à la même chose, est ce que ça s'apprend, est ce que ça ne s'apprend pas, je n'en sais rien… Ça doit s'apprendre, on est bien d'accord, mais rester tout le temps avec un même médecin… comme tu disais, la relation thérapeutique avec ton malade ne sera pas la même que moi…

Dr U : = J'ai fait un petit test ce soir, je savais qu'on venait en parler… J'avais quatre rendez-vous sur ma consultation du soir et j'ai regardé si je pouvais travailler avec quelqu'un d'autre. Sur ces quatre, la première est venue me parler de ses hémorroïdes ; en la présence du stagiaire, il ne l'aurait pas fait. La deuxième est venue me parler de son infidélité, des problèmes de couple avec son mari. La troisième a pris une boîte de médicaments devant moi, pendant la consultation, en me disant qu'elle n'allait pas bien, et cetera… Avec le stagiaire, je pense que le scénario était complètement différent, je n'aurais pas pu aborder le problème des hémorroïdes…

Dr X : [Elle était peut-être sauvée !

{Rires}

Dr U : Elle était peut-être sauvée, peut-être qu'elle n'aurait pas pris les médicaments ; mais l'attitude aurait été certainement faussée… Et pour moi, j'attache beaucoup d'importance, non pas au secret professionnel mais, au fait que l'on puisse, dans un lieu donné, avoir toute confiance en la personne que l'on a en face de soi et que l'on puisse échanger ou au moins avoir une fenêtre, un espace où l'échange se fait dans le secret, dans la confidentialité et dans la confiance.
Ça me paraît difficile de partager ça avec une tierce personne, parce que je perdrais une partie de mon énergie dévolue au patient, pour la donner au stagiaire. Le compagnonnage, évidemment que l'on y pense. Alors je le fais de temps en temps, non pas avec des médecins, mais avec des élèves infirmiers avec mon activité salariée. C'est facile, c'est ponctuel, c'est plaisant, c'est valorisant parfois de pouvoir échanger, mais il faut vraiment que ça soit au moment où je le décide. Donc je dis : « Tiens, aujourd'hui ou pendant une semaine, ok ! ». Mais là, la durée, la forme imposée ne me plaisent pas, ça manque de souplesse. Il est vrai que, si on avait le partage entre différents médecins…ce qui serait certainement plus enrichissant pour le stagiaire qui aurait une vision… qui aurait à peu près autant d'avis que de médecins consultés…ça serait à mon avis plus formateur et plus plaisant. En plus, il aurait certainement plus le choix… On a un peu les patients qui nous ressemblent, au fur et à mesure qu'on avance dans les années, ça écrème…

{En s'adressant au Dr X} : Au bout de deux ans et demi, tu ne t'en rends pas encore compte….

Dr X : [Ça commence…

Dr U : […au bout de dix ans, tu commences vraiment à faire le distinguo, mais alors au bout de vingt ans… ! Il est certain que… je vais prendre mon cas personnel, car c'est celui que je connais le mieux finalement… J'ai une activité de centre-ville, donc avec des problèmes de centre-ville qui sont bien souvent des problèmes de riches par rapport aux pathologies que je peux avoir avec mes enfants socialement défavorisés et handicapés. Mais, après vingt ans, la moyenne d'âge de mes patients est passée de 67 à 27 ans, avec 80% de femmes. J'ai une activité…je suis médecin de femmes ! Ça me convient tout à fait. Est-ce-que tous ces petits secrets qui me sont confiés, ces partages, et cetera… le seraient de la même manière avec une tierce personne ? Je ne crois pas. La plupart des femmes choisissent un médecin homme parce qu'il est homme alors si, par le plus grand des hasards, j'avais une stagiaire femme, ça couperait complètement la relation, par exemple… Enfin c'est comme ça que je le vois.

Dr X : En même temps… enfin, je partage tout à fait le sentiment par rapport au fait de pouvoir mettre un stagiaire ou pas dans… mais en même temps, tu te dis, pour revenir sur une idée de la relation entre le stagiaire et le maître de stage… tu te dis que si tu vois ton stagiaire une fois de temps en temps, parce qu'il est partagé entre différents maîtres de stage, et bien tu n'as pas vraiment le temps de la créer cette relation et donc tu ne te retrouves pas avec une relation… enfin le patient ne se retrouve pas face à une espèce de bloc, tu peux créer une unité avec le maître de stage, si vraiment la relation se fait bien. Tu peux limiter cette sensation de dichotomie pour le patient d'avoir deux personnes en face. Du coup, si tu vois ton stagiaire une fois de temps en temps, tu n'as, soit pas envie de t'y intéresser parce que tu n'as pas le temps, ça n'est pas le moment, soit parce que franchement il a une tête qui ne te revient pas et tu te dis que, de toute façon, au bout de trois mois ça sera fini, on n'en parlera plus. Donc à aucun moment tu ne laisses la possibilité au stagiaire de rentrer dans ta patientèle ; sauf si vraiment toi tu le décides.

Dr U : D'un autre côté, l'échange pourrait être des deux côtés, c'est-à-dire que le stagiaire pourrait t'apporter, parce que… tu sais comment travaillent tes confrères…toi? On n'en sait absolument rien…

Dr X : Non, tout à fait…

Dr U : On n'a aucun retour… bon, on a des amis, on a un petit groupe de copains, on a l'impression de savoir comment ils bossent mais on les a jamais vus bosser de toutes manières et puis ça n'est pas intéressant. Tandis que si un stagiaire nous amenait l'information, ou une autre pratique, ou d'autres habitudes, ça pourrait nous enrichir nous même. Quand il vient à longueur de journées, il va prendre nos mauvaises habitudes ou peut-être les bonnes et l'échange se fera certainement différemment… En tout cas pour moi, ça sera la seule condition pour que j'ai un stagiaire !

Dr W : Il y a toute la périphérie de la médecine qui peut être intéressante pour le stagiaire. Je veux dire, à la limite… il faudrait presque…alors je pousse, je ne suis pas d'accord… mais il faudrait presque, à la limite, qu'il vienne à la maison, voir

comment on fonctionne, c'est-à-dire que c'est bien beau d'être avec le médecin pendant les heures de consult mais il y a tout ce qu'il y a autour, c'est-à-dire, l'organisation, combien je prends de visites, comment je cale la sortie de l'école, et cetera…

Dr V : [Ça c'est très individuel…

Dr U : = Mais il y a peut-être des choses que l'on n'a pas envie de montrer…

Dr W : Voilà et c'est ça…est ce qu'on a envie de les montrer ?

Dr U : = Quand tu as parlé de routine tout à l'heure, je pensais à un petit truc dans ma tête, c'est qu'à 10h30, pratiquement tous les matins, je vais prendre mon café au café Z. C'est un moment privilégié que je m'accorde, alors avec des relations… j'ai des tas de patients qui viennent me voir là-bas : « Docteur, vous travaillez aujourd'hui ? », parce qu'il y a toujours l'interrogation. Je commence les consult à 11 heures… « Oui, oui, je serai là tout à l'heure »… « On peut venir à quelle heure ? » C'est un petit échange comme ça, c'est très amical, on se retrouve sur des habitués, mais, c'est peut-être le seul point de routine que j'ai. Tu m'imagines avec un stagiaire au café tous les jours ?

Dr W : Ben, pourquoi pas !

Dr U : …deux cafés…j'ai déjà un budget de 500 euros par an de café, ça ferait 1000 euros ! Non…
(3s) Voilà…on plaisante, mais…

Dr V : Non mais ça montre bien que chacun a sa façon de travailler… Je ne veux pas dire techniquement, mais avec tout ce qu'il y a autour… A quelle heure on commence à consulter, et cetera… De toute façon, le stagiaire, ce n'est pas forcément ça qu'il vient rechercher, je ne pense pas. Mais ça fait partie du métier aussi…de voir comment on aborde tout ça et de quelle manière on va décider de travailler. Mais c'est vrai que rester sur un seul stage, ça montre une façon de faire et ça ne montre pas la diversité qu'il pourrait y avoir… Entre, comme toi plein centre, moi je suis plus en périphérie et c'est encore pas pareil qu'en pleine campagne ou que dans le nord du département où ils croulent sous le travail…

Dr X : {En aparté, avec le Dr W} Ça dépend de ton stage… Si je n'avais pas fait un stage, je ne serais peut-être pas généraliste, même si c'est ce que je voulais faire…

Dr Y : Moi, par contre, j'ai fait l'inverse de toi, moi la moyenne d'âge de ma patientèle, c'est aux alentours de 80 ; je me suis plutôt spécialisé en gériatrie. Et c'est vrai que ça fait deux ou trois ans que je me dis que je prendrais bien un stagiaire… mais dans ma tête…moi je prends que sur rendez-vous… donc je m'étais dit : « Je vais bloquer des rendez-vous un jour dans la semaine, j'en prendrai deux fois moins que d'habitude et comme ça j'aurais du temps à passer avec le stagiaire. » Mais j'ai bien compris qu'il fallait bosser cinq jours par semaine avec…donc je ne vois pas comment je vais faire.
J'ai jamais eu de remplaçant…ça fait 26 ans que je suis installé, je n'ai jamais eu de remplaçant. Je me suis installé début juillet, 15 jours après, j'ai un médecin qui me téléphone : « Allo, est-ce que tu peux me remplacer ? » Je ne l'avais

jamais vu, je ne savais pas qui c'était. Je lui ai dis : « Je n'en sais rien…oui…on pourrait se voir ? ». Ça fait 26 ans que ça marche comme ça. Il a pris sa retraite, il a eu un premier successeur, un deuxième…et ça fonctionne toujours comme ça.

Dr U : = En ville, on peut le faire, parce qu'on a la proximité des confrères…

Dr Y : Voilà…mais en fait ce ne sont pas des médecins qui sont tout proche en plus…

Dr X : [C'est-à-dire que les gens, ils ont toujours un deuxième…une deuxième cartouche…

Dr Y : Voilà…un deuxième ou troisième médecin…voilà. Et puis je me suis dis, j'aimerais bien prendre un stagiaire, pour faire de la médecine autrement. Je me vois mal avec un stagiaire faire mes 10 visites le matin…aller dans les maisons de retraite…je ne sais pas comment je ferais. Pareil, comme je suis médecin coordonnateur en EHPAD, je veux bien le traîner une journée, mais il va perdre son temps. Donc, dans mon idée, c'était réserver une journée et puis prendre mon temps, que moi je puisse faire de la médecine différemment…

Dr X : C'est rigolo…pourquoi tu dis qu'il va perdre son temps ?

Dr Y : Ben c'est un temps salarié…disons que c'est du rythme du salarié, c'est de l'organisationnel… je ne sais pas… moi je fais des protocoles pour…canicule… c'est sûr que ça n'a rien de passionnant… je vais y passer deux ou trois heures…

Dr X : Oui, mais finalement, le nôtre n'est pas toujours passionnant non plus !

Dr Y : …Oui c'est ça… mais donc je me disais : « Le pauvre jeune, il ne va rien apprendre de la médecine si ce n'est des protocoles en maison de retraite. »

Dr U : De la même manière, je remplis des dossiers MDPH…c'est une activité solitaire… S'il faut que je prenne un stagiaire, je me vois mal…

Dr Y : [Oui c'est ça, c'est pareil, je me vois mal…

Dr X : Ça fait partie de la contrepartie pénible de notre boulot qui est par ailleurs intéressant… ça fait partie du boulot…

Dr U : [Ça n'est même pas pénible, mais ça n'a aucun intérêt pour lui…

Dr Y : [Ça n'est pas pénible mais j'imagine que le jeune qui vient pour un stage de médecine libérale, il ne fait pas…

Dr X : {En aparté, avec le Dr W} Enfin quand tu te retrouves face à un certificat MDPH, tu es emmerdé quand même… c'est bien d'avoir vu faire…

= Encore une fois, moi, quand j'ai partagé ça avec mes maîtres de stage, encore une fois, si je ne les avais pas eus, je pense que je n'aurais pas fait médecine générale. Pourtant c'est ce que je voulais faire, c'était vraiment le truc qui me plaisait mais si je n'étais pas passé chez eux, ça aurait pu être remis en cause

par d'autres trucs. Ça aurait pu être remis en cause parce que j'aurais préféré les urgences, parce que c'était plus facile, c'est du 48 heures-semaine…enfin ça paraît plus facile, ça ne l'est pas forcément d'ailleurs !
Mais c'est quand même bel et bien parce que je les ai vu bosser que je me suis dit : « Finalement, c'est quand même ça que je veux faire, même s'il y a quand même des trucs un peu pénibles »…qu'ils m'ont fait partager plus ou moins. Il y en a un qui m'a appris à faire de la compta, ça m'a débecté…je me suis assuré que mon épouse accepterait de la faire !

{Rires}

Dr W : Oui c'est le truc con ça…oui !

Dr Y : = Moi c'est le contraire, je fais la mienne et celle de ma femme !

Dr V : Ça fait partie du travail aussi ! Ça n'est pas médical mais…

Dr X : Voilà, ça n'est absolument pas médical mais si tu ne le fais pas, ton cabinet, il coule… Tu vas avoir l'URSSAF qui va te tomber dessus et puis tu vas arrêter, tu vas mettre la clé sous la porte, tu vas dire : « Je me casse ! ».

Dr W : Moi c'est vraiment cette personne de la famille qui m'a épuisée, pendant 10 jours, mais vraiment épuisée…

Dr U : = Entre deux patients, regarder le zapping sur mon ordinateur, ça le ferait pas avec un stagiaire !

Dr W : Oui, mais…

Dr U : = Tout à l'heure pour me détendre, je me suis dit : « 10 minutes, je vais regarder les pépites du net »…avec un stagiaire, c'est impossible, il faudrait lui expliquer ce que l'on a fait, et cetera… J'ai besoin de ça, moi ! {Rires}

Dr X : En fait, c'est complètement biaisé puisque finalement, ici, il n'y a que des gens qui ont choisi de ne pas avoir de stagiaire !

MB : Ça c'est exprès ! Ce qui est prégnant…c'est que vous êtes tous heureux, vous avez tous une qualité de vie… Vous partez en vacances sans contrainte ?

(3s)

Dr V : Pardon, la question c'était ?

MB : Ça n'est pas une question, c'est que j'ai l'impression, à vous écouter, que vous êtes des médecins généralistes heureux qui avez réussi ou qui sont en train de réussir… qui arrivent à palier leur vie personnelle, leur vie professionnelle…vraiment comme ils l'entendent…c'est ce qui ressort…

Dr U : Honnêtement oui, moi j'ai insisté là-dessus dès la présentation !

Dr Y : = Oui, sauf que moi, j'ai des gamins, j'en ai un qui était en médecine l'année dernière, il m'a dit : « Je ne veux pas ta vie de merde ! ». Il a choisi

dentaire, parce que ma nièce est dentiste…et il est allé passer, entre le moment où il avait le choix et puis le moment où il a du choisir…il se passe 1 semaine…il avait le choix entre dentiste et médecin, il hésitait, il hésitait…et puis il a été chez ma nièce, pendant deux-trois jours, et puis il m'a dit : « Non ! ». Enfin il voulait être un peu chirurgien. Il m'a dit : « Moi je ne prends pas le risque de me retrouver médecin de santé publique à Rennes…avec l'ECN.»
Bon j'ai le deuxième, il va faire médecine l'année prochaine, s'il est reçu, il a été faire un stage chez ma sœur qui est radiologue...il m'a dit : « Moi je veux être radiologue ». Donc même si on donne l'image que c'est un beau métier…c'est pareil moi ça fait 26 ans, tous les matins, quand je me réveille, j'ai toujours envie de bosser… Mais il y en a qui ne voient pas la chose de la même façon.

Dr U : J'ai deux garçons aussi qui ont 20 et 17 ans. Ils ne veulent pas faire médecine, c'est clair… Par contre, j'ai une nièce qui est en 2ème année qui est déjà venue au cabinet. Je lui ai déjà posé la question de savoir si elle voulait faire par exemple une vaccination ou n'importe quoi…si le patient accepte, pourquoi pas. Je la prendrai avec moi à l'IME, parce qu'elle veut voir d'autres… Elle est très intéressée…et c'est vrai que, c'est ma nièce, donc il y a déjà un partage affectif et je vais l'avoir deux jours de temps en temps, donc quand je l'aurais choisi…

Dr Y : = Voilà, deux jours de temps en temps, c'est bien ou alors une demi-journée dans la semaine, où on prend des rendez vous à petite dose, des gens sympa pour pouvoir prendre le temps avec…

Dr U : = Pour être très honnête, 10 jours de vacances…et bien les patients me manquent au bout de 10 jours…1 semaine ça va, 10 jours ça commence à me manquer.

Dr Y : A bien moi, je croyais… Mais il y a deux ans, je suis parti 7 semaines et demi en Islande, j'ai été barouder… Ça ne m'a pas manqué… Mais je suis rentré, le lendemain, j'étais content de bosser…mais ça ne m'a pas manqué une seconde. Moi, demain, je peux mettre ma sacoche à la poubelle, je serais un autre homme ! …mais je ne suis pas mécontent de travailler.

Dr U : Sans se sentir indispensable, mais dès que je pars 8 jours…je rentre et il y a eu une catastrophe pendant la semaine…

Dr Y : C'est quoi la catastrophe ? Il y en a qui mourront, il y en a qui vont naître…

Dr U : Oui, oui, ça n'est pas une catastrophe… Je n'ai pas de culpabilité, mais je me dis : « Ah mince, Mme machin elle a décidé de décéder juste le truc là ou… truc muche a fait son AVC cette semaine-là. » Je les préviens : « Je pars donc il va vous arriver un truc !». {Rires}

Dr X : « Tenez vous bien ! »

Dr W : Moi, personnellement, je raisonne en terme de fatigue, c'est-à-dire que j'ai l'impression que ma tolérance est proportionnelle à ma fatigue… Ma tolérance à ce que je vais trouver débile chez les patients ou ce que je vais juger comme intolérable, c'est proportionnel à ma fatigue. Donc, à partir du moment où… donc

c'est complètement subjectif … Je me dis que, quand je suis trop fatiguée, je suis intolérante.
Mais votre question était un petit peu biaisée, parce que si on se sert du stagiaire pour pouvoir décompresser ou pour avoir une qualité de vie… bien sûr moi j'y ai pensé à me dire… « Tiens, je vais prendre un stagiaire, pourquoi prendre un collaborateur finalement, on peut prendre un stagiaire et, entre guillemets, s'en « servir » pour les remplacements, s'en « servir » pour aller pouvoir boire son petit café pendant qu'il consulte et être joignable au portable »… Oui, ça peut être une façon de voir les choses mais moi je ne le voyais pas comme ça…et la qualité de vie après… Alors, moi, je n'ai qu'un petit garçon qui a 11 ans, donc pour l'instant, je ne sais pas s'il fera médecine…mais j'ai vraiment adapté, je crois, à peu près…mes consultations à son calendrier scolaire…

Dr Y : [C'est ce que j'ai fait aussi jusqu'à maintenant…

Dr W : […Il va rentrer en 6ème et bien, je vais me remettre à travailler le mercredi matin… Alors c'est vrai que, par moment, je lui ai demandé de m'attendre dans la voiture quand j'allais en visite, c'est sûr. Mais, en contrepartie, mes patients savent que si mon portable sonne et que c'est mon fils au téléphone, je décroche. Et j'essaie de mettre les choses bien au claire, c'est-à-dire que, bien évidemment, à partir du moment où j'arrive au cabinet, c'est plus la maman qui parle… Mais c'est ma priorité, on est bien d'accord…et après c'est toute une organisation autour, de façon à avoir l'esprit tranquille, c'est-à-dire, à savoir il est là, et bien il y a ça à faire, il y a ça à faire…
J'avais lu un bouquin très intéressant sur le burn out des médecins généralistes, et c'est bête je ne me souviens plus…je dois être en burn out ! {Rires}… du nom de celle qui l'avait écrit…c'était une médecin femme….qui expliquait qu'elle avait toujours voulu être médecin généraliste, qu'elle avait commencé ces études en faisant du SAMU, qu'elle avait pris beaucoup de gardes, et cetera, et cetera…qu'elle était corps et âme dévouée à ses patients. Et elle terminait, elle arrivait à l'aube de la retraite, en disant…et tout ça, avec une seule question tous les matins : « Qu'est-ce qu'on mange ce soir ? ». Alors ça, ça doit être très féminin comme réflexion, mais c'est quand même vrai, c'est un quotidien, en tout cas, moi, c'est mon quotidien…

Dr Y : C'est vrai, moi, depuis 26 ans, j'ai adapté mon activité en fonction des enfants et du calendrier scolaire… Je suis content, maintenant, je vais enfin pouvoir skier en dehors des vacances scolaires !

{Rires}

Mais pour le moment, c'est pareil, les mercredis après-midi, je m'occupais d'eux, je faisais des activités. J'ai arrêté le mercredi, maintenant, ils n'en ont plus rien à foutre de passer l'après-midi avec moi, donc je retravaille….et j'ai modifié mon activité en permanence. Enfin c'était facilité… comme avec ma femme on était tous les deux, dans le même cabinet, on pouvait s'arranger plus facilement, quand même. On travaillait que sur rendez-vous, on pouvait adapter le mode de vie à la vie de famille, à la vie de tous les jours… Je prenais toutes les vacances scolaires…

Dr V : = Ça fait partie aussi des avantages de la profession, en ville, car je ne suis pas sûr que les confrères de campagne aient la même possibilité…

Dr X : […les confrères de campagne, ils n'ont pas fini à cette heure-ci !

Dr W : [Ça dépend, on s'est organisé…

Dr Y : = Il y a des confrères qui ne peuvent pas partir en vacances depuis un an ou deux…

Dr V : = Voilà…qui ne peuvent pas aller au cinéma le soir, qui ne peuvent pas… Moi j'ai remplacé une fois en rural bien profond, de garde toute la semaine, où le médecin, quand il voulait, soit aller au restaurant, soit aller au cinéma et bien il téléphonait à son collègue qui était à 12 km et puis ils s'échangeaient leur secteur pour une soirée…donc du coup, ils avaient un secteur double le lendemain…ça n'est pas la même vie !

Dr U : Mais en discutant avec les générations futures, ils ne veulent plus travailler de la même manière. J'ai l'impression que, pour remplacer un médecin actuel, il en faudra deux… De la même manière que…moi, je me souviens dans mes remplacements, j'en ai remplacé un qui n'est pas très loin, c'était à Laneuveville…quand je le remplaçais, il fallait aller à 6 heures du matin faire les bilans sanguins…est ce que l'on a l'impression qu'aujourd'hui on ferait ça ? Certainement pas ! Le laboratoire viendrait à notre place, et cetera… Donc on travaille moins que nos prédécesseurs…

Dr X : = D'ailleurs le laboratoire te crèverait les roues pour que tu n'y ailles pas !

{Rires}

Dr U : Déjà, oui ! On travaille moins que nos prédécesseurs mais on travaille plus que nos successeurs.

Dr V : On travaille moins, je ne suis pas… Je pense que ça n'est pas le même travail, enfin je ne sais pas… justement j'allais poser la question…sur la façon de travailler…

Dr Y : En 26 ans d'évolution, rien n'a changé…

Dr W : Rien n'a changé ?

Dr Y : Non !

Dr V : Les contraintes administratives tout ça… ?

Dr Y : Alors ça… si ! Il y en a plus, mais ça, il faut faire abstraction de tout ça sinon on devient salarié à temps complet…

Dr U : = On a connu des révolutions en 20 ans, on a connu la carte vitale, l'ordinateur, et cetera…

Dr Y : = C'est vrai qu'il y a une dégradation de la paperasserie, bureaucratie, la sécu, ils nous font chier pour des conneries…

Dr U : Moi c'est de plus en plus expéditif ; quand je reçois des papiers de la sécu, ils sont mort de rire, parce que je leur fais toujours des réponses assez expéditives…

Dr Y : [...moi c'est pareil…

Dr U : [...par exemple, quand on te cote 2 actes et bien je dis : « S'il y a eu deux remboursements, c'est qu'il y a eu deux actes… Je vous l'ai déjà dit, ça n'est pas la peine de me renvoyer les feuilles. » donc voilà… Et ça ne va pas plus loin… Si… j'ai été convoqué par le directeur de la sécu, parce que j'avais eu un petit conflit justement sur un double remboursement, où la patiente avait été effectivement remboursée deux fois. Elle a fait un chèque qu'ils lui ont renvoyé en lui disant : « Non, c'est le médecin qui doit payer.» Donc c'est la sécu qui avait fait des conneries. Donc c'est allé jusqu'au directeur ; il m'a dit : « Vous avez raison dans les faits, mais il faudra payer. ». Je lui ai dit : « Ça, jamais ! » donc finalement la patiente a remboursé en pièces de 1 centime… donc ça c'est bien passé ! {Rires}

Dr Y : Sauf que, en ce moment, ils sont en train de pourrir la vie des gens du pays haut où… les pharmaciens font passer des génériques. Donc les pharmaciens disent : « C'est de la faute des médecins, parce que les médecins mettent « non substituable » ». C'est vrai. Donc les médecins qui font déjà 80 actes par jour, 50, 60…ils sont convoqués par la sécu, le lundi à 13h30 pour justifier…ils ont une pile de 150 patients…pour justifier notre «non substituable ». C'est pareil, tous les médecins du nord du département envoient chier la sécu. Le harcèlement administratif, c'est infernal, et encore, on a de la chance nous ici.

Dr X : = Oui, moi j'ai jamais été emmerdé.

Dr Y : Moi j'ai jamais été emmerdé non plus…

Dr U : [Nous, on n'a peut-être pas de harcèlement, de temps en temps, une petite emmerde…

Dr X : [Moi j'ai peut-être un volume de patientèle qui n'est pas suffisant…

Dr W : [Moi j'ai toujours pris le téléphone dès qu'il y avait une emmerde…

Dr Y : = Non c'est vrai que les contraintes administratives, c'est…

Dr U : Je ne pense pas que ça soit excessivement lourd quand même…

Dr Y : Mais les jeunes, ils ne veulent plus ça… Terminé !

Dr U : Oui, mais peut être avec raison… (3s) C'est vrai que, notre génération, on a connu l'époque où on ne faisait que des feuilles de soin, on donnait ça au patient, on ne s'en occupait pas. Maintenant, il y a eu, depuis 98…parce que j'avais été dans le journal en rouspétant contre la carte vitale…mais j'ai été un des premiers à m'installer quand même avec…mais depuis ça, il a fallu faire un peu le travail de la sécu, en tout cas c'est le sentiment que l'on a. Ça ne paraît pas excessivement lourd, maintenant, il ne faut pas qu'ils nous disent que c'est mal fait, parce que, dans ce cas là, ils le font eux-mêmes. C'est toujours ma

réponse. Honnêtement sur Nancy, on n'est pas très embêté…en tout cas ça ne fait pas partie d'un déséquilibre qui nous rend malheureux…

Dr Y : = Oui c'est ça, en fait la vie change…moi je suis installé avec mon associé, ça fait 35 qu'il est installé…quand il s'est installé, il avait une secrétaire pour lui tout seul et puis 10 ans après, il s'est associé avec un autre médecin, donc il y a avait une secrétaire pour deux et puis son associé est décédé, il y a une dizaine d'année, donc il a du licencier la secrétaire et maintenant il me dit : « Moi, je ne pourrai pas avoir une secrétaire ». C'est-à-dire qu'un médecin généraliste, seul ou à deux, il y a 30-35 ans, pouvait avoir une secrétaire qui déchargeait du travail administratif… Maintenant, financièrement, ça n'est pas possible…

Tous : Oui ça c'est vrai !

Dr X : Oui mais j'ai l'intime conviction… Enfin, je n'en sais rien pour le coup… Mais, en tant que remplaçant, j'ai bossé dans pas mal d'endroits, il y a des endroits où on travaillait plus que sur Nancy, c'est aussi lié au choix d'activité.

Dr U : [Oui, exactement.

Dr X : [Je pense que le choix nancéien, c'est aussi un choix de plus grande sérénité. Moi je m'étais toujours dit que je ne m'installerais jamais tout seul, jamais à Nancy, finalement je l'ai fait, parce que j'ai trouvé un cabinet où je ne travaillais pas le mercredi et puis que j'étais sur Nancy et que, pour mes gamins, ça allait. Si j'avais voulu faire un choix matériellement plus intéressant, fallait aller ailleurs…

Dr Y : Ah c'est sûr que tu doubles ton chiffre…tu vas à Longuyon, tu doubles ton chiffre d'affaires…

Dr U : = Il est certain… Au début que je remplaçais, je remplaçais des médecins qui s'étaient installés dans les années 60, donc 30 ans avant moi. Leurs conditions de travail étaient certainement différentes des miennes, leurs conditions de vie aussi. Ils avaient les moyens de se payer une secrétaire, ils avaient également les moyens de ne pas faire travailler leur épouse, ce qui n'est pas notre cas…

Dr X : [Bien sûr.

Dr U : […toutes nos femmes travaillent…enfin une femme par personne normalement…enfin travaillent toutes…

{Rires}

{En s'adressant au Dr W}...ou un homme !

…et on n'a plus de secrétaire… Ceci dit, d'un point de vue économique, si on était resté à la valeur de la consultation des années 60, on serait à peu près à 50 euros la consultation et pas à 23 euros…donc il y a déjà ça…mais ils travaillaient, à mon avis, plus que nous…

Dr V : Plus d'actes, mais pas forcément en plus de temps…

Dr W : Si, si… l'amplitude de consultations…

Dr U : = Si, si, moi, je me rappelle quand j'étais gamin, le médecin il venait à 10h du soir. Moi, à 10h du soir, je suis chez moi, tous les soirs.

Dr V : = Oui mais ils avaient un autre mode de consultation. Le médecin traitant de mes parents, il avait une consultation, c'était 13h30-16h au cabinet, tout le reste du temps, il était en visite…

Dr U : = J'ai remplacé pendant longtemps le Dr T, qui était l'un des premiers médecins généralistes enseignants. C'est devenu un ami avec les années… Mais quand il finissait ses consultations le soir, il était 23 heures…les consultations au cabinet, il faisait des visites parfois derrière.

Dr X : Tu acceptes ou tu n'acceptes pas aussi…

Dr W : Actuellement tu peux faire pareil, sauf que l'on dit non…

Dr U : Non, on ne le fait plus…mais ce que je veux dire, c'est qu'il y a 30 ou 40 ans, ils le faisaient tous, ils étaient peut-être moins nombreux…

Dr X : = C'est-à-dire que sur Nancy, tu ne fais pas aussi, parce qu'il y a SOS médecins. C'est rentré dans les mœurs que ça n'est plus les médecins généralistes qui le font, c'est SOS médecins…

Dr V : [Oui, il n'y a plus de garde, il n'y a plus de choses comme ça…

Dr U : [Oui, je fais partie de cette génération où j'ai fait des gardes avant SOS médecins… Moi, j'ai arrêté de faire des gardes en 95, donc c'était avant l'installation de SOS médecins. On était un groupe de médecins où on faisait des gardes, c'était pour moi excessivement pénible. Ça m'a réjoui pendant 2 mois et après, au bout de 2 mois, j'en avais marre. Savoir que j'avais une garde qui durait 24h, en plus, où on pouvait être dérangé à l'autre bout de la ville, simplement pour une personne qui avait une migraine ou bien des trucs aberrants pendant la nuit… Moi j'ai fait des pilules du lendemain…

Dr X : [D'où l'intérêt du stagiaire !

Dr U : [Durant mes gardes, j'ai fait 1300 actes, j'ai fait 3 urgences… C'était des urgences ressenties… Voilà, c'était excessivement pénible… Maintenant il y a une structure… Même si de temps en temps je vais aux Bains douches depuis l'année dernière, ça faisait 15 ans que je n'avais pas fait de gardes… Mais même aux bains douches, tu arrêtes à minuit. Donc c'est un confort, que l'on a pas connu il y a 20 ans quand je me suis installé, et que nos prédécesseurs n'ont pas connu. Il n'y avait pas d'organisation des gardes, ils étaient de garde tout le temps. Leurs patients les appelaient chez eux, parce qu'ils avaient leur numéro personnel…le médecin était un des rares notables à avoir le téléphone…

Dr V : = Et est-ce que c'était la même sollicitation ? Est-ce que les patients appelaient aussi…pour la pilule du lendemain à 11 heures du soir ?

Dr U : Ils appelaient pour des angines, pour des pathologies qu'on n'a pas connues, pour…

Dr Y : = Avant la régulation des gardes, quand on discute avec les médecins de Lunéville et autres, ils sont passés de 50-60 actes par jour, en garde, à 3 ou 4 voire à une dizaine…

Dr U : Mais en 15 ans…

MB : Comment on peut lire, comment on peut continuer à se former quand on commence le matin à 6 heures et qu'on finit à 23 heures ? On se couche épuisé et on recommence ?

Dr X : [On ne se forme pas.

Dr W : [Ils ne se formaient pas.

Dr U : Nos prédécesseurs ne se formaient pas…la formation ça a 30 ans.

Dr W : = Quand je me suis installée à la maison médicale, il y a 15 ans, il y avait déjà 5 cabinets…5 cabinets, 5 salles d'attente…tous les médecins étaient seuls, travaillaient seuls dans leur cabinet.
J'étais la première à me mettre sur rendez-vous et c'était une révolution. 15 ans après, on est tous sur rendez-vous et on est tous 2 sur le cabinet. Tout à l'heure je disais que je faisais un mi-temps ,mais en fait, quand mon collaborateur est au cabinet, je suis en visite…donc du coup, ça me laisse du temps. Mais maintenant, on est tous 2.
Avant il y a avait deux secrétaires de 7h30 à 19h30, on a gardé ce système de 2 secrétaires de 7h30 à 19h30, et là, récemment, le comptable de la maison médicale a commencé à nous dire : « Est-ce que la secrétaire entre midi et deux est vraiment indispensable ? »…donc ça, c'est l'objectif pur et dur au niveau de l'évolution. Et on faisait des gardes…et on s'est mis, avec SOS médecins, maintenant on n'a plus de garde…donc il y a une évolution. Alors oui, on a plus le temps pour se former c'est sûr…

Dr Y : [Avant ils ne se formaient pas…dans les années 60-70…

Dr W : [Ça c'est certain, ils ne se formaient pas…

MB : Ils n'avaient pas le temps de lire… ?

Dr V : Ils ne faisaient que de la consult, ils ne s'emmerdaient pas avec la paperasse, les choses comme ça…

Dr U : = Il y a un autre élément dont il faut tenir compte…c'est la féminisation de la profession. Auparavant dans les facultés, les femmes étaient minoritaires, maintenant elles sont majoritaires…et on dit toujours que pour remplacer un homme, il faut deux femmes…c'est pas sexiste.

Dr Y : = Non, pour deux équivalents temps plein d'hommes, il faut trois femmes…c'est pas un sur deux mais…

Dr U : …c'est pour arrondir à l'unité supérieure…mais simplement, sans être sexiste, encore une fois…

Dr W : [Non, non, bien sûr.

Dr U : …la femme a d'autres préoccupations, les gamins, et cetera… Elle n'a pas envie de travailler douze heures dans la même journée…

Dr W : = Ça n'est pas qu'une question d'envie, c'est une question de faisabilité ! Ça n'est pas une question d'envie… Parce que, pur et dur d'envie, pas de souci… !

Dr X : = Moi j'ai une épouse qui est médecin généraliste, qui bosse en tant que salariée parce que l'on ne pouvait pas faire autrement et qu'elle a subi un peu mon installation pour ça…mais si elle pouvait, elle bosserait comme moi.

Dr W : Mais complètement, ça n'est pas une question d'envie… Non. (3s)

Dr U : Mais ça contribue quand même, la féminisation, à la modification de notre mode d'exercice et je pense en bien…

Dr W : Bien sûr, et tu disais toi-même que les femmes allaient plus vers un médecin généraliste homme, et cetera… c'est vrai que ça change effectivement…

Dr U : Moi, je serais malade, j'irais voir une femme…

Dr W : Oui. Et à la maison médicale, toujours pareil, quand je suis arrivée, j'étais la seule médecin femme et maintenant on est trois, trois sur dix, en fait… Au début c'était cinq sur cinq hommes et là, on est trois sur dix, femmes. (2s)

Dr X : Il y a quoi comme profession dans votre maison médicale ?

Dr W : On est dix médecins généralistes…

Dr X : Oui, tu comptes les collaborateurs…

Dr W : …et au-dessus, on a trois kiné, un angiologue, et cetera…

Dr U : Dans les générations actuelles, il y a combien de femmes par rapport aux hommes?

Dr Y : Il y en a 70-80%, moi, je reçois beaucoup de jeunes à l'Ordre, parce que je veux savoir ce qu'ils veulent faire. En Meurthe et Moselle, on a entre 20 et 30 inscriptions à l'Ordre tous les mois, j'en reçois pas mal… En gros, en ce moment, tous les généralistes, « Qu'est-ce que vous voulez faire ? »… « Salariés, urgences », parce que, quelqu'un a dit, c'est du 48 heures par semaine…donc ils ont une vie de famille…il y a papa et maman qui gardent les enfants pendant 48 heures…

Dr X : [Ce qui n'est pas vrai !

Dr W : [Ce qui n'est pas vrai !

Dr Y : Comment ?

Dr X : Ce qui n'est pas vrai ! Tu n'as pas une vie de famille quand tu fais 48 heures… Ils restent trois ans et après, ils se barrent…

Dr Y : [Attends, attends!

Dr V : [C'est intéressant au départ…mais quand ils auront cinquante ans…mais au départ c'est ce qu'ils voient…

Dr Y : Je suis d'accord, je pense tout à fait comme toi… Ils sont de garde lundi/mardi, les parents viennent garder les enfants, ils récupèrent le mercredi et puis ils sont jeudi/vendredi/samedi/dimanche pour aller faire du golf, du tennis, aller à la pêche…

Dr X : {En aparté} [Non, mais c'est aussi épuisant une activité comme ça…

Dr Y : [Donc il y en a un sur deux qui veulent faire ça…il y aussi…SOS-Médecins…parce que la moitié des installés sur le département, en ce moment, c'est SOS-Médecins…parce qu'ils ont une qualité de vie…ils bossent 35 à 40 heures donc ils font un mi-temps et ils gagnent comme nous… En gros, 35 heures de SOS-Médecins, ça fait 60 heures de généraliste de jour… Donc ils préfèrent !

Dr U : […sans avoir la charge d'un cabinet…

Dr X : [C'est épuisant aussi SOS !

Dr V : [Moi je pense que je ne pourrai pas le faire non plus !

Dr W : = Moi ça ne me gêne pas, à la limite que chacun…

Dr V : Oui bien sûr, le problème c'est qu'ils ne viennent pas en médecine générale…

Dr Y : Et puis les autres que je vois : « Qu'est-ce que vous faites ? » « Et bien, je fais des remplacements. » « Et ça vous plaît ? » « Ah c'est vachement bien… » « Donc ça vous plaît, donc vous allez vous installer ? » « Ah non, surtout pas ! »

Dr W : Oui, c'est vrai.

Dr X : Et en même temps, ils remplaceront qui ?

Dr Y : Oui c'est ça…

Dr W : [C'est peut-être à nous de leur donner le goût du suivi…

Dr U : = Le pool des remplaçants, on est passé de 3000 à 11000 en…

Dr Y : Il y en a 10000 en France… C'est-à-dire qu'il y a 10000 à 11000 médecins remplaçants qui…

Dr U : C'est comme les visiteurs médicaux…

Dr V : [A l'époque, c'était la pénurie de remplaçants, maintenant il y a pléthore… et comme les médecins se sont adaptés quand il y avait la pénurie et qu'ils avaient des exigences un peu excessives… et bien, maintenant, comme il y a plus de remplaçants…

Dr Y : Exactement…c'est pour ça qu'il ne faut pas être si pessimiste que ça… Comme vous dites, les jeunes médecins ont tiré un petit peu sur la corde, ils ont fait les marioles et ils ont raquetté le marché… Ça jusqu'à il y a un an ou deux. Et maintenant, comme vous dites, les médecins qui en ont eu marre de se faire raquetter par les jeunes qui avaient des exigences hors norme, ils se sont dit : « Et bien mon coco, je t'envoie balader et on s'arrange entre confrères », même à la campagne…

MB : {En s'adressant au Dr V qui discute en aparté} = C'est ce que vous disiez M. V ?

Dr V : Non, non, mais je disais que c'était des exigences… Moi, j'étais remplaçant, à l'époque, et je n'avais pas ces exigences et ça me paraissait un peu scandaleux. J'ai remplacé en Haute-Marne, donc un petit peu entre deux régions, c'est-à-dire qu'il y a Paris d'un côté et Nancy de l'autre… C'est toujours une zone un peu intermédiaire… C'était un cabinet de groupe avec un secrétariat où j'estimais que les conditions de remplacement étaient sympa , parce qu'on avait un appart, il y a avait du boulot toute l'année, hors vacances scolaires, donc c'était intéressant. Et je me souviens de la secrétaire qui avait au bout du fil un remplaçant potentiel de Paris qui voulait 90%, à l'époque, la voiture du médecin, les repas…et la secrétaire lui avait demandé : « Est-ce que vous voulez pas vous taper la secrétaire en même temps ? » {Rires}

Dr Y : = Voilà, donc en fait c'est une caricature… Mais c'est la réalité des choses… Pendant 10 ans, on a vu s'accroître les exigences et maintenant on arrive à un plateau où les médecins se sont organisés et maintenant les remplaçants font moins les marioles, parce qu'ils trouvent à remplacer pendant les vacances… Mais les médecins ne se font plus remplacer en dehors des périodes de vacances…ça veut dire que, même si vous êtes remplaçant, quelque part vous avez faim… Vous trouvez du travail pendant les vacances mais plus le reste du temps…

Dr X : C'est une vision très biaisée de la vie encore une fois !

Dr Y: Oui, mais c'est comme ça que ça se passe ! Et maintenant, les jeunes ils vont être obligés de s'installer parce qu'il faudra bien qu'ils vivent.

Dr X : {En aparté} Moi quand j'étais remplaçant j'étais sans exigence et je vivais très bien en tant que remplaçant…. C'est une vision…

MB : {En s'adressant au Dr X} : C'est une vision…?

Dr X : C'est une vision de médecin qui exerce à la ville, parce que moi j'ai remplacé pendant 4-5 ans, j'ai jamais raquetté, j'ai jamais posé de conditions sur mes conditions de remplacement… On me les a toujours proposées… Je vivais extrêmement bien, dans des conditions de travail qui étaient parfois pénibles en termes de charge de travail uniquement, c'est-à-dire que, dans mes remplacements en Haute Marne…

Dr Y : = Oui mais toi, tu es déjà une génération de vieux jeunes médecins…

{Rires}

Dr X : Alors là je ne sais pas… peut-être !

Dr Y : = A l'Ordre, on les rencontre et on se croise, mais c'est en fait hallucinant ce qui peut se passer…

Dr X :[A ce point là ?

Dr Y : [A Nancy ça va, mais vous allez dans la région parisienne ou dans le sud de la France… Ça c'est la caricature !

Dr V : = Même à Nancy, j'ai un collègue qui s'est fait rembarrer par un remplaçant en disant : « Votre clientèle ne m'intéresse pas »…

Dr Y : [« Votre clientèle, c'est de la merde ! »

Dr V : […en plein milieu de la semaine, il s'est barré… C'est hallucinant !

Dr Y : = Tu vois en fait, ça ne sont pas des conneries. Ce sont les médecins de 25-30 ans, mais je pense que ceux qui arrivent maintenant seront plus sains et ils vont commencer à se réinstaller…moi, je suis d'une nature optimiste…

MB : = C'est quoi le facteur qui influence cette modification ?

Dr Y : Et bien, c'est que quand vous êtes docteur à 30 ans, il faut bien que vous fondiez une famille et que vous alliez vivre… Vous gagnez votre vie comment ?

Dr V : Il faut commencer à cotiser…

Dr X : C'est vrai qu'en tant que remplaçant, en ne travaillant que pendant les vacances scolaires…une fois que les gamins sont en âge scolaire, c'est fini, on a plus envie…

Dr Y : Voilà, donc ça va 6 mois, 1 an, 2 ans et puis après, vous vous dites c'est bien, après j'irai skier et après je ferai du golf et puis il faut bien occuper ces journées quand même…

Dr W : = Moi, je vais peut-être être fleur bleue mais peut-être qu'au bout d'un moment, il leur manque le suivi du malade et le côté pour lequel on a été formé ou pour lequel on a choisi la médecine générale…enfin j'espère !

Dr Y : [Je pense aussi…. C'est quand même frustrant… Ils ont asséché un marché pendant 10 ans, ils ne voulaient plus s'installer… Je pense que la nouvelle génération de jeunes, les 25 ans… Je pense qu'ils vont se réinstaller…

MB : = Donc d'une part, le plaisir du suivi, l'amour du métier en quelque sorte…

Dr Y : = Oui je pense que, quand même, certains ont fait le métier pour faire de la médecine…

Dr U : = Il est clair qu'il y a 20 ans dans les remplacements, moi je me souviens, je remplaçais les gros cabinets, on travaillait à 50%, on était content d'ailleurs d'avoir 50%, on apprenait des tas de choses… Mais au bout de deux ans de remplacements, j'avais la frustration de barrer toujours un nom avec un stylo à bille, pour mettre le mien… J'aimerais bien quand même avoir mes ordonnances et je suis tombé sur un être extraordinaire et…de gentillesse, c'était M. T… Qui m'a dit : « Vous allez me remplacer tous les jeudis et je veux que vous mettiez vos rendez-vous d'un jeudi sur l'autre, par exemple sur un mois…de manière à ce que vous sachiez ce que c'est de suivre un patient »…et lui, il était formateur…

MB : = Grand pédagogue !

Dr U : Grand pédagogue et c'était l'un des premiers médecins généralistes enseignants à la faculté… Et j'ai appris beaucoup plus, en suivant mes patients, en ayant la crainte…en mettant un rendez-vous le mois suivant, si j'avais fait une bêtise…d'être jugé par le patient…qu'il me dise ça ne marche pas ou…

Dr V : [Il faut trouver des solutions aussi…

Dr U : Voilà et puis il faut trouver des solutions et puis vraiment suivre…

Dr W : [C'est la notion de responsabilité aussi…

Dr U : Et donc il avait informé ses patients et les patients continuaient à suivre le remplaçant et c'était fabuleux ! Mais ça c'est une chance !

MB : Et bien je crois que l'on a bien travaillé, on a abordé tous les thèmes, toute la grille d'entretien est cochée…

Dr W : Ah, parce que vous aviez une grille ?

MB : Oui, on avait une grille d'entretien. Tout est abordé. On aurait pu aborder un thème qui est celui de la formation continue, surtout qu'on a eu la possibilité de le faire mais ça ne vous a pas branché du tout…

Dr U : Moi, j'en ai un petit peu parlé en disant qu'on y allait toutes les semaines…

MB : Oui, ça a été amorcé, un peu comme si c'était présupposé…

Dr V : Oui, tous les mois…un groupe de FMC et puis les groupes de pairs…

Dr Y : Moi, je fais partie de deux groupes aussi, un groupe de pairs et un groupe de FMC…

Dr W : Moi je fais partie de deux groupes de pairs différents, un groupe de pair en allo- et un en homéo-…

Dr Y : = Enfin moi, c'est des faux groupes de pairs parce que l'on a un prof de faculté…les puristes… me disent que ça ne sert à rien…

Dr W : = Il y a eu deux périodes… Moi je faisais partie d'un groupe d'EPU, avant les points, enfin bon ça, c'est peut-être un côté un petit peu mauvaise langue, mais tant pis !

Dr Y : [Il n'y a plus de point maintenant.

Dr V : [Avant les points, il y avait plein de monde, maintenant, il y a moins de monde !

Dr W : Avant les points, on avait un petit groupe qui était assez dynamique… Sont arrivés les points et là on a vu arriver…c'est méchant de ma part mais tant pis j'y vais…est arrivé un groupe de confrères, qui ont sans doute d'autres qualités, mais qui ne venaient rien que pour les points. Donc moi je sais que personnellement j'ai lâché à ce moment-là et je me suis inscrite à des DU…

Dr X : [Oui, moi c'est plutôt ça…

Dr W : […j'ai fait deux trois DU et puis deux groupes de pairs…un groupe de pair en allo- et je fais de l'homéopathie aussi, donc un groupe de pair en homéo- et un groupe d'EPU en allo- et un groupe d'EPU en homéo-…même si au bout d'un moment, on se retrouve, il y en a qui sont dans les deux… Et là, je viens de récupérer un groupe d'EPU en allopathie que je n'avais pas avant, avec plaisir…mais parce qu'il n'y a plus les points… Et les personnes qui sont là, sont là… Enfin je ne sais pas ce que vous en pensez ?

Dr U : Nous, notre groupe existe depuis plus de vingt ans…ça fait 22 ans qu'il existe le groupe, donc c'est un vieux groupe où on remet des jeunes, des jeunes installés, des remplaçants et des stagiaires… Donc le groupe est sans cesse renouvelé… Auparavant on se réunissait toutes les semaines, maintenant c'est une semaine sur deux, de manière sérieuse. Et dans notre groupe, on a même inclus des spécialistes, c'est-à-dire qu'on a l'habitude de travailler avec certaines personnes qui nous présentent des thèmes et on bénéficie toujours de l'aide des laboratoires pour rendre attrayantes nos soirées…

Dr V : Ça aussi c'est important. Sans les labos…c'est difficile !

Dr U : C'est excessivement important… Dans un bel endroit, on réunit plus facilement les gens…

MB : Et puis on allie le plaisir au travail !

Dr U : Oui et puis on a plaisir à se retrouver…

Dr V : Oui et puis il faut organiser tout ça, ce sont les labos qui organisent, pour réunir les gens le même jour… appeler un spécialiste et puis trouver une salle…

MB : = M. X, vous êtes sceptique ?

Dr X : Oui, je ne trouve pas encore ma façon de faire… Les soirées labo m'emmerdent…

{Réactions multiples simultanées}

Dr Y : = Oui, moi ça fait 25 ans que j'ai viré tous les laboratoires de mon cabinet, je reçois deux ou trois laboratoires par an, mais sinon ça fait 20 ans que je les ai virés et comme toi…je faisais partie de deux groupes d'EPU, mais c'était les soirées resto, machin et autres…où le spécialiste venait vendre sa soupe…les EPU… donc moi ça j'ai laissé tomber…

Dr U : = Ah non ! On peut travailler intelligemment avec les laboratoires, où ils n'interviennent absolument pas… On n'a même plus de stylo, on n'a même plus de carnet ni rien du tout, mais ils sont là juste pour nous offrir un endroit agréable…

Dr X : [Non, mais tu sais pertinemment que…

Dr Y : [Non, mais tu sais quand même pertinemment…

Dr U : = Non, quand ça fait 25 ans que tu connais les laboratoires, on a travaillé pendant une époque ensemble, simplement sur le mode amical… Moi des visiteuses, j'en soigne un paquet…donc il y a le côté amical, on les fait travailler aussi…

Dr X : Moi je les reçois absolument sans aucune restriction… Dans le sens où, dans le cabinet, ils avaient l'habitude d'en recevoir deux par jour s'il le fallait… Je les reçois, parce que je considère que je n'ai pas à empêcher les gens de travailler, mais après...les soirées organisées labo, moi ça m'emmerde !

MB : = Vous préférez les DU ?

Dr X : Oui…

Dr W : Sauf qu'un DU, au bout d'un moment, tu ne fais qu'une chose en un an et au bout d'un moment…moi j'ai fait ça 4 ans, au bout d'un moment on manque…

Dr X : {En s'adressant au Dr U} : [Sauf que sur le mode amical, tu auras plus facilement le produit sous la plume…

Dr U : [Peut-être, mais moi, ça ne me gêne absolument pas !

Dr Y : [Moi c'est pareil…dès qu'il y a un laboratoire, c'est gonflant…

Dr V : = Le fait de recevoir un laboratoire ne te fait pas prescrire plus…quand on a besoin d'un antihypertenseur…

Dr Y : [Mais si !

Dr X : [Moi je pense que si !

Dr V : Non, quand on a besoin d'un antihypertenseur, on prescrit un antihypertenseur, on va pas en prescrire deux, parce qu'on a vu le visiteur médical…

Dr X : [De toute façon dans leurs ordinateurs, ils viennent te voir parce que c'est intéressant, ils ont toutes ces informations…

Dr Y: [Tous les nouveaux médicaments qui arrivent, tu regardes, au bout de deux ans, de toute façon, il y en a un tiers qui sont supprimés…

Dr V : Oui mais ça, ce ne sont pas les laboratoires, ce sont les autorités de santé !

Dr W : Plus tu entends un nom, plus tu le prescris… Quand tu es fatigué, que tu es en fin de journée, plus tu entends un nom, plus tu le prescris…

Dr V : Oui mais tu les prescris par rapport à quoi ?

Dr Y : On a été lobotomisé… Tu vois je te dis ça, mais moi, je suis venu avec ça {montre un carnet et un stylo avec le nom d'un médicament}
…parce que dans mon groupe d'EPU, que j'avais abandonné pendant 15 ans, à cause de ça…je suis revenu il y a deux ou trois ans et c'était sur les gestes d'urgence…donc c'était un secouriste qui nous a fait les mannequins, les machins…et le laboratoire, il ne nous a rien dit c'est pareil…mais je suis reparti avec ça {montre le carnet} et avec ça {montre le stylo}… Bon, je suis acheté ! Alors que je suis comme toi… Et puis, je ne sais même pas ce que c'est que ce médicament, je ne l'ai jamais prescrit {montre le nom du médicament inscrit sur le carnet}… Vous prescrivez vous, ça ?

Dr U : Non.

Dr Y : Non, ça doit être une merde qui va encore être supprimée dans 6 ans…

MB : = On a bien travaillé, on a abordé toute une palette de thèmes, vous auriez eu d'autres espoirs ? Vous auriez eu envie d'aborder d'autres thèmes ? Vous avez des envies ? Vous avez des frustrations ?

Dr U : C'était intéressant…ça fait plaisir de voir des médecins qui sont contents de faire leur activité.

Dr X : = De toute façon, à partir du moment où les gens viennent à ce genre de trucs, c'est qu'il y a une certaine implication, quelle qu'elle soit…

Dr W : Il y aurait fallu avoir une nana en plus quand même, que ça soit équilibré…

EMV : J'aurais aimé !

Dr V : [Elles sont en train de faire à manger justement…

Dr W : = Non, mais je pense qu'on est franchement différents, l'abord est certainement différent…

MB : {En s'adressant au Dr W} En plus, vous nous avez apporté des informations qui étaient singulières…

Dr W : Oui… Moi quand vous m'avez appelée, je vous ai dit oui parce que c'était un lundi soir et que c'était possible…

EMV : J'aurais aimé que ça soit 50-50 mais les femmes m'ont répondu qu'elles préféraient justement préserver leur qualité de vie et ne pas venir à une réunion comme ça, un soir, parce qu'elles voulaient rentrer à la maison, s'occuper de leur famille.

Dr U : Parce que nous, dès qu'on peut sortir, on sort !

{Rires}

Dr Y : J'étais au foot hier soir, je suis rentré à minuit, ça n'est pas parce que je suis sorti que je n'ai pas de qualité de vie ! {Rires}

Dr X : Moi, j'ai promis à mes enfants de rentrer tôt…

Dr W : Il serait intéressant aussi de savoir… la vie de couple… Comment la vie de couple des médecins généralistes évolue en fonction de leur activité…

MB : [Elle est un peu apparue au cours de l'entretien…

Dr W : […la vie de couple aussi, en fonction des années… Les mariages qui tiennent, qui ne tiennent pas, le nombre d'enfants, et cetera…

Dr U : Si tu passes le cap des 40 ans avec ta femme, c'est bon !

{Rires}

Dr X : C'est ce que je pense pour les urgences… J'aurais quitté mon épouse rapidement et elle se serait barrée aussi. Après, de toute façon, il y a eu un choix, effectivement. Les médecins généralistes…quand je me suis installé…on estime qu'il y a une prise de risque pour le foyer qui a fait qu'elle n'a pas pu le faire…tout de suite. Et que, effectivement, le temps passant, un enfant en plus, après le salariat, revenir au libéral, ça va être difficile…peut-être que, quelque part, ça n'est pas ce que j'ai fait… mais peut-être qu'elle a fait le sacrifice de ce truc là.

MB : Vous êtes 3 personnes à avoir des épouses médecins…4 ?

Dr W : Oui, enfin moi j'ai eu un époux médecin pendant 10 ans, on a divorcé et le nouveau n'est pas médecin... Je crois que dans le cahier des charges il y avait « pas médecin » !

MB : {En s'adressant au Dr U} Vous aussi votre femme est médecin?

Dr U : Non, non, non. La mère de mes enfants était ergo et les suivantes n'ont jamais été médecin non plus…

{Sourires}

Dr Y : Moi, ma femme était médecin en libéral… On s'est arrangé.

Dr X : Moi, dans le projet, dans l'idée, j'aimerais qu'elle puisse rechoisir le libéral si elle veut le faire.

Dr Y : Elle peut être collaborateur libéral…

Dr X : Oui ou alors venir bosser au cabinet si j'ai une activité qui se développe suffisamment et lui laisser la possibilité de choisir... Pour l'instant, elle ne l'a pas…

Dr Y : Donc ma femme qui est partie parce qu'elle en avait marre de la médecine générale… On a été installés plus de 20 ans ensemble, dans le quartier. Elle a dit à ses patients : « Comme médecin traitant, soit vous prenez mon mari ou vous choisissez quelqu'un d'autre. » Et il y a quand même quelques patientes qui ont dit : « Non, non, docteur, il faut que l'on vous voie. » Donc on a fait un contrat de collaborateur libéral où elle vient travailler les jeudis matin dans mon cabinet, mais elle n'a pas de plaque, elle n'a rien du tout… C'est juste pour faire plaisir à ses patients, à ses vieilles patientes…

MB : = Ce qui ressort aussi beaucoup, énormément, dans votre discours c'est le respect des patients.

Dr Y : Voilà ! En fait elle a fait ça pour les patients qui ne peuvent pas venir à son nouveau cabinet…

MB : Non mais bien sûr, il n'y a rien à en dire…que du bien !

Dr Y : Sinon, si on n'a pas ça, vous savez, une consult à 23 euros, autant être salarié… On gagne en 160 heures de libéral…c'est 35 heures de salarié…

Dr X : Mais il y a une reconnaissance qui est vraiment complètement autre… Vraiment ça change tout…

Dr W : C'est notre point fort et notre point faible… C'est à la fois notre talon d'Achille et notre force… C'est à double tranchant et c'est peut-être ça qui serait intéressant, en tant que stagiaire, à apprendre…à trouver la bonne distance….mais c'est trop difficile…

Dr X : = On prend de la distance, on est obligé de la prendre, mais ce que tu disais tout à l'heure…moi je rentre, j'ai une patiente qui est décédée, ça m'emmerde… C'est ce qu'on te dit tout de suite, il faut que tu sois proche mais quand même que tu te détaches, ça ne doit pas te toucher… Mais ça te touche forcément…

Dr W : La reconnaissance aussi… Je parle pour moi…et c'est ce qui fait qu'on a parfois des difficultés à travailler tous ensemble, parce que l'on recherche cette reconnaissance vis-à-vis du patient…et mine de rien, on a beau savoir et on dit les discours de façade c'est : « Les patients tournent, il n'y a pas de souci, ils repartent, ils reviennent, et cetera… »…Mine de rien même si on en a conscience, quand un patient va voir ailleurs, on a un petit…

Dr V : […un petit pincement au cœur…

Dr U : […il nous quitte…

DR W : …Voilà, il nous quitte…

Dr U : C'est une trahison !...même quand ils déménagent. J'en ai qui viennent me voir de Lunéville ou de Charmes, ils viennent toujours au cabinet.

MB : Oui et puis c'est l'incarnation de l'accomplissement de votre travail. Si le patient…c'est lui qui incarne…

Dr U : = Oui, on s'attache quand même à ses patients.

Dr W : Tout à fait !

Dr U : Moi, ça fait 20 ans que je suis installé, quand il y a des gamins que je suis depuis tout petits, ils ont 20 ans, ils font médecine… Tu te dis : « Mince, peut-être qu'ils veulent me ressembler ! ». Les bougres, s'ils savaient tout ! {Rires}

Dr Y : Non, moi ce qui me fait le plus de mal, c'est que, quand je reçois des jeunes médecins et je m'aperçois qu'ils sont nés après que j'ai commencé à faire médecine, je ne leur dit rien, mais je me dis « Merde ! ».

Dr U : Oui, ça m'arrive quotidiennement ça… {Rires} Tu ouvres une fiche, et tu dis : « Vous êtes nés en quelle année ? »

Dr Y : Là, c'est là où on se fait du mal.

EMV : = Et bien , je vous remercie…

« FOCUS GROUP » DU 20/06/2011
MAITRES DE STAGE – NANCY

EMV : Bonsoir à tous ! Je me présente, je suis Eve-Marie VIVOT, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes et l'impact éventuel de la maîtrise de stage sur cette qualité de vie. Notre objectif est de recueillir votre ressenti et votre vécu concernant votre qualité de vie… au quotidien.
La méthode qui a été choisie pour cette étude est celle des entretiens de groupes ou « focus group », comme ce soir, qui sont animés par Mme Batt, qui est Maître de Conférence Universitaire en Psychologie à la faculté de Nancy, qui a pour rôle de guider cette discussion, en restant totalement impartiale, objective, sans prise de partie. Elle est accompagnée d'une collègue, Mlle Ceglia, qui est en 5ème année de Psychologie, spécialisée dans la psychologie du travail.
Quant à moi, je n'interviendrai pas personnellement dans la discussion. Je vais par contre me charger de l'enregistrement par dictaphone, qui est nécessaire, afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse ultérieure des données, en sachant que votre anonymat est bien sûr respecté. Vous pouvez donc parler librement.
En tout cas, je vous remercie tous d'être venus ce soir, parce que votre aide est bien sûr précieuse pour cette étude et je vais passer la parole à Mme Batt qui va animer cette soirée.

MB : En deux temps. Je vais d'abord vous donner des consignes et puis ensuite, chacun se présentera. Donc la consigne est de parler le plus librement possible. Nos objectifs à nous… c'est vrai que l'on vous a parlé de qualité de vie, et cetera… parce que c'est l'objectif de la thèse, mais il ne faut pas que vous vous préoccupiez de cela. Il ne faut pas que vous vous préoccupiez de ce que nous cherchons. Il faut que vous parliez quasiment par associations, c'est-à-dire que vous discutiez ensemble.
C'est très important que la conversation soit naturelle, que vous parliez comme vous en avez envie, sans vous préoccuper du chercheur et de l'analyste. « Qu'est-ce qu'il va en faire, est-ce que c'est en rapport avec le sujet ? ». Ça, ça n'est pas votre problème. Votre problème à vous, c'est de faire travailler vos neurones. Mon but à moi, c'est de vous guider et vous, vous devez faire travailler vos neurones et produire du discours…

Dr G : = Ça, ça va être très dur!

{Rires}

MB : [Vous parlez, vous bavardez.

EMV : Juste avant de commencer, nous allons faire un tour de table pour que vous vous présentiez. Si vous pouvez nous donner votre nom, votre âge, depuis combien de temps vous êtes installés, si vous exercez seul ou en groupe et dans quel milieu, urbain ou semi-urbain. On commence par vous Dr D ?

Dr D (RD) : Oui, je suis le Dr D, je me suis installé en 1979, j'ai 62 ans, je suis associé. On est trois associés maintenant. J'exerce dans une commune, plutôt… Il y a une bonne partie de maisons particulières, de gens qui… et puis il y a un petit peu d'immeubles.

Dr E (SE) : SE, moi j'ai 52 ans, je suis installé depuis 1985 en plein centre ville. J'exerce seul… alors, plus tout à fait, puisque j'ai maintenant un SASPAS… {Rires} donc j'ai moins cette impression d'être seul. Et puis voilà, c'est tout ce que je peux dire en introduction.

Dr F (TF) : TF, je suis installé depuis 1989, j'ai 52 ans.
{En s'adressant au Dr C} Je n'arrive pas à comprendre comment tu as pu t'installer si vite ? Tu n'as pas fait l'armée ?

Dr E : Non, j'ai été exempté.

Dr F : J'ai l'impression de ne pas avoir traîné !

{Rires}

Je suis installé en ville, en périphérie, enfin pas en plein centre. J'exerce seul… que dire de plus… je suis maître de stage universitaire depuis peu de temps. J'ai eu une stagiaire 6 mois et j'attends mon stagiaire que l'on a pris en binôme, à partir du mois d'août.

Dr G (UG): UG, moi je suis installé depuis 1984, j'ai 57 ans et j'ai des stagiaires depuis pas mal d'années… je ne sais plus exactement combien… enfin quasiment depuis le début que ça existe. {Rires} Donc j'ai des stagiaires internes de médecine générale et des SASPAS… (3s) avec mes collègues… (5s) {Rires} …un groupe de 4 médecins SASPAS et puis avec le Dr Y pour ce qui est de l'interne de médecine générale. (2s)

MB : En centre ville ?

Dr G : Alors mon lieu d'installation, c'est la banlieue. Enfin là, j'ai changé, j'ai déménagé le cabinet il y a deux ans. Mais j'étais au centre d'un quartier d'immeubles et maintenant, je suis… sans être très loin de là où j'étais, à 200m…

Dr H (VH) : VH, médecin généraliste, installé dans une commune rurale, mais semble-t-il, d'après l'INSEE, c'est un milieu urbain quand même, puisqu'il y a plus de 6500 habitants autour… mais c'est quand même rural. Médecine générale, j'ai une part d'activité en ostéopathie. J'ai 59 ans et je suis installé depuis 1979.

Dr I (WI) : Et bien je suis le plus jeune !

{Rires}

Dr H : Il en faut un !

{Rires}

Dr I : Oui, il en faut un !

Dr H : Ça ne se voit pas ! {Rires}

Dr I : WI, généraliste, installé en 1995, 48 ans, en ville, en association. On peut considérer que c'est de l'urbain.

(5s)

MB : Alors on va commencer par une question. J'espère que ce sera la seule question, parce que le but c'est que justement je ne pose pas de question, sinon je vous distribuerais des questionnaires. Mais je vais quand même vous donner une question inductrice qui devrait vous faire parler.
Est-ce que vous avez l'impression de progresser au quotidien dans votre vie professionnelle ?

(3s)

Dr D : Moi, si ! C'est une impression que j'ai en permanence. J'ai l'impression que… Enfin je pense qu'il y a un côté qui est lié à l'expérience qui fait que l'on progresse, que l'on a déjà vu les situations, que l'on perd moins de temps à s'égarer dans des fausses pistes. Moi c'est mon sentiment.

Dr G: Oui, je partage tout à fait ce sentiment.

Dr I : [Absolument !

Dr G : Je dirais que l'on progresse et qu'il y a une progression qui fait, à la fois, que l'on est capable d'aller plus vite et d'être plus efficace et en même temps, une remise en cause tout de même.

Dr D : [Oui, oui.

Dr G : [Au bout de pas loin de 30 ans… On a toujours, en fait, une remise en cause quand même, sur ce que l'on fait, parce que l'on réfléchit sur comment s'améliorer… Voilà, tout le temps, il y a une progression constante.

Dr H : Moi, je dirais que la progression est dans deux sens, dans le sens de la connaissance, et cetera… Mais aussi dans le sens de la simplification, c'est-à-dire que l'on se simplifie la vie de par l'expérience et le fait d'être, effectivement, en auto-surveillance, et facilité par la présence des stagiaires… enfin j'en viens au sujet…
C'est vrai que, à chaque fois que l'on a un stagiaire… moi, je ne l'ai pas en permanence, donc c'est un peu plus difficile… mais quand on a un stagiaire, on se sent redevable d'une explication de ce que l'on fait, donc ça nous oblige, nous, à chercher une explication à ce que l'on fait.
Parce que le célèbre triangle : « ce que je dois faire, ce que je peux faire et ce que je fais », avec un cercle sur ces trois items là, c'est assez parlant. On ne fait pas toujours ce que l'on doit faire, mais on ne fait pas toujours ce que l'on pense faire.

Dr G: Effectivement, on doit toujours expliquer, justifier…

Dr D : [Donc c'est un double apprentissage, enfin moi, c'est comme ça que je le vois…

Dr G: = Quand on donne des conseils au stagiaire, quand on fait un feed-back, un débriefing, en fin de consultation. On lui dit : « Ah, tu as fait comme ça, tu aurais pu faire comme ça »…donc si on donne des conseils comme ça et bien cela veut dire que l'on se les donne à soi aussi.

Dr D : = Alors moi, je dis c'est une double progression parce que l'on apprend un métier que l'on n'a jamais appris, c'est la pédagogie. Or pourtant, on fait de la pédagogie, parce que l'on essaie tout le temps de se mettre à la portée des gens pour leur expliquer ce qu'ils ont comme maladie ou comment on va faire le traitement, et cetera… en se mettant à la portée des gens qui n'ont pas le même lexique que nous.
Et puis la deuxième chose, c'est la pédagogie vis-à-vis de nos stagiaires, c'est-à-dire qu'il faut leur enseigner un métier qui n'est pas spécialement le métier qu'ils ont appris à l'hôpital. Donc il faut progresser, à la fois en pédagogie, pour ne pas perdre de moyens d'expliquer au stagiaire ce que l'on fait et pourquoi on le fait. Et puis l'amélioration de la qualité de notre exercice que l'on essaie tous d'améliorer…. on a tous un vœu profond d'essayer d'être toujours meilleur… Enfin je pense que l'on est tous comme ça.

Dr H: Oui et puis on a perdu un petit peu l'objectif scientifique, parce que l'on est quand même plus dans le pratique, dans l'empathie, et cetera…

Dr D : [Voilà.

Dr H: Donc le côté scientifique, je ne dis pas qu'on l'abandonne, mais ça disparaît plus ou moins et le stagiaire nous permet de recentrer un peu là dessus parce que, eux sont, au contraire, un peu trop scientifiques, donc de ce côté-là, cela permet un juste équilibre. Je pense que l'on y gagne de ces deux points de vue là.

Dr D : Mmh, mmh {Acquiesce}

Dr G : Oui, donc on est obligé de se repencher là-dessus. Donc c'est vrai que moi, depuis quelques mois maintenant, je me remets un peu dans le scientifique quand même, par l'intermédiaire de… enfin, je vais citer un nom… on parle librement, alors je vais parler librement… J'étais abonné depuis pas mal d'années à la revue Z, je la lisais assez rapidement, c'était quasiment la seule revue que je lisais avec la revue X. Mais bon, pas de façon suffisamment approfondie à mon avis… parce que j'ai l'impression que ça me barbait un peu.
Et puis là, je me suis mis à faire le test de lecture et ça m'oblige, en fait, à regarder ça beaucoup plus en détails, à faire très attention, et donc ça me remet dans le scientifique.
En fait, j'y trouve un certain plaisir, finalement, de me dire : « Et bien tiens, quand on veut être rigoureux, en fait, on se simplifie bien la vie ». Et donc, après, et bien je recommunique cela aussi au stagiaire.
Si je prends l'exemple du diabète, ces quelques dernières années, il y a eu pas mal de nouveaux médicaments qui sont sortis et en fait, on se rend compte qu'il faut jeter tout cela à la poubelle. Et finalement, les dernières recommandations de l'AFSSAPS… enfin tout ce qui sort en ce moment, nous montre qu'il fallait élaguer, simplifier son panel thérapeutique et s'en tenir à l'essentiel… voilà, entre autres, un petit exemple… et ça, je le dis aussi aux stagiaires.

Dr I : Et c'est vrai que les stagiaires nous apportent aussi dans le scientifique. Moi, j'ai plaisir de temps en temps à revoir un examen neuro tout propre, d'un type qui sort de neuro, parce qu'il y a des choses que l'on oublie, des choses que l'on ne fait pas régulièrement et du coup, on perd certains trucs fins.
Certains diagnostics même, des approches diagnostiques, je crois que c'est des fois intéressant. Ils ont un point de vue très scolaire, très faculté et…
Ça n'est pas mauvais de se replonger un petit peu dans les actualités, d'autant plus que, parfois, on a à faire à des choses que l'on n'a pas vues en EPU depuis un certain temps et que, tac ! on l'a devant nous. Et bien, de temps en temps, il y a des petites idées qui sortent du stagiaire et ils nous font progresser. Moi je pense qu'ils nous font progresser aussi. C'est dans les deux sens, c'est bien…

Dr E: [Tout à fait.

Dr I : […c'est bien.

Dr E : Je trouve que ça nous apporte aussi une ouverture par rapport aux démarches intellectuelles, parce que nous, nous avons nos propres réflexes que nous nous sommes construits… qui ont un certain bien fondé, qui fonctionnent pas mal… mais finalement, ce ne sont pas toujours les seuls bons moyens de réfléchir et d'avancer des hypothèses diagnostiques ou des arborescences diagnostiques.
Et de voir ce qu'ils proposent ou ce qu'ils ont fait pendant la journée, quand on fait le débriefing : « Ah oui, je n'aurais pas fait comme ça mais bon, c'est intéressant aussi». Le but, ça n'est pas forcément de dire : « Et bien non, tu aurais dû faire ça », c'est plutôt de dire : « Tiens, et bien, suis voir ton idée et puis on va voir ce que ça donne. »

Dr I : Ça peut nous casser nos habitudes de travail…

Dr E : Exactement.

Dr I : On se fait des schémas…

Dr E : = Et reconstruire un peu nos scléroses dans le travail et puis nous obliger à nous remettre en question dans ce sens-là aussi.

Dr I : [Oui.

Dr G : Oui, il y a une synergie en fait. Je pense notamment à l'examen. Je ne sais pas, si j'ai un problème d'épaule à examiner, je demande d'abord à la stagiaire : « Vas-y » et puis...

{Rires}

…et puis, je regarde un peu, pour voir comment c'est enseigné maintenant et comment ça ressort dans la pratique. Et puis, en même temps, je peux ajouter quelque chose, lui dire : « Mais attends, ça tu as oublié, il y a une atrophie à tel endroit, tu n'as pas vu ça, et cetera… ».

Donc il y a une synergie, en même temps, j'apprends, parce que je regarde comment elle fait et peut être que moi, j'aurais oublié, passé rapidement et puis je peux ajouter quelque chose… donc il y a une synergie qui se créer.

MB : Vous parliez de plaisir, il y a plusieurs personnes parmi vous qui ont parlé de plaisir à travailler?

Dr I : [Ah oui !

Dr G : [Ah oui, plaisir à enseigner bien sûr, moi je trouve que… je ne sais pas si vous partagez cela… mais je trouve que l'on est à un âge où on a envie de transmettre ce que l'on sait.

Dr I : = Oui, c'est dans le fait de transmettre, je suis bien d'accord avec toi, parce que garder tout cela pour soi !
Et puis c'est vrai que, quinze ans d'exercice, dix ans d'exercice, où on est tout seul avec notre patient… Je trouve que c'est intéressant d'avoir quelqu'un à côté, d'échanger un petit peu et c'est même profitable pour le patient, parce que, de temps en temps, on est un petit peu plus didactique que l'on n'aurait été s'il n'avait pas été là.
Moi je profite parfois même du stagiaire pour faire passer des messages. En discutant avec le stagiaire, c'est le patient qui écoute et c'est assez curieux, parce que, de temps en temps, cela devient un dialogue à trois. C'est une consultation médicale qui est vachement plaisante ! Ça apporte quelque chose à tout le monde, on découvre des choses, les gens se confient un peu plus, ça fait discussion, quoi !
En qualité de consult, je pense que l'on peut gagner des choses… pas toujours, parce qu'il y a un peu le côté aussi pressant de ce que l'on doit essayer de leur faire comprendre… mais très souvent, la discussion est intéressante… après cela dépend du niveau du stagiaire.

MB : {En s'adressant au Dr H} Cela vous faisait sourire M. H quand on a parlé de…

Dr H : = Oui, parce que j'ai une horrible patiente qui est venue me voir l'autre jour en me disant : « La prochaine fois, je viendrais quand il y aura votre stagiaire parce que, là, je suis au moins examinée ! »

{Rires}

Donc de temps en temps, on prend des baffes… Oui, parce qu'il y a une routine qui s'installe et les chroniques, on ne prend pas toujours la peine de les remettre sur la table d'examen, parce que l'on est pressé par le temps, parce que l'on se dit : « Tiens, celle-là, je la connais bien, je vais gagner 5 minutes ! ». Il y a aussi le facteur temps, ça on n'en a pas parlé, mais il y a aussi le facteur temps. C'est vrai que le stagiaire nous prend du temps par rapport à notre exercice habituel.

Dr D : [Mais il nous en gagne aussi, par certains côtés !

Dr H : [Oui, il nous en gagne aussi… Mais c'est vrai qu'on les voit bien, ils ne savent pas trop gérer ce temps. Mais c'est logique aussi. Ils n'ont pas non plus

toutes nos habitudes, tous nos réflexes, toute la connaissance du patient. Le patient qui entre dans le cabinet de consultation, il entre avec toute son histoire que l'on connaît bien… que ne connaît pas le stagiaire, forcément. Donc ça prend plus de temps, donc ça, c'est un petit peu difficile à vivre, c'est le côté déplaisant. C'est que, de temps en temps, on est obligé de courir un peu après la montre, parce que le stagiaire nous fait traîner…

Dr I : [Quoique des fois…

Dr H : [Disons-le !... en libre parole…

Dr I : = Ah oui, oui, après on croit connaître notre patient et puis on découvre des trucs sur lui. La question bête et méchante que pose le stagiaire : « Vous lui avez fait ça ? » et puis tu te dis : « Merde, non. Je ne lui ai pas demandé ça.»

{Rires}

Dr E: [Oui voilà, des fois, il trouve des trucs auxquels on n'aurait pas pensé…

{Acquiescement général}

Dr I : [Ils trouvent des petits machins... Et ils nous mettent parfois en faute, c'est rigolo.

Dr G : Je ne sais pas comment vous faites. Moi, je partage le travail, en fait on alterne… je ne sais pas comment vous pratiquez… c'est-à-dire que, l'un fait l'examen, l'autre s'occupe du dossier, la carte vitale, tout ce qui est un peu administratif…

Dr H : = Oui, ça permet de faire gagner un peu de temps.

Dr G : Oui, donc en fait, la stagiaire, si elle examine, quand elle est dans la salle d'examen, elle a tout le loisir bien sûr de continuer l'entretien avec le patient. Et puis moi, je m'occupe de l'administratif et puis après on change. Donc en fait, on gagne du temps.

Dr F : Mais le sentiment que l'on s'améliore avec les années, n'est pas lié au stagiaire. Je pense que les médecins non-maîtres de stage ont le sentiment également de s'améliorer avec les années, heureusement ! Et je pense que c'est le fait, enfin… je partage l'avis commun qui est, effectivement, que l'on est, entre guillemets, « meilleur », à nos âges que quand on s'est installé, c'est clair et net…

{Mouvements de jambes incessants, bruyants du Dr D}

…on apprend le métier sur le terrain, et c'est peut-être ce qui motive le fait de prendre des stagiaires, c'est-à-dire que là, effectivement, on a peut-être quelque chose à transmettre.
Et le fait d'avoir un stagiaire, nous enseigne effectivement la pédagogie, à la fois pour le stagiaire, mais également vis-à-vis du patient, parce que l'on a tendance à plus expliquer… quelque chose comme ça…

Mais c'est vrai que, indépendamment du stagiaire et du maître de stage ou non-maître de stage, je pense que l'on a le sentiment de s'améliorer avec les années… oui. (3s) Je pense que c'est… c'est évident !

MB : Et donc vos patients apprécient le stagiaire ?

Dr I : Oui.

Dr F : Moi, ça a été ma crainte parce que… j'ai eu ma première stagiaire il y a 6-8 mois. Je me demandais un petit peu comment ils allaient réagir. Parce que, effectivement, quand on suit les patients depuis 20 ans, en tête à tête comme ça, est-ce que la troisième personne présente va perturber ou pas ? Je craignais d'avoir beaucoup de refus et en fait non, pas du tout. En fait, je pense qu'ils apprécient.

Dr I : = Quatre refus en trois ans, ça ne fait pas beaucoup, hein ?

Dr D : Ah oui, moi, j'ai eu beaucoup plus de refus que ça. Et j'en ai même qui disent à mes associés : « Bon, c'est bien, mais il a toujours un stagiaire ! ». Alors, bon, je n'ai pas le même échantillonnage de population…

Dr I : [Non mais…

Dr D : [Il faudrait comparer ce qui est comparable.

Dr I : {En s'adressant au Dr D} Après il faut voir si tu l'as tout le temps ou pas ? Moi, je n'en ai pas un tout le temps.

Dr D : Ah oui ! Moi je l'ai, pratiquement tout le temps.

Dr I : Je laisse un degré aux gens… Ils savent qu'ils peuvent, de temps en temps, me voir aussi tout seul. Ils n'ont pas quelqu'un tout le temps… Parce que ça, c'est par contre… le système, pour les patients, n'est pas toujours évident… d'avoir toujours quelqu'un. Même s'ils ne demandent pas à ce que l'externe ou l'interne sorte. De temps en temps, en tête à tête, ils disent : « Ah, des fois, j'aime bien quand on est juste nous deux.»

Dr D : [Oui, oui.

Dr E : [Bien sûr.

{Acquiescement général}

Dr I : Voilà, mais ceci dit, je n'ai pas… oui, en trois ans, quatre, cinq refus maximum. Et en plus, la moitié, ça n'était pas vraiment justifié.

(3s)

Dr E : Alors moi, je n'ai pas tout à fait la même expérience, parce que je n'ai que des internes SASPAS. Donc en fait, au début, on a une période où on travaille en

commun, où il y a une osmose, où il y a beaucoup de choses à se dire sur… je ne sais pas… l'organisation dans le travail… la vision du métier.
On ne se rend pas compte, je ne pensais pas qu'il y avait autant de choses et un gros volume de choses à dire, finalement. Et on passe du temps ensemble pendant au moins deux semaines… deux semaines complètes, où on est ensemble et où on partage le temps… tantôt c'est lui qui fait l'examen, tantôt c'est moi qui le fait et puis lui, il apprend, il se met un peu devant le logiciel, et cetera…
Mais donc, en général, après, très rapidement, il est en autonomie. Et là, pour les patients, c'est différent. J'avais un peu de craintes au début… qu'ils se sentent un peu abandonnés ou… tu vois ce genre de choses… et puis là, c'est mon 5ème stagiaire SASPAS et je me rends compte qu'ils commencent à comprendre que c'est plutôt une plue value.
Il faut dire que je valorise énormément auprès de mes patients ce qu'ont fait les stagiaires, et cetera… Mais ils se rendent compte, finalement, que c'est un regard neuf et que ça peut leur apporter quelque chose et puis ils voient que les toubibs se parlent entre eux… alors ça, c'est magique ! Pour eux, c'est extrêmement rassurant de sentir que l'on parle d'eux, que l'on débat de leur cas, que l'on travaille sur…

Dr H : = Et puis que l'on a une attitude commune, à deux.

Dr E : Oui, avec un renforcement positif des deux parties, ce qui fait qu'il n'y a pas le sentiment d'avoir un maître de stage et un apprenti, mais deux toubibs qui…

Dr H : = qui se concertent.

Dr E : …qui se concertent et qui finalement, à eux deux sont plus forts, moi j'ai un peu ce sentiment.
Alors pour ce qui est du plaisir aussi, il y a vraiment quelque chose de différent qui était un peu inattendu. C'est que, en fait, ces stagiaires ont l'âge d'être mes enfants et c'est con à dire mais, ça me touche, moi ! {Rires} Je me revois un peu à cet âge là et je ne sais pas… ça me fait quelque chose {3s}… et il y a quelque chose de sympa là-dedans… tu vois… dans l'interaction…

Dr I : [Oui, oui…

Dr E : = …J'aime bien !

Dr G : Alors moi, effectivement, comme fonctionnement, il y a toujours le choix pour les patients d'être avec le stagiaire ou pas, puisque les stagiaires ne sont là que dans les consultations sans rendez-vous… (2s) Et en fait, la plus grande partie de la journée, pour moi, est consacrée aux rendez-vous et une partie sans rendez-vous.
Donc ils savent que si c'est sans rendez-vous, ils auront le stagiaire et sur rendez-vous, il n'y aura pas de stagiaire, ils ont toujours le choix… (2s)
Alors bon, c'est vrai que pour certaines consultations particulières, où il y a un travail de psychothérapie, là, c'est sûr que c'est sur rendez-vous. Donc là il n'y a pas de stagiaire. Mais des fois, les gens qui viennent sans rendez-vous… et puis si j'ai du temps, il y a un dialogue très personnel quelquefois qui se fait. Les gens

se livrent très très profondément des fois, en présence du stagiaire, je suis même des fois très surpris.

Dr H : Il n'y a pas très longtemps, j'ai eu le cas contraire d'un jeune adolescent… enfin, post ado…. 20-22 ans… qui est venu en consultation, à qui j'ai demandé si la présence du stagiaire ne le gênait pas et qui m'a dit non, que ça ne le gênait pas. Et je suis sûr que, pendant la consultation, il ne m'a pas dit ce qu'il venait faire. J'ai l'impression d'un acte manqué, là ! {Rires}
Je pense que comme ça n'est pas un gars que je vois très souvent… j'ai l'impression que j'ai loupé quelque chose…

Dr E : [Voilà, oui.

Dr H : [J'ai demandé à un moment au stagiaire de sortir, parce qu'il y avait des choses non dites qui ne sortaient pas…

Dr E : = Tout à fait, ça peut être inhibant en même temps… Et d'ailleurs quelque fois les gens disent…

Dr H : [Et je n'ai pas trop su comment gérer la chose…

Dr E : = Les gens des fois disent après : « Et bien là, je n'ai pas pu vous parler, parce qu'il y avait le stagiaire » et puis ils se rouvrent après.

Dr H : Oui.

Dr E : C'est tout, c'est comme ça, c'est une règle… Après les gens ils savent.

Dr I : = Après, il y a des gens aussi qui partent. C'est J qui me disait que quand tu es maître de stage, SASPAS/interne, il faut compter perdre… tu perds quand même 5 à 10% de tes patients. Tu en as un certain nombre à qui ça ne collera pas, ils partiront, parce qu'ils veulent un tête-à-tête sans arrêt.

{En s'adressant au Dr E} Mais c'est vrai S, tu as raison, ce que tu disais… Les gens se sentent mieux observés à deux. Alors moi, ça n'est pas rare que j'appelle mon associé ou qu'il m'appelle… on passe d'un bureau à l'autre et puis tous les deux, avec la brave dame ou le brave bonhomme sur la table d'examen… Que ça soit mon associé ou que ça soit l'interne ou que ça soit l'externe, c'est vrai que les gens ont l'impression qu'ils sont mieux écoutés, on discute de leur cas. Ils entendent des choses qu'on ne leur aurait jamais dites. Oui, j'ai l'impression que tu as raison, c'est un plus pour eux. Pour certains, je pense que c'est un plus. Ça se voit dans leur comportement, ils t'écoutent, ils sont très attentifs. Ça c'est vrai.

Dr E : A l'époque où j'avais des internes de médecine générale… enfin je veux dire, stage chez le praticien… je voyais que ça les intéressait beaucoup, les patients, de voir les deux médecins discuter diagnostic, sémiologie, enchaînement intellectuel… Pourquoi on fait les choses, qu'est-ce que l'on cherche, pourquoi on le fait, dans quel intérêt… enfin tu vois…

Dr H : = Oui, et puis ils percevaient que c'est quelque chose de réfléchi , en fait. Alors que, quand tu l'as tout seul en face, tu prends une décision, ils n'ont pas

l'impression que tu as réfléchi à quelque chose… alors que si c'est concerté un peu…

Dr E : [Oui, oui
= Tu vois, tu as plein de gens qui arrivent un peu pressés… on entend souvent ça… des gens qui arrivent un peu pressés, ils espèrent passer entre deux : « C'est juste pour une ordonnance ! »…

Dr H : Oui.

Dr E : …et dans le fond, dans leur esprit, ils ne se rendent pas compte que…

Dr H : [Il y a un acte intellectuel !

Dr E : …à l'aboutissement de l'acte médical, effectivement, il y a une prescription. Mais il s'est passé un tas de choses entre temps, dans la tête du bonhomme. Et donc, quand tu as les deux praticiens qui sont là, qui se parlent, qui discutent un peu boutique… tu vois. Et bien ils sont interloqués, ils découvrent finalement que c'est quelque chose qui est complexe, et ça les intéresse.
À l'époque, j'avais remarqué cela, que ça les intéresse beaucoup ça.
Par contre, effectivement, dans le domaine de la confidence ou de choses qui touchent à l'intime, c'est vrai que ça peut être un peu…

Dr I : [Ça peut être un frein.
= On sent des fois qu'il y a des gens… il y a certains sujets qu'ils laisseront de côté… on le sent.

Dr E : Et avec les SASPAS, je vois aussi que certains vont préférer le SASPAS.

Dr I : Mais ils sont en autonomie. Parce que le SASPAS, une fois que tu l'as laissé en autonomie, ils n'ont pas une double écoute. La double écoute, ça peut les gêner de temps en temps.

Dr E : Oui et puis il y a aussi une question d'atomes crochus.

Dr I : [Aussi, oui.

Dr E : Par exemple, il n'y a pas longtemps, c'était une ado qui faisait des crises d'anxiété aiguës. C'est lui qui a eu à s'en occuper. Quand les parents sont revenus… enfin quand la jeune est revenue, le rendez-vous a été pris auprès du SASPAS et j'ai trouvé ça vachement bien !

Dr G : Oui, ça arrive aussi, le SASPAS reprogramme pour la prochaine fois avec lui…

Dr H : C'est vrai que moi, je ne l'ai que le mercredi matin et j'ai des patients qui viennent systématiquement les mercredis matins.

{Rires}

Ils savent que le stagiaire sera là.

Dr I : C'est ce que l'on connaissait un petit peu sur les remplacements réguliers, sur les remplacements d'une journée…

Dr H : [Oui, oui.

Dr I : Et bien je voyais des gens que le collègue ne voyait plus. Oui, ce sont des questions d'affinité… je crois qu'il ne faut pas… Ils ne sont pas accrochés à nous nos patients, ça, il faut que l'on se le sorte de la tête… loin de là ! On n'est pas irremplaçable !

Dr E : Oui, oui, c'est une bonne leçon d'humilité. {Rires}

Dr G : = Oui, en même temps , moi, je me rends compte aussi… bon c'est variable… mais c'est vrai que, ces derniers temps, dans l'ensemble, on a eu des très bons stagiaires (3s).
Bon, des fois, c'est vrai que, bon… en ce moment, il a l'air de s'ennuyer un petit peu… bon c'est comme ça…

{Rires}

Dans ce cas-là, ce que je fais, c'est que je lui refourgue un maximum de responsabilités, de choses à faire… pour le redynamiser, quoi ! {Rires}
Mais, dans l'ensemble, je suis plutôt positivement surpris, parce que les stagiaires SASPAS ont quand même une maturité qui me paraît pas mal du tout, même sur le plan humain.

Dr H : [Oui.

Dr G : [Et donc, ça, c'est positif.

(3s)

MB : Vous parliez des remplaçants ? Vous avez fait un lien, vous avez établi une relation.

Dr I : Oui, parce qu'un remplaçant, c'est quelqu'un que vous mettez en autonomie dans votre cabinet, c'est un SASPAS… c'est un SASPAS, oui, c'est la même chose, sauf qu'il n'y a rien de faculté, d'universitaire là-dedans. Mais un SASPAS, c'est un remplaçant… à quelques pas… quand il est en autonomie, c'est comme si tu avais un remplaçant. Mais après, le dialogue est différent…

Dr H : [Mmh {Acquiesce}

Dr I : [De toute façon, même avec un remplaçant, il y a toujours un débriefing avec le médecin : « Qui tu as vu ? Qu'est-ce que tu as fait ? Pourquoi ? Comment ? ». Finalement, on fait la même chose.
Le gars qui remplace une journée de temps en temps, partout, à droite, à gauche, comme je l'ai fait… c'est un médecin qui vous laisse son cabinet pendant une demi-journée ou une journée… ça revient au même.

L'interne est un petit peu différent, dans le sens où l'autonomie est plus restreinte. On le laisse moins facilement en autonomie, on est plus à côté de lui.

Dr H : [Mmh {Acquiesce}

Dr I : L'externe, je n'en parle pas… c'est plus prenant, c'est autre chose. Mais c'est aussi plus compliqué.
Si on doit comparer les trois types de stagiaires, l'externe, l'interne, le SASPAS... L'externe ne sait pas grand chose, donc on est très pédagogue, didactique, on passe plus de temps presque. Et, de toute façon, on lui laisse faire des choses, mais on est obligé de réexaminer derrière. Donc ils ne font rien gagner, sauf d'avoir un externe particulièrement performant et il y en a.
L'interne, lui, par contre, on va devoir plus l'observer, on va le faire travailler, le mettre en situation tout seul, regarder comment il fait, lui donner plus d'actes de responsabilités. Il nous fera des propositions thérapeutiques que l'externe ne fera pas.
Et le SASPAS, lui, il est tout seul.
Je crois que ce sont trois choses différentes. On ne peut pas les gérer de la même façon. Je ne sais pas ce que vous en pensez ?

Dr D : Et bien moi, je pense que les internes qui sont avec nous, on est obligé de les découvrir un peu pour voir pourquoi ils sont lents, pourquoi ils sont hésitants… On est obligé de découvrir des traits de personnalité qui font que... Cela peut d'ailleurs nous enrichir et nous aider à les autonomiser.

Dr I : Et puis le guide n'est pas le même… parce que l'interne de médecine générale, de toute façon, sa carrière est tracée. Après, on peut, nous, effectivement, lui dire : « Et bien écoute, dans la médecine générale, il va falloir que tu t'actives un petit peu. » J'en ai eu un comme ça, il était d'une lenteur éprouvante. On était trois à s'occuper de lui. A un moment donné, il a fallu qu'on lui dise : « Si tu n'accélères pas, tu n'y arriveras jamais. Tu vas passer tes nuits, tes jours, tes week-ends, donc il faut quand même que tu fasses quelque chose ».

{Sourires}

C'est vrai qu'il était très précautionneux, c'était bien, il bossait bien. Mais ça ne colle pas avec un exercice… Donc, on a à faire à des types internes ou des filles… leur métier, ça y'est, il est choisi… l'externe, lui, il a encore le temps. Mais je crois que l'on a pas le même but quand on a un interne par rapport à un SASPAS ou un externe. Le SASPAS lui c'est fini… en général, ils sont bons quand même.

Dr D : [Oui.

Dr I : On voit des gars en fin de cursus, ce sont des remplaçants.

Dr E : [Pas tout à fait…

Dr I : A quelques nuances près.

Dr E : {En s'adressant au Dr D} C'est vrai ce que tu dis R, qu'il faut apprendre à les connaître. Moi j'ai eu un cas comme ça. J'ai eu une stagiaire avec laquelle

j'avais du mal au départ, je la sentais un peu hostile, comme si elle n'avait pas envie d'y aller. Elle avait d'autres fonctions qui semblaient nettement prioritaires par rapport à son stage.
Et on a du faire une ou deux fois des mises au point, pour lui dire : « Non mais attends, tu es quand même là pour ça » et en fait, simplement, je crois qu'elle pétait de trouille.

Dr I : [Oui, peut-être.

Dr E : Et il a fallu que je lui dise : « Mais enfin, écoute, je te fais confiance. Voilà, il y a une tournée de visites à faire, untel, untel… attention à telle et telle chose et tu y vas. » Mais il a fallu, si tu veux, que je lui botte un peu les fesses pour qu'en fait elle revienne contente, et puis après…

Dr F : = Oui, c'est vrai que l'on a une responsabilité qui est un petit peu difficile à assumer, c'est la validation du stage ou pas… je parle des internes.

Dr E : [Mmh, mmh {Acquiesce}

Dr F : J'étais en séminaire il n'y a pas très longtemps, justement sur la maîtrise de stage… où il y a un médecin de SASPAS qui disait qu'il a vu arriver dans son cabinet un interne… Il ne comprenait pas comment ses stages avaient été validés auparavant… psychologiquement ça n'allait pas.
Donc c'est vrai que l'on a la responsabilité, à la fin du stage, de valider ou de ne pas valider le stage. Et ça peut être, parfois… j'imagine… assez compliqué de ne pas valider un stage. On a beau dire que c'est lui rendre service de ne pas le valider si il y a des grosses lacunes… quelque part. Mais c'est quand même une responsabilité que l'on n'a pas eu jusqu'à présent.

Dr E : Là c'était un peu différent, parce que si tu veux, au niveau biomédical, la fille, elle assurait quand même, elle avait de la compétence. Je voyais que dès qu'il y avait une question, paf ! tout de suite, elle était sur internet, elle a cherché, elle était très efficace, vraiment elle m'impressionnait… tu vois. Mais c'est juste qu'elle ne voulait pas y aller, c'était vraiment curieux.

Dr F : Non, et puis il n'y a pas que les connaissances techniques. Je pense que, effectivement, il y a d'abord le contact avec le patient, la gestion du temps… comme on le disait tout à l'heure… la gestion du temps, c'est quelque chose de fondamental qu'ils apprennent quand ils sont chez nous. Sinon, ils ne peuvent pas l'apprendre à l'hôpital, ça c'est clair.
Donc ça, il faut qu'ils arrivent à voir comment ça se passe et à l'intégrer et je pense que certains doivent avoir du mal, oui.

Dr E : Alors moi j'ai l'impression que c'est là où je suis le plus utile. C'est l'apprentissage de la confiance. Parce que, autrement, tous les stagiaires SASPAS que j'ai eu, je suis vraiment admiratif. Ils savent beaucoup de choses, ils ont quand même vu pas mal de choses à l'hôpital, plus que nous, finalement ! {Rires} On a été moins content qu'eux à l'hôpital, finalement…

Dr F : [Non, et puis ce qu'ils font là, on ne l'a pas fait, nous.

Dr E : Ils ont quand même été au contact de praticiens hospitalo-universitaires qui leur ont quand même raconté, montré beaucoup de choses, mais…

Dr I : = Ils ont un an de plus de stages hospitaliers et ils ont six mois d'internat de médecine générale… par rapport à moi… ils ont un an de plus !

Dr E : = Oui, alors : « Qu'est-ce que je fais de tout ce matériel, de toutes ces connaissances ? ». Ils en ont plein, ils sont un peu empêtrés avec, ils ont peur de ne pas savoir…

Dr F : = Oui, sur le plan de la pratique clinique, le premier stage chez le praticien, quand ils sortent de l'hôpital, ils peuvent, en exagérant à peine, ne pas avoir touché un malade quand même. C'est ce qu'ils disaient la dernière fois, c'est que l'on peut avoir des stages où il n'y aura pratiquement jamais d'examen clinique ou très peu… ou très théoriques… des choses comme ça. Donc c'est vrai que le premier stage en médecine générale, on peut peut-être avoir des surprises.
Et théoriquement, effectivement, l'interne SASPAS, ça ne devrait pas… enfin il y aurait déjà eu des remontées s'il y avait vraiment des grosses lacunes.
Mais ce que je veux dire c'est que, autant la formation du deuxième cycle est excellente sur le plan théorique… Je pense que sur un plan pratique pour se former à la médecine générale, ça n'est pas gagné. Le troisième cycle est là pour ça et ils ont un troisième cycle super, que l'on n'a pas eu à notre époque, et cela je les envie quelque part, parce que faire ce qu'ils font, j'aurais bien aimé le faire… ça c'est clair. Mais, premier stage en troisième cycle, il peut y avoir des surprises.

Dr E : Ceci dit je pense que l'on a un biais de recrutement quand même. Je pense que l'on doit avoir quand même une sélection par le haut, des jeunes qui veulent faire un SASPAS. Parce que, s'ils choisissent de faire un SASPAS, c'est qu'ils ont envie de faire de la médecine générale, c'est qu'ils ont envie d'être dans la pratique et qu'ils veulent se perfectionner. Et ceux qui veulent se perfectionner, ce sont souvent les meilleurs ! {Rires}

Dr I : Oui c'est vrai.

MB : Se perfectionner en médecine générale ?

Dr E : Oui.

Dr G : Oui souvent c'est vraiment le choix qu'ils ont fait… c'est ça qui est bien.

Dr E : Oui, et puis ce sont des gens qui ont envie de s'installer et qui veulent être à l'aise, ne pas être perdus, ne pas paniquer, avoir vu un certain nombre de choses… alors ça, c'est quelque chose que j'ai entendu dire… avoir vu un certain nombre de choses, traverser un certain nombre de situations, pour finalement se sentir plus à l'aise…

Dr I : = Oui, alors, ça m'est déjà arrivé de voir des internes plus à l'aise que des SASPAS.

Dr H : {Rires}

Dr G : Oui, exceptionnellement, oui.

Dr I : Pas fréquemment… Mais là, au stage dernier, chez Y, l'interne était bien plus… je ne vais pas dire performant… mais bien plus à l'aise et bien plus en confiance que le SASPAS. Et si j'avais du choisir un des deux, je prenais l'interne, il était vraiment doué.

Dr G : Moi, ça m'est arrivé une fois, d'avoir un interne qui avait les deux pieds dans le même sabot, qui posait des tonnes de questions inutiles, et cetera… Je me suis dit : « Ce gars là, il ne fera jamais médecine générale, il fera des urgences. »

{Rires}

En fait après, il a fait beaucoup de choses…

Dr I : [Comme quoi, ça peut être difficile…

Dr G : [Une fois je l'ai revu… Il est parti faire de la Santé Publique au Québec, bon très bien. J'étais très content pour lui, je me suis dit il a trouvé sa voie et puis finalement, il s'est installé quand même !

Dr H : = Mais c'est vrai que moi, je n'ai eu que des SASPAS et c'est vrai qu'ils ont choisi d'être en autonomie. Et même chez moi, ils ne le sont pas complètement, parce que je ne leur laisse pas la part ostéopathie. Ils ont choisi, donc c'est déjà une démarche volontaire, donc ils sont déjà dans le « moule », entre guillemets… donc c'est peut être plus facile, globalement…

Dr G : = Moi, c'est vrai que, à propos des remplaçants, je dois dire quand même que j'essaie, autant que possible, de me faire remplacer par les gens qui sont passés en stage chez moi.

Dr D : Ah oui, oui.

Dr G : Parce que là, j'ai quand même beaucoup plus confiance.

Dr F : Il y a moins de surprises ! {Rires}

Dr G : Il y a moins de surprises parce que bon, les remplaçants qui déboulent comme ça, qui ne connaissent pas… Bon déjà, il faut connaître le cabinet, connaître le logiciel, connaître les gens… il y a un tas de choses déjà qui ne vont pas être faciles pour eux au départ.

Dr H : [Et les gens les connaissent…

Dr G : Oui, les gens les connaissent…

Dr D : [Les gens les connaissent…

Dr G : Oui, et puis des fois on peut tomber sur des « je-m'en-foutistes », ça nous est arrivé quand même une paire de fois… des remplaçants qui sont des gens… qui ne remplissent rien dans les dossiers : « A quoi ça sert ? »

Dr D : [Je pense que la plupart ils pensent que c'est…

Dr G : Quand on rentre de vacances, les gens nous disent : « Ben, il m'a donné des pilules roses, on ne sait même pas quoi. » {Rires}

Dr D : = La plupart des gens qui nous remplacent en ayant été stagiaires avec nous, je pense que pour eux, c'est un tremplin exceptionnel. Parce qu'ils connaissent le cabinet, ils savent où tout se trouve, ils y vont sans appréhension. Nous, on a une secrétaire, donc ils connaissent la secrétaire, ils connaissent les associés. Ils sont vachement plus… ils sont même demandeurs…

Dr H : = Et c'est souvent aussi la question des patients qui disent… mise à part le : « Vous allez bientôt prendre votre retraite, docteur ? » mais ça, c'est lié à mon grand âge ! {Rires}… « Vous allez remplacer le docteur ? », les gens croient que ça va être dans la lignée logique.

Dr F : Oui, ils pensent que ça va être dans la continuité. Ils le souhaitent…

Dr H : Oui, ils le pensent comme ça…

Dr E : Alors moi, j'ai une remplaçante qui m'a remplacé pendant des années, qui est une fille vraiment extraordinaire, mais qui n'a pas été en stage chez moi, elle a été en stage chez R {en s'adressant au Dr D}.

{Rires}

MB : J'ai noté tout à l'heure et cela a fait rigolé M. H… Vous disiez leur apprendre aussi à ne pas passer des jours et des nuits à travailler… les préserver de cela.

Dr H : {Rires}

Dr I : Qu'est-ce qui vous choque ?

MB : C'est ce que vous avez dit.

Dr I : Oui. Oui, c'est vrai.

MB : Il y a eu des réactions.

Dr I : Oui, mais c'est ce que l'on a dit au départ, parce que, après 15 ans, on travaille beaucoup plus vite, c'est-à-dire que l'on a gagné en confort de vie. Quand on se met à remplacer, on sort du cabinet, on est encore avec la dernière ordonnance de Mme untel, en se demandant si on n'a pas écrit une connerie. Et si on n'est pas passé à côté de l'embolie pulmonaire, en pensant que c'était finalement une douleur intercostale.
Quinze ans après, ce sont des questions que l'on ne se pose plus. Moi je ferme mon cabinet, c'est bon, mon job est fait. Mais au tout début, non.

Alors ce que l'on peut essayer de leur apprendre, justement, c'est un peu de leur donner cette confiance-là. Et de leur dire : « Ne paniquez pas, au début c'est comme ça et puis vous verrez, nous on l'a fait. » Et essayer de leur montrer un petit peu… on sait comment on y est arrivé, donc on leur donne un petit peu ces trucs-là.

{En s'adressant au Dr F} : Ce que tu disais est vrai. Moi, j'aurais bien voulu faire 6 mois de stage en médecine générale et avoir un gars qui me dit : « Non, arrête de te prendre la tête avec ça. Ça n'est pas comme ça qu'il faut voir les choses ». On ne l'a pas eu, on a été collé dans le bain tout de suite, ça nous a valu quelques moments de stress sympa, surtout en campagne. Et puis voilà !
En quinze ans, ce que l'on a appris à gérer, on peut en redonner une petite chose à ces stagiaires-là et on peut les aider à gérer un peu leur stress. Et je crois que c'est pour cela que les remplaçants qui ont été stagiaires chez nous sont beaucoup plus à l'aise. C'est que l'on a réussi ce que l'on voulait, on leur a donné ce petit truc. Cette façon de gérer leur temps, de ne plus rentrer chez eux en se demandant s'ils n'ont pas tué la grand-mère et de dormir tranquille.

Dr F : = Je crois que c'est vrai. C'est surtout la gestion du temps. Savoir ne pas se laisser déborder, et cetera… Parce que je pense que le problème se pose moins qu'avant, dans le sens où on imagine peut être l'image du médecin généraliste il y a quelques années… qui existe encore certainement un peu… qui est médecin 7j/7j, 24h/24h et qui ne prend pas de vacances. Je crois que la génération actuelle est loin de cela. Il n'y a pas trop de souci de ce côté-là, les vacances, ils savent ce que c'est et le bénéfice que l'on en tire.
Donc je crois qu'il n'y a pas trop de souci à leur dire : « Il faut prendre du temps et il n'y a pas que la médecine dans la vie, il y a d'autres choses ». On peut s'intéresser à d'autres choses que la médecine, même si on aime ça, ça n'est pas la question. Mais je crois que cette image là a un peu disparu.

Dr E : = Oui, mais sans commencer à prendre le patient pour un ennemi, parce que moi, c'est ce que j'avais vu avec cette jeune interne dont je t'ai parlé. « Il n'était pas question de se laisser avoir et puis moi, à 18 heures, je m'arrête »…

Dr F : {Rires}

Dr E : … « Oui, il faut faire attention de ne pas se laisser trop déborder, et cetera… Mais bon, le patient n'est pas non plus ton ennemi. »

{Rires}

Et puis après, le fait de pouvoir fermer la porte en se disant : « Ca y'est, le job est fait », ça n'est pas si simple, parce que ce sont des peurs qu'il s'agit, des angoisses… ça ne se maîtrise pas…

Dr I : = Ce sont des angoisses que tu as de moins en moins. Je pense que quand tu rentres chez toi, tu n'y penses plus, tu sais que tu as fait ce qu'il fallait faire, tu l'as bien fait.

Dr E : [Oui, voilà.

Dr I : Ça arrive quand même de rentrer chez soi en se disant quand même : « Est-ce que je ne me suis pas gouré ? » et puis tu commences à refouiller, regarder, c'est sûr… mais beaucoup moins que quand tu t'es installé.

Dr G : Oui, c'est ce que je leur dis : « Si tu es un peu inquiet et bien tu rappelles le lendemain au téléphone. »

Dr I : [Voilà, on leur donne des solutions.

Dr G : [« Tu vas revoir ton patient, tu repalpes son bide ». Ça n'est pas interdit, au contraire.

Dr I : = Sans que cela ne pourrisse ta vie familiale non plus.

Dr G : Comment ?

Dr I : Sans que cela ne pourrisse ta vie familiale quand tu rentres, c'est surtout ça. Mais le coup des vacances, je pense qu'ils ont bien compris.

Dr G : Ah oui, je crois !

{Rires}

Dr I : Tout seuls, sans nous…

{Rires}

Mais c'est une question d'évolution des mentalités et aussi de la vie. Aujourd'hui, qu'est-ce que tu veux, le mec, il arrive ici en fac de médecine, il entend à côté 35 heures… les profs qui se barrent, l'administration qui ferme. Moi je crois que le mec, il vit dans le temps des 35 heures, il ne comprendra pas qu'on lui en demande 70.

Dr F : [Même dans le libéral, je veux dire…

Dr I : [Ça n'était pas notre cas, je crois… enfin, je n'y pensais pas de trop. D'ailleurs, je n'ai pas de montre dans mon cabinet. Je ne sais jamais l'heure qu'il est vraiment.

Dr G : Ah bon ?...C'est ton estomac qui commence à grogner !

Dr I : Oui, c'est ça ! C'est la nuit qui tombe et ta femme qui te téléphone.

{Rires}

Dr G : Ceci dit concernant la gestion du temps, oui, je n'ai pas mangé, je suis venu directement du boulot, donc si ça ne pouvait pas durer trop longtemps, ça me ferait bien plaisir ! Je vous aime bien mais bon, j'aimerais bien ne pas rentrer trop tard…

{Rires}

Dr E : Il est arrivé une demi-heure après et il voudrait partir une demi-heure avant ! Non mais !

Dr I : Je crois qu'il a faim…

MB : On va travailler encore un petit peu… Vous pensez la même chose M. D ?

Dr D : De quoi ? De ce qu'il vient de dire ? Je pensais qu'il jouait un rôle là.

{Rires}

Dr G : Non, non, je dis cela très très sincèrement.

Dr H : [C'est une blague !

Dr D : Mais moi, je suis comme lui, je n'ai pas mangé, alors…

(5s)

Dr I : Moi, j'ai géré mon temps, j'ai mangé.

Dr D : Mais je me suis vraiment demandé si tu jouais dans une pièce là… il répète un rôle, ou… ?

{Rires}

Dr G : Il ne faut pas se laisser faire non plus avec ce genre de choses !

{Rires}

MB : Et juste encore un petit peu, vous disiez tout à l'heure que c'est une responsabilité supplémentaire. C'est le mot responsabilité que vous avez utilisé. Alors dieu sait que, au niveau responsabilités, quand on parle de médecine, c'est énorme… la responsabilité médicale. Donc, finalement, vous avez une responsabilité supplémentaire. Vous endossez une responsabilité supplémentaire.

Dr G : C'est sûr.

{Acquiescement général}

Dr F : On est grassement payé pour cela !

{Rires}

MB : Là, il joue un rôle, oui.

Dr G : Oui, c'est quand même de notre responsabilité que les stagiaires acquièrent un bon esprit, je dirais… ne pas être « je-m'en-foutiste », mais être dans un bon esprit…

Dr I : [Qu'ils ont beaucoup, globalement…

Dr G : […qu'ils aient le goût de bien faire…

Dr E : Moi, je me dis, de toutes façons, une fois qu'ils seront installés, qu'ils auront leur patientèle, ils vont être attachés à leurs patients.

Dr D : [Oui.

Dr E : [Le fait de dire : « Non, je n'ai plus de place », de raccrocher sans dire : « Non, et bien, viens demain. »…

Dr I : Non, ils ne feront pas.

Dr E : Ça, ils ne le feront pas, ça m'étonnerait.

Dr I : Ils ne le feront pas, parce qu'ils ont vu qu'on ne le fait pas.
Mais quand ils sont chez nous, c'est vrai que… Alors moi, c'était amusant, parce que j'ai eu une stagiaire… une Suédoise, elle a passé 15 jours avec moi, donc elle est médecin en Suède. Alors ça m'a fait rigoler, parce qu'elle est arrivée et elle m'a dit : « Bon, et l'après-midi, ça se termine à quelle heure ? », et bien je lui ai dit : « L'après-midi… ça se termine le soir, quand c'est fini, 19-20-21, je ne sais pas, tu verras ! », alors, elle m'a regardé et elle m'a dit : « Comment ça 20-21 ? » et je lui ai dit : « Oui, ça peut arriver ». Elle est tombée au mois d'Octobre, en plus, pas de bol ! « Ah bon, parce que nous, à 17 heures, il n'y a plus personne ». Donc dans d'autres pays, c'est carré, 17 heures c'est fini, tu te démerdes avec les urgences.

Dr G : Oui mais là-bas, ils commencent à 5 heures du matin, aussi !

{Rires}

Dr I : Ah non, non, ils commencent cool. Elle m'a dit : « C'est très bien, le système français, il est super bien pour les patients, un peu plus con pour vous. » Oui, c'est tout, on accepte. Elle était surprise que l'on bosse aussi tard. Et en fait, elle est quand même restée avec moi jusqu'à 19 heures, elle n'est pas partie avant mais…

{En s'adressant au Dr H} : J'ai exporté les automesures, tiens ! Ils en font, elle m'a dit : « J'arrête plus d'en faire ! ». C'est rigolo !

Dr I et H : {Rires}

Dr I : Par contre nous, nos internes ou nos externes… ils voient bien que de toutes façons, il y a quelqu'un qui téléphone à 19 heures : « J'ai le gosse qui a 39 », « Et bien, amenez-le ! ». Tu ne te poses même pas la question. Je pense qu'ils nous voient faire, ils le feront sûrement. Et puis je crois qu'ils n'oseront pas dire non. Enfin, il y en a sûrement qui fermeront leur cabinet, ça c'est clair.

MB : = Enfin vous, vous ne dites pas « non » ?

Dr I : Non, je n'ai jamais dit « non », c'est mon problème. Si, ça arrive de dire « non » à des patients.

MB : Ça arrive de dire « non » ?

Dr I : Oui, quand ils vont trop loin, oui.

Dr G : [Oui, de reporter. Il y a de la place demain ou les autres jours.

Dr F : = « Non » à certaines demandes, pas forcément une demande de rendez-vous… mais à certaines demandes.

Dr I : = Oui, oui ! Le dernier que j'ai viré… le type se pointe, le samedi à 13 heures, j'étais en train de descendre mes volets… parce que le monsieur, à 10 heures, il a trouvé qu'il y avait trop de monde dans la salle d'attente, il s'est dit : « Je vais attendre, j'y retournerai quand il descendra ses volets. » Il est reparti, d'ailleurs il est parti chez Y !

{Rires}

Et puis je crois qu'il est parti de chez Y, aussi !

{Rires}

Dr H : Non, mais je pense que c'est bien, les patients un peu abusifs comme ça…

Dr I : [Il faut savoir dire « non ».

Dr H : [Il faut pouvoir leur dire et le dire devant le stagiaire. Il faut que le stagiaire comprenne… on peut être quand même assez large, mais il ne faut pas abuser.
Moi j'ai déjà foutu des gens dehors, devant le stagiaire, volontairement, pour lui montrer que ça existait aussi. Et dehors avec leur dossier, en disant d'aller voir un autre médecin. Ça arrive aussi, mais c'est quand même exceptionnel.

Dr I : [Ils doivent savoir que l'on peut poser des limites.

Dr H : [Je voudrais revenir à la responsabilité… mais c'est une responsabilité d'enseignant, en fait, notre responsabilité supplémentaire avec les stagiaires. Ça n'est rien d'autre qu'une responsabilité d'enseignant. Donc on va lui enseigner… alors le savoir il a un peu... mais le savoir-faire, le savoir-être, selon les principes de la pédagogie, c'est tout cela qu'on leur enseigne.
On a cette responsabilité que l'on n'avait pas effectivement à notre époque, où on apprenait notre métier en faisant des remplacements, en étant bombardé tout seul devant notre patient… entre le patient et le Vidal… on n'avait même pas internet pour s'aider…

Dr I : = Ou on peut se poser la question, quand on est bombardé comme ça tout seul, de l'irresponsabilité de nos enseignants.

Dr H : Oui, à l'époque…

Dr I : Nous, cette responsabilité que l'on a d'essayer de leur inculquer cette confiance qu'ils doivent avoir en eux… Le jour où ils se retrouvent tout seul devant des patients et bien il faut qu'ils soient capables d'assumer, parce qu'ils ont vu comment on faisait. Et bien, oui ! Parce qu'on peut aussi le laisser dans un coin et ne jamais le regarder et lui dire : « Tu ne bouges pas, tu ne parles pas, tu ne fais rien. » et il sortira sans rien. Je ne sais pas si il en a qu'ils le font, je ne le souhaite pas… mais oui, c'est une responsabilité…

Dr H : [A ce moment là, pourquoi être maître de stage ?

Dr G : [Ça n'est pas la peine de prendre un stagiaire, si c'est pour faire ça !

{Rires}

Dr I : Parce que l'on est grassement payé !

{Rires}

{En s'adressant au Dr F} = T disait… tu as dit un truc… c'est très juste aussi… La responsabilité, de temps en temps, à avoir un interne qui n'est pas à sa place, soit parce qu'il est incompétent… je crois qu'il ne faut pas avoir peur de le dire… on a des incompétents, c'est certain…

Dr H : [Pas beaucoup…

Dr I : Non, pas beaucoup, heureusement ! Soit parce qu'il a pu se retrouver en médecine générale par défaut…

Dr F : [Oui, tout à fait. {Rires}

Dr D : [Oui.

Dr I : Mais ça, c'est le système qui veut ça et on se retrouve forcément avec des gens qui feront médecine générale par défaut.

Dr H : Mais alors tu fais quoi ? Tu le dis sur le rapport de stage ?

Dr I : Alors voilà. La responsabilité c'est : Est-ce que l'on peut laisser un garçon ou une fille s'engager dans une voie comme ça alors que l'on sent très bien qu'elle va se planter et que, en se plantant, c'est quand même des gens…

Dr H : = Quand tu sens très bien qu'elle va se planter, c'est ta propre opinion…

Dr I : Alors c'est là que c'est difficile… la responsabilité de dire : on valide, on ne valide pas… ça c'est très très compliqué.

Dr F : Mais là, je crois qu'il ne faut pas hésiter à appeler la fac, et cetera… en disant : « Là, j'ai un souci. »

Dr I : Oui, alors c'est ce qui se passe en général.

Dr H : Oui, je pense que c'est ce qu'il faut faire et il faut le faire rapidement pour pouvoir justement se libérer de cette responsabilité, d'une façon ou d'une autre…

Dr F : Mais c'est…

Dr I : = Parce que purement invalider, tu ne peux pas faire ça, tu ne peux pas…

Dr F : On peut émettre des réserves et dire qu'il y a un souci.

Dr I : Tu lui mets sa vie en l'air sur ton appréciation propre de six mois de stage.

Dr H : Oui.

Dr F : Non, mais six mois, ce n'est quand même pas rien, c'est long six mois…

Dr I : = Oui, mais quand tu vois parfois la différence entre un interne et un SASPAS, tu te dis quand même que les gars, en un an et demi, ils ont quand même rudement progressé. Est-ce que nous, on peut se permettre, sur six mois, quand on sent un type tengant, de lui invalider son stage ?

Dr H : [Et de quel droit ?

Dr I : [Et puis qu'est-ce qu'il y a derrière, après l'invalidation… qu'est-ce qu'il va y avoir ? On va l'invalider, qu'est-ce qu'il va faire ? On va lui demander de refaire un stage ? Est-ce que ça va le faire progresser ?

Dr F : = Alors, je pense que la fac orientera peut-être ou fera quelque chose…

Dr H : = Il faut qu'il finisse. Il est dans une impasse, il faut qu'il finisse…

Dr F : Oui, tout à fait, alors peut être qu'il sera plus encadré, je n'en sais rien. La réflexion du médecin SASPAS qui a vu arriver cet interne-là, complètement incompétent. Il s'est dit : « Mais attends, je ne comprends pas, comment les stages précédents ont-ils pu être validés ? ». Apparemment, l'ensemble des médecins SASPAS qui avaient ce stagiaire-là, ont dit : «Non mais il y a un souci, il y a un problème. » Je pense que ça n'est pas une obligation de valider si véritablement il y a un souci ou alors rapidement, il faut en parler et voir ce qui se passe… mais c'est la responsabilité qui est écrasante…

Dr H : = Nous, ça nous est arrivé récemment et nous avons invalidé les maîtres de stage précédents aussi…

Dr F : Ah oui, ça peut se faire aussi.

Dr H : …parce qu'ils ont laissé passer sans rien faire.

Dr F : {En s'adressant au Dr I} Mais comme tu disais… c'est la réflexion qui a été faite au séminaire l'autre jour… ça peut être un choix par défaut. A l'examen classant validant, tu rends copie blanche, tu te retrouves généraliste à Nancy ou

à Lille. Ce ne sont pas des endroits que l'on va rechercher en priorité et ça n'est pas la spécialité que l'on va rechercher en priorité.

Dr I : Tout à fait.

Dr F : Et on peut avoir effectivement des stagiaires par défaut en médecine générale.

(5s)

Dr G : Bon, d'autres choses ?

{Rires}

MB : = On va s'arrêter là si vous voulez, on a bien travaillé, on a à peu près abordé tous les thèmes de la grille d'entretien…

{Rires}

Dr G : On est chaud !

Dr I : On est chaud !

Dr H : On est chaud, mais on a faim !

MB : Oui, ça peut se comprendre, il fait froid, donc il faut manger… donc on a abordé à peu près tous les thèmes de la grille d'entretien que l'on avait préparée.

Dr H : [Bon, et bien alors…

MB : Donc, je pense que l'on a bien travaillé.

Dr G : Bon, formidable !

{Rires}

Dr H : Nous sommes validés !

Dr D : Et alors, vous pourrez nous dire ce que cela donne ?

Dr H : Et bien, il y a aura une thèse, tu liras la thèse et puis c'est tout !

EMV : Oui, il faudra lire la thèse.

Dr F : On sera invités ?

EMV : Ah oui, bien sûr ! Mais il faudra la lire surtout, elle vous apportera toutes les explications…

Dr D : = Parce que c'est un sujet original quand même !

EMV : Oui, c'est très intéressant.

Dr D : Ça n'est pas tout le monde qui fait ça… et en plus avec une idée derrière la tête !

EMV : Oui, c'est sûr…

MB : = Vous êtes tous passionnés par la maîtrise de stage… on est vraiment focalisé.

Dr H : La seule chose… si je peux me permettre de faire une critique…

EMV : Oui, tout à fait !

Dr H : Vous parliez maîtrise de stage et qualité de vie du médecin… mais c'est qualité de vie professionnelle, on est resté sur la qualité de vie professionnelle ?

MB : Tout à fait. Vous n'en êtes pas sortis.

Dr F : La première question n'abordait même pas la maîtrise de stage d'ailleurs.

MB : Tout à fait. C'est vous qui l'avez associée.

Dr F : On a démarré tout de suite sur la maîtrise de stage, alors que ça n'était pas du tout la question.

MB : Vous liez cela complètement, c'est tellement lié que c'est amalgamé.

(3s)

Dr H : Parce que, malgré tout, c'est un plaisir de partager quelque chose… quelque chose que l'on a construit au fil des années… le partager, c'est tellement fort que c'est dans le serment d'Hippocrate.

Dr I : Parce que c'est une démarche volontaire aussi.

Dr G : C'est vrai aussi que quand le SASPAS est là, on peut faire autre chose pendant ce temps-là… ce qui est effectivement quelque chose qui apporte une qualité de vie.

MB : Ah oui, vous faites autre chose ?

Dr G : Bien sûr, quand le SASPAS consulte tout seul, on peut aller faire autre chose, donc on gagne du temps, c'est clair.

MB : Du vélo ?

Dr D : Ah, du vélo ! {Rires}

Dr G : Ah non, pas par ce temps-là !

{Rires}

Non… des fois je vais faire un footing, c'est sûr.

Dr I : Oui, je crois que c'est vrai, je crois que l'on n'a pas forcément un SASPAS pour aller se plonger dans les bouquins. On peut aller faire un coup de sport, après tout. Je crois qu'il arrive un moment dans la vie d'un médecin où on a peut être le droit de lever le pied un peu aussi.

Dr G : Bien sûr.

Dr I : Et de filer deux demi-journées à un SASPAS, ça ne paraît pas totalement stupide, ça permet de continuer notre boulot… et de faire un peu autre chose…

Dr E : = Si ça peut donner confiance en eux à des jeunes médecins qui vont peut-être s'installer en plus grand nombre…

Dr I : Oui.

MB : = Vous avez parlé de la famille aussi à un moment. Vous avez dit : « Bon, on rentre chez soi, la famille attend… »

Dr I : = Oui.

Dr G : = Oui, on entend… alors j'ai ma femme qui m'a dit : « Ah je croyais que ça devait te libérer du temps, je pensais que l'on allait plus te voir… et puis, en fait, tu fais encore plus de choses qu'avant. »

Dr H : {Rires}

MB : Elle le déplorait ou…?

Dr G : Oui, il y a avait un peu de reproches, oui.

Dr I : Quand on peut rentrer des fois un petit peu plus tôt, il est 19h30, et puis vous faites le débriefing, vous discutez un petit peu et puis du coup, il est 20h30.

Dr H : {Rires}

Dr I : Oui, c'est une heure qui… pour vos gosses et tout… Alors ça empiète un peu aussi sur la qualité de vie personnelle, un petit peu. Mais ça ne pose pas de problème, au contraire.

Dr G : Dans l'ensemble, non…

Bon !

{Rires}

MB : On va manger ?

Dr G : Non mais bon, si vous avez d'autres choses à nous faire préciser… mais bon, sinon… !

VU

NANCY, le **9 mai 2012**
Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le **11 mai 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER SA THÈSE

NANCY, le 15 mai 2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Face à une profession en souffrance et à une réelle crise des vocations, la maîtrise de stage peut-elle contribuer à valoriser l'exercice professionnel et améliorer la qualité de vie du médecin généraliste ? Le point de vue des patients et des internes ayant déjà été recueilli, nous nous sommes intéressés aux maîtres de stage et à l'impact de l'enseignement sur leur qualité de vie. Notre étude qualitative, réalisée à l'aide de la méthode du « focus group », a été appliquée à des médecins généralistes de Lorraine : deux groupes de maîtres de stage et deux groupes de non-maîtres de stage. Chaque groupe a été soumis à un entretien, conduit de manière non directive, par un animateur confirmé. Nous avons utilisé plusieurs méthodes d'analyse, afin d'augmenter la reproductibilité et la validité des résultats : une analyse discursive thématique manuelle, confortée par une analyse discursive thématique informatisée grâce au logiciel *Nvivo* ; une analyse des connecteurs discursifs et une analyse clinique focalisée sur les participants. Notre analyse comparative des discours indique que la maîtrise de stage est associée à un perfectionnement professionnel en luttant contre l'appauvrissement des connaissances et en offrant les bénéfices du travail en collaboration. Cette rencontre professionnelle semble générer également un sentiment d'accomplissement personnel par la valorisation, la reconnaissance et le plaisir au travail. Elle pourrait même limiter le retentissement des difficultés professionnelles sur la vie privée. Sans en être cependant l'unique facteur, la maîtrise de stage apparaît comme un moyen de valorisation de l'exercice professionnel qui devrait être mis en avant dans le recrutement de nouveaux maîtres de stage.

TITRE EN ANGLAIS

Trainee supervision in general practice : A means to enhance the professional practice of the general practitioner ? Trainee's impact on the general practitioner's professional practice and quality of life by a qualitative study using focus groups.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2012

MOTS CLEFS

Médecine générale, maîtrise de stage, qualité de vie, étude qualitative, focus group

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

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