



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>

2013

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

Par **Jeffrey TROESTER**

Le 11 février 2013

**Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire
Supervisé (SASPAS) en Lorraine :
Étude qualitative par *focus group* et entretiens semi-dirigés
auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Jean-Dominique de KORWIN
Monsieur Serge BRIANCON
Monsieur François PAILLE
Monsieur Paolo DI PATRIZIO

Professeur
Professeur
Professeur
Professeur associé

Président
Juge
Juge
Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

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

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- 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

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

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

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

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

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

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

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

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

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

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

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (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 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 (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

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

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

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

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

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.
Avoir travaillé et appris à vos côtés a toujours été pour nous des plus enrichissants.
Pour votre soutien, l'apport de vos connaissances, votre disponibilité et vos conseils, recevez
le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, d'Économie de la santé et de Prévention

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique

Vous avez été notre premier chef de service en tant qu'externe et le premier à nous apprendre la médecine.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR,

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio

Professeur associé de Médecine Générale et Médecin généraliste à Saulxures-les-Nancy

Nous tenons à vous remercier, particulièrement pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Vous avez rendu la visite de notre belle région encore plus sympathique.

Vos recommandations et vos conseils nous ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A TOUS LES MAÎTRES DE STAGE ET STAGIAIRES

Vous avez donné de votre temps, souvent précieux, pour participer à nos entretiens. Pour votre accueil et votre participation à notre travail, nous vous exprimons toute notre gratitude.

AUX MEMBRES DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Qui nous ont accompagné lors de ses visites, nous vous exprimons toute notre gratitude.

AUX MEDECINS QUI ONT PARTICIPE A MA FORMATION

Aux Docteur Blanchard Dominique, Docteur Gluziki Angélique, Docteur Marty Jean-Michel et Docteur Marty Hélène,

Vous m'avez transmis l'amour de la médecine générale. Merci de m'avoir enseigné des bases solides.

Au Docteur Moulla Mustapha,

Apprendre la clinique à vos côtés a été et est toujours un privilège. Je vous remercie pour la confiance que vous m'accordez durant votre absence et pour notre future association. J'espère en être digne.

Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

Aux médecins qui ont marqué ma formation hospitalière : Didier Laugros, Docteur Guichard...

A mes co-internes, aux externes, aux personnels soignants qui ont rendu ces années un peu moins dures.

A MA FAMILLE,

A ma Cathou,

Pour ta gentillesse, ton amour et ton si beau sourire... Ces six dernières années, tu as fait de moi l'homme le plus heureux du monde et je me réjouis de vieillir à tes côtés. Tu es mon trésor. Je t'aime.

A mon petit bébé,

Tu es déjà ma plus grande fierté.

A mes parents,

Pour votre amour, votre soutien sans faille et tous les sacrifices faits pour moi. Je vous dois tant. J'espère vous rendre fiers et être un jour un aussi bon parent que ce que vous êtes pour moi.

A mes grands-mères,

Mes plus lointains souvenirs remontent jusque dans vos bras, je n'ai jamais vraiment compris pourquoi vous seules êtes comme ça.

A mes grands-pères,

Pour avoir été le socle de si belles familles. Vos regards bienveillants m'accompagneront toujours.

A Daniel, Christine, Jerem, Théo, Francis, Jenny, Jonathan, Sam, Emma, Alain, Chantal, Loulou, Denis, Lucienne, Jennifer, Brian,

Je mesure chaque jour un peu plus la chance que j'ai d'être des vôtres. Votre bonne humeur, votre gentillesse et votre sens de la famille font de chacun de nos moments en famille des moments précieux.

Aux sudistes : Huguette, Sandrine, Zec, Hugo, Lina, Lolo, Dicou, Anne, Baptiste et Manon,

Pour les liens si forts créés depuis tout petit. Vous êtes une bulle d'oxygène pour moi. Vous voir ou vous parler me fait tout simplement du bien. Vivement qu'on se revoie tous !

A Christian,

Qui aura toujours une place particulière dans mon cœur.

A mes beaux parents,

Pour votre accueil chaleureux, votre gentillesse et votre soutien. Je suis fier de faire parti de votre famille et de contribuer à l'agrandir.

A Anne et Momoth,

Je vous souhaite le meilleur et il arrive bientôt.

A Oxebo et Tigri,

Pour vos câlins réparateurs.

A MES AMIS,

A Benoit,

La vie nous réserve parfois quelques surprises. Etre fils unique pendant plus de vingt ans et trouver un frère sur les bancs de la faculté en a été une merveilleuse. Merci pour tout ce que tu es.

A Isabelle,

Tu m'as volé mon ami... Non je déconne ! La vérité c'est que mon ami m'a apporté une amie pour la vie et une belle sœur géniale. Merci d'incarner tous ces rôles aussi bien.

A notre Thithi,

Tu es notre rayon de soleil, Tata Caca et Gros Tonton seront toujours là pour toi.

A Aude et Nicolas,

Que de bons moments passés ensemble ! Mon seul regret est de ne pas vous avoir connu plus tôt, mais maintenant qu'on vous a, on ne vous lâchera plus ! Vous êtes de la famille.

A Johnny Goetz,

Tu n'es pas encore né mais tu rends déjà tes parents si heureux, je suis déjà fan de toi.

A Guillaume,

Même si elle est un peu pauvre en panneau de signalisation, la ville de Metz peut être fière d'elle, elle a attiré quelqu'un de sensationnel. Qu'il est bon de rire et débattre avec toi !

A Camille et Mathilde,

Pour votre gentillesse rare qui contribue au plaisir pris lors de chaque soirée ou week-end entre amis. Vivement la Bretagne et toutes les autres occasions de se voir (par contre si on peut éviter les démos de karaté, ca m'arrange ...)

A Alex, Manu et Romu,

Notre passion nous a permis de nous rencontrer et de passer des moments exceptionnels ensemble. Vivement la prochaine épopée !

A Bryan, Claire, Jérôme, Roseline et Yann,

Même si on ne se voit pas assez souvent, c'est toujours un grand plaisir de voir ses vieux amis.

A David, Aude, Caro, Jonathan, Marion, Xavier, Ségo, Fabrice, Kénora, Pierre, Anais, Maxime, Alice et Vincent,

Pour tous ces bons moments partagés ensemble.

A Souad, Noor et Sylviane,

Merci d'égayer mes journées de travail.

Enfin cette thèse ne serait pas la mienne, si elle ne contenait pas ces quelques mots : Allez l'OM !

SERMENT

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque".

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ENC : Epreuves Nationales Classantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

MS : Maître de Stage

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SUMGA : Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

TCEM : Troisième cycle des Etudes Médicales

UFR : Unité de Formation et de Recherche

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

TABLE DES MATIERES

SERMENT.....	8
INTRODUCTION.....	19
1 HISTORIQUE	21
1.1 Historique de la formation médicale.....	21
1.2 Historique de la formation de médecine générale	22
1.2.1 Avant 1997	22
1.2.2 Après 1997.....	23
1.2.2.1 Le décret n° 97-494 du 16 mars 1997	23
1.2.2.2 Le décret n° 97-495 du 16 mai 1997	23
1.2.2.3 Les décrets n° 97-1213 et 97-1214 du 24 décembre 1997	23
1.2.2.4 L'arrêté du 19 octobre 2001	24
1.2.2.5 Le groupe Nemitz et la création du SASPAS	24
2 LE SASPAS.....	26
2.1 Définition	26
2.2 L'organisation du SASPAS.....	26
2.2.1 Les USER	26
2.2.2 Les obligations statutaires des étudiants	27
2.2.3 Les obligations des maîtres de stage.....	27
2.2.4 La validation du stage.....	28
2.2.5 La rémunération.....	28
2.3 Les objectifs pédagogiques du SASPAS	28
3 LE SASPAS EN LORRAINE.....	29
3.1 Les débuts du SASPAS en Lorraine	29
3.2 L'organisation du SASPAS en Lorraine	30
3.3 L'état actuel du SASPAS en Lorraine	30
4 METHODOLOGIE.....	32
4.1 Méthodologie de l'étude « maîtres de stage ».....	32
4.1.1 Le focus group	32
4.1.2 Notre étude	33
4.2 Méthodologie de l'étude « stagiaires ».....	35
5 RESULTATS	37
5.1 Résultats de l'étude « maîtres de stage »	37
5.1.1 Les débuts dans le SASPAS des maîtres de stage	37
5.1.1.1 La longévité des maîtres de stage dans le SASPAS.....	37
5.1.1.2 Les modes de début dans le SASPAS	37
5.1.1.2.1 Sur proposition d'un collègue	37
5.1.1.2.2 Sur demande d'un étudiant.....	37
5.1.1.2.3 Par volonté personnelle	38
5.1.1.2.4 La suite logique de leur cursus de maître de stage	38
5.1.1.3 Synthèse.....	39
5.1.2 L'organisation spécifique de chaque USER.....	40
5.1.2.1 Les différents modes de fonctionnement	40
5.1.2.1.1 Présence à jours fixes	40
5.1.2.1.2 Travail en semaine complète.....	40
5.1.2.2 Le ressenti des maîtres de stage vis-à-vis du fonctionnement de leur USER	41
5.1.2.3 Les évolutions prévues dans chaque USER	42
5.1.2.3.1 L'ouverture vers de nouvelles activités.....	42
5.1.2.3.2 Le recrutement de nouveaux maîtres de stage.....	42

5.1.2.3.3	Une meilleure coordination des différents stagiaires	42
5.1.2.4	La communication entre les maîtres de stage.....	42
5.1.2.5	Synthèse	43
5.1.3	Opinion générale des maîtres de stage sur le SASPAS	45
5.1.3.1	Opinions positives	45
5.1.3.2	Opinions négatives	46
5.1.3.3	Les intérêts personnels à être maître de stage d'un SASPAS	46
5.1.3.3.1	Les échanges avec les étudiants	46
5.1.3.3.2	Une obligation de performance	47
5.1.3.3.3	Un gain de temps libre.....	48
5.1.3.3.4	Rompre la solitude.....	48
5.1.3.3.5	Favoriser les échanges entre collègues.....	49
5.1.3.3.6	Mise en contact avec de futurs remplaçants	49
5.1.3.3.7	Un développement d'activité.....	49
5.1.3.4	Les inconvénients personnels à être maître de stage d'un SASPAS	50
5.1.3.4.1	La prise de temps.....	50
5.1.3.4.2	Faire confiance et confier sa patientèle	50
5.1.3.4.3	Un report de l'activité au lendemain	51
5.1.3.4.4	La perte de patientèle	51
5.1.3.4.5	Confier son cabinet.....	52
5.1.3.5	Souhait de continuer à être maître de stage d'un SASPAS	52
5.1.3.6	Synthèse	53
5.1.4	Durée du SASPAS	54
5.1.5	Le SASPAS et les stagiaires	55
5.1.5.1	Ce que le SASPAS apporte aux stagiaires	55
5.1.5.1.1	Une mise en situation de médecine générale.....	55
5.1.5.1.2	L'acquisition de l'autonomie.....	56
5.1.5.1.3	Voir différentes pratiques	56
5.1.5.1.4	Le SASPAS permet aux stagiaires de progresser.....	56
5.1.5.1.5	Synthèse	57
5.1.5.2	Les modalités de choix des stagiaires	58
5.1.5.2.1	Méconnaissance des modalités de choix	58
5.1.5.2.2	Refus de prendre un stagiaire non connu	58
5.1.5.2.3	Satisfaction du nouveau système de choix	58
5.1.5.2.4	Insatisfaction du système de choix des stagiaires	59
5.1.5.2.5	Synthèse	59
5.1.5.3	Le caractère indispensable ou non du SASPAS.....	60
5.1.5.3.1	Le SASPAS est indispensable.....	60
5.1.5.3.2	Le SASPAS est fortement souhaitable	60
5.1.5.3.3	Ils auraient voulu faire un SASPAS	60
5.1.5.4	La supervision indirecte	61
5.1.5.4.1	Le moment du débriefing	61
5.1.5.4.2	Le contenu du débriefing.....	62
5.1.5.5	La recherche	63
5.1.5.6	Le suivi des patients	64
5.1.5.7	La participation a des activités multiples dans le groupe.....	65
5.1.5.7.1	Groupe d'échange de pratique.....	65
5.1.5.7.2	Activités en dehors du cabinet.....	65
5.1.5.7.3	Activités à l'intérieur du cabinet	66
5.1.5.8	Les réunions en cours de stage.....	66
5.1.5.9	La relation maître de stage – stagiaire.....	67
5.1.5.10	L'évaluation du stagiaire SASPAS	67
5.1.6	Le SASPAS et les patients.....	68
5.2	Les résultats de l'étude « stagiaires ».....	71
5.2.1	Les débuts dans le SASPAS – Ressenti des stagiaires	71
5.2.1.1	Profil des stagiaires SASPAS.....	71
5.2.1.2	Le choix du SASPAS	71
5.2.1.3	Le choix de l'USER	71
5.2.1.4	Les attentes des stagiaires vis-à-vis du SASPAS	72
5.2.1.5	Synthèse	73

5.2.2	Les caractéristiques des SASPAS lorrains	74
5.2.2.1	La charge de travail	74
5.2.2.2	Cabinets et maîtres de stage des SASPAS lorrains	74
5.2.2.2.1	Les cabinets	74
5.2.2.2.2	Les maîtres de stage	75
5.2.2.3	Les activités des stagiaires en SASPAS lorrains	75
5.2.2.3.1	Les différents types de consultations	75
5.2.2.3.2	La réalisation de gestes techniques	76
5.2.2.3.3	Les activités administratives	76
5.2.2.4	L'utilisation des réseaux de soins	77
5.2.2.5	La supervision	77
5.2.2.5.1	La supervision directe	77
5.2.2.5.2	La supervision indirecte	77
5.2.2.6	Les réunions en cours de stage	78
5.2.2.7	La validation de stage	78
5.2.2.8	Les projets d'avenir	79
5.2.2.9	Synthèse	79
5.2.3	Les réactions des patients selon la perception des stagiaires	81
5.2.4	L'avis général des stagiaires sur le SASPAS	82
5.2.4.1	Les points positifs du SASPAS selon les stagiaires lorrains	82
5.2.4.2	Les inconvénients du SASPAS selon les stagiaires lorrains	83
5.2.4.3	Les conseils des stagiaires aux générations futures	83
5.2.4.4	Synthèse	84
6	DISCUSSION	85
6.1	La méthode	85
6.1.1	Les entretiens des maîtres de stage	85
6.1.2	Les entretiens des internes de médecine générale	85
6.2	Les résultats	86
6.2.1	Le SASPAS en Lorraine	86
6.2.1.1	Choisir le SASPAS	86
6.2.1.2	Le choix de l'USER	87
6.2.1.3	L'activité des internes de médecine générale en SASPAS	88
6.2.1.3.1	Une charge de travail en adéquation avec la législation	88
6.2.1.3.2	Les pathologies chroniques et les SASPAS Lorrains	88
6.2.1.3.3	Un manque de consultations en gynéco-obstétrique	89
6.2.1.3.4	Une vision partielle du versant administratif de la profession :	89
6.2.1.4	La supervision indirecte	89
6.2.1.5	Les réunions en cours de SASPAS	90
6.2.1.6	L'intégration du stagiaire dans les USER	91
6.2.1.7	La recherche	91
6.2.1.8	La validation de stage	91
6.2.2	L'avis des maîtres de stage lorrains vis-à-vis du SASPAS	92
6.2.2.1	Un sentiment global de satisfaction	92
6.2.2.1.1	La satisfaction du mode d'organisation de chaque USER	92
6.2.2.1.2	Les intérêts altruistes des maîtres de stage	92
6.2.2.1.3	Un atout indéniable pour les étudiants	92
6.2.2.1.4	Des patients de moins en moins réticents	93
6.2.2.1.5	Le paradoxe du SASPAS : satisfaction des maîtres de stage / difficultés de recrutement de nouveaux maîtres de stage	93
6.2.2.2	Les réserves des maîtres de stage	93
6.2.2.2.1	Le phénomène de report des consultations	93
6.2.2.2.2	Le mode de choix des stagiaires : un manque d'information ressentie	94
6.2.3	L'avis des stagiaires lorrains vis-à-vis du SASPAS	94
6.2.3.1	Un sentiment global de satisfaction	94
6.2.3.1.1	Des attentes pour la plupart satisfaites	94
6.2.3.1.2	Des relations stagiaires / patients en perpétuelle amélioration	95
6.2.3.2	Les réserves de stagiaires vis-à-vis du SASPAS	95
6.2.3.2.1	Un kilométrage trop important	95
6.2.3.2.2	Quelques dérives occasionnant le sentiment d'un remplacement déguisé	95

6.2.3.2.3 Un manque d'information sur la gestion globale des cabinets.....	96
6.2.4 L'évolution du SASPAS en Lorraine	96
CONCLUSION	98
ANNEXES	99
BIBLIOGRAPHIE.....	102

INTRODUCTION

La médecine générale est en pleine évolution depuis de nombreuses années. Cette évolution se fait dans un but de progression et d'amélioration continue de la qualité de soins, mais également dans un but de recherche de légitimité et de reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière. Et cela n'est pas chose simple car certaines idées reçues persistent depuis des décennies voire depuis la création même de la médecine générale. En effet, d'après Martine Bungener (1), celle-ci s'est créée « par défaut » suite à la reconnaissance des spécialités médicales en 1949. Ainsi, devant ce désir d'excellence et de légitimité, les médecins généralistes cherchent à se former tout au long de leur carrière et nous avons vu ces dernières années se développer dans ce sens les groupes d'échanges de pratique.

Mais cette évolution a également été très importante en terme de formation des futurs praticiens de médecine générale. En effet, depuis les pionniers des stages chez le praticien dans les années 1970, basés alors sur le volontariat des étudiants et des maîtres de stage sur une période courte, la médecine générale s'est progressivement faite une place dans les cursus universitaires. Pour Dominique Broclain (2), c'est « une bataille essentielle pour la reconnaissance de la médecine générale » qui est menée par les généralistes enseignants et les maîtres de stage.

La maîtrise de stage a donc été introduite pour la première fois dans le début des années 1970 à titre expérimental dans les facultés de Tours, Nancy, Bichat, Créteil et Bobigny. Mais ce n'est qu'après 1997 qu'un stage pratique obligatoire d'un semestre (3 et 4) correspondant au stage praticien est instauré tel qu'on le connaît actuellement avec mise en autonomie progressive. En ce qui concerne le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé), il verra le jour et sera défini dans ses modalités actuelles sur proposition du groupe Nemitz en 2002 (5). Les premières promotions en ont bénéficié dès novembre 2003, leur donnant ainsi la possibilité d'effectuer leur stage selon un projet personnel professionnalisant. Plus récemment, c'est au cours du deuxième cycle des études médicales qu'est devenue obligatoire la réalisation d'un stage chez un praticien de médecine générale. Il permet à chaque étudiant en médecine, quel que soit son projet d'activité future, d'avoir un jour dans son cursus médical un contact avec la médecine générale.

Dans notre université de Lorraine, le SASPAS a été mis en place à la faculté de médecine depuis mai 2004. Il n'y avait alors que 4 USER disponibles. Les débuts du SASPAS en Lorraine sont marqués par un faible attrait initial de la part des étudiants, avec présence de postes non pourvus, résultant selon le travail de thèse de Delphine Laurent en 2008 « d'une méconnaissance des étudiants de ce type de stage » (6). Plusieurs initiatives ont alors été prises par le DMG et RAOUL IMG pour informer les étudiants et susciter leur intérêt pour ce type de stage (courriers, séminaires). Le SASPAS en Lorraine s'est depuis beaucoup développé, si bien que pour l'année universitaire 2011-2012, nous disposons de 25 USER aux quatre coins de la région. De plus, des demandes de réalisation de SASPAS émanant de 81 étudiants différents, ont été adressées à la faculté pour cette période.

Hors, depuis mai 2004, le SASPAS en Lorraine n'a été réellement évalué qu'à une seule reprise. Il s'agit du travail du Dr Marc Heckler en 2005-2006 (7) qui porte sur le ressenti des maîtres de stage vis-à-vis du SASPAS. Il nous a donc semblé intéressant de faire un nouveau bilan de ces premières années de SASPAS dans notre région et de connaître le ressenti des différents acteurs (maîtres de stage et étudiants) afin que le SASPAS réponde au mieux aux

attentes de chacun. Ce travail est d'ailleurs appuyé par la nécessité toute récente, depuis l'arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine paru au Journal Officiel le 09/02/2011 (8), d'évaluation et d'agrément des stages chez le praticien, comme l'était depuis l'origine chaque stage hospitalier.

1 HISTORIQUE

1.1 Historique de la formation médicale

Depuis la loi du 10 mars 1903, la formation des médecins est assurée par la faculté de médecine. La formation était initialement généraliste avec spécialisation en cours de carrière jusqu'en 1949, date de la création des premiers certificats de spécialités.

L'ordonnance du 30 décembre 1958 (9), élaborée sous la direction du Pr Robert Debré, crée les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : lieux d'enseignement et de recherche grâce à une convention passée entre l'université et le centre hospitalier régional et universitaire d'une même région.

Le 12 novembre 1968, la loi d'orientation de l'enseignement supérieur (10) élaborée par le ministre de l'éducation nationale, Edgar Faure, entraîne une réforme des études médicales. Les études médicales sont alors divisées en trois cycles ayant chacun des objectifs précis.

Le premier cycle des études médicales (PCEM) est ouvert à tout bachelier ou détenteur d'un diplôme équivalent. La première année ouvre droit, par la réussite d'un examen, soit aux études médicales soit à celles de chirurgie dentaire. L'objectif pour les étudiants est d'acquérir « les connaissances de base nécessaires à la formation scientifique et humaine des médecins ».

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) permet lui une initiation aux fonctions hospitalières en parallèle de la poursuite de l'enseignement. La première année du DCEM est consacrée à l'enseignement de la sémiologie médicale. Les trois années suivantes sont axées sur un enseignement de la pathologie et de la thérapeutique, ainsi qu'une participation à l'activité hospitalière.

Le troisième cycle des études médicales (TCEM) repose lui jusqu'en 1979 sur un stage pratique, destiné à la formation ultime des médecins généralistes d'une durée de un an, alors que les futurs spécialistes sont formés soit par les CES, soit par la voie du concours de l'internat des CHU donnant droit à l'équivalence pour les CES dans chaque discipline.

En 1979, la loi Veil réforme les études médicales mais elle ne sera jamais appliquée.

Le 23 décembre 1982, la loi Ralite voulait créer un examen de fin de deuxième cycle obligatoire, validant et classant. Cette loi a entraîné des mouvements de grève au printemps 1983. Devant le refus catégorique des étudiants vis-à-vis de cette loi, le pouvoir en place prend des mesures qui devaient initialement n'être que transitoires pour apaiser les esprits. Cet examen est alors remplacé par le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Son volume est de 80 à 120 h au cours du deuxième cycle. Le CSCT est obligatoire, mais non classant pour accéder au troisième cycle. L'accès au 3^e cycle nécessite aussi la validation des stages hospitaliers de DCEM4.

La loi Ralite supprime également les CES. L'accès aux spécialités passera désormais par un concours interrégional de l'internat des hôpitaux universitaires qui donne accès aux DES, remplaçant les CES pour chaque spécialité hormis la médecine générale.

La loi du 30 juillet 1987 ou loi Barzach (11) et son décret d'application du 7 avril 1988 organisent le troisième cycle en deux filières : le résidanat d'une durée de deux ans pour

la formation des médecins généralistes dont l'accès nécessite l'obtention du CSCT ; et l'internat d'une durée de quatre à cinq ans pour la formation des médecins spécialistes dont l'accès est subordonné à la nomination par concours.

Enfin l'arrêté du 29 janvier 2004 (12) définit les Epreuves Nationales Classantes (ENC) permettant l'accès au troisième cycle pour tous les futurs médecins et entraînant la création du DES de médecine générale. Le choix de toute discipline et du centre hospitalier s'effectue par choix personnel selon le rang au classement.

1.2 Historique de la formation de médecine générale

1.2.1 Avant 1997

Le 23 juin 1968, le Conseil National de l'Ordre des Médecins émet dans son journal officiel un avis favorable concernant la réalisation d'un stage en médecine générale en reprenant les propositions d'une association d'étudiants.

La législation de ce stage est parue dans le journal officiel du 14 juillet 1972. Les étudiants ont alors l'autorisation, et non l'obligation, d'effectuer une partie de leur formation pratique auprès d'un médecin généraliste de ville.

C'est donc au début des années 1970 qu'on commence à parler des premiers stages chez le praticien avec une mobilisation des médecins généralistes pour la reconnaissance de la spécificité de la médecine générale et pour la mise en place d'une formation adaptée. La maîtrise de stage a alors été introduite dans le cursus médical, à titre expérimental, dans les facultés de Tours, Nancy, Bichat, Créteil et Bobigny.

Le 05 juillet 1973, alors que le conseil des ministres du conseil de l'Europe recommande « d'organiser une formation spécifique du généraliste par les omnipraticiens eux-mêmes » et devant l'absence d'un véritable internat de médecine générale, le gouvernement met en place la Commission Fougère.

Cette commission va proposer le 01 avril 1975, la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale. Ce cycle d'une durée de deux ans devait se composer de stages d'internat au sein d'une structure hospitalière avec un enseignement théorique et pratique spécifique, et d'un stage extra-hospitalier chez un praticien de ville. Ses propositions sont précisées dans un second rapport le 28 mars 1977. Il préconise la mise en place d'une formation hospitalière de dix huit mois, d'un enseignement théorique de cent cinquante heures et la création d'un stage extra-hospitalier de six mois. Ce stage peut se dérouler auprès de praticiens de médecine générale, de Protection Maternelle et Infantile (PMI), de médecine scolaire ou de médecine du travail. Durant ce stage, l'étudiant devra être au minimum trois mois en situation d'acteur.

Durant les années 1980, le contenu de la filière médecine générale va être peu à peu précisé permettant au stage chez le praticien de faire partie intégrante du cursus. Ce stage se présente alors sous la forme de vingt à quarante demi-journées où le stagiaire est essentiellement passif avec possibilité d'effectuer quelques gestes techniques sous la responsabilité de son maître de stage et après accord du patient.

Au total, à la fin des années 1980, le cursus de médecine générale est composé de quatre semestres de résidanat en milieu hospitalier, environ vingt à quarante demi-journées de stage praticien et un enseignement théorique de cent cinquante à deux cents heures, avec une grande variabilité selon les facultés de médecine.

1.2.2 Après 1997

1.2.2.1 Le décret n° 97-494 du 16 mars 1997

Dans les suites des directives européennes du 15 juin 1986 et du 05 avril 1993 et dans un souci d'uniformisation des diplômes, on assiste à l'instauration d'un stage pratique obligatoire d'un semestre à compter du 1^{er} janvier 1995.

Ceci sera réalisé avec le décret n°97-494 du 16 mars 1997 modifiant le décret n°88-312 du 07 avril 1988 (3). Ce décret porte sur l'organisation du troisième cycle spécifique de médecine générale et en particulier sur le stage chez le praticien. La durée de la formation des médecins généralistes passe de deux ans à deux ans et demi. Un stage pratique chez un praticien agréé « maître de stage » s'effectue pendant le 2^e, 3^e ou 4^e semestre du résidanat et cela avec une possibilité de multiplicité des sites et des maîtres de stage. La durée du stage passe de vingt demi journées à un semestre. Ce décret est applicable pour les étudiants débutants leur résidanat pendant l'année universitaire 1996/1997, soit une application possible dès la rentrée universitaire de novembre 1997.

1.2.2.2 Le décret n° 97-495 du 16 mai 1997

Le décret n°97-495 du 16 mai 1997 (4) complète le précédent décret. Il précise notamment que les médecins généralistes désirant devenir maître de stage doivent exercer leur activité depuis au moins trois années en cabinet libéral, au sein d'un dispensaire, dans un service de PMI, un service de médecine scolaire ou tout centre dispensant des soins primaires à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un service hospitalier.

Il précise également que le semestre sera accompli de façon continue selon deux modalités. Dans la première, la totalité du stage s'effectuera dans un cabinet libéral. Dans ce cas l'étudiant a la possibilité d'accomplir, dans la limite d'une journée par semaine, un stage dans une ou deux autres structures dites de soins primaires. Dans la seconde, il est nécessaire d'accomplir quatre mois de stage obligatoires dans un cabinet libéral. Les deux mois restants sont effectués dans la continuité, sous la forme d'une période de deux mois ou de deux périodes d'un mois, dans une ou deux autres structures de soins primaires.

L'évolution du rôle du résident en cours de stage est définie dans ce décret en trois périodes. La première période est la période passive : « Le stagiaire se familiarise avec son environnement » et est donc observateur. La seconde phase est dite période semi-active : « L'étudiant peut exécuter des actes en présence de son maître de stage ». La troisième et dernière période est la période active. Durant cette phase, le résident « peut accomplir seul des actes. Le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin ». Le nombre d'actes ne peut excéder trois par jour et s'effectue sous la responsabilité du maître de stage.

1.2.2.3 Les décrets n° 97-1213 et 97-1214 du 24 décembre 1997

Le décret n°97-1213 du 24 décembre 1997 (13) qui modifie le décret n°97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 (13) apportent quelques modifications relatives au stage

pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. Ces décrets sont mis en application pour l'année 1997/1998.

Ils précisent que le stage pourra s'effectuer pendant le 2^e, 3^e ou 4^e semestre du résidanat comme prévu dans le précédent décret mais aussi pendant le 5^e semestre.

Le nombre de maîtres de stage devient limité à trois par stagiaire et un passage minimum de un mois en continu est obligatoire chez chacun d'entre eux.

Le nombre de stages en Soins Primaires est limité à deux selon les modalités déjà précisées.

La dernière modification apportée par cette loi concerne les trois actes maximums devant être effectués quotidiennement par le stagiaire. Il est précisé que ce nombre correspond à une moyenne calculée sur la durée totale du semestre et non pas à un nombre d'actes obligatoires à effectuer chaque jour. La phase active étant la seule phase permettant au stagiaire de signer ces actes.

1.2.2.4 L'arrêté du 19 octobre 2001

Cet arrêté marque la création du 6^e semestre de médecine générale. Il précise que « deux semestres libres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du département de médecine générale de l'UFR médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale. L'un d'eux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire » (14).

1.2.2.5 Le groupe Nemitz et la création du SASPAS

A la demande des ministères concernés, la Conférence des Doyens constitue un groupe de travail dans le but de présenter un projet commun qui serve de base pour l'arrêté d'application sur le 6^e semestre.

Ce groupe s'est réuni en mai 2002 sous la direction du Professeur Nemitz. Son rapport donne une idée précise sur ce qu'aurait pu devenir le 6^e semestre tant au niveau de son déroulement que des modalités de choix et de validation de ce stage. L'interne devrait avoir la possibilité d'effectuer son stage selon un projet personnel professionnalisant et sur des terrains de stage aussi divers que possible.

Le groupe Nemitz (5) préconise alors la création des SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) et des SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire).

Il définit des objectifs pédagogiques généraux et spécifiques concernant l'activité du cabinet, la gestion des consultations et des visites, la réflexion sur sa pratique, l'interdisciplinarité et la recherche en médecine générale.

La charge de travail proposée est de 11 demi journées dont deux dédiées à la formation universitaire, sans excéder deux demi journées consécutives chez un même médecin, avec huit à douze actes par demi journées en moyenne. Les remplacements sur le lieu de stage ne devront pas être autorisés.

Le maître de stage responsable du SUMGA prend le titre de directeur d'enseignement clinique. Les maîtres de stage auront des obligations de formation personnelle, des obligations pédagogiques et des obligations matérielles. Ils toucheront les honoraires liés à l'activité de soins des stagiaires et des honoraires pédagogiques spécifiques.

L'accès au logement des résidents devra être facilité avec mise en place de financements complémentaires si besoin.

Il préconise enfin la création d'un comité de suivi avec évaluation à deux ans.

Le travail du groupe Nemitz sera repris par la circulaire n°192 du 26 avril 2004 (15) alors que les premières promotions ont pu bénéficier de la mise en place de ce semestre supplémentaire dès novembre 2003. Cette circulaire est assez succincte et reprend les objectifs généraux du SASPAS.

Pour l'interne, elle précise seulement qu'il « exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du maître de stage dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri hebdomadaires de révisions de dossiers. »

Pour un 2^e stage chez le praticien, il ne doit pas être une réplique du semestre déjà effectué.

Enfin, d'autres formes de stages doivent permettre au résident de médecine générale qui a un projet professionnel, de réaliser un stage dans ce domaine afin de mieux préparer son avenir. Le résident doit « proposer son projet de stage qui doit se dérouler dans un organisme agréé, en précisant des objectifs pédagogiques. Il appartient au directeur du département de médecine générale de transmettre ce projet, accompagné de son avis, au directeur d'UFR à qui revient la décision finale d'acceptation. Le projet ne peut être retenu que si les objectifs pédagogiques sont décrits avec précision, si l'encadrement paraît adapté et si la procédure de validation du stage a été prévue.

L'organisation de l'emploi du temps du stagiaire se dessine. Il a onze demi journées d'activité par semaine dont deux sont consacrées à la formation universitaire. Il doit réaliser six à douze actes par demi journées, en moyenne, au cours des neuf autres demi journées.

Sa rémunération continue de dépendre de son centre hospitalier de rattachement.

Concernant le financement, la circulaire précise que « pour le semestre à venir, un flux de 30% maximum des étudiants en médecine générale pourra effectuer ce semestre supplémentaire dans un cabinet de groupe. »

Enfin, les arrêtés du 22 septembre 2004 (16) annoncent pour la première fois que le stage en SASPAS doit s'effectuer en dernière année d'internat. Ils reprennent également le terme professionnalisant.

Ce texte définit le sixième semestre comme le projet professionnel de l'interne de médecine générale et en précise le lieu. Il sera effectué soit en médecine générale ambulatoire sous la forme d'un SASPAS, soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Un de ces arrêtés concerne les commissions de subdivision. Il est précisé que ces commissions doivent se réunir au moins deux fois par an pour agréer les lieux de stage et ouvrir les postes.

En 2004, parallèlement au développement du SASPAS, le 3^e cycle de médecine générale devient un Diplôme d'Etudes Spécialisées avec une maquette de stages propre d'une durée de trois ans, officialisé avec la création de la nouvelle spécialité de médecine générale, revendication forte des enseignants de médecine générale et des syndicats étudiants. Les résidents deviennent des internes au même titre que les internes des autres spécialités médicales.

2 LE SASPAS

Le stage en SASPAS a été mis en place par la circulaire n° 192 du 26 avril 2004 (15). Les premières promotions à effectuer un SASPAS ont été celles de novembre 2003 dans dix sept facultés sur vingt sept.

2.1 Définition

Le stage en SASPAS est un stage destiné aux internes ayant effectué quatre semestres minimum de formation en médecine générale dont le stage chez le praticien. C'est un stage où l'interne va travailler dans les cabinets de médecins généralistes agréés ayant accepté de lui confier leur patientèle d'une part, et d'assurer une action pédagogique centrée sur l'évaluation formative et l'acquisition de compétences en situation authentique de médecine générale d'autre part.

Il est à noter dans ce stage, deux points primordiaux explicités dans son appellation même. Les termes « Ambulatoire » et « Soins Primaires » ont été préférés aux termes médecine générale car le terrain de stage comprend l'activité non seulement au cabinet de médecine générale mais aussi dans les structures appartenant à l'environnement du maître de stage. Les termes « Autonome » et « Supervisé » évoquent le versant pédagogique du SASPAS. Celui-ci fait d'ailleurs la différence majeure entre un SASPAS et un remplacement.

Les modalités pédagogiques d'un SASPAS comprennent une supervision indirecte (révision systématique des dossiers des patients vus le jour même ou au plus tard le lendemain), une supervision directe (recours immédiat possible à un des maîtres de stage par téléphone ou tout autre moyen) ou d'autres méthodes comme les groupes d'échange de pratique.

Le SASPAS comprend une phase initiale d'harmonisation et d'échanges pour que l'interne de médecine générale travaille en toute sécurité. Cette étape permet l'appropriation des locaux, du matériel, de la pratique du médecin généraliste, des carnets d'adresse... Elle permet aussi au maître de stage de laisser sa patientèle dans la sérénité grâce à la transmission d'informations, à l'évaluation initiale des compétences et au développement d'une relation de confiance. Cette phase est laissée à la libre appréciation des protagonistes.

Le SASPAS est la suite logique du semestre chez le praticien et non une répétition de celui-ci. L'interne de médecine générale qui devenait capable de travailler en autonomie (selon les objectifs du stage chez le praticien), va maintenant travailler en autonomie, sur la durée et avec un volume d'activité conséquent pour acquérir les compétences à la pratique professionnelle. On passe ainsi de la compétence à faire un remplacement à la compétence à travailler en soins primaires ambulatoires.

Enfin, il doit être l'occasion de participer à des actions d'éducation pour la santé, de santé publique et à des activités de recherche en médecine générale.

2.2 L'organisation du SASPAS

2.2.1 Les USER

Le stage en SASPAS se déroule auprès d'une USER agréé par le Département Universitaire de Médecine Générale et officialisé par une convention avec l'UFR de médecine.

Chaque USER est formée de cabinets de groupe ou de regroupements géographiques de médecins généralistes. La direction de l'USER est confiée à un maître de stage responsable proposé par les membres de l'USER et agréé par la faculté. Le responsable organise, au cours du semestre, le déroulement du SASPAS auprès des autres maîtres de stage en fonction des disponibilités de ceux-ci. Le responsable de l'USER fixe l'emploi du temps de l'étudiant, veille au respect des obligations statutaires et le cas échéant au respect du repos de sécurité.

L'activité des étudiants auprès des maîtres de stage doit être continue tout au long du stage et le directeur de l'USER doit veiller à cette pérennité.

En cas d'indisponibilité d'un des maîtres de stage (maladie, vacances), le responsable de l'USER s'assure que l'activité du stagiaire respecte ses obligations statutaires.

Le calendrier d'activité de l'étudiant dans l'USER est établi à l'avance et est communiqué à toutes les parties ainsi qu'au DMG de la faculté.

2.2.2 Les obligations statutaires des étudiants

Le stagiaire doit effectuer onze demi-journées d'activité par semaine dont deux sont destinées à la formation universitaire.

Il doit réaliser en autonomie supervisée six à douze actes par demi-journées durant les neuf autres demi-journées soit 1200 à 1500 actes sur la durée du semestre.

Il est à noter que les demi-journées des internes de médecine générale sont de trois heures trente minutes, ce qui ne correspond pas aux demi-journées de médecin généraliste. Une journée de médecin généraliste équivaut à trois demi-journées d'interne de médecine générale, à condition que l'interne de médecine générale travaille la journée entière.

L'activité de l'étudiant comprend les consultations et les visites. Si le stagiaire utilise son véhicule personnel pour effectuer des visites à domicile, les maîtres de stage de l'USER prennent à leur charge les frais occasionnés.

2.2.3 Les obligations des maîtres de stage

L'interne en SASPAS travaille habituellement en lieu et place du maître de stage. Le temps théorique libéré par la présence du stagiaire sera utilisé par les maîtres de stage à des activités universitaires de recherche, d'enseignement ou de formation reconnues par le DMG. Un état de ces activités sera tenu par le responsable de l'USER.

Chaque maître de stage assure la supervision de l'étudiant (directe et indirecte), lorsqu'il est sous sa responsabilité.

Les maîtres de stage de l'USER et l'étudiant se réunissent au moins une fois par mois pour évaluer la pratique du stagiaire. Ces réunions font l'objet d'un compte-rendu rédigé par le responsable de l'USER.

2.2.4 La validation du stage

Après avoir pris l'avis de l'ensemble des maîtres de stage de l'USER, le directeur de l'USER propose la validation du stage au DMG.

2.2.5 La rémunération

La rémunération des stagiaires est faite par les hôpitaux (CHU) comme pour les autres stages, sur des fonds alloués par le ministère des universités.

La rémunération des maîtres de stage est faite par la réversion intégrale des honoraires des activités générées par l'interne de médecine générale et par des honoraires pédagogiques définis par décret.

2.3 Les objectifs pédagogiques du SASPAS

Ces objectifs sont définis par la circulaire n°192 du 26 avril 2004 et demandent :

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

3 LE SASPAS EN LORRAINE

3.1 Les débuts du SASPAS en Lorraine

Les premiers SASPAS en Lorraine ont été créés en mai 2004, il n'y avait alors que quatre USER disponibles.

Ses débuts sont marqués par une faible demande initiale de la part des étudiants sans doute par méconnaissance de ce nouveau type de stage.

Évolution du nombre de SASPAS en Lorraine depuis sa création en mai 2004 ainsi que du nombre de postes pourvus :

Période	Nombre de SASPAS	Nombre de SASPAS pourvus	Pourcentage de SASPAS pourvus
Mai 2004	4	4	100%
Novembre 2004	6	3	50%
Mai 2005	6	6	100%
Novembre 2005	6	5	83,3%
Mai 2006	6	6	100% (*1)
Novembre 2006	8	8	100%
Mai 2007	8	6	75% (*2)
Novembre 2007	8	8	100%
Mai 2008	8	8	100%
Novembre 2008	14	14	100%
Mai 2009	13	13	100%
Novembre 2009	18	18	100%
Mai 2010	18	17	94,1% (*3)
Novembre 2010	20	18	90%
Mai 2011	20	19	95%
Novembre 2011	25	20	75%
Mai 2012	25	25	100%

(*1) En mai 2006 : les SASPAS non choisis ont été intégrés dans la grille de choix des stages ambulatoires

(*2) En mai 2007 : un SASPAS a temporairement fermé faute de projet professionnel exprimé par un interne. Un autre n'a pas été choisi à la répartition

(*3) En mai 2010 : un poste qui était pourvu a été reporté à novembre 2010 pour cause de maternité de la stagiaire

3.2 L'organisation du SASPAS en Lorraine

Les SASPAS lorrains possèdent quelques spécificités. Parmi celles-ci, on notera qu'il est possible dans notre faculté de réaliser un SASPAS mixte avec possibilité d'exercer des activités dans d'autres structures que les cabinets des maîtres de stage, selon un projet professionnalisant qui doit être validé par les différentes parties et avalisé par le coordonnateur du DES.

Les modalités de choix des stagiaires sont également spécifiques. Chaque stagiaire effectue un pré-choix composé de trois vœux classés par ordre de priorité. Les directeurs d'USER reçoivent ensuite les résultats de ces pré choix et donnent leur accord ou non pour chaque demande. C'est ensuite le classement des internes à l'ENC qui sera pris en compte pour l'attribution du poste. Ce dernier point peut être différent dans d'autres facultés où le critère pris en compte est le 1^{er} demandeur ou la réalisation d'une négociation entre les différentes parties.

Enfin, la fréquence d'examens des projets professionnels dans notre faculté est annuelle pour les deux semestres concernés.

3.3 L'état actuel du SASPAS en Lorraine

Depuis 2008, l'évolution du SASPAS en Lorraine est importante puisque le nombre d'USER disponibles est passé de huit à vingt cinq.

Chaque USER comporte de un à cinq maîtres de stage. 96% d'entre elles sont composées de trois à cinq maîtres de stage.

Nombre de maître de stage	1	2	3	4	5
Nombre de SASPAS	1 4%	0 0%	8 32%	8 32%	8 32%

Huit SASPAS (soit 32%) comprennent des vacances supplémentaires :

- trois stages en HAD (Hospitalisation à domicile)
- deux stages au réseau associatif de médecine générale Asalée 88 (deux vacances par semaine)
- un stage en vacation libre
- un stage au réseau gérontologique Gérard Cuny de Nancy
- un stage au foyer ARS Pierre Vivier et à Médecins du Monde

On retrouve également une diversité des modes d'activités proposés dans ces vingt-cinq USER. Douze USER ont une activité plutôt urbaine (48%), onze ont une activité plutôt rurale ou semi-rurale (44%), deux ont une activité dans le cadre de SOS Médecins. La diversité porte également sur le mode d'exercice. On note que dix USER ont actuellement une activité en maison médicale (40%).

Sur le plan géographique, on retrouve un nombre plus important d'USER à proximité de Nancy et en Meurthe-et-Moselle en général. Les Vosges sont également bien représentées. On remarque aussi que huit USER ont un cabinet au moins en zone démographique fragile ou éligible pour des aides à l'installation (32%).

Département	54	57	88	55	54/57	54/88	Total
Nombre de SASPAS	8	4	6	3	2	2	25
	32%	16%	24%	12%	8%	8%	100%

Il est également intéressant d'étudier la demande des étudiants en SASPAS, d'autant plus que les résultats du travail de Delphine Laurent (6) montrait en 2008 un faible attrait des étudiants nancéens envers ce type de stage.

Pour l'année scolaire 2011-2012, la faculté de médecine de Nancy a reçu des demandes de SASPAS provenant de 81 étudiants différents. Ce chiffre est en forte augmentation puisque seuls 41 étudiants avaient fait parvenir une demande en 2010-2011.

L'étude de la répartition des demandes nous permet de montrer que le critère géographique paraît prépondérant pour les futurs stagiaires. En effet, on remarque que les stages les plus demandés sont les plus proches de la région nancéenne pour des raisons vraisemblablement pratiques. Ainsi les stages les plus plébiscités sont les plus proches géographiquement de l'axe Nancy-Metz.

De la même manière, parmi les cinq USER non attribuées en novembre 2011, trois sont situées dans les Vosges et une en Meuse.

4 METHODOLOGIE

Les objectifs de notre travail sont :

- de réaliser un premier bilan du SASPAS en Lorraine
- de connaître les points positifs et négatifs du SASPAS tel qu'il est aujourd'hui, les éléments à améliorer, encourager ou réviser pour correspondre au mieux aux attentes de chacun et aux objectifs pédagogiques
- de permettre d'avoir des éléments via le ressenti des maîtres de stage pour en attirer de nouveaux au SASPAS (les départs en retraite et l'augmentation des effectifs étudiants nécessitant certainement l'arrivée de nouveaux maîtres de stage)

4.1 Méthodologie de l'étude « maîtres de stage »

Afin de connaître au mieux le ressenti des maîtres de stage vis-à-vis du SASPAS et d'avoir la meilleure analyse qualitative possible, nous avons choisi de réaliser des entretiens sous la forme de focus groups composés des différents maîtres de stage de chaque USER.

4.1.1 Le focus group

Le focus group est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. C'est une technique d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire (17).

La dynamique de cette méthode permet d'explorer différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. Elle permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues par le chercheur (17).

Cette méthode commence par un recueil des données en plusieurs étapes :

- définitions des thèmes et objectifs,
- élaboration d'une trame (habituellement une demi-douzaine de questions ouvertes, courtes et claires),
- sélection des participants selon des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé, visant à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet (en moyenne 6 à 8 participants, tous volontaires),
- sélection d'un modérateur chargé d'animer le groupe et d'un observateur du groupe connaissant la thématique et habituellement chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions,
- réalisation de la séance.

Elle se poursuit ensuite par l'analyse du contenu en plusieurs étapes également comportant :

- une phase de collecte (retranscription intégrale des entretiens),
- une phase d'analyse qui doit être reproductible, qui consiste en la recherche de sous thèmes ou occurrences qui pourront ensuite être regroupés en grands thèmes ou grands concepts

- la réalisation d'un rapport écrit qui est une synthèse narrative et descriptive suivie d'une analyse interprétative des données.

Les avantages de cette méthode sont essentiellement la dynamique de groupe qui permet de faire émerger des opinions comme une réaction en chaîne et le fait que tout est valide, même les idées minoritaires.

Les limites des focus group sont les éventuelles réticences à exprimer des idées personnelles, la nécessité d'éviter les relations de hiérarchie ou conflictuelles entre participants, le fait que les résultats d'une étude par focus group ne peuvent être généralisés, et le côté long et fastidieux de l'analyse des données.

4.1.2 Notre étude

Le département de médecine générale ayant pour projet de réaliser des visites des différents USER accueillant un stagiaire en SASPAS dans le but du renouvellement de leur agrément, nous avons décidé de profiter de ces visites, avec l'accord des directeurs d'USER et des maîtres de stage, pour effectuer notre travail.

La mise en place de ces entretiens s'est faite par étapes. Elle démarre par la validation au Conseil du Département de Médecine Générale de la faculté de Nancy le 01/12/2010 de la réalisation de visite sur site des USER avant que ces visites ne deviennent une obligation légale.

Puis s'en est suivi l'envoi d'un courrier (annexe 1) par le Département de Médecine Générale aux directeurs d'USER en janvier 2011 afin de :

- les informer de la proposition de réalisation d'une visite sur site, réalisée par un membre du DMG et un interne ayant réalisé un SASPAS,
- les informer de ma présence et de son objectif,
- demander leur accord pour que ces visites soient réalisables.

Il a été demandé aux directeurs d'USER de retourner un coupon-réponse avant le 31 janvier 2011 au service de la scolarité de la faculté de médecine pour donner ou non leur accord.

Parmi les 20 USER disponibles, 16 directeurs d'USER ont retourné une réponse favorable et 4 une réponse défavorable. Les 4 réponses défavorables provenaient pour deux d'entre elles d'USER que l'on qualifiera de classique, composées de maîtres de stages exerçant en cabinet de médecine générale. Les 2 autres en revanche, provenaient d'USER composées de maître de stage faisant partie de SOS Médecins uniquement et pour lesquelles notre étude ne paraissait pas adaptée.

Nous avons ensuite défini les modalités méthodologiques de réalisation de ces focus groups afin de s'assurer de la meilleure reproductibilité possible, d'éviter au maximum les biais et de rendre ce projet tout simplement réalisable. Nous avons donc décidé de réaliser un focus group pour chaque USER en profitant, dans la mesure du possible, d'une des réunions de l'USER. Il devait inclure comme participants les différents maîtres de stage de l'USER mais exclure les étudiants en cours de stage, qui seront interrogés secondairement afin d'éviter un biais évident de déclaration des différents participants. J'ai tenu, durant ces entretiens, le rôle de modérateur, accompagné d'un membre du département de médecine générale tenant le rôle d'observateur. Nous avons également pris le parti que ces entretiens durent entre 45 min et 1h en moyenne. Les données de la littérature évoque une durée idéale d'une heure trente mais souligne également une fatigabilité des participants (18) que nous avons souhaité éviter. De plus, la durée de 45 à 60 min facilite la tenue de ces entretiens dont la programmation n'a pas toujours été évidente du fait des emplois du temps chargés de chacun.

Lors de l'étape suivante, un guide d'entretien (annexe 2) a été construit d'après une recherche bibliographique. Ce guide était composé de questions ouvertes. Du fait de la spécificité du SASPAS et de ses objectifs pédagogiques et réglementaires, 5 grands thèmes ont été individualisés (Vos débuts dans le SASPAS, votre USER, le SASPAS en général, le SASPAS et le stagiaire et le SASPAS et vos patients) et une vingtaine de points clés devaient être si possible abordés. Préalablement à la visite, ce guide d'entretien a été adressé par mail aux directeurs d'USER à leur demande.

La recherche d'une date pour effectuer la visite de chaque USER s'est ensuite faite par échanges de mail entre le directeur de l'USER concerné, le membre du Département de Médecine Générale devant réaliser la visite et moi-même. Cette phase a été sans doute la plus chronophage du fait des difficultés bien compréhensibles de réunir les différentes parties.

Les entretiens ont démarré le 05/04/2011 et se sont étendus jusqu'au 14/06/2011. Nous avons finalement effectué la visite de 11 USER lors de 10 entretiens qui ont été enregistrés dans leur intégralité (un entretien ayant regroupé les maîtres de stage de 2 USER). Le nombre d'entretiens réalisés n'avait pas été défini initialement mais après les 10 entretiens une relative saturation des informations recueillies par rapport au guide d'entretien a été constatée et a conduit à ne pas effectuer de nouvelles inclusions.

Caractéristiques des entretiens avec les maîtres de stage

USER	Nombre de MS présents	Durée de l'entretien	Mode d'activité
USER 1	4	48 min 28 s	Rural – Semi rural / Mixte
USER 2	4	58 min 47 s	Rural (urbain pour 1 sur 4) / Seul
USER 3	3 (1 absent)	60 min 00 s	Semi rural / Maison médicale
USER 4	1	47 min 04 s	Urbain / Seul
USER 5	5	62 min 17 s	Rural /Maison médicale
USER 6	4	45 min 25 s	Rural /Seul
USER 7	2 (1 absent)	40 min 21 s	Rural (urbain pour absent)/ Mixte
USER 8	3 (1 absent)	39 min 10 s	Urbain / Seul
USER 9 ET 10	5 (3 absents)	44 min 49 s	Semi rural / Maison médicale
USER 11	3 (1 absent)	50 min 14 s	Urbain et semi rural /Maison médicale
MOYENNE	3,4	49 min 57 s	

Il est à noter que l'un de ces entretiens (USER 4) a été réalisé avec un seul maître de stage par obligation car l'USER ne comprend qu'un seul médecin généraliste maître de stage.

Comme précisé précédemment, chaque entretien a donc été enregistré en totalité et retranscrit dans les plus brefs délais afin de ne pas perdre les différents aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Enfin nous nous sommes attachés à la phase d'analyse du contenu de ces entretiens avec l'identification, à l'aide d'un tableur, de mots clés et de grands thèmes abordés par les participants.

4.2 Méthodologie de l'étude « stagiaires »

Afin d'approcher le ressenti et les attentes des étudiants, nous avons réalisés une série de onze entretiens auprès d'internes de médecine générale ayant effectué leur SASPAS en 2011.

Un guide d'entretien (annexe 3) a été construit d'après la recherche bibliographique et a été adapté au fur et à mesure des entretiens.

Comme pour les maîtres de stage, notre volonté initiale était de réaliser des focus group avec les étudiants. Le rapprochement géographique et le regroupement au sein d'USER avaient permis la réalisation des focus group pour les maîtres de stage. Malheureusement, ces deux critères sont absents pour les stagiaires, ce qui a rendu très difficile leurs regroupements.

Nous avons donc choisi d'opter pour une étude qualitative inductive sous la forme d'entretiens semi-dirigés.

Les étudiants interrogés ont été contactés par mail ou par téléphone, le plus souvent suite à une prise d'information auprès de leur directeur d'USER.

Les entretiens se sont déroulés, pour trois d'entre eux, le même jour que les entretiens des maîtres de stage, mais en leurs absences. Les huit autres ont eu lieu séparément entre le 01/12/2011 et le 31/01/2012.

Ils ont été réalisés dans des lieux variés tels que le cabinet d'un des maîtres de stage en fin de stage, le cabinet d'un médecin remplacé par l'ancien stagiaire, mon lieu de résidence personnelle ou la faculté de médecine de Nancy.

Les entretiens ont tous eu lieu de visu, à l'exception d'un entretien téléphonique (avec une étudiante ayant quitté la région).

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone électronique et retranscrit intégralement dans les suites immédiates des entretiens.

Le nombre d'étudiants rencontrés n'a pas été fixé à priori, mais après les onze entretiens une relative saturation des informations recueillies par rapport au guide d'entretien a été constatée et a conduit à ne pas effectuer de nouvelles inclusions.

Caractéristiques des entretiens avec les stagiaires :

Entretiens	Nombre de participants	Durée	Caractéristiques du SASPAS
Stagiaire 1	1	13 min 11 s	Rural / Semi rural
Stagiaire 2	1	11 min 41 s	Rural / Semi rural
Stagiaire 3	1	5 min 01 s	Rural
Stagiaire 4	2	22 min 16 s	Urbain / Semi rural
Stagiaire 5	1	12 min 53 s	Rural
Stagiaire 6	1	12 min 44 s	Urbain / Rural / Semi rural
Stagiaire 7	1	19 min 13 s	Semi rural
Stagiaire 8	2	20 min 22 s	Urbain / Semi rural
Stagiaire 9	4	29 min 37 s	Urbain / Semi rural
Stagiaire 10	1	14 min 09 s	Semi rural
Stagiaire 11	1	17 min 38 s	Rural
Moyenne	1,45 (16)	16 min 15 s	

5 RESULTATS

5.1 Résultats de l'étude « maîtres de stage »

5.1.1 Les débuts dans le SASPAS des maîtres de stage

Les premiers résultats de cette série de focus groups concernent les débuts dans le SASPAS des maîtres de stage. Nous avons abordé ce point afin de connaître les motivations des médecins et les différentes options pour les amener à la maîtrise de stage d'un SASPAS.

5.1.1.1 La longévité des maîtres de stage dans le SASPAS

La majorité des maîtres de stage interrogés avait désormais une certaine expérience dans la maîtrise de stage d'un SASPAS. Ils déclaraient y participer depuis les débuts ou un minimum de 4 à 5 ans. « *Moi je suis tombé dedans depuis que j'étais tout petit, donc depuis le début ...* » (IX), « *Depuis que le SASPAS existe.* » (I).

D'autres, moins nombreux, étaient plus neufs dans le SASPAS et déclaraient être encore en apprentissage : « *On découvre, cela fait un an et demi mais on débarque un peu quand même, ...* » (VI), voire même en découverte : « *Pour moi cela fait à peine un mois ...* » (VIII).

5.1.1.2 Les modes de début dans le SASPAS

5.1.1.2.1 Sur proposition d'un collègue

Pour la plupart des maîtres de stage, l'entrée dans le SASPAS s'était faite **à la suite d'une demande extérieure**, qu'elle ait été faite par le directeur d'une USER, ou par un membre du Département de Médecine Générale.

Certains avaient même nécessité plusieurs incitations : « *Moi je suis rentré comme maître de stage (...) cela fait de nombreuses années, sur proposition de X. A la suite d'une semaine médicale de Lorraine, il m'avait fait une première proposition. La première année, j'ai refusé (...). Et la deuxième année, j'ai passé le pied et je suis rentré dedans.* » (II).

D'autres soulignaient l'importance de la dynamique de groupe, notamment au sein d'une maison médicale, apportant la motivation nécessaire pour se lancer dans le SASPAS : « *J'ai contaminé mes collègues qui ont tous attrapé la maladie...* » (IX), « *Deuxième élément qui me semble important après la formation, c'est la dynamique de groupe. C'est pour cela qu'on a suivi P. et R., cela crée une émulation au service de la formation.* » (X).

5.1.1.2.2 Sur demande d'un étudiant

Ce mode d'entrée restait tout de même assez exceptionnel puisqu'il ne concernait que trois maîtres de stage dans trois USER différentes.

Pour deux de ces médecins, la demande de l'étudiant s'intégrait dans le cadre d'un projet professionnel précis : « *Il y a 3 ans, c'est C. qui m'a contacté, qui avait un stage professionnel vraiment orienté sur la précarité, qui voulait vraiment construire un projet*

professionnel avec une thèse sur le sujet à l'appui et puis une volonté de pratiquer, de s'insérer dans ce réseau de la précarité. Et puis finalement à chaque fois, on lui suggérait de revenir vers moi, et puis elle est venue me voir deux ou trois fois d'affilée comme cela et je lui disais : oui cela me fait plaisir de voir quelqu'un qui partage les mêmes centres d'intérêts que moi mais en même temps, cela me fait un peu peur. Et puis j'ai une grosse activité, j'ai peur de ne pas être assez disponible, de ne pas être un assez bon maître de stage, enfin j'étais vraiment quand même réticent. Et puis elle est revenue à la charge plusieurs fois (...). Donc là, je me suis dit : non, je ne peux pas refuser ! » (IV). Grâce à cette première expérience, ce premier maître de stage avait finalement pris goût au SASPAS et continuait à l'être depuis près de 3 ans.

Pour la seconde, l'entrée en SASPAS s'était faite « *à la demande du directeur de stage après volonté de la stagiaire d'effectuer des vacances en gynécologie* » (VI).

Il s'agissait dans son cas de son premier mois d'expérience, mais elle paraissait enthousiaste à l'idée de poursuivre en cas de nouvelle sollicitation.

Pour le troisième maître de stage, c'était l'USER complète qui s'était créée grâce à l'incitation d'un étudiant : « *Nous avons eu un interne il y a 2 ans qui était très demandeur, (...). J. était interne ici, il nous a dit : vous devriez faire un SASPAS et je viendrai faire mon SASPAS ici, et j'ai un copain qui viendrait aussi, et c'était A. que l'on a eu en premier.* » (VIII).

Dans ce dernier cas, c'était la zone géographique avec un mode d'exercice rural qui avait déclenché la sollicitation de l'étudiant.

5.1.1.2.3 Par volonté personnelle

De façon assez surprenante, seulement trois maîtres de stage de deux USER différentes déclaraient avoir démarré suite à des **démarches personnelles** : « *Moi je m'étais renseigné pour être maître de stage, cela m'intéressait, je travaille dans un cabinet isolé, je suis seul et donc je trouvais cela intéressant de pouvoir échanger, d'avoir des stagiaires. Après vous m'avez contacté, je ne sais pas comment cela s'est passé, parce que moi j'avais contacté la fac.* » (II), « *Cela doit faire une vingtaine d'années que je suis maître de stage, parce que j'ai du voir, je pense, des articles qui disaient qu'on cherchait des maîtres de stage à l'époque, et que je suis assez attiré par l'enseignement, j'ai toujours fait de l'enseignement.* » (II).

5.1.1.2.4 La suite logique de leur cursus de maître de stage

Deux maîtres de stage avaient particulièrement souligné leur ancienneté dans la maîtrise de stage, pour expliquer qu'il s'agissait d'une **suite logique** et même un **aboutissement de leur carrière d'enseignant** : « *J'ai été l'un des premiers maîtres de stage de la région. (...) Mon premier interne, je me souviens très bien de lui, il s'appelle Claude, il doit être au bord de la retraite maintenant... Mes premiers internes, c'était je pense en 1975.* » (VI), « *Je suis maître de stage depuis plus de 25 ans, depuis 1982 ou 1983. Donc être maître de stage d'un SASPAS, c'est aller jusqu'au bout.* » (XI).

Un des maîtres de stage interrogés, voyait son cursus comme une **véritable progression continue** : « *Cela fait tellement longtemps que je suis maître de stage en général, ce n'a été qu'une véritable progression. J'ai eu mes premiers étudiants dans les années 90 puis des 8e année puis des SASPAS.* » (VII).

5.1.1.3 Synthèse

La majorité des maîtres de stage possèdent désormais une expérience dans le SASPAS de plusieurs années. Cette longévité pourrait évoquer une globale satisfaction des maîtres de stage vis-à-vis du SASPAS. Bon nombre d'entre eux considèrent d'ailleurs le SASPAS comme l'aboutissement de leur carrière d'enseignant.

Le mode d'entrée des médecins généralistes dans la maîtrise de stage se fait le plus souvent sur proposition d'un collègue, qu'il soit directeur d'USER ou membre du département universitaire de médecine générale.

Les autres modes d'entrée, comme la demande d'un étudiant ou la volonté personnelle du maître de stage, restent peu développés.

5.1.2 L'organisation spécifique de chaque USER

La seconde partie des entretiens, a eu pour but de préciser le mode d'organisation de chaque USER, ainsi que la satisfaction des maîtres de stage vis-à-vis de ce fonctionnement.

5.1.2.1 Les différents modes de fonctionnement

5.1.2.1.1 Présence à jours fixes

Le mode de fonctionnement le plus développé était **le travail à jours fixes chez chaque maître de stage de l'USER.**

Cela correspondait à neuf des onze USER visitées.

Les maîtres de stage concernés soulignaient l'intérêt de pouvoir faire des échanges en cas de problème: « *Cela roule pas mal, ce n'est pas une préoccupation, c'est bien huilé et bien réglé. L'interne, sauf exception, a des jours fixes chez les différents maîtres de stage, ce qui permet de se prévenir si besoin.* » (VII), « *On prend l'interne une journée chacun, une journée fixe dans la semaine mais qu'on peut changer, adapter. En principe, une journée fixe, donc 4 jours par semaine en tout.* » (XI).

Cette organisation a ses intérêts, notamment son caractère régulier tout en restant souple. Mais elle a également ses inconvénients, notamment le report de consultations sur les autres jours de la semaine pour le maître de stage.

5.1.2.1.2 Travail en semaine complète

Ce mode de fonctionnement était utilisé dans une seule USER.

Le stagiaire **travaillait en semaine complète, avec alternance avec des semaines de repos**, le tout pour réaliser un nombre de vacances suffisant sur les six mois de stage (9 vacances par semaine pendant 26 semaines). Chaque journée travaillée était comptabilisée pour trois vacances.

Cette organisation était possible dans cette USER, car tous les maîtres de stage de l'USER exerçaient dans la même maison médicale. « *On a choisi un autre fonctionnement qui, à mon avis, n'est pas trop mal. Les internes en sont assez contents. En fin de compte (...), je considère qu'une journée avec la synthèse quand il commence à 8h et qu'il parte à 8h le soir, je compte trois bonnes demi-journées (...). En fin de compte, ils viennent des semaines complètes, une semaine d'affilée avec un médecin, ils sont sur une patientèle d'un médecin pendant la semaine, [...] et cela ils l'apprécient beaucoup. Par exemple s'ils voient une pyélonéphrite une semaine, ils vont pouvoir la suivre jusqu'à la fin de la semaine et continuer la prise en charge. Ils se retrouvent dans un système comme ils vont être dans leur pratique quotidienne, c'est notre fonctionnement ici.* » (V).

Le stagiaire était donc sous la responsabilité d'un seul maître de stage durant une semaine complète.

Le directeur de l'USER évoquait la satisfaction des étudiants et l'intérêt pour eux de ce mode de fonctionnement : « *Ils doivent faire environ 65 vacances, mais ils viennent des semaines entières et après, il y a des semaines où ils ne viennent pas. Cela fonctionne comme ça et je trouve que ce n'est pas trop mal pour eux, parce que je pense qu'ils ont une vision de la*

continuité des soins bien meilleure. On peut se le permettre car on est tous sur le même site : si on était éparpillés, cela ne serait pas possible. C'est parce qu'on est tous les 5, et qu'on est tous les 5 maîtres de stage. » (V).

5.1.2.2 Le ressenti des maîtres de stage vis-à-vis du fonctionnement de leur USER

Ces entretiens permettaient de montrer la **satisfaction globale** des maîtres de stage vis-à-vis du mode de fonctionnement de leur USER.

Certains déclaraient encore apprendre et modifier des choses, du fait de leur jeunesse dans le SASPAS : *« Je n'ai pas encore eu tellement d'étudiants que ça, donc j'apprends, j'apprends à être maître de stage. Donc moi, j'en suis encore à me chercher, et à chercher comment faire le mieux possible avec à chaque fois une personne différente. » (IV), « On y voit forcément des améliorations, quand on commence, on peut encore tout améliorer. » (VI).*

Malgré cette satisfaction globale, on notait une volonté de toujours s'améliorer et se perfectionner : *« On veut toujours perfectionner, tu as bien vu dans notre projet : on peut toujours améliorer » (III).* Un maître de stage soulignait également le caractère convivial et sympathique de leur USER : *« Cela ne nous empêche pas, humoristiquement ou sympathiquement, lors de nos réunions comme ce soir, de partager ou de digresser sur des choses où on n'est pas forcément en harmonie. » (I).*

Plusieurs maîtres de stage avaient tout de même une **inquiétude portant sur le caractère non pérenne de l'organisation de leur USER**.

Cette crainte avait été évoquée assez longuement lors de trois entretiens. Certaines USER pouvaient ne pas avoir de stagiaire chaque semestre. Cela posait un réel problème d'organisation pour les maîtres de stage concernés. Le problème avait été évoqué à deux reprises en Meuse et une fois dans les Vosges.

Pour ce directeur d'USER, c'était un vrai frein au développement de son activité d'éducation thérapeutique. C'était également difficile à gérer vis-à-vis des patients : *« Pour novembre prochain, on avait deux ou trois deuxième ou troisième choix, rien en premier. Par contre en mai, on a trois ou quatre premiers choix donc c'est un peu difficile, surtout quand on a des éléments d'organisation de groupe, (...). On ne peut pas, en particulier quand il y a de l'éducation thérapeutique, se dire un jour on le fait, un jour on ne le fait pas, parce qu'on a des patients derrière. » (IX).*

Pour cet autre maître de stage, le sujet était assez sensible. C'était d'ailleurs le seul point durant les entretiens, qui avait entraîné un sentiment de colère de la part de certains maîtres de stage : *« Pour en revenir sur la pérennité, pour avoir insisté, et tu m'as entendu gueuler plus d'une fois, c'est moi qui ait voulu qu'il y ait l'adéquation. C'est inadmissible quand il y a des stages d'organisés qu'on se retrouve sans SASPAS ou sans étudiant. » (II).*

Cela pourrait même pousser certains maîtres de stage à arrêter leur activité de SASPAS : *« Par contre, c'est vrai que 6 mois sans SASPAS, après je ne suis pas sûr que je redémarre. Parce que ça veut dire que les créneaux on les enlève, que nous on s'investie pendant ce temps là à autre chose. » (III), « C'est un inconfort à chaque fois de changer, il faut que cela soit pérenne. » (III), « Je préfère m'organiser un an sans SASPAS que un coup j'en ai, un coup j'en ai pas, sans savoir ce qui va se passer. » (IX).*

5.1.2.3 Les évolutions prévues dans chaque USER

5.1.2.3.1 L'ouverture vers de nouvelles activités

Dans un souci d'amélioration perpétuelle, quatre USER avaient décidé de **mettre en place** ou de **pérenniser une activité d'éducation thérapeutique**, où le stagiaire en SASPAS jouait un rôle central.

C'est ce que nous exposait ce maître de stage : « *On va commencer à faire de l'éducation thérapeutique le mois prochain avec le réseau ICALOR et la MSA, le SASPAS va être parti prenante, il va être obligé de venir avec moi et les infirmières de l'éducation thérapeutique.* » (V).

On note que ces USER étaient toutes comprises dans des maisons médicales. Pour deux d'entre elles, tous les maîtres de stage de l'USER étaient dans la maison médicale. La centralisation du SASPAS sur un même site semblait donc favoriser la tenue d'un tel projet.

5.1.2.3.2 Le recrutement de nouveaux maîtres de stage

Le départ d'un maître de stage était une difficulté à laquelle plusieurs USER allaient être confrontées, en raison de départs à la retraite pour deux d'entre elles ou de volonté de passer une période sans stagiaire pour une troisième. « *Je pense un ou deux médecins généralistes de plus, parce que je pense qu'on est trop juste.* » (VIII).

Le problème était même plus grave pour une USER, dont l'avenir semblait dépendre du recrutement d'un nouveau médecin généraliste.

5.1.2.3.3 Une meilleure coordination des différents stagiaires

Lors de deux entretiens, la volonté d'une **meilleure coordination** des différents stagiaires reçus était évoquée.

Pour ce médecin, il n'était pas toujours évident de gérer le stagiaire en SASPAS, l'interne en stage praticien et l'externe en 5^e année : « *C'est un sujet de réflexion en tout cas. Cette année, on a essayé de coordonner tous les stagiaires pour pas qu'ils soient là tous en même temps. On a vu cela avec les secrétaires qui manquaient de médecins en fin de semaine, donc on a essayé de repartir un petit peu mieux.* », « *Avant, c'était un vrai CHU. Il y avait moi, cela m'est arrivé, un cinquième, un interne et un SASPAS et là c'est trop, avec un jour de congé dans la semaine que je prends, donc ce n'est pas évident.* » (IX).

Pour ce directeur d'USER, il était même parfois difficile de partir en vacances, car cela ne permettrait pas aux différents stagiaires de venir suffisamment à son cabinet : « *Maintenant pour que tout le monde ait ses heures, je ne peux plus prendre de vacances !* » (VI).

5.1.2.4 La communication entre les maîtres de stage

Pour la majorité des maîtres de stage, la communication était **facile**. C'était le cas dans 9 USER sur les 11 visitées.

Pour ce maître de stage, toutes les occasions étaient bonnes pour échanger : « *On fait des staffs depuis pas loin de 30 ans avec P. sous des formes très différentes, cela peut être en courant, en faisant du vélo, en déjeunant, mais on a toujours trouvé des façons de se réunir et de parler du travail, de la maison médicale, de la fac puisque'on est impliqué dans la formation de nos internes etc. On y donne beaucoup d'importance. Et puis aussi nos formations à nous, puisqu'on forme les internes, mais on est obligé de se former aussi.* » (III).

Pour ce second, la bonne entente entre les différents médecins de l'USER permettait une bonne communication : « *La communication, j'estime qu'elle est facile entre nous, parce qu'on s'entend bien. Ce n'est pas un problème de ce côté là, comme on s'entend facilement, on communique facilement.* » (VI).

Deux autres évoquaient également que, pour des raisons d'exercice en milieu rural pour l'un et en petite ville pour l'autre, tous les professionnels de santé à proximité se connaissaient entre eux : « *De toute façon, en Meuse, on se connaît tous. On connaît tous les spécialistes et on connaît tous les généralistes, c'est-à-dire que ici, tous ceux qui sont là dans le nord meusien, on connaît tous nos confrères, physiquement. On sait un peu, entre guillemets, ce qu'ils valent, non seulement médicalement mais aussi humainement. Ce sont des relations personnelles. Les spécialistes savent, connaissent le visage du généraliste etc. donc nous, ici à plus forte raison, on se connaît bien. Donc moi de mon côté j'ai de bonne relation avec mes confrères.* » (2).

Cependant, deux entraves principales à une communication optimale avaient tout de même été évoquées.

Le problème de la distance entre les différents cabinets était retrouvé lors de quatre visites. Elle pouvait participer à la difficulté observée pour trouver des dates de réunion, citée lors d'une seule visite : « *Elle est facile mais la distance entre les différents cabinets de l'USER est embêtante. Quand on veut organiser un groupe de pairs ou une réunion, ce n'est pas facile de trouver une date. Le pôle éclaté, c'est un obstacle pour l'USER mais je pense que c'est un atout pour l'étudiant.* » (VII).

Pour une seule USER, la communication n'était pas évidente. Mais cela provenait de l'organisation même de l'USER, qui comprenait un seul maître de stage généraliste et une activité en association.

5.1.2.5 Synthèse

Le mode de fonctionnement principal des USER est le travail à jour fixe de l'interne chez chaque maître de stage. Seule une USER possède une organisation différente avec un travail en semaine complète sur la patientèle d'un maître de stage, alterné de périodes non travaillées.

Quelque soit le mode de fonctionnement, les maîtres de stage ont évoqué leur sentiment global de satisfaction. Le seul élément négatif ressortant de nos entretiens est le caractère non pérenne de certaines USER. Cela constitue sans doute le point noir du SASPAS en Lorraine qu'il faudra, dans les années à venir, s'efforcer de gommer.

Malgré leur satisfaction vis-à-vis de l'organisation de leur USER, les maîtres de stage semblent, pour un grand nombre, vouloir continuer à se perfectionner et à évoluer. Cela

passé notamment par le développement de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique, le recrutement de nouveaux maîtres de stage et la meilleure coordination des différents stagiaires.

5.1.3 Opinion générale des maîtres de stage sur le SASPAS

5.1.3.1 Opinions positives

La grande majorité des maîtres de stage avaient des **opinions très positives** vis-à-vis du SASPAS, puisque seul deux médecins émettaient une réserve.

Les maîtres de stage étaient nombreux à décrire ce stage comme une bonne chose pour les étudiants.

Pour ce médecin, c'est la **suite idéale du stage praticien** : « *Pour moi, le SASPAS c'est une prolongation remarquable du stage chez le praticien, c'est tout à fait bien* » (VI).

Certains se montraient même très expansif : « *Moi je trouve cela extraordinaire.* » (V).

Cet autre maître de stage regrettaient même de ne pas avoir pu bénéficier de ce type de stage : « *Moi, je trouve que c'est une chance inouïe pour les stagiaires. C'est vraiment une opportunité qu'on aurait voulu connaître.* » (III). Il était d'ailleurs rejoint par ce directeur d'USER, très impliqué depuis de nombreuses années dans l'enseignement : « *Je pense que c'est une bonne chose pour les étudiants, et pour les maîtres de stage aussi, et je dirais qu'on aurait du l'inventer plus tôt.* » (I).

Parmi les points positifs évoqués, la **mise en situation de médecine générale, le rapport au monde libéral et la multiplicité des maîtres de stage** étaient les plus fréquemment cités.

Pour ce maître de stage : « *ils se rendent compte du côté pratique de ce qu'est la médecine générale. Ce n'est jamais des tableaux tout faits, il y a quelque chose de beaucoup plus complexe, intriqué. On n'a pas toujours la clé de l'énigme à la fin de la consultation et cela, parfois, c'est particulièrement déroutant. Après, parfois on se rend compte que les solutions, on ne les trouve parfois pas de suite, qu'il faut parfois laisser les choses se décanter. Cela, c'est une découverte pour eux, c'est un bon enseignement et une bonne préparation pour leur exercice futur.* » (V), « *d'ailleurs c'est tout l'intérêt du SASPAS, c'est enfin de mettre des confrères dans une situation de médecine générale, donc je trouve que le SASPAS c'est très bien pour les stagiaires* » (II).

En ce qui concerne la multiplicité des modes d'exercice, son intérêt avait été avancé par trois maîtres de stage dans trois USER différentes, où les maîtres de stage avaient des patientèles (rurale/urbaine, pédiatrie/gériatrie), des conditions d'exercice (libre/RDV, avec ou sans secrétaire) et des spécificités d'exercice très différentes. Pour l'un d'entre eux cela constituait même la force de leur USER : « *L'étudiant qui va sortir il va dire : tiens chez untel ce n'était pas très bien, je ne voudrais pas faire cela et dans son choix ultérieur ça le sert. Après, c'est à lui de faire la synthèse. Tu vois, je pense que c'est un peu l'avantage de cette diversité, semi-rural, rural et puis ville et zone un peu plus difficile.* » (II).

Un médecin généraliste, qui nous parlait de ses débuts difficiles en tant que remplaçant, était enthousiaste vis-à-vis de cette façon de **débuter la médecine générale sans pression** : « *L'interne peut faire de la médecine générale à son rythme, sans avoir un objectif d'activité, sans clientélisme, etc. A voir la tutelle des autres autour qui peuvent l'aider, qui peuvent à tout moment lui dire : ça ce n'est pas si important que cela, ça tu es sur la bonne voie, pour pouvoir lui confirmer un petit peu ce qu'il a envie de faire de sa vie de médecin. Dans des conditions comme ça, c'est quand même bien. Nous on vivait cela en remplacement, mais on devait vivre, donc on devait trouver des remplacements, d'emblée faut faire de l'acte, c'est pas de la formation, c'est de l'argent uniquement. Là tu peux courir pour la qualité et l'apprentissage en même temps, j'étais un convaincu du SASPAS et je continue à l'être.* » (III).

En évoquant ses remplaçants, cet autre maître de stage estimait voir une **différence entre ceux qui ont ou non réalisé un SASPAS** : « *Je vais vous dire : on a une remplaçante qui n'a pas fait de SASPAS, moi je vois la différence... C'est au point de vue formation, au point de vue compétence professionnelle, le jour et la nuit.* » (I). Selon les maîtres de stage, le SASPAS permettrait surtout d'aboutir à une meilleure gestion du cabinet et une meilleure organisation de son travail. Sur le plan médical, il permettrait également de progresser, notamment sur le plan thérapeutique.

Cette opinion positive était assez logique de la part de maîtres de stage en activité comme cela fut le cas lors des études antérieures.

Globalement, les entretiens avaient été marqués par un grand enthousiasme vis-à-vis du SASPAS.

5.1.3.2 Opinions négatives

Deux maîtres de stage seulement sur les trente quatre interrogés, avaient un avis plutôt négatif vis-à-vis du SASPAS.

Un de ces deux médecins **ne voyait pas ce qu'il apportait de plus que le stage chez le praticien** : « *Je pense que ça fait double emploi, je me demande parfois...Moi je rajouterais, comme j'accueille des internes, par rapport au stage chez le praticien, je ne vois pas trop ce que ça apporte. [...] Chacun est poussé par des intérêts particuliers, mais je me dis du point de vue formation par rapport au stage praticien en binôme, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de différence, sauf qu'on les met plus en autonomie. Par rapport à un remplacement, je pense que le remplacement peut être presque aussi formateur...* » (VIII). Ses collègues lui avaient apportés un début de réponse. En effet, ce maître de stage laissait très vite les internes en autonomie lors du stage praticien et la différence n'était alors pas majeure.

Pour le second maître de stage, il n'y avait que **très peu de différence avec un remplacement** : « *Formateur, ce n'est pas très formateur parce que cela ressemble quand même beaucoup à un remplacement. Le débriefing du soir est souvent vite fait. On comprend aussi que le stagiaire n'ait pas envie de passer encore 2h le soir à revoir tout ce qu'il a vu dans la journée.* » (VIII). Dans ce cas, cette opinion négative paraît être liée au fait que la principale différence avec le remplacement, à savoir la supervision indirecte, était peu développée avec ce maître de stage.

Par ailleurs, on peut noter qu'il s'agissait de deux maîtres de stage relativement jeunes dans le SASPAS et qui consultaient seuls. Un d'entre eux avouait même avoir parfois besoin de période sans stagiaire.

5.1.3.3 Les intérêts personnels à être maître de stage d'un SASPAS

5.1.3.3.1 Les échanges avec les étudiants

L'intérêt le plus fréquemment plébiscité, puisqu'il était retrouvé dans dix des onze focus groups, était **l'échange entre le maître de stage et le stagiaire**.

C'est **une relation donnant/donnant** pour de nombreux généralistes enseignants.

Ce maître de stage, membre du département de médecine générale, nous faisait part de sa passion pour ces échanges avec les internes : « *Moi c'est le partage, c'est la passion de faire partager, c'est clairement cela. J'adore discuter avec un interne et discuter des tenants et des aboutissants, (...) puis essayer de montrer comment on peut encore pratiquer une médecine générale. Pas de qualité, mais d'empathie et d'écoute et de clinique. Ce partage de la clinique, avant de commencer à discuter et de thérapeutiques et examens complémentaires, c'est vraiment pour moi une passion.* » (I).

Certains déclaraient même ne plus pouvoir se passer de ces échanges : « *Ce que j'aime dans l'enseignement c'est ce que je reçois, c'est une motivation égoïste. Je ne pourrai pas revenir en arrière, j'ai besoin des étudiants, c'est un mode d'évolution.* » (VII).

Les maîtres de stage attendaient également de leur stagiaire qu'ils aient **un œil nouveau** sur leur pratique et sur certains dossiers : « *C'est intéressant aussi d'avoir le regard de quelqu'un d'extérieur sur son cabinet, je trouve que c'est un nouveau regard frais sur notre vieille façon d'être, comment on est, comment on s'est installé, comment on a laissé certaines choses aller, des bazars qui s'accumulent. Donc là, on a ce regard et aussi un regard sur la pratique.* » (VIII).

Un médecin avouait même regretter un manque de critique sur son activité de la part des stagiaires. Selon lui, ils n'osaient probablement pas émettre des commentaires négatifs sur leurs maîtres de stage : « *Je pense que des fois, je dois me tromper au niveau de mes prescriptions et que un regard, un deuxième regard, cela peut parfois être bénéfique. Et pouvoir se remettre en question par rapport à ça, c'est aussi cela que je recherche en ayant un stagiaire, c'est d'avoir un échange aussi avec quelqu'un qui a fait les mêmes études que moi, qui sort de ses études, qui a encore les idées fraîches et qui peut peut-être des fois être critique, chose que je n'ai jamais eu et c'est un regret.* » (II).

5.1.3.3.2 Une obligation de performance

Lors de huit entretiens sur onze, les maîtres de stage nous avaient expliqué **le caractère stimulant de la maîtrise de stage**, et du SASPAS en particulier.

Cela oblige les maîtres de stage à être au point, à se former pour pouvoir justifier leurs attitudes, et à prendre du recul sur leur activité : « *Pour te répondre, moi j'ai ce sentiment de prendre un peu du recul par rapport à ma propre activité professionnelle parce que lorsque tu expliques des choses, il faut bien regarder ce que tu fais aussi toi.* » (III), « *Je trouve cela très motivant pour éviter de se scléroser dans un mode d'exercice très individuel et pour justifier de nos réponses aux patients, de nos prescriptions, suivre les référentiels, s'obliger à avoir un cabinet rangé, un logiciel performant...* » (XI).

Pour l'un des médecins généralistes, cela peut entraîner de la part de certains médecins une crainte de ne pas répondre aux attentes des stagiaires. Cela nécessite donc une grande humilité des maîtres de stage : « *Je crois qu'il y a quand même une grande humilité des maîtres de stage qui acceptent de travailler en SASPAS, parce qu'on se met en danger quelque part, par le fait de comparer nos pratiques, d'avoir un étudiant qui est susceptible de comparer nos pratiques.* » (I).

Un des intervenants disait avoir voulu suivre une formation rigoureuse et nécessaire avant de recevoir des stagiaires : « *Mais je n'ai pas voulu le faire sans avoir la formation donc j'ai été me former, (...) jusqu'à ce que j'ai les connaissances requises, je trouvais que c'était le minimum il faut quand même qu'on ait tous le même langage.* » (IX).

Cela oblige également à une plus grande rigueur dans la tenue des dossiers et parfois plus globalement du cabinet.

Tous ces éléments étaient profitables aux stagiaires qui reçoivent ainsi une formation rigoureuse, mais également aux maîtres de stage pour lesquels le SASPAS constituait un versant de la formation médicale continue. Elle leur permet de satisfaire à leur volonté de performance, bénéfique pour les patients.

5.1.3.3.3 Un gain de temps libre

La majorité des maîtres de stage, ne consultait pas pendant les vacances du stagiaire. Cela leur permettait de **libérer du temps**, dans un emploi du temps souvent surchargé, qu'ils utilisaient de manières diverses.

Ce médecin avait ainsi pu se rendre à des **réunions professionnelles** : « *Cela peut aussi nous permettre de nous libérer de temps en temps, il y a un échange. Après, on en fait ce qu'on veut du temps mais à titre personnel, il y a pleins de réunions professionnelles où je suis allé, où je ne serais pas allé si je n'avais eu personne, parce que les patients sont là.* » (IX).

D'autres, utilisaient ce temps libéré aux **taches administratives**, souvent chronophages et fastidieuses, ou en profitaient pour se former (lecture, séminaire ou formation) : « *Pour moi le SASPAS c'est quand même très très intéressant, cela dégage quand même du temps, faut quand même pas rester que altruiste, ça dégage un après midi où je peux aussi avancer autre chose, et pas forcément la recherche parce que je n'en fais pas. Il faut lire, il faut faire des choses et tu ne peux pas le faire toujours à 10h du soir parce que tu tombes de sommeil.* » (VIII).

D'autres enfin, comme ce médecin proche de la retraite, profitaient de ce temps comme **d'un temps de détente et de repos** : « *Quand on a une stagiaire qui roule bien c'est un bonheur. Je suis à la maison, je suis joignable, mais à côté de cela, c'est une merveille. Pour nous c'est vraiment bien, quand il n'y a pas de soucis bien sûr. Pour moi, un stagiaire qui va bien, c'est une bénédiction.* » (II), il rajoute même de façon humoristique : « *L'idéal, cela serait d'avoir 4 SASPAS en même temps, moi s'il me fait le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi, je suis preneur.* » (II).

Pour deux maîtres de stage, les stagiaires en SASPAS constituaient même **une aide non négligeable** : « *Il y a un intérêt dans un cabinet comme cela, d'aide, on a une grosse activité.* » (V), « *En pratique, honnêtement, il faut dire les choses comme elles sont, cela nous décharge d'une partie de notre travail. C'est quand même bien agréable aussi, je suis joignable, s'il y a un pépin, je suis là mais bon je suis chez moi, je peux faire de la paperasse que j'ai en retard et j'ai le stagiaire qui fait un petit peu mon boulot.* » (VI).

5.1.3.3.4 Rompre la solitude

Trois maîtres de stage évoquaient le fait de **rompre leur solitude** et de partager leur quotidien comme un intérêt majeur à la maîtrise de stage.

Ces maîtres de stage consultaient tous seuls dans leur cabinet, ce qui peut expliquer ce sentiment.

Ce médecin généraliste consultait seul en milieu rural : « *Cela permet aussi de lutter contre l'isolement, les habitudes. Cela s'est toujours bien passé même avec l'usure du temps.* » (VII)

alors que celui-ci consultait seul mais en centre ville de Nancy : « *Finally je pense que le médecin qui a une maîtrise de stage sort un petit peu de sa solitude, cela lui ouvre des horizons* » (IV).

Ce sentiment était donc surtout partagé par des médecins exerçant seuls mais quelque soit leur type d'activité.

5.1.3.3.5 Favoriser les échanges entre collègues

Un des atouts du SASPAS était qu'il semblait **favoriser les échanges entre les différents maîtres de stage de l'USER.**

Pour ce médecin très impliqué dans l'enseignement, son USER constituait un véritable groupe d'échange de pratique : « *On s'apporte, chacun des maîtres de stage apporte quelque chose à l'autre, il n'apporte pas qu'à l'interne SASPAS. On retire de l'expérience et de la pratique d'un ou des autres maîtres de stage du SASPAS, des choses qu'on applique ensuite. C'est vraiment des échanges de pratiques, non seulement vis-à-vis des quatre maîtres de stage de notre USER, vers l'interne mais aussi entre nous. En fait, ce sont des échanges pédagogiques vers chacun.* » (I).

5.1.3.3.6 Mise en contact avec de futurs remplaçants

Pour deux maîtres de stage, devant la difficulté pour trouver des remplaçants, le SASPAS avait permis de se **constituer un carnet d'adresse de futurs remplaçants compétents**, connaissant bien le cabinet : « *Et puis honnêtement il y a un autre intérêt, c'est peut-être plus pragmatique pour nous, mais c'est d'avoir des relations avec des étudiants qui sont susceptibles de devenir nos remplaçants. Il ne faut pas se leurrer, c'est extrêmement intéressant en plus d'avoir des gens qui ont déjà travaillé avec nous et qui peuvent nous remplacer ensuite au pied levé.* », « *Ils connaissent le cabinet, c'est un gros avantage* » (I).

5.1.3.3.7 Un développement d'activité

Comme nous l'avons abordé plus haut, la présence du stagiaire SASPAS avait permis la mise en place d'une activité d'**éducation thérapeutique** dans une USER : « *Cela a permis de progresser, c'est grâce à cela que tu as pu faire l'éducation thérapeutique que l'on n'aurait jamais fait autrement* » (IX).

Grâce au SASPAS, un autre maître de stage déclarait vouloir se lancer dans des projets de recherche : « *Je découvre finalement que l'on peut avoir un intérêt commun avec les étudiants, sur le point des projets de recherche et puis en même temps de la médecine praticienne. Donc là, je suis en train de découvrir cela, et finalement avec Médecins du monde, on devrait avoir les moyens d'avoir des sujets d'études, de recherches en commun et mettre un étudiant aussi sur ce type de travail.* » (IV).

Un seul maître de stage avouait n'en retirer aucun intérêt personnel. Sur ce point, il mettait le SASPAS en opposition avec les stages chez le praticien dont il préférait les qualités

d'échange et la relation avec le stagiaire : « *Non moi, je n'ai pas d'intérêts personnels. Moi franchement le SASPAS, j'ai moins d'intérêt intellectuel qu'avec le stagiaire parce qu'on se voit beaucoup moins, on fait un débriefing le soir. A part s'il y a deux ou trois questions... Non moi personnellement, cela ne m'apporte rien, je le fais parce que je suis maître de stage depuis longtemps et que je suis convaincu que pour exercer la médecine générale, il vaut mieux avoir fait des stages en médecine générale et savoir ce que c'est* » (XI).

5.1.3.4 Les inconvénients personnels à être maître de stage d'un SASPAS

5.1.3.4.1 La prise de temps

Alors que le fait d'avoir du temps libre grâce au SASPAS avait été salué lors de quatre entretiens, on retrouvait paradoxalement la perte de temps au premier rang des inconvénients cités.

Ce médecin signalait l'importance du **temps pédagogique** : « *C'est sûr que le temps pédagogique grève le temps de la consultation, plus, beaucoup plus pour le premier stage, c'est évident.* » (I). La plus grande lourdeur en termes de temps et d'investissement du stage praticien était tout de même souligné par beaucoup.

On s'est aperçu que deux des médecins se plaignant de cette perte de temps consultaient en même temps que le stagiaire. Dans ces conditions, la supervision indirecte venait alors à la fin d'une journée classique et devenait alors une charge plus importante : « *Cela prend du temps en fin de journée, au lieu d'avoir terminé ta consultation, tu dois rejoindre le stagiaire pour faire le débriefing des dossiers* » (III).

5.1.3.4.2 Faire confiance et confier sa clientèle

Le pas le plus dur à franchir, pour de nombreux médecins généralistes, était celui de **faire confiance au stagiaire** et de le laisser seul avec sa clientèle.

Pour ce médecin, malgré les années d'expérience, il restait toujours une appréhension : « *Ce n'est pas simple d'être maître de stage, ce n'est pas simple de laisser sa clientèle et dieu sait qu'on le fait depuis des années puisqu'on était des pionniers. Je reste toujours un peu méfiant.* » (III).

Ce deuxième maître de stage évoquait son stress, notamment dans les débuts du stage : « *Cela apporte quand même une certaine dose de stress, moi je ne suis pas toujours tranquille quand je sais que le SASPAS est en train d'examiner un cas qui est pas très facile, je suis tenté d'y aller pour voir* » (V).

Le manque d'informations fournies aux maîtres de stage sur les étudiants participait au manque de confiance et à l'appréhension présents en début de stage : « *Le problème c'est qu'on a une méconnaissance complète de ce qui s'est fait avant, puisqu'il nous est arrivé quand même quelques déboires, il n'y a pas que la dernière fois. Là-dessus on a manqué quand même sérieusement d'informations. On voudrait bien en savoir un peu plus, on ne demande pas de tout savoir : les secrets d'état ni leur problème de santé psychiatrique, psychologique ou autre, mais un minimum parce qu'ils sont quand même malgré tout dans la clientèle.* » (II). Il soulignait ainsi son sentiment de responsabilité vis-à-vis de ses patients et sa crainte de voir les choses mal se passer.

Quatre maîtres de stage ressentaient une réelle appréhension d'avoir en stage un étudiant avec lequel ils ne s'entendraient pas : « *Pour avoir vécu une fois une relation difficile avec un étudiant, mais pas en SASPAS, en stage praticien, moi j'ai une certaine appréhension d'avoir un jour un étudiant avec lequel je ne m'entends pas, de devoir supporter un étudiant avec qui le courant ne passerait pas, qui ne serait pas réceptif, (...) donc ce n'est pas encore arrivé en SASPAS mais il n'y a pas de raison que cela n'arrive pas.* » (I). Pour trois d'entre eux, ces craintes étaient justifiées par une expérience malheureuse au cours d'un stage chez le praticien. Cependant, les maîtres de stage restaient dans l'ensemble assez satisfaits de leurs relations avec les stagiaires.

5.1.3.4.3 Un report de l'activité au lendemain

Les maîtres de stage les plus anciens dans le SASPAS avaient pu remarquer que les patients avaient pris l'habitude de la présence du stagiaire en SASPAS à un jour fixe. Cela avait pour conséquence de diminuer la demande de consultation ce jour et donc de provoquer **une augmentation d'activité pour le maître de stage le lendemain.**

Pour ce médecin, c'était un réel problème, notamment en période de forte activité comme en hiver : « *Un autre problème aussi à partir du moment où le stagiaire travaille moins que nous et bien le lendemain on a plus de boulot, cela fait parfois des journées importantes le lendemain, surtout en hiver.* » (XI).

C'était également un souci pour ce médecin qui consultait sur rendez-vous : « *C'est un peu le problème on veut être honnête avec les gens on dit : voilà c'est la remplaçante, ils savent comment cela marche et j'ai l'impression, comme disait l'autre confrère, que le lendemain il y aura des journées énormes, cela va se décaler...* » (VIII).

5.1.3.4.4 La perte de clientèle

Le fait d'être maître de stage semblait parfois entraîner une **perte de clientèle.**

Pour ce maître de stage, ce phénomène pouvait même être chiffrée : « *On perd aussi une partie de notre clientèle au départ parce qu'on prend des étudiants et que certains n'aiment pas cela et ne veulent pas. Il faut l'admettre je pense qu'au départ il y a une perte de 10%, après non.* » (VII).

Cependant, cette perte de clientèle n'était pas considérée comme étant un inconvénient majeur qui pourrait le détourner du SASPAS. Pour certains, cela permettrait au contraire une sélection des patients les plus fidèles.

Les membres d'une autre USER soulignaient l'importance de trouver le bon équilibre, afin de continuer à voir eux-mêmes leurs patients de façon régulière : « *L'inconvénient, je dirais qu'il est au niveau, pour ma clientèle, d'avoir le juste milieu, il faut qu'ils me voient suffisamment. C'est compliqué, parce qu'il y a nos contraintes (...). Il y a une espèce de dosage savant...* » (X).

5.1.3.4.5 Confier son cabinet

Un des inconvénients évoqués était la difficulté pour certains de **laisser leur cabinet à un étudiant qu'ils connaissaient peu**.

Cela n'était pas toujours bien vécu par les maîtres de stage qui voyaient cela comme une intrusion dans leur intimité. Pour ce maître de stage exerçant seul dans son cabinet, il s'agissait même d'une sorte de « viol » : « *J'espère qu'ils ne foutront pas le bordel, dans le dossier j'aime bien qu'on rédige bien les choses, qu'on ne fasse pas n'importe quoi. On prête nos bureaux où il y a ton pognon, tes papiers, les photos de ta femme, de ta maîtresse, de tes gosses, il y a quelque part une intimité que tu vas partager et ce n'est pas toujours évident. Il faut savoir que pour nous c'est un petit viol à chaque fois.* » (IV).

Un autre médecin utilisait des mots moins durs mais décrivait les mêmes difficultés, d'autant que son cabinet se situait dans sa maison personnelle : « *Mon cabinet médical est situé dans ma maison personnelle ce qui peut ne pas être facile ni pour l'étudiant ni pour le maître de stage.* » (XI).

5.1.3.5 Souhait de continuer à être maître de stage d'un SASPAS

Après avoir passé en revue les intérêts et inconvénients de la maîtrise de stage d'un SASPAS, nous avons souhaité savoir si les médecins généralistes interrogés pensaient à l'avenir continuer cette expérience.

La réponse avait été quasi **unanime** et pour le moins pleine d'envie. On le voyait d'ailleurs chez ce maître de stage, enseignant de longue date mais qui ne semblait pas se lasser : « *Oh oui !!* » (I), les autres témoignages ne manquaient également pas d'enthousiasme : « *Oui, jusqu'à la retraite.* » (V), « *Moi aussi je pense jusqu'au bout.* » (VI), « *Moi dans 10 ans je suis encore là.* » (VI).

Quelques-uns émettaient cependant une **réserve**.

En effet, deux maîtres de stage souhaitaient poursuivre l'aventure mais **pourraient arrêter en cas d'éventuelles mauvaises expériences** : « *Jusqu'à la fin de ma carrière, je pense que oui. Si ça se continue dans de bonnes conditions, mais 2 ou 3 coups de Trafalgar comme on a eu, cela peut me faire tout arrêter* » (III).

Mais l'élément qui pourrait amener le plus de médecins à ne pas continuer à être maître de stage d'un SASPAS était **l'organisation irrégulière actuelle et son caractère non pérenne** dans certaines USER : « *C'est vrai que 6 mois sans SASPAS, après je ne suis pas sur que je redémarre parce que ça veut dire que les créneaux on les enlève. Que nous on s'investie pendant ce temps là à autre chose.* » (III), « *Je n'ai pas répondu en tant que directeur d'USER pour le mois de novembre, on n'avait personne qui avait pris en premier choix. Donc je préfère m'organiser un an sans SASPAS que un coup j'en ai, un coup j'en ai pas sans savoir ce qui va se passer.* » (IX).

Pour deux USER, ce n'était pas la volonté de poursuivre qui posait problème mais la nécessité de recruter un ou plusieurs maîtres de stage pour pouvoir continuer : « *On aimerait bien mais ce n'est pas lié qu'à nous, cela dépendra de la conjoncture que prendra les choses. Un des maîtres de stage part à la retraite, nous avons donc la nécessité d'en trouver un autre pour*

notre USER et ce n'est pas évident. » (VII). Certains maîtres de stage pourraient donc stopper, au moins temporairement, leur activité dans le SASPAS, malgré leur envie de poursuivre.

Un des maître de stage souhaiterait lui avoir des stagiaires uniquement en période hivernale : *« Ce qu'on pourrait envisager c'est dire : on prend uniquement en période hivernale. »* (VIII). Cela s'expliquait par sa faible activité estivale et son besoin d'avoir des périodes sans stagiaire.

5.1.3.6 Synthèse

Trente deux maîtres de stage sur les trente quatre interrogés ont une opinion positive, voir très positive, vis-à-vis du SASPAS.

Les principaux atouts du SASPAS évoqués par les maîtres de stage sont la mise en situation de médecine générale, le rapport au monde libéral et la multiplicité des maîtres de stage.

Seuls deux maîtres de stage ont donc un avis plutôt négatifs. Le premier trouve que le SASPAS n'apporte rien de plus que le stage praticien. Le second pense que la différence avec un remplacement est étroite.

A l'exception d'un maître de stage, tous avouent avoir trouvé des intérêts personnels à être maître de stage d'un SASPAS. L'intérêt premier, sur lequel les médecins interrogés sont quasi unanimes, est l'échange entre le maître de stage et le stagiaire. L'obligation de performance, le temps libre dégagé et la rupture de l'isolement du médecin généraliste sont également fréquemment cités.

Cependant, les maîtres de stage évoquent aussi dans nos entretiens des inconvénients à être maître de stage d'un SASPAS. Les trois principaux semblent être la prise de temps constituée par le temps pédagogique, la difficulté à faire confiance et confier sa patientèle et le report des consultations au lendemain.

Le vécu des maîtres de stage en SASPAS est globalement positif. Ainsi la grande majorité souhaite poursuivre leur implication dans ce type de stage à l'avenir. Quelques uns émettent simplement une réserve. Une mauvaise expérience ou l'organisation non pérenne de leur USER pourraient leur faire rapidement changer d'avis.

5.1.4 Durée du SASPAS

Les études précédentes ont montré que la durée du SASPAS paraît être trop courte pour la plupart des maîtres de stage. Les résultats de notre étude sont sensiblement différents.

Pour le plus grand nombre, **la durée de six mois paraissait être la plus adaptée.**

Elle permettait l'établissement d'une relation de confiance avec les patients et un suivi qui se rapprochaient le plus d'une vraie relation patient-médecin, sans pour autant tourner en rond : « *Ce qui est intéressant c'est que sur six mois il revoit les gens, on est dans le continuum ... Donc après il se crée un relationnel entre le patient et le stagiaire qui est un peu de l'ordre de ce qui se crée avec nous parce qu'il se confie et c'est eux qui vont les suivre pendant six mois. Cela peut arriver et sur ce plan là je pense que c'est intéressant.* » (VIII), « *C'est correct, pour faire le tour des choses, comme en hospitalier, je pense que 6 mois on fait le tour des choses, c'est une bonne période.* » (V).

Lors de trois entretiens, les maîtres de stage avaient admis que trois mois de stage semblaient suffisants.

Pour ce médecin, passé ce délai, ce n'était plus de la formation mais du travail : « *Quand on a un stagiaire qui est intelligent, 3 mois de stage, quelque soit le lieu, est suffisant pour le former. Après ce qui se passe dans les services hospitaliers, et chez nous aussi parce qu'il faut pas se le cacher, c'est qu'on utilise le stagiaire non plus pour faire de la formation mais pour faire du travail. Normalement tous les stagiaires, tous les internes sont en formation, c'est-à-dire que dès qu'ils ont acquis la formation ils devraient changer de stage pour faire autre chose. Après il faut bien une durée, mais je pense que dans n'importe quel stage le gars ou la fille qui est intéressé en 3 mois de temps il a fait le tour, après le reste c'est de l'utilisation. En médecine générale il y a des choses un peu différentes mais je pense honnêtement qu'en 3 mois, 4 mois...* » (II).

Cet autre maître de stage remarquait également que le stage avait tendance à se transformer au fil des mois en remplacement : « *Moi je trouve c'est suffisant voir un peu long. Je trouvais qu'au bout des 3, 4 premiers mois cela roulait tout seul et cela glissait du coup vers un remplacement, mais bon après il faut demander aux stagiaires...* » (VIII).

Pour deux maîtres de stage, la durée idéale variait en fonction du nombre de médecins de l'USER. Si ce nombre était élevé, le stage paraissait court, et à contrario, si ce nombre était faible, il paraissait trop long.

Un seul maître de stage ressentait ce stage comme trop court pour une formation optimale de son stagiaire : « *C'est juste, c'est court. Honnêtement c'est court.* » (IX).

Nous avons également évoqué la grande disparité de l'activité médicale entre le semestre hivernal et le semestre estival : « *La coupure mai/novembre n'est pas forcément une bonne coupure car cela va faire deux stages très différents en terme d'activité et de pathologies mais sur le plan universitaire c'est difficile de faire une autre organisation.* » (VII).

Globalement, les maîtres de stage étaient satisfaits de la durée de six mois. Malgré tout, quelques-uns avouaient qu'en fin de stage, avec l'assurance prise par le stagiaire et la confiance acquise du maître de stage, l'évolution pouvait parfois se faire vers un semblant de remplacement. Ils comprenaient ainsi le sentiment que peuvent parfois avoir certains stagiaires d'une forme d'exploitation.

5.1.5 Le SASPAS et les stagiaires

Cette partie de l'étude avait pour but d'évaluer l'ensemble des caractéristiques qui concernaient l'étudiant : du mode de choix des stagiaires, à la supervision indirecte, en passant par leur évaluation...

5.1.5.1 Ce que le SASPAS apporte aux stagiaires

5.1.5.1.1 Une mise en situation de médecine générale

Pour les maîtres de stage, le SASPAS permet d'être confronté au métier auxquels les stagiaires se destinent. Il permet même une **véritable mise en situation de médecine générale** où le stagiaire a une vision globale de tous les aspects de la médecine générale et du monde libéral.

Pour ce premier médecin c'était : « *une vrai mise en situation de professionnalisme.* » (I). Plusieurs maîtres de stage évoquaient une confrontation avec le mode d'exercice futur des stagiaires : « *C'est vraiment la confrontation avec le réel.* » (VI), « *Quand ils arrivent ici, ils sont dans la vraie vie, dans un cabinet de médecine générale* » (IX).

D'autres médecins soulignaient la vision globale de la médecine générale que permettait le SASPAS, sur le plan médical : « *Simplement multiplier les occasions d'être confronté à la pathologie, aux situations, aux patients, à la personnalité des gens, aux situations de négociations...* » (IV), mais aussi sur le plan administratif : « *On leur apporte aussi en SASPAS par rapport au stage chez le prat, une vision plus libérale. Première chose : moi je leur demande de gérer leur temps (...). Ils font les comptes, on leur demande d'avoir un aspect plus libéral, de faire la fin de journée, les chèques, les espèces, moi je leur demande en tout cas. Que les comptes soient un petit peu juste parce qu'ils seront confrontés à cela en tant que médecin remplaçant et une fois installé. Quand c'est l'époque des impôts je leur en touche un petit mot aussi (...). Pour moi c'est une vue tournée beaucoup plus sur l'exercice libéral et cela les sort beaucoup de l'exercice hospitalier.* » (X).

Plusieurs médecins insistaient également sur l'acquisition d'une démarche de médecine générale. Pour ce médecin, c'était un élément important : « *Donc le but est que ces stagiaires connaissent la finalité de l'exercice, la façon dont fonctionne un cabinet de médecine générale (...). On raisonne par étape en général, on balaye pas comme les hospitaliers : RP, analyse de sang, ECG...(...). On se dit : il vient pour ça, qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce qu'on va faire, au moindre coût ... Donc il y a une démarche qui est une démarche de médecine générale.* » (II).

Il en profitait ainsi pour mettre en évidence les différences avec le milieu hospitalier, notamment l'accès aux examens complémentaires et aux infrastructures.

La responsabilisation du stagiaire, qui travaille seul, était également une différence mise en avant par ce médecin : « *Je pense que pour eux c'est une super expérience, avant peut-être un jour d'être sur le terrain réel, en libéral. Parce que dans toutes les structures tu es toujours encadré, en structure hospitalière etc. Tu fais des choses mais tu as toujours un superviseur direct. Donc ce n'est pas la même chose tu sais que si tu as un petit problème tout de suite, tu appuies sur le bouton et tu as la réponse. Nous il y a un temps de latence, je dirais et pendant ce temps de latence il faut qu'ils assument, enfin moi je vois cela comme ça.* » (I).

5.1.5.1.2 L'acquisition de l'autonomie

Bien que le stage praticien permettait déjà une mise en autonomie progressive, le SASPAS était cité comme un complément intéressant pour les étudiants, afin de **gagner en assurance et en expérience**.

Pour ce maître de stage, la mise en autonomie lors du stage chez le praticien n'était pas suffisante : « *Il est seul, il est autonome, il prend les décisions. L'autonomie on y arrive quand même dans le stage prat à la fin mais trop peu, c'est quand même intéressant que pendant six mois ils aient leur propre autonomie* » (IX).

Un des médecins interrogés pensaient même qu'il s'agissait du principal intérêt du SASPAS : « *De l'autonomie et de l'assurance, c'est évident.* » (III), il précisait même que c'était pour lui la meilleure préparation pour devenir remplaçant.

5.1.5.1.3 Voir différentes pratiques

C'est un atout pour le stagiaire, souligné par deux maîtres de stage.

Un maître de stage se félicitait des bénéfices apportés par une USER variée : « *C'est important de voir aussi différents médecins et différentes pratiques (...). C'est très enrichissant pour le stagiaire.* » (III).

Ce deuxième médecin trouvait, en effet, intéressant que le stagiaire puisse, dans un même stage, observer des médecins d'âges et de vécus différents qui allaient en conséquence avoir des pratiques médicales variées : « *Le grand intérêt du SASPAS c'est la variété d'exercice qu'il va voir par tel ou tel médecin. Alors c'est sûr, les recommandations on ne peut pas s'en affranchir, mais je ne pense pas que tel médecin a juste et tel médecin a tort, mais lui il faut qu'il prenne le meilleur de chacun.* » (X). Le stagiaire pouvait alors comparer les pratiques et en garder le meilleur, pour ainsi avoir la formation la plus complète possible.

5.1.5.1.4 Le SASPAS permet aux stagiaires de progresser

Les maîtres de stage jugeaient une grande partie des stagiaires compétents à la fin du stage praticien. Cependant, certaines lacunes persistaient à l'arrivée dans le SASPAS et celui-ci permettait alors une progression.

Pour deux maîtres de stage, le principal souci des étudiants restait la **thérapeutique**. C'est sur ce point qu'ils espéraient pouvoir leur apporter les connaissances qu'ils leur manquaient : « *Quand ils arrivent ici, ils sont dans la vraie vie, dans un cabinet de médecine générale où ils vont atterrir en tant que remplaçant et donc ce n'est pas du tout le même exercice. Et donc là bien sûr c'est nous qui leur apportons beaucoup, en particulier au niveau thérapeutique, sur toutes les prescriptions* » (IX).

Le **versant administratif** de la profession libérale était également un point de progression : « *Faire une télétransmission, tout cela il faut qu'il sache et ce n'est pas à l'hôpital qu'on leur apprendra. Cela passe aussi par la paperasse, ils se rendent compte aussi qu'on passe un temps fou en paperasse.* » (VI).

Pour ce médecin, la progression se faisait aussi par une **meilleure connaissance des réseaux de soins extrahospitaliers** : « *Donner une vision du réseau de soin extrahospitalier aussi, parce que finalement quand on sort de l'hôpital on connaît tous les collègues hospitaliers*

mais on ne connaît pas du tout le monde extrahospitalier, le monde libéral, les cliniques et tout ça donc de connaître les autres partenaires, se rendre compte qu'il y a toujours quelqu'un pour nous aider, qu'on peut appeler. » (IV).

5.1.5.1.5 Synthèse

La majorité des maîtres de stage s'accordent sur le fait que le SASPAS apporte beaucoup à leurs stagiaires.

Ils soulignent en particulier l'importance de la mise en situation de médecine générale et de ce contact avec le monde libéral.

L'acquisition d'une autonomie complète dans le travail est également attribuée au SASPAS, permettant une préparation optimale aux remplacements.

Enfin, le SASPAS permet selon les maîtres de stage de faire progresser les stagiaires. Cette progression serait surtout évidente sur le plan thérapeutique et administratif.

La diversité des maîtres de stage et des cabinets serait, selon deux maîtres de stage, un atout essentiel pour les étudiants.

5.1.5.2 Les modalités de choix des stagiaires

Les modalités de choix des stagiaires en SASPAS en Lorraine ont récemment été modifiées. Les stagiaires doivent maintenant réaliser un pré-choix, constitué de trois USER par ordre de préférence. Les directeurs d'USER reçoivent alors les résultats de ces pré-choix et peuvent donner ou non leur accord pour chaque demande. C'est ensuite le classement aux ENC qui départage les étudiants pour l'attribution d'un même poste. Mais qu'en était-il de l'avis des maîtres de stage vis-à-vis de ces modalités de choix ?

5.1.5.2.1 Méconnaissance des modalités de choix

Une majorité des maîtres de stage déclarait ne pas savoir comment se faisaient les choix de leurs stagiaires.

Cela concernait la quasi totalité des maîtres de stage non directeurs d'USER mais aussi, de façon plus surprenante, une grande partie des directeurs d'USER.

Nos entretiens avaient permis de les éclairer sur ce point.

Pour ce directeur d'USER, les informations que la faculté de médecine de Nancy lui avaient fournies ne semblaient pas très claires : « *Je n'ai toujours pas compris comment cela marche. C'est extrêmement bizarre, j'ai reçu un petit papier, et je comprends encore moins.* » (III). Pour ce maître de stage, cela semblait tout aussi confus : « *C'est-à-dire ? On ne sait pas comment c'est choisi.* » (V)

5.1.5.2.2 Refus de prendre un stagiaire non connu

Cinq maîtres de stage, de quatre USER différentes, nous avaient avoué refuser de prendre des internes en SASPAS qu'ils ne connaissaient pas ou qu'ils n'avaient jamais vu : « *Moi ceux qui ne me contactent pas, que je n'ai jamais vu, [...] je mettrai défavorable. Je ne veux pas prendre quelqu'un qui ne vient pas se présenter et que je ne connais pas.* » (V).

Deux d'entre eux allaient même plus loin car ils préféreraient n'avoir en SASPAS que des étudiants qu'ils avaient eu précédemment en stage praticien.

Celui-ci trouvait même cela plus formateur d'enchaîner les deux stages : « *De préférence, on aime avoir des stagiaires qu'on a déjà eu, cela fait en tout un stage d'un an chez nous avec le stage praticien.* » (VII).

Cet autre médecin avait cet élément comme idée de fonctionnement pour son USER : « *On avait dans l'idée avec P. que les SASPAS on voulait qu'ils aient été étudiants chez nous ou chez des gens qu'on connaissait, cela nous paraissait être le minimum.* » (IX). Il allait même plus loin : « *Je serai prêt à imposer ce genre de chose. C'est un peu comme si quelqu'un était formé dans un service de chirurgie, qu'il aille bosser chez un autre alors que celui qui l'a formé c'est cassé le trognon à le faire. C'est sûr que s'il pouvait y avoir des filières et qu'on pouvait choisir en même temps les deux stages...* » (IX).

5.1.5.2.3 Satisfaction du nouveau système de choix

Seuls deux médecins se montraient satisfaits du mode de choix des étudiants.

Ce constat était à pondérer par le fait que la majorité des maîtres de stage n'était pas réellement au courant des caractéristiques de cette procédure.

Un des directeurs d'USER appréciait de pouvoir garder la main au cours du choix : « *La dernière façon de choisir où on leur demandait de faire trois choix et où nous on pouvait choisir s'il y en a plusieurs, ce n'est pas si mal que cela.* » (XI).

Un autre y trouvait une réelle amélioration : « *Je crois que c'est difficile d'imaginer un autre système, cela me paraît mieux depuis le nouveau système avec la liste qui nous est fournie, cela nous a permis de faire un équilibre.* » (VII)

5.1.5.2.4 Insatisfaction du système de choix des stagiaires

Un maître de stage regrettait que les choix de stage en SASPAS doivent se faire si tôt : « *C'est un peu le problème de la chronologie à laquelle on demande aux internes de faire leur choix. Avant il faisait leur choix après être passé, je ne sais plus comment cela fonctionnait, parce que maintenant ils choisissent en fonction des informations internes des stagiaires : le fameux guide du stagiaire, avec des bonnes choses et des choses moins bonnes. [...] C'est le seul petit bémol sur l'organisation.* » (IX) Il lui paraissait difficile que les stagiaires choisissent au moment où il leur était demandé de le faire.

Pour un autre, les choix se faisaient trop tôt mais pour d'autres raisons. Il aimait faire des pauses dans son activité SASPAS et ce système l'obligeait à s'engager très tôt : « *On est obligé de se déterminer 6 mois à l'avance, on a du mal à dire non, c'est difficile, moi j'ai souvent du mal à dire non. Ca c'est mon problème personnel, on se dit : je ne suis pas tout seul dans le jeu, si on arrête on arrête quoi...* » (VIII). Pour d'autres médecins, du fait de leur localisation géographique, éloignée de l'axe Nancy-Metz, le mode de choix était aléatoire : « *C'est la roulette ! Nous ici on ne choisit pas.* » (II).

5.1.5.2.5 Synthèse

Les modalités de choix des stagiaires en SASPAS étaient, avant nos entretiens, méconnues d'une majorité des maîtres de stage et même de certains directeurs d'USER. Les avis vis-à-vis du mode de choix étaient, par le fait, assez peu contributifs. Le timing de ce choix semblait, cependant, être un élément négatif pour plusieurs maîtres de stage.

5.1.5.3 Le caractère indispensable ou non du SASPAS

Nous avons vu précédemment que la quasi totalité des maîtres de stage trouvait le SASPAS bénéfique pour les étudiants. Mais le pensaient-ils indispensable dans la formation des futurs médecins généralistes ?

5.1.5.3.1 Le SASPAS est indispensable

Environ la moitié des maîtres de stage interrogés aimerait voir le SASPAS être rendu **obligatoire** pour les étudiants se destinant à la médecine générale.

Deux d'entre eux émettaient tout de même une légère retenue : « *Moi je ne suis pas déçu et je trouve que c'est vraiment un complément quasiment obligatoire au premier stage chez le praticien* » (I), « *A développer, à vulgariser, je dirais presque à imposer pour ceux qui veulent exercer en milieu ambulatoire.* » (I).

Pour certains, cela ne faisait aucun doute : « *Oui je crois que le SASPAS devrait, quand on s'oriente vers la médecine générale, être obligatoire, c'est une obligation.* » (V). Ce maître de stage allait même plus loin en demandant un stage de six mois de médecine générale obligatoire pour tous les futurs médecins quelle que soit leur spécialité : « *Il serait indispensable que tout médecin quel qu'il soit, quoiqu'il advienne pour lui, quoiqu'il fasse plus tard, fasse 6 mois chez un médecin généraliste, c'est primordial. [...] Ce n'est pas seulement les convertir mais qu'ils sachent de quoi ils parlent.* » (IX). Cependant, ce rôle semblait plutôt être celui du stage de médecine générale du 2^e cycle, qui a été mis en place à Nancy il y a quelques années.

5.1.5.3.2 Le SASPAS est fortement souhaitable

Les autres maîtres de stage ne franchissaient pas le pas de rendre le SASPAS obligatoire mais le trouvaient **fortement souhaitable** dans le cursus d'un futur médecin généraliste : « *Indispensable non, on en est la preuve mais très souhaitable et bénéfique.* » (III), « *Je pense que oui, nous a ne l'avons pas eu... Peut-être pas indispensable mais très utile* » (VI).

Ils considéraient que l'absence de SASPAS n'empêchait pas les étudiants de devenir de bons médecins généralistes. Ils en étaient la preuve car ils n'avaient pas bénéficié eux-mêmes de ce stage. Le SASPAS était donc très profitable au stagiaire mais son caractère non obligatoire pouvait être compensée par l'expérience personnelle, que les étudiants acquerront avec les années.

Un autre médecin, même s'il pensait ce type de stage souhaitable, ne pensait pas son caractère obligatoire réalisable car le SASPAS nécessitait des stagiaires motivés : « *Imaginer un médecin généraliste en formation non motivé pour la médecine générale cela risque d'être dur, cela pose un problème pour toi et ta clientèle.* » (I).

5.1.5.3.3 Ils auraient voulu faire un SASPAS

Plusieurs maîtres de stage regrettaient de ne pas avoir pu bénéficier de ce type de stage : « *c'est un manque que l'on a eu au début et on l'a senti.* » (XI), « *C'est une chance énorme, que l'on n'a pas eu.* » (II).

C'était d'ailleurs l'occasion pour eux d'évoquer leurs débuts difficiles dans le remplacement : « *On a découvert et commencé à apprendre la médecine générale en faisant des remplacements, c'est gravissime [...]. C'était des gens qui sortaient de la fac qui ne savaient pas ce que c'était que la médecine générale.* » (III), « *J'ai fait mon premier remplacement, j'étais en 7ème année de médecine, c'était pour te dire, bon j'avais eu des postes de fonction d'interne, en diabète, en pédiatrie mais quand même cela fait un choc. C'est la preuve que c'est possible mais...* » (IV).

5.1.5.4 La supervision indirecte

L'autonomie supervisée représente un élément clé du SASPAS. C'est cette action pédagogique qui fait la différence majeure avec un remplacement.

La supervision peut être **directe** (recours immédiat possible par téléphone ou auprès d'un autre des maîtres de stage) ou **indirecte** (révision systématique des dossiers des patients vus le jour même ou au plus tard le lendemain).

Les focus groups nous permettent de nous intéresser aux modalités de la supervision indirecte pour les maîtres de stage lorrains.

5.1.5.4.1 Le moment du débriefing

Classiquement, le temps de la supervision indirecte se situait **immédiatement après la vacation** effectuée par le stagiaire. Cela permettait aux maîtres de stage d'effectuer un rétrocontrôle rapide et de ne pas oublier ce temps pédagogique : « *On essaye de le faire après chaque vacation, c'est le plus souvent le cas, sauf exceptions.* » (VI).

Cependant quelques variantes pouvaient être observées.

Pour ce médecin, membre du département de médecine générale et exerçant à distance de la faculté, les débriefings pouvaient se faire la semaine suivante : « *cela dépend où je suis, si je suis monté à la fac ou autre chose, ça ne passe pas et donc la supervision se fait en fait le mercredi d'après.* » (II). Dans ce cas, l'attitude la plus répandue était la réalisation d'un débriefing téléphonique le jour même : « *Très rapidement pour moi les débriefing se font essentiellement au téléphone, moi je mets mon stagiaire en numéro préféré donc on peut se téléphoner pendant des heures si on veut.* » (IV).

Cet autre médecin, qui consultait uniquement sur rendez-vous, disait préparer les consultations avec le stagiaire le matin sous forme d'un « pré briefing » : « *Au début on se voit au cabinet le matin, on se retrouve au cabinet à 8h et on passe plein de temps, en fait c'est un briefing avant. On parle des gens qu'on va aller voir, des gens qu'ils vont aller voir tout seul en autonomie, je les prépare un peu au dossier, aux antécédents, au terrain, aux fragilités, aux choses dont il faut se méfier, aux coups tordus qu'on a des fois. Et quand on se revoit on prépare à la fois la séance suivante et les gens qu'on a vus avant* » (IV).

Dans une USER, les maîtres de stage avouaient ne pas réaliser systématiquement de supervision indirecte : « *J'ai quelques SASPAS qui m'ont forcé, qui m'ont dit au moins une*

fois par semaine : « vous serez là ? » et ils ont eu raison. Au final, eux ils se sont forcés aussi puisqu'ils sont restés plus longtemps, c'est une demande qui était claire. » (III).

Dans une autre USER, un seul maître de stage ne le faisait pas systématiquement et se justifiait en pensant que cela apportait peu aux SASPAS contrairement au stagiaire praticien : « Je pense que le SASPAS, je n'ai rien à lui apprendre sur le plan médical, par contre avec le stagiaire, c'est fait à chaque fois comme je suis avec lui. J'aurai plutôt tendance à dire que c'est plutôt de voir le fonctionnement et le système du cabinet, plus que le médical. » (XI).

Deux maîtres de stages, qui avaient d'ailleurs émis un avis réservé sur la caractère formateur du SASPAS, déclaraient faire un débriefing systématiquement mais très rapide : « Le débriefing du soir est souvent vite fait. On comprend aussi que le stagiaire n'ait pas envie de passer encore 2h le soir à revoir tout ce qu'il a vu dans la journée. » (VI), « Je pense qu'avec S. c'était un petit peu rapide (...). Elle avait une certaine assurance donc c'était une qualité mais c'était peut-être aussi quelque part un défaut, justement elle n'a pas pu profiter de cela. » (VIII).

Dans trois autres USER, les maîtres de stage disaient faire un **débriefing à la carte**, en fonction du stagiaire et de sa motivation : « Cela dépend des deux, de la volonté du stagiaire de vouloir s'exposer et d'écouter jusqu'au bout et en même temps de s'investir. Pour cela, il faut les deux, s'il y en a un qui ne prend pas le temps, l'autre qui dit moi je sais tout... » (VIII).

Pour ce directeur d'USER c'était principalement le fait du stagiaire si la supervision indirecte n'était pas poussée plus loin : « C'est vrai qu'en hiver, on quitte déjà tard et puis ils habitent sur Nancy, c'est quand même pas facile de les faire rester un peu plus pour débriefer mais je pense vraiment que ce n'est pas de notre fait, ce n'est pas nous qui ne nous impliquons pas assez, je le ressens comme cela. C'est vraiment les stagiaires qui ne trouvent pas le temps et peut-être qu'ils ne se posent pas assez de questions, on a l'impression que tout se passe bien et on s'aperçoit de trucs tout bêtes, ça peut être sur le plan médical mais aussi sur la comptabilité par exemple, des papiers pour la sécu. » (XI).

5.1.5.4.2 Le contenu du débriefing

Si on l'a vu, le débriefing était fait de façon assez systématique dans les USER, **le contenu du débriefing semblait être très inégal d'une USER à l'autre.**

Dans la moitié des USER, la supervision indirecte concernait toutes les consultations vues par le stagiaire sans exception.

C'était très important pour ce maître de stage : « Le débriefing ou supervision indirecte est une obligation morale et réelle. » (I).

Ce second médecin était du même avis : « Ce n'est pas toujours réalisable mais quand je peux je le fais, et je le ferai le plus longtemps possible. Il faut que le débriefing soit immédiat et il faut qu'il soit au cabinet, il faut tout passer en revue, parce que c'est souvent le truc où l'étudiant dit : « oh ça... ». Et puis en fait c'est là qu'il y avait beaucoup de choses à dire. » (IX).

Dans l'autre moitié des USER, ce n'étaient que les consultations qui posaient problème aux stagiaires qui étaient revues : « Personnellement je ne revois pas tous les dossiers. Je pose la question à la stagiaire : quels sont les problèmes que tu as rencontrés ? On en discute et puis à ce moment là, cela fait trois patients à l'heure, multiplié par trois cela fait 9 patients

dans la matinée, sur les 9 on va en parler de 4 ou 5 un peu près. Ceux qui ont posé problème on discute. » (II), « Personnellement, je ne reprends pas tous les cas un par un, on ne revoit que les problèmes rencontrés, je pense que c'est suffisant. » (VI).

Ce médecin avait **une attitude de supervision indirecte qui évoluait en cours du stage**. Ses débriefings étaient plus détaillés en début qu'en fin de stage, où il ne se concentrait plus que sur les problèmes rencontrés : *« Au départ on détaille chaque patient, parce que parfois ils ont tendance à dire : cela a été, et il y a parfois quand même un cas où il y a une incertitude. Si l'impression globale est que cela a été, il va dire que cela a été alors qu'il y a eu un cas où il y a eu une interrogation, un petit doute, donc on détaille. Après ils savent me détailler assez vite les trucs où ils ont une question, où ils ont eu un doute, où quelque chose les a interpellé. Oui, au bout d'un moment c'est plutôt axé sur les problèmes. Ils sont quand même armés je veux dire, ils savent soigner une angine, ça va 5 minutes, s'il a l'impression que je suis toujours sur son dos... » (IV).*

Un maître de stage disait aussi profiter du temps pédagogique de la supervision indirecte pour parler de choses diverses, sans lien avec les patients vus par le stagiaire : *« Après on discute un peu d'autres choses, on va parler comptabilité, installation, d'autres domaines, de certificats... » (V).*

5.1.5.5 La recherche

Les USER sont des Unités de Soins d'Enseignement et de Recherche. Nous avons donc tout naturellement abordé la recherche, qui doit, par définition, faire partie intégrante de l'USER.

Malgré tout, il semblait que cela était assez rarement fait au cours du SASPAS : *« Assez peu (...). Cela peut arriver mais ça pourrait être à développer un peu plus. » (IV), « Quand j'ai commencé, j'étais plein de bonnes idées, je rêvais un peu de tas de choses, je m'étais fait des fiches pour voir avec le stagiaire. J'ai vite compris que les recherches, c'est très limité. » (XI).*

Certains profitaient des débriefings pour lancer leur stagiaire dans la réalisation de recherche, en cas de désaccords ou de question non maîtrisée : *« Il arrive et c'est tant mieux, que l'interne et le maître de stage ne soient pas d'accord. Alors là, il y a une recherche dans la littérature et on en reparle après. C'est tout à fait intéressant. » (I), « Oui, en cas de nouvelle pathologie chez le patient ou en cas de point de vue différent sur celui ci. » (XI).*

Un médecin avait le projet de débiter des travaux de recherche aboutissant à une thèse ou un mémoire. Il trouvait le SASPAS idéal pour un projet de recherche : *« Je découvre que finalement, on peut avoir un intérêt commun avec les étudiants sur le point des projets de recherche et puis en même temps de la médecine praticienne. Donc là je suis en train de découvrir cela et finalement avec M. on devrait avoir les moyens d'avoir des sujets d'études, de recherches en commun et mettre un étudiant aussi sur ce type de travail. » (IV).*

Au final, la recherche était assez peu développée dans les SASPAS lorrains et il semblait que pour plusieurs médecins, cet aspect était plus présent dans le cadre du stage praticien : « *Moins souvent quand même qu'avec le stage praticien où j'envoie souvent l'étudiant à la pêche.* » (VII).

5.1.5.6 Le suivi des patients

Dans des travaux antérieurs, les USER étudiées avaient évoqué le problème du suivi du patient. Ils avaient mis en place un support écrit (cahier, pochette,...) afin de transmettre au stagiaire des informations concernant le devenir du patient.

Notre étude n'a pas permis de retrouver le même type de procédé dans les USER lorrains.

Pour de nombreux maîtres de stage, c'était au stagiaire de s'intéresser au suivi des patients qu'il avait vu en consultation : « *Je pense que c'est au stagiaire à la faire, après si je revois un patient je lui en parle aussi mais bon c'est aussi de la responsabilité du stagiaire.* » (VI).

Ce médecin se félicitait d'ailleurs de la curiosité de ses stagiaires : « *Dans la pratique, s'ils ont commencé dans une démarche de toute façon, quand ils reviennent après ils ont toujours cela en arrière pensée : ils demandent comment cela s'est passé, ils sont curieux quand même. Ils ont cet avantage, ils aiment bien savoir ce qui s'est passé après donc en fait on en rediscute après bien sûr et l'idéal est qu'ils fassent une démarche dans cette optique là* » (VIII).

Les maîtres de stage du même avis soulignaient qu'avec l'informatique, le suivi des patients devenait facile pour les stagiaires : « *Il n'y a pas d'organisation particulière, tout le cabinet est informatisé et en réseau, le stagiaire est grand, il est très facile pour lui d'aller voir dans les dossiers le suivi de leurs patients et notamment les examens complémentaires.* » (III), « *Avec l'informatique c'est quand même très facile pour eux d'avoir une continuité des soins.* » (VIII).

Par opposition, certains maîtres de stage disaient participer activement au suivi du patient par les étudiants. Ce maître de stage profitait du fait qu'il revoyait en consultation un patient pour donner des nouvelles : « *Si on revoit le patient, on leur laisse soit un petit mot dans le dossier, soit on leur en parle s'il y a une évolution ou quelque chose où on n'est pas trop d'accord.* » (III). Pour ce deuxième médecin, l'arrivée de résultats intéressants ou anormaux était systématiquement revue avec le stagiaire : « *Quand il y a un cas particulier, quand je reçois les résultats je les transmets par la suite au stagiaire, quand ce sont des cas intéressants.* » (I).

Trois maîtres de stage encourageaient les stagiaires à reconvoquer les patients afin d'avoir une prise en charge complète et un véritable suivi : « *Quand c'est possible et quand on a confiance en le stagiaire, je m'arrange moi comme c'est sur rendez-vous pour que le stagiaire revoit le patient de façon à faire son suivi. L'intérêt de la médecine générale ce n'est pas de soigner le patient ponctuel, c'est le suivi des patients.* » (II), « *Dire : je vous prescris un bilan monsieur un tel et vous revenez me voir la prochaine fois, je prends la responsabilité de vous voir jusqu'au bout, venez le lundi suivant. C'est cela que j'attends moi, que tu prennes le patient à bras le corps et jusqu'au bout et tu fais ce qu'on fait en temps habituel sauf que nous c'est au bout de trois ou quatre jours. Ce qui est intéressant c'est que*

tu fasses le suivi jusqu'au bout, quand cela peut se présenter, que le patient est d'accord. » (VIII).

Un médecin, à l'inverse, était contre la reconvoication car dans ce cas, il ne voyait plus assez ses patients : *« Il ne faut pas, je pense, que l'étudiant se mettent plusieurs fois de suite le patient en rendez-vous parce qu'après on ne les voit plus et on arrive 6 mois après, ce n'est pas évident. » (VII).*

Le suivi allait même plus loin dans cette USER (constituée d'un seul maître de stage) où l'étudiant voit et valide systématiquement tous les résultats des examens complémentaires : *« Tous les examens complémentaires qui arrivent ici, il en prend connaissance et il les valide. Donc non seulement il les voit mais il les contresigne. » (IV).*

5.1.5.7 La participation a des activités multiples dans le groupe

5.1.5.7.1 Groupe d'échange de pratique

Dans plusieurs USER, le stagiaire participait au groupe de pairs. C'était d'autant plus fréquent quand plusieurs maîtres de stage d'une même maison médicale participaient au même groupe de pairs : *« Les groupes d'échanges de pratique on les fait ensemble. Nous on essaye quand même d'en centrer un ici pour y faire participer justement tous les SASPAS et tous les internes. Il fallait qu'on le fasse sinon aller à droite et à gauche, c'était toujours un peu compliqué. » (IX).*

Pour d'autres, les réunions d'USER étaient considérées comme un groupe d'échange de pratique qui s'était créé avec l'USER. Ils en profitaient alors pour présenter des cas cliniques : *« Pour moi, notre USER c'est notre groupe de pairs, cela se déroule de la même manière, ce n'est pas la peine de le répéter. » (VIII).*

5.1.5.7.2 Activités en dehors du cabinet

Les activités hors-cabinet étaient nombreuses à être citées au cours de nos entretiens.

Les principales étaient : l'exercice médical en maison de retraite : *« Je les emmène aussi en maison de retraite, je leur montre le travail de médecin coordinateur » (I)*, à l'hôpital local : *« Il vient avec nous à l'hôpital de L. et puis aussi en commission médicale. » (VI)*, en foyer ou en association : *« Il va à l'ARS, au foyer où ce qui est intéressant c'est le côté transversal de la fonction de médecin, dans une équipe, extrahospitalière, gérer les rapports entre les gens, favoriser le dialogue, que tout le monde ait son mot à dire dans les décisions, dans les réunions de synthèse où il y a les infirmières psychiatriques, infirmières, aides soignantes, cadre de santé, l'assistante sociale... » (IV)* ou encore en PMI : *« Moi j'emmène mes stagiaires, quand c'est possible, en PMI en particulier parce que cela a l'avantage de faire de la pédiatrie et surtout de voir du nourrisson, en voir une douzaine en 3 heures, faire exclusivement cela, en préventif, en médico-social et [...] aussi du curatif par la force des choses. » (I).*

Par ailleurs, certains médecins proposaient aux stagiaires de les accompagner lors de formations, voire même de réaliser une présentation à cette occasion : « *Cela arrive qu'il participe à des formations, des formations le soir sur notre secteur.* » (I).

5.1.5.7.3 Activités à l'intérieur du cabinet

Deux principales activités internes au cabinet étaient citées : l'éducation thérapeutique, souvent mise en place dans les maisons médicales avec un rôle prépondérant du stagiaire : *"En plus de nos activités, on aime faire en plus un peu de Santé Publique et d'éducation thérapeutique avec notamment le réseau Azalée et des actes cibles d'éducation thérapeutique.* » (VII) ; et une veille documentaire qui avait été retrouvée dans une USER : *« La veille documentaire tous les 15 jours, rapide mais intéressant. Cela ils aiment. »* (IX).

5.1.5.8 Les réunions en cours de stage

Selon les textes de loi, la réalisation de réunions au cours du stage en SASPAS, entre les différents maîtres de stage et le stagiaire, est obligatoire avec une fréquence minimale d'une fois par mois. Elles ont pour but d'évaluer la pratique du stagiaire et doivent se solder par la rédaction de comptes-rendus par le responsable d'USER.

Cela restait cependant difficile à mettre en place, notamment lorsque le SASPAS se déroulait entièrement ou en majeure partie dans une même maison médicale. En effet, dans deux USER sur quatre qui se trouvaient dans cette situation, il n'y avait souvent aucune réunion en cours de stage. Les médecins se côtoyaient à longueur de journée et ne voulaient pas surcharger un emploi du temps déjà bien rempli, alors que les discussions étaient possibles à tout moment : *« Non, on peut pas dire que c'est le manque de temps, on peut se retrouver 5 minutes dans le secrétariat et en discuter mais pas de réunion à proprement dit. Ce n'est pas des réunions programmées à l'avance, ce n'est guère possible, déjà que pour nous réunir tous les cinq... »* (V).

Dans une autre USER, constituée d'un médecin généraliste et d'une structure associative, la communication n'était pas toujours optimale et il n'y avait pas encore de réunion organisée. Mais cela constituait un projet d'évolution à court terme : *« C'est ce que je n'ai pas encore fait, au début. Jusqu'à présent cela ce n'est pas encore fait mais je me rends compte qu'il faut qu'on le fasse. »* (IV).

Lorsque les réunions étaient organisées, c'était le plus souvent en début et en fin de stage pour recevoir le nouveau stagiaire et évaluer le précédent : *« Nous les réunions c'est le minimum on en fait une en début et une en fin de stage. Après on n'hésite pas à se téléphoner... »* (XI), *« On fait une réunion en début et fin de stage, cela me paraît, vu nos emplois du temps, difficile d'en faire plus, on a déjà un mal fou à nous réunir pour le groupe de pairs une fois par mois. C'est vraiment difficile de trouver des dates. »* (VII).

Dans trois USER, les réunions étaient régulières mais organisées à des rythmes variables : une tous les deux mois, toutes les six semaines ou tous les mois. Dans ce dernier cas, elles avaient une organisation semblable à celles d'un groupe de pairs. Le stagiaire profitait de ces réunions

pour présenter des cas cliniques : *"En principe cela se passe comme cela quand on se réunit, l'interne présente un cas clinique qui lui a posé problème dans chaque cabinet, à ce moment là on en discute tous..."* (II).

5.1.5.9 La relation maître de stage – stagiaire

Pour la plupart des maîtres de stage, les relations maître de stage - stagiaire étaient très bonnes. Il s'était créé la plupart du temps une véritable relation de confiance.

Un maître de stage allait même jusqu'à évoquer une relation paternaliste : *« Il y a une question un peu générationnelle, c'est peut-être un peu paternaliste ce que je vais dire : les stagiaires ont l'âge de mes enfants, cela me fait quelque chose. J. par exemple c'est un garçon extrêmement attachant, voilà ça me touche, c'est vraiment agréable. »* (IV).

Pour un autre maître de stage, il s'agissait plutôt d'une relation de compagnonnage : *« Je dirais que c'est du compagnonnage. »* (VII). Cette notion était d'ailleurs retrouvée et valorisée dans plusieurs entretiens : *« Et puis n'oublions pas une chose chers amis, c'était grâce au compagnonnage autrefois qu'on faisait les meilleurs ouvriers. »* (IX).

Un maître de stage insistait sur la relation confraternelle qu'il avait avec le stagiaire en SASPAS : *« Confraternelle, moi je n'ai pas de sentiment de rapport hiérarchique par exemple, je ne joue pas les professeurs en ce qui me concerne, je considère qu'ils en savent parfois plus que nous, pas sur le côté pratique c'est tout. »* (V).

Nous avons aussi abordé le problème de la manière dont le stagiaire était présenté aux patients par le maître de stage. Un maître de stage, impliqué au Département de Médecine Générale, soulignait l'importance de cette présentation : *« En théorie et en pratique, l'interne, notre confrère, notre médecin stagiaire, moi je les présente comme médecin stagiaire, d'accord, pas comme interne ou autre chose. »* (II). Le stagiaire en SASPAS était donc présenté dans deux USER comme le médecin remplaçant : *« Moi je dis interne remplaçant. »* *« Pour le SASPAS on dit peut être plus facilement remplaçant parce qu'il a plus d'autonomie. »* (V), *« C'est lui qui se présente. Après notre secrétaire dit, je pense, que c'est le remplaçant. C'est difficile de dire que c'est un stagiaire, ils ne comprendraient pas les patients. Le stagiaire, pour eux c'est l'interne en stage praticien, à partir du moment où il consulte tout seul, il faut mieux dire que c'est le remplaçant ou alors des fois elle dit que c'est un étudiant en médecine. »* (XI).

5.1.5.10 L'évaluation du stagiaire SASPAS

L'évaluation du stagiaire se faisait souvent par une **évaluation continue**, et non un réel entretien d'évaluation en fin de stage.

La mise en commun des avis des maîtres de stage se faisait de manière différente selon les USER.

Cela pouvait être au cours des réunions de SASPAS : *« Nous c'est une évaluation au fil du temps, à chaque réunion, il n'y a pas de véritable évaluation, c'est une évaluation continue. »*

(I), ou d'une discussion téléphonique : « *On se passe un coup de téléphone. M. C. fait son évaluation de manière démocratique et tout est ensuite validé par les autres.* » (VII).

Cela pouvait également passer par le remplissage de la grille d'évaluation par chaque maître de stage, mise en commun et réalisation d'une synthèse par le directeur d'USER : « *Je fais remplir la grille d'évaluation à chaque maître de stage et après il y a une synthèse. Le stagiaire rencontre chaque maître de stage individuellement, chaque maître de stage lui fait une synthèse parce que chaque maître de stage a quelque chose à dire. C'est un peu le principe qu'on a toujours admis, avec les PI c'est pareil avec les trinômes.* » (V), « *On se réunit à la fin. Chacun remplit sa grille et on fait la moyenne.* » (XI).

L'invalidation d'un stagiaire restait très rare. Ce maître de stage l'évoquait : « *Je peux tout admettre sauf la mise en danger du patient, je peux admettre qu'on se trompe, mais si on ne sait pas, on a l'hôpital, on peut m'appeler, on a les confrères donc on ne doit pas du tout prendre le risque si on ne sait pas. La mise en danger du patient je trouve cela rédhitoire.* » (III).

5.1.6 Le SASPAS et les patients

La plupart du temps, les patients étaient systématiquement avertis lors de la prise de rendez-vous, qu'ils allaient être pris en charge par un stagiaire : « *Ils sont toujours avertis au moment de la prise de rendez-vous. La secrétaire leur dit à chaque fois.* » (IX). Cela permettait de sélectionner les patients qui acceptaient d'être vu par un stagiaire, et ne pas les mettre devant le fait accompli.

Ce n'était pas le cas pour trois maîtres de stage dans trois USER différentes, où les consultations étaient libres : « *C'est moitié-moitié donc ceux qui viennent le matin à la consultation libre ne sont pas prévenus mais bon, cela se passe bien dans l'ensemble.* » (XI). Dans ces cabinets, les patients n'étaient donc pas prévenus systématiquement, mais ils étaient habitués à voir un stagiaire consulter à jour fixe : « *Ils finissent par avoir des habitudes aussi les patients. Moi j'ai laissé faire le temps et ils savent qu'il y a des stagiaires...* » (I).

Un seul maître de stage disait imposer le stagiaire à ses patients : « *Pour moi c'est simple, c'est imposé, c'est mis dans la salle d'attente. Le stagiaire consulte à tel moment et ceux qui ne veulent pas, ils s'en vont.* » (II).

L'information préalable permettait le plus souvent d'avoir des réactions positives, ou du moins neutre, des patients : « *Ils sont plutôt contents, pour le moment cela se passe super bien.* » (VIII), « *Cela se passe pas trop mal, il y a peu de refus, ceux qui ne veulent pas, ils ne veulent pas. Il y en a aussi qui refusent les remplaçants, il y a des incontournables dans chaque clientèle.* » (V).

Ce sentiment était renforcé par la pérennité du SASPAS, qui au fil des mois, avait permis une mise en confiance des patients : « *Au début cela a été plus difficile... Mais c'est de moins en moins vrai et je pense que la répétition du SASPAS dans le temps fait que les gens ont de plus en plus confiance.* » (I), « *Au début ce n'était pas facile, maintenant la question ne se pose même plus, les internes ne se présentent même plus en ce qui concerne ma clientèle. Enfin ils se présentent très bien, je veux dire par là, ce n'est pas une découverte pour la clientèle, les gens trouvent cela tout à fait naturel maintenant d'avoir des internes en SASPAS.* » (VI).

Pour ce maître de stage exerçant dans une zone à faible démographie médicale, les patients étaient conscients qu'ils devaient accepter de voir des stagiaires s'ils voulaient encore voir

dans le futur, des médecins généralistes dans leurs villages : « Avec toutes ces histoires de maison médicale, de démographie, maintenant les gens sont habitués à se dire : de toute manière si on veut avoir encore des médecins dans le futur il faut quand même qu'ils viennent s'exercer un peu chez nous. Donc je pense qu'ils ne sont pas mal perçus. » (VI).

Pour deux autres maîtres de stage, les patients étaient contents de voir un jeune médecin. Ils avaient ainsi l'impression qu'il s'agissait de la relève : « Ils sont contents de voir des jeunes médecins. » (IV). Souvent, les patients acceptaient de revoir les stagiaires ce qui témoignait de leur accord tacite : « Il y en a qui disent aussi, je veux bien revenir le jour où il y a le stagiaire... » (XI).

Cependant, toutes les réactions n'étaient pas positives. Certains maîtres de stage avaient parfois des retours négatifs de la part de leurs patients, ou ressentaient une certaine réticence vis-à-vis du SASPAS.

Dans trois USER, les médecins avaient noté une **perte de patientèle**, mais qui ne semblait pas être un frein à leur activité de maître de stage : « Il y a des gens qui partent mais ce n'est pas grave. Il y en a une ou deux qui sont parties à cause des étudiants mais il faut savoir ce qu'on veut. » (X), « Certains de mes collègues de groupes de pairs m'ont dit avoir vu certains de mes patients qui lui disaient venir parce que ce n'était plus jamais moi qui consultait. Au moins ceux qui restent c'est parce qu'ils ont envie de rester. » (VII).

Deux maîtres de stage soulignaient un problème qui leur paraissait plus important. Les patients semblaient avoir **l'impression d'avoir un mauvais suivi en raison de la multiplication des intervenants** : « Ce n'est pas pareil même si on fait un débriefing cela ne rentre pas dans notre tête, après quand je les vois ils voient bien que moi ce n'est pas enregistré donc c'est un peu problématique à mon niveau et je pense que c'est un ressenti de la plupart des patients. » (VIII), « Moi j'ai eu une réaction qui m'a dit : ce qui est embêtant ici c'est qu'on ne voit jamais le même médecin » (IX).

Trois maîtres de stage évoquaient l'attachement des patients à leur médecin généraliste habituel. Cela pouvait être responsable de leur réticence initiale à voir des stagiaires : « En médecine générale, les patients sont très attachés à leur médecin généraliste, les gens en médecine générale vont voir un médecin généraliste, ils vont voir le Dr X, Y, Z. On ne voit même pas 1% de gens qui vont voir le médecin généraliste, les gens sont très attachés à nous, ce qui fait que effectivement, cela pose des soucis quand on a un stagiaire, un remplaçant parce que c'est une relation personnalisée. » (II).

Ce médecin se satisfaisait de rompre cet attachement, parfois étouffant de ces patients, grâce aux stagiaires : « Moi je trouve que c'est bien, parce que dans les patientèles où on n'est pas maître de stage, les gens sont tellement attachés à leur médecin, que même le remplaçant... Alors cela veut dire quoi ? Qu'on ne peut même plus prendre de vacances. » (IV). Cet attachement et cette relation privilégiée faisaient que les patients étaient parfois hésitants à aborder certains sujets avec un autre médecin que leur médecin généraliste : « Il reste toujours les gens qui disent c'est quelque chose de particulier je veux vous en parler à vous. » (XI).

Un autre problème avait été retrouvé mais il était lié à l'organisation spécifique de certaines USER. En effet, il arrivait que le stagiaire SASPAS et le maître de stage consultent en même temps dans deux cabinets différents. Les patients pouvaient alors avoir envie de voir leur médecin habituel plutôt que le stagiaire : « Cela pose parfois des problèmes parce qu'on travaille ensemble chacun dans un cabinet et qu'ils savent que je suis là, ils peuvent aller voir la secrétaire et demander à me voir moi. A ce moment-là, cela résout le problème c'est moi qui les voit. Inversement pour que le stagiaire puisse les voir, je vais dans la salle d'attente, je

dis que je les verrai, mais je les fais voir par le stagiaire avant. Je reviens après, discuter du cas avec le stagiaire devant eux et très souvent quand on discute de leurs problématiques, ils aiment. » (I).

Il ressortait également que les patients faisaient souvent **l'amalgame entre le SASPAS et le remplaçant.**

Pour ce médecin, c'était même quasiment systématique : *« Quand c'est des SASPAS, comme ils n'ont pas l'habitude des internes en médecine générale encore, c'est « remplaçants », 99 fois sur 100 les gens disent : votre remplaçant. C'est clair pour eux c'est un remplaçant, ils ne se posent pas la question. » (VI).* Cette confusion semblait moins se poser dans les USER plus anciennes. Dans ce sens, cinq USER (ainsi que deux supplémentaires qui ont le projet de le faire) affichaient l'identité et la fonction exacte du stagiaire en salle d'attente. Cela permettait une meilleure compréhension de la patientèle : *« J'ai une affiche dans ma salle d'attente disant : voilà j'ai un stagiaire de telle date à telle date. Je ne suis pas visible mais je suis là. » (VI), « J'ai déjà dans ma salle d'attente une affiche avec la photo et le nom du stagiaire et maintenant nos patients ont l'habitude. » (VII).*

5.2 Les résultats de l'étude « stagiaires »

5.2.1 Les débuts dans le SASPAS – Ressenti des stagiaires

5.2.1.1 Profil des stagiaires SASPAS

Nous nous sommes intéressés au futur mode d'exercice envisagé par les stagiaires. 94% envisageaient une installation en exercice libéral à court ou moyen terme. Parmi ces étudiants, 53,3% souhaitaient une installation future en maison de santé. 33,3% se destinaient à une activité plutôt en milieu rural ou semi rural, contre 26,6% en milieu urbain. Les 40% restants n'avaient pas encore d'idée précise sur un futur secteur d'activité. Deux étudiants avaient déjà prévus leur installation avant de réaliser leur SASPAS. Ce chiffre était porté à trois après le SASPAS. Ces trois installations étaient toutes prévues dans les Vosges.

5.2.1.2 Le choix du SASPAS

Une grande majorité des étudiants interrogés (81%) avaient choisi le SASPAS pour **acquérir de l'expérience en vue de leur future carrière**: « *Je suis une interne de médecine générale, destinée à faire de la médecine libérale, donc ca me paraît important de faire un SASPAS pour acquérir de l'expérience avant de se jeter dans le grand bain.* » (S III). Trois étudiants précisait avoir besoin de cette expérience **pour se sentir plus à l'aise avant de commencer les remplacements** : « *J'ai choisi un SASPAS pour avoir de l'expérience avant de commencer les remplacements en solo.* » (S IX). Trois autres regrettaient un **temps trop faible dédié à la formation spécifique de la médecine générale au cours de leurs études**, par rapport aux trop nombreux stages hospitaliers: « *je ne suis déjà pas dans la promo qui a fait le stage chez le généraliste en tant qu'externe, ... je n'ai fait qu'un stage chez le médecin généraliste et je trouvais que c'était un peu léger avant de commencer des remplacements ou une carrière en libéral. Donc j'ai voulu faire un deuxième stage chez un généraliste.* » (S VIII). Les autres motivations comme le **temps libre dégagé par ce type de stage et la volonté de poursuivre une bonne expérience** vécue lors du stage praticien étaient plus marginales.

5.2.1.3 Le choix de l'USER

Les étudiants choisissent leur USER en utilisant deux grands critères :

- **Les maîtres de stage**

Pour 75% des étudiants, la composition de chaque USER constituait le premier critère de choix. Parmi eux, 50% faisaient un choix en fonction de leur vécu personnel, en poursuivant leur expérience en médecine libérale dans une USER où était incorporée leur maître de stage de stage praticien : « *J'effectue mon SASPAS chez mes anciens maîtres de stage. Bien que l'éloignement géographique m'impose des déplacements lourds et contraignants, j'ai choisi ce SASPAS en raison de la qualité et la compétence des maîtres de stage.* » (S V). Les 50% restants faisaient un choix en

fonction de l'avis d'autres étudiants : « *J'ai choisi cette USER parce que j'ai des amis qui ont fait le même stage et qui m'en ont parlé.* » (S XI).

- **Le critère géographique**

Il concernait 56% des étudiants interrogés : « *J'aurais préféré rester un peu plus proche de Nancy, (...). Finalement voyant que je n'aurais pas de stage à proximité de Nancy, j'ai mis un stage dans les Vosges parce que je suis vosgienne et que c'était un endroit sympa.* » (S X). Ce critère géographique a été avancé par des étudiants ayant porté leur choix sur des USER situées dans les quatre départements. Les motivations étaient donc multiples : rester à proximité de Nancy et de la faculté, faire son SASPAS à proximité de son lieu d'exercice futur ou encore effectuer un rapprochement familial.

Les spécificités d'activités de certains maîtres de stage (12,5%) : « *L'aspect médecine libéral avec un praticien chez qui j'avais de bon écho et le côté Médecins du Monde.* » (S VIII) et **l'organisation de l'USER au sein d'une maison médicale (6%)** : « *Je voulais un cabinet de groupe, pour voir comment ca se passait dans une maison médicale.* » (S VIII) étaient les autres éléments qui auraient pu influencer les étudiants dans leur choix.

87,5% des étudiants interrogés avaient pu réaliser leur SASPAS dans l'USER de leur choix.

5.2.1.4 Les attentes des stagiaires vis-à-vis du SASPAS

Pour 75% des étudiants, l'attente principale était **l'acquisition d'une expérience en médecine générale** en multipliant les consultations et les pathologies traitées : « *J'attends surtout une mise en condition pour ce mode d'exercice, une autonomisation et l'acquisition d'une certaine expérience et assurance.* » (S V). La volonté de voir autre chose que le monde hospitalier et de côtoyer des maîtres de stage avec des activités différentes et variées était mise en avant par plusieurs étudiants. Deux étudiants avouaient même avoir été en quête d'assurance et de confiance en eux : « *J'attends être vraiment confrontée à la médecine libérale toute seule, (...) et puis prendre confiance parce que c'est très différent de ce qu'on peut vivre à l'hôpital.* » (S X).

La deuxième attente des stagiaires portait sur **le versant administratif de la profession**. 25% des étudiants se jugeaient insuffisamment formés dans ce domaine à l'hôpital et lors du stage praticien : « *J'attends de l'expérience autant sur le plan médical que sur le versant administratif de la profession, avoir un aperçu pratique différent des stages hospitaliers.* » (S III).

19% des étudiants interrogés souhaitaient être **initiés à la gestion et au fonctionnement global d'un cabinet de médecine générale** : « *En dehors du fait d'acquérir de l'expérience, ce qui m'intéresse c'est la logistique d'un cabinet, tout ce que j'avais vu de loin au cours du stage praticien : Le fonctionnement d'un cabinet.* » (S VIII).

Pour un seul étudiant, **l'apprentissage de l'incertitude, le suivi de patientèles et l'acquisition d'expérience en petites pathologies non enseignées à la faculté ou en milieu hospitalier** faisaient partis des attentes vis-à-vis du SASPAS.

A l'exception d'un étudiant, le travail sur un projet de thèse ou de mémoire ne semblait pas être un objectif essentiel du SASPAS pour les étudiants : « *le but c'était vraiment la formation, pas le sujet de thèse.* » (S IX).

5.2.1.5 Synthèse

L'analyse des débuts dans le SASPAS des étudiants a permis de confirmer la spécificité de ce stage. En effet, il est quasi exclusivement choisi par des étudiants s'orientant vers une activité libérale avec un projet d'installation à court ou moyen terme.

Dans cette optique, les étudiants plébiscitent le SASPAS afin d'acquérir une expérience de la médecine générale et du monde libéral. Ils souhaitent ainsi être en confiance et rassurés avant de commencer les remplacements ou de s'installer.

C'est aussi pour cette raison, que l'apprentissage du versant administratif de la profession et l'initiation au fonctionnement global d'un cabinet sont vécus comme des préoccupations pour les étudiants, contrairement à l'initiation d'un projet de thèse ou de mémoire.

Enfin nous avons pu remarquer que le choix des USER par les étudiants est fait selon deux grands critères : les maîtres de stage et la localisation géographique de l'USER.

5.2.2 Les caractéristiques des SASPAS lorrains

5.2.2.1 La charge de travail

Treize étudiants sur seize ont abordé ce sujet au cours de nos entretiens.

Pour onze étudiants sur treize, l'organisation du SASPAS était classique avec un jour ou une demi-journée de travail par semaine chez chaque maître de stage. Les deux autres travaillaient plusieurs jours consécutifs voire des semaines complètes, parfois chez un même maître de stage, alternées avec des semaines non travaillées.

Le nombre moyen de vacations était de 7,7 demi-journées par semaine, auxquelles s'ajoutaient les 2 demi-journées de formation. Ce chiffre était légèrement inférieur à celui des textes de loi. Ceci pouvait s'expliquer, par le fait qu'une journée de médecin généraliste équivaut à trois demi-journées pour un interne, à condition qu'il travaille la journée entière. Mais cette notion n'entrait probablement pas en compte dans les chiffres évoqués par les stagiaires.

Le nombre moyen de consultations était de 19,88 par jour, avec d'importantes variations entre stagiaires (6 à 35). Cette activité était en adéquation avec la législation.

Dix étudiants (71%) étaient satisfaits de leur charge de travail : *« J'ai trouvé cela bien, parce que je trouve que ça reflétait la charge de travail du médecin. »* (S VIII). Trois étudiants (21,4%) trouvaient l'activité d'un de leur maître de stage insuffisante : *« J'étais un peu déçue, parce qu'il n'y avait pas forcément beaucoup de monde donc il y a des fois où je ne voyais que deux ou trois personnes par demi-journée (...). Je trouve que c'était parfois un peu juste. »* (S VIII).

Une seule stagiaire (7%) se plaignait d'une charge de travail trop importante, non adaptée à la formation : *« J'en voyais plus que 30, entre 30 et 40 par journées. C'est trop, tu ne peux pas faire un SASPAS là, c'était plus du boulot... »* (S IV).

5.2.2.2 Cabinets et maîtres de stage des SASPAS lorrains

5.2.2.2.1 Les cabinets

Une grande majorité des étudiants (81%) pensaient avoir réalisé leur SASPAS dans des cabinets adaptés à les recevoir.

Un stagiaire était satisfait d'avoir eu une possibilité de logement au cours de son SASPAS vosgien. Pour lui, les zones géographiques dans lesquelles se trouvent certains SASPAS imposent, notamment en hiver, ce type d'avantage: *« Elle avait aussi un petit coin pour se poser pour les mêmes raisons parce qu'ils sont aussi dans les Hautes Vosges donc la neige impose de pouvoir rester sur place. »* (S VII).

Seuls trois étudiants (19%) émettaient un bémol. Dans certains cabinets, se posait le problème de la faible patientèle. Il était alors souvent difficile d'avoir un nombre d'actes suffisant, permettant de respecter les obligations statutaires de l'étudiant : « *Un des médecins a lui même une très petite patientèle, (...) il y a du avoir une journée j'ai du en voir quatre ou cinq sur la journée, donc pour lui c'était pas bien, parce que je travaillais pas assez.* », « *D'ailleurs lui même se demandait comment il allait faire pour augmenter l'activité.* » (S IX).

Tous les cabinets des maîtres de stage concernés étaient informatisés. Cependant, huit d'entre eux (16%) n'étaient informatisés que pour la télétransmission des feuilles de soins et n'avaient pas de dossiers patients informatisés.

Le nombre moyen de logiciels manipulés par les stagiaires au cours de leur stage était de 1,9 avec des variations allant de 1 à 4.

5.2.2.2 Les maîtres de stage

Nous nous sommes intéressés aux particularités d'exercice des maîtres de stage de SASPAS lorrains.

Les plus fréquemment citées étaient la pédiatrie (27%), l'homéopathie (27%), la gériatrie (20%) et la gynécologie (20%). Mais nous retrouvons également la mésothérapie, les pathologies du sport, la rhumatologie, la précarité ou l'ostéopathie de façon plus marginale.

Certaines de ces spécificités avaient mis les stagiaires en difficulté car ils étaient confrontés à des demandes sans avoir eu la formation adéquate pour y répondre. C'était le cas notamment de l'homéopathie : « *Mr X. fait de l'homéopathie. On a des fois des patients qui venaient demander de l'homéopathie, moi c'est sûr là dessus je ne m'y connais pas donc ce n'était pas toujours évident. Bon il m'a donné deux ou trois astuces pour me débrouiller un petit peu mais sans plus.* » (S VII).

5.2.2.3 Les activités des stagiaires en SASPAS lorrains

5.2.2.3.1 Les différents types de consultations

A la création du SASPAS, il a été défini que chaque stagiaire devait être confronté à un nombre suffisant de consultations de pathologies chroniques, de pédiatrie, de gynécologie et de suivis de grossesses.

La majorité des stagiaires interrogés (86%) estimaient avoir vu en consultation un nombre suffisant, voir important, de patients atteints de **pathologies chroniques** : « *Moi je dirai que cela ne dérangeait pas les patients de venir pour un renouvellement.* » (S IX).

Seuls deux étudiants (14%) regrettaient d'avoir surtout vu des **patients atteints de pathologies aiguës**, au détriment du suivi des pathologies chroniques. Selon eux, les patients chroniques préféraient, à l'exception des urgences, attendre une disponibilité de leur médecin généraliste : « *Les gens savent que c'est le stagiaire donc les patients qui viennent pour des*

renouvellements de traitements ou des pathologies chroniques, en général ils s'arrangent toujours pour tomber quand ça va être leur médecin. Donc on voit plutôt de l'aigu. » (S VIII).

Tous les étudiants pensaient avoir effectués un nombre suffisant de **consultations pédiatriques** : « *J'ai vu beaucoup de pédiatrie, forcément avec la pmi, mais aussi en libéral, en particulier le mercredi après midi, beaucoup de suivi de bébés aussi. » (S I).*

Un problème semblait se poser pour **les consultations de gynécologie et de suivi de grossesse**. 71% des stagiaires avouaient avoir fait très peu, voir aucune, consultation de gynécologie au cours de leur stage : « *Je ne remplaçais que des hommes déjà et je pense qu'ils font très peu de gynéco à la base. (...) Je n'ai pas fait d'examen gynécologique, pas de vrai gynéco. » (S VIII).* Pire, un seul étudiant (7,1%) avait pu réaliser des consultations dédiées au suivi de grossesse. Les autres stagiaires avaient uniquement rencontré des femmes enceintes au cours de pathologies aiguës : « *J'ai vu seulement des femmes enceintes qui venaient pour des problèmes aigus, des rhinopharyngites... » (S VIII).*

De nombreux stagiaires ressentaient à la fin de leur formation des lacunes et un manque d'assurance dans les consultations de gynéco-obstétrique.

5.2.2.3.2 La réalisation de gestes techniques

Les gestes techniques réalisés en cours de SASPAS étaient assez peu nombreux selon les étudiants. De plus, ces gestes étaient toujours déjà maîtrisés avant de commencer le stage. Les plus fréquemment cités étaient la réalisation de sutures (53%) et d'électrocardiogramme (40%).

Nous retrouvions moins fréquemment les actes rhumatologiques (infiltrations (20%), mésothérapie (13%)) et gynécologiques (frottis (20%), Implanon (20%), dépose de stérilet (7%)).

Les injections intra musculaires (20%), la pose de sonde urinaire (7%) et la réalisation de prise de sang (7%) avaient également été citées.

5.2.2.3.3 Les activités administratives

La majorité des stagiaires interrogés avaient pu utiliser **les formulaires administratifs** les plus courants. Parmi ceux-ci, nous retrouvions les formulaires d'arrêt de travail, d'accident de travail, de prescription médicale de transport et de demande de cure : « *Pour faire des papiers, j'en ai fait ! » (S I).*

En revanche, cinq étudiants (33%) avouaient ne pas avoir maniés les documents administratifs destinés à la prise en charge plus chronique des patients (ALD, dossier MDPH) : « *Les demandes d'ALD je les réceptionnais mais je ne les remplissais pas beaucoup. Je n'ai pas eu énormément non plus de dossier MDPH. Je les transmettais à juste titre comme ils (les maîtres de stage) les connaissaient. » (S IV).*

Une étudiante, actuellement médecin remplaçante, ne se sentait d'ailleurs toujours pas à l'aise avec ce type de formulaire lors de ses remplacements.

5.2.2.4 L'utilisation des réseaux de soins

La quasi totalité des stagiaires utilisaient **les mêmes réseaux de soins que leurs maîtres de stage** (80%) : « *En règle général, quand j'envoyais vers un spécialiste ou aux urgences je suivais leurs réseaux, les gens qu'ils connaissaient. En même temps, j'étais en rural, il n'y a pas beaucoup de réseaux, on est vite limité.* » (S VIII). Ceci est d'autant plus vrai en campagne où les médecins spécialistes sont moins nombreux.

Un étudiant avait, d'ailleurs, apprécié avoir accès à **une liste de spécialiste rédigée par un de ses maître de stage** : « *Il y a un maître de stage qui m'a vraiment laissé les coordonnées des spécialistes avec qui il travaillait, c'était bien pratique.* » (S XI).

Un autre avait regretté ne pas avoir accès à ce type d'outil et avoir eu recours à d'autres méthodes moins rassurantes pour le patient : « *Le problème c'est que je n'avais pas de liste définie par avance donc pour moi c'était www.pagesjaunes.fr.* » (S IX).

Seuls deux stagiaires avaient parfois utilisés des **contacts personnels**, connus lors de précédents stages hospitaliers ou lors du stage praticien.

5.2.2.5 La supervision

5.2.2.5.1 La supervision directe

Sauf exception, **la supervision directe était systématique** pour les étudiants sondés, dès que le besoin s'en faisait sentir.

Les maîtres de stage concernés étaient quasiment toujours joignables sur place ou le plus souvent par téléphone.

Dans le cas contraire, ils s'arrangeaient toujours pour qu'un autre maître de stage soit disponible pour l'étudiant : « *Les maîtres de stage étaient systématiquement disponibles. Cela a pu quelques fois être un des autres maîtres de stage mais il y a toujours eu quelqu'un.* » (S IX).

5.2.2.5.2 La supervision indirecte

La supervision indirecte était quotidienne pour 73% des stagiaires ayant participé aux entretiens.

Malheureusement, elle n'avait pas été faite de façon systématique pour les 27% restants.

Parmi ceux qui avaient pu bénéficier d'une supervision indirecte, 50% avaient débriefé toutes les consultations, tandis que 50% n'étaient revenus que sur les consultations qui avaient posé problème. Pour 20% des étudiants, la supervision indirecte avait été évolutive au cours du stage. La revue de chaque dossier avait, avec l'expérience et la confiance mutuelle acquise, cédé la place à la simple revue des dossiers ayant entraîné des difficultés pour l'étudiant : « *Plus le stage avançait et plus c'était effectivement des débriefings ciblés sur ce qui m'avait posé question. Mais jusqu'à la fin, je pouvais revenir sur tous les patients si je le souhaitais*

parce que même des pathologies banales méritent parfois qu'on s'y attarde, pour avoir des petits tuyaux et une meilleure prise en charge. » (S IX).

Les débriefings étaient le plus souvent réalisés au cabinet, 20% des étudiants évoquaient avoir réalisé des débriefings téléphoniques.

L'avis des stagiaires sur les séances de supervision indirecte était globalement très positif.

La grande majorité trouvait les débriefings **bénéfiques** pour eux : *« J'ai trouvé cela intéressant parce qu'il connaît très bien ses patients, il pouvait repositionner le problème dans le contexte du patient, il a une expérience très utile. » (S VIII).*

Quatre étudiants (27%) émettaient quelques réserves. Pour deux d'entre eux, il s'installait avec le temps **un sentiment de lassitude** : *« Bénéfique au début. Après je crois qu'on s'en lasse (...). Les choses qu'on a vu, reviennent, il y a une certaine redondance dans la pathologie et après effectivement il y a un peu moins besoin... » (S IV).*

Un étudiant avait trouvé ces séances **pas toujours très intéressantes** , un autre soulignait leur caractère maître de stage dépendant.

80% des stagiaires trouvaient la supervision indirecte dans leur USER **suffisante dans sa quantité et son contenu** : *« C'est bien de l'avoir fait tout le long, parce qu'on ne parlait pas de la même chose avec la même pathologie. Du coup, on ne creusait pas forcément sur tel ou tel patient si c'était quelque chose que j'avais maîtrisé ou que j'avais déjà revu. Ça permettait de partir sur telle ou telle autre chose, ça devenait de plus en plus de l'échange entre pairs. » (S VII).*

Trois étudiants (20%), par contre, se disaient déçus du **manque d'implication de leurs maîtres de stage** dans ce domaine : *« C'est un peu dommage parce que je pense que pour un stage professionnalisant, c'est important. » (S VIII).*

5.2.2.6 Les réunions en cours de stage

Quinze stagiaires ont abordé ce thème au cours de nos entretiens. Neuf (60%) avaient participé à ce type de réunion au cours de leur SASPAS, tandis que six (40%) n'en avaient jamais réalisé.

Le rythme des réunions était mensuel pour quatre stagiaires (27%), bimestriel pour quatre autres stagiaires (27%) et enfin trimestriel pour un stagiaire (7%).

Malgré le faible nombre d'étudiant ayant participé au nombre prévu par la loi de réunions, aucun ne regrettait leur nombre insuffisant : *« Ces réunions auraient pu être intéressantes sur des cas ponctuels où on nage mais pas systématiquement. » (S IV).*

5.2.2.7 La validation de stage

La validation de leur stage en SASPAS s'était systématiquement faite sous la forme d'un contrôle continu.

Cependant, de nombreux stagiaires ne savaient pas exactement comment les maîtres de stage avaient rempli leur feuille de validation : « *Soit disant, ils se sont réunis entre eux et ils ont noté et on m'a donné la feuille. Deux médecins ont mis un commentaire à la fin et c'est tout.* » (S IV).

Beaucoup soulignaient et appréciaient le caractère convivial de la dernière réunion, au cours de laquelle se faisait la validation : « *Gazou et harmonica pour moi...* » (S IX).

5.2.2.8 Les projets d'avenir

Chez le plus grand nombre (47%), l'avenir du stagiaire avait été abordé en cours de stage sans pour autant déboucher sur un projet de thèse / mémoire ou un projet post 3^e cycle : « *J'envisage un exercice libéral et ceci a été abordé durant mon stage. Cela n'a cependant pas été à la base d'un projet de thèse ou post 3e cycle.* » (S II).

Seuls trois stagiaires (20%) déclaraient n'avoir jamais abordé ce point avec leurs maîtres de stage.

Parmi les quinze étudiants interrogés sur ce point, trois (20%) avaient déjà des projets fixés avant leur SASPAS, les douze restants (80%) n'en avaient aucun.

Le SASPAS avait été à la base d'un projet post 3^e cycle pour deux de ces étudiants (13%) : « *Je vais reprendre la succession de quelqu'un chez qui j'étais en SASPAS.* » (S IX), « *J'ai réussi à savoir un peu les places qui étaient libres ou qui seraient libres dans l'avenir sur la Meuse.* » (S IV).

Le SASPAS avait été à la base d'un projet de thèse pour trois étudiants (20%) et d'un mémoire validé pour un étudiant (7%).

5.2.2.9 Synthèse

Les SASPAS lorrains se déroulent, dans la grande majorité, dans des cabinets adaptés et avec des maîtres de stage aptes à recevoir des stagiaires.

Le seul bémol énoncé par les étudiants est la faible patientèle de trois maîtres de stage, rendant parfois compliqué le respect des obligations statutaires de l'étudiant.

Le nombre de demi-journées de travail est en moyenne de 7,7 par semaine avec un nombre moyen d'actes de 9,94 par demi-journées, ce qui correspond aux valeurs fixées par la législation.

Parmi ces consultations, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et des enfants semble bien développée. En revanche, la réalisation de consultation de gynécologie et de suivi de grossesse est souvent jugée, à regret, faible, voire inexistante.

Le SASPAS permet aussi aux étudiants de se familiariser avec les formulaires administratifs les plus courants, ce qui n'était pas le cas après le stage praticien. Mais certaines lacunes persistent dans le maniement des formulaires destinés aux patients chroniques (ALD, MDPH).

La supervision est une préoccupation et une attente essentielle des étudiants au cours du SASPAS. La supervision directe est systématiquement réalisée. La supervision indirecte, elle, n'a pas été systématique pour 27% des étudiants. Ces derniers ont d'ailleurs marqué leur déception à ce sujet au cours de nos entretiens. La moitié des débriefings concernent toutes les consultations, l'autre moitié uniquement les problèmes rencontrés. Le fait de ne pas tout débriefer n'a pas été vécu comme un problème par les stagiaires.

Le nombre de réunions réalisées en cours de stage, souvent trop peu nombreux, n'est pas regretté par les étudiants. Ces réunions ne représentent pas pour eux une attente particulière.

Aucun problème n'a été rencontré par les stagiaires au cours de leur validation de stage, dont le processus reste cependant pour eux assez flou.

Enfin, le SASPAS peut parfois servir à préparer l'avenir. Il a, pour deux étudiants de notre étude, aboutit à un projet post 3^e cycle. Le versant recherche des USER reste lui, par contre, assez peu développé, puisque le SASPAS n'a été la base d'un projet de thèse ou de mémoire que pour 27% des étudiants interrogés.

5.2.3 Les réactions des patients selon la perception des stagiaires

Treize stagiaires ont abordé les réactions des patients à leur égard.

Dix d'entre eux (77%) jugeaient ces réactions favorables à leur égard. Ces réactions semblaient favorisées quand les patients étaient avertis qu'ils seraient pris en charge par un stagiaire ou habitués à l'être : « *Ils sont prévenus à chaque fois, donc il n'y a jamais de souci. Ils acceptent le remplaçant.* » (S IX).

Cinq étudiants (38,5%) signalaient avoir eu à faire à quelques patients mécontents qui s'étaient manifestés de différentes manières. Certains préféraient quitter la salle d'attente, d'autres étaient hésitants ou marquaient leur surprise en entrant dans le cabinet, certains, enfin, montraient leur déception de ne pas voir leur médecin référent : « *C'est arrivé d'avoir des patients mécontents de ne pas avoir le médecin de famille habituel.* » (S II).

Les étudiants s'accordaient tous pour dire que les patients qui acceptaient d'être vu en consultation par un stagiaire, ne posaient ensuite aucun problème en cours de consultation ou dans ces suites. L'information des patients semble donc être un élément clé dans leurs relations avec les stagiaires SASPAS : « *Les patient ont pris l'habitude de me voir et commencent à me connaître. Les patients qui acceptent la consultation avec moi ne posent pas de problème lors de la consultation.* » (S V).

Deux problèmes avaient été rapportés par deux étudiants.

Le premier était que certains patients pouvaient parfois être vus plusieurs fois successivement par l'interne. Ceci constituait un plus pour la formation de l'étudiant, mais les patients le vivaient parfois comme un abandon de la part de leur médecin traitant « *Mon maître de stage a l'habitude de donner assez régulièrement certaines tournées de visites aux stagiaires. Du coup certains patients le voyaient un peu moins et s'en plaignaient.* » (S VIII).

L'autre problème était le manque de confiance de certains patients envers les stagiaires. Les patients préféraient parfois reprendre avis auprès de leur médecin ou reconsulter pour un motif similaire.

5.2.4 L'avis général des stagiaires sur le SASPAS

5.2.4.1 Les points positifs du SASPAS selon les stagiaires lorrains

Deux points positifs du SASPAS avaient été très fréquemment cités par les stagiaires.

Le plus cité était le **travail en autonomie « avec filet »** pour 60% des stagiaires. Même si le stage praticien doit aboutir à une autonomisation progressive, elle est jugée insuffisante par les stagiaires. Pour eux, le SASPAS constitue le premier réel contact médecin/patient en médecine libérale. Il s'agit d'une étape supplémentaire avant les remplacements qui, grâce à la supervision directe et indirecte, se déroule avec un stress moindre : *« On ne fait pas la médecine du médecin référent, (...) c'est sa médecine qu'on fait et les patients le voient (...) cela nous permet d'avoir un petit filet quand même, c'est pas si anodin que cela, de pouvoir rediscuter avec quelqu'un d'équivalent ou plus expérimenté, pour savoir si on n'a pas complètement été noyé dans quelque chose, cela peut toujours aider. »* (S VII).

L'autre grand point positif était l'**acquisition d'expérience en médecine générale libérale** pour 53% des étudiants. C'est la première fois dans son cursus que l'étudiant de DES de Médecine Générale peut multiplier les consultations et les pathologies abordées. Pour cette étudiante, le point fort du SASPAS était : *« Une meilleure connaissance de la médecine libérale et de ses particularités (...), une acquisition de compétence tant sur le plan médical que sur le plan humain et aussi une prise de conscience. »* (S X).

Les autres atouts régulièrement cités étaient pour 27%, le **diversité des maîtres de stage** : *« La multiplicité des maîtres de stage rencontrés nous permet aussi de voir que pour chaque médecin, il y a une pratique différente et c'est enrichissant. »* (S IX) et pour 20% **les rapports avec les patients et le suivi de la patientèle**.

20% des étudiants voyaient le SASPAS en totale **opposition avec leur formation hospitalière** et considéraient cela comme un atout. Ainsi le SASPAS a permis à ce stagiaire de : *« Voir les difficultés que tu as quand tu es médecin, à faire des prises en charge à domicile, que tu n'imagines pas quand tu es en hospitalier. Tu as souvent tendance à dire, c'est le médecin généraliste qui fera et bien là on se dit que ce n'est pas si facile. »* (S IX).

Dans le même ordre d'idées, pour deux stagiaires (13%), le SASPAS est important car il apprend aux étudiants à gérer les situations sans plateau technique disponible.

Certains points forts étaient plus marginaux. Il s'agissait de l'**apprentissage de la gestion du temps en médecine libérale** (13%), de la **souplesse de l'emploi du temps** lors de ce stage (13%) et de la **possibilité de réaliser des activités annexes** (7%).

Un étudiant s'était également senti rassuré en voyant que ses problèmes étaient parfois partagés par ses maîtres de stage.

5.2.4.2 Les inconvénients du SASPAS selon les stagiaires lorrains

Nous avons pu remarquer que deux inconvénients majeurs ressortaient pour les stagiaires.

Tout d'abord, pour un tiers des internes interrogés, le **kilométrage** constituait le principal point noir de leur stage. La plainte portait à la fois sur les distances entre les différents cabinets d'une même USER pour certains internes et sur les distances entre les cabinets et le lieu de vie de l'interne pour d'autres : « *Il y avait surtout des petits soucis géographiques, des trajets un peu long parfois, (...) ce n'est pas très loin à vol d'oiseau mais il y a un col. En hiver ça doit être assez pénible (...). C'est peut-être un défaut, ils n'ont pas regroupé géographiquement, ils auraient peut être pu réfléchir à recentrer un peu.* » (S VII).

Le second point négatif était le sentiment ressenti par un tiers des étudiants sondés (5/15) d'un **remplacement déguisé** : « *J'ai eu des fois l'impression d'être un peu utilisé comme bouche trou. J'en attendais un peu plus côté apprentissage aussi. Certaines fois, j'ai eu l'impression d'un remplacement déguisé.* » (S IV). Ce sentiment pouvait s'expliquer pour les cinq stagiaires concernés par des irrégularités de fonctionnement de leur USER par rapport au cadre législatif. Pour deux d'entre eux, l'organisation du travail au sein de l'USER, avec plusieurs jours consécutifs travaillés chez le même maître de stage favorisait ce type de ressenti. Pour deux autres, la supervision indirecte était peu, voire pas développée. Pour le dernier, les modifications de son emploi du temps, en faveur d'un de ces maîtres de stage lors des vacances de son associé, avaient amené ce ressenti.

D'autres inconvénients étaient moins fréquemment cités. Nous notons pour deux stagiaires (13%) l'évocation du **non remboursement des frais kilométriques occasionnés par les visites** et pour deux autres stagiaires (13%) **l'insuffisance d'implication des maîtres de stage dans la supervision indirecte**. Un stagiaire avait eu le sentiment de parfois voir les patients les plus difficiles à gérer. Enfin, une stagiaire trouvait anormal d'avoir travaillé chez un maître de stage, un jour de la semaine où il ne travaillait habituellement pas.

Deux étudiants (13%) ne trouvaient aucun inconvénient au SASPAS.

5.2.4.3 Les conseils des stagiaires aux générations futures

Les attentes de l'ensemble stagiaires vis-à-vis du SASPAS, ont été globalement satisfaites.

Seuls trois (23%) ne se disaient que partiellement satisfaits.

Le premier aurait apprécié avoir un apprentissage plus poussé en médecine générale. Les deux autres auraient souhaités une supervision indirecte plus fréquente : « *J'ai consulté seule. Mon expérience, je l'ai faite, mais c'est vrai que j'aurais aimé être plus encadrée, avec des débriefings plus fréquents.* » (S VIII).

100% des stagiaires interrogés conseillaient aux étudiants voulant réaliser une carrière en médecine libérale, de réaliser un SASPAS. Ils jugeaient même le SASPAS indispensable à la formation des futurs médecins généralistes : « *Je pense que c'est indispensable, parce que déjà pendant l'externat le contact avec la médecine générale est très maigre. Durant l'internat c'est quand même beaucoup hospitalier, il n'y a qu'un stage chez le prat qui est une*

mise en contact, une découverte. Après un deuxième stage pour prendre de l'autonomie, ça me paraît vraiment important. » (S VIII).

Deux étudiants (15%), bien que jugeant le SASPAS indispensable, précisait qu'il était difficile et non souhaitable de le rendre obligatoire : *« Je ne pense pas que l'idée de le rendre obligatoire soit une bonne chose, je pense que chaque étudiant est capable de se prendre en main et doit savoir comment il veut faire son cursus. » (S VIII).*

5.2.4.4 Synthèse

Les étudiants interrogés marquent tous leur satisfaction d'avoir réalisé ce type de stage. Ils sont d'ailleurs unanimes pour le conseiller aux générations futures et trouvent tous le SASPAS indispensable à la formation des futurs médecins généralistes.

Les grands points positifs du SASPAS sont la mise en autonomie avec filet et l'acquisition d'expérience en médecine générale libérale. Ces deux éléments sont des acquisitions primordiales au cours du SASPAS, en vue des remplacements à venir.

Certains inconvénients sont tout de même ressentis et constituent des pistes d'amélioration pour l'avenir. Les deux principaux sont les distances kilométriques parcourues par l'étudiant lors de son SASPAS et l'impression parfois d'un remplacement déguisé ,occasionnée par certaines irrégularités vis-à-vis du cadre législatif.

6 DISCUSSION

6.1 La méthode

6.1.1 Les entretiens des maîtres de stage

Comme dans toute étude basée sur des focus groups, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés. Cette étude permet cependant d'explorer, de façon qualitative, le ressenti des maîtres de stages lorrains sur le SASPAS.

Le choix de réaliser des **focus groups** constitue le point fort de notre travail. C'est une méthode qui favorise l'expression et la discussion d'opinions controversées, sans exigence de représentativité, ce qui correspond pleinement à nos attentes.

La **bonne participation** des USER lorraines renforce la pertinence de notre choix. En effet, nous avons reçu une réponse positive de 80% des USER sollicitées et nous avons pu finalement réaliser onze entretiens soit 55% des USER lorraines.

Nous soulignerons également la grande **variété des USER visitées**. Trois sur onze sont en milieu urbain (27%), quatre sur onze en milieu semi-rural (36%) et quatre sur onze en milieu rural (36%).

On peut aussi se féliciter de la présence importante des maîtres de stage lors de nos entretiens puisque 83% des maîtres de stage concernés se sont rendus disponibles. Cela a permis d'obtenir un nombre moyen de participants par focus group de 3,4. Ce nombre est tout à fait satisfaisant pour une bonne participation de chacun et pour permettre l'expression de toutes les idées.

Par ailleurs, nous avons pu bénéficier de la **présence d'un membre du département de médecine générale** lors de chaque entretien. Cette présence constitue un plus évident et nous a permis de disposer d'un modérateur maîtrisant bien la thématique et la technique de conduite de réunion.

Notre étude possède tout de même certaines limites.

D'une part, nous avons pu remarquer, au cours des focus groups, la domination des directeurs d'USER, réalisant un **effet de leader d'opinion**. Il nous a parfois été difficile d'éviter ce phénomène.

D'autre part, la **présence d'un membre du département de médecine générale**, bien qu'étant un atout indéniable, a pu aussi apporter un biais. Il est, en effet, possible que sa présence ait influencé l'expression de certaines opinions de la part des maîtres de stage.

6.1.2 Les entretiens des internes de médecine générale

Comme pour les entretiens des maîtres de stage, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative pour connaître le ressenti des internes de médecine générale lorrains vis-à-vis du SASPAS.

Les difficultés que nous avons ressenties lors de nos tentatives d'organisation de focus groups, nous ont amené à modifier notre méthode.

Nous avons réalisé des **entretiens semi-dirigés individuels ou collectifs**, afin de pouvoir recueillir le témoignage d'un maximum d'étudiants.

Les points forts de notre choix sont :

-La liberté d'expression des internes interrogés

Cette liberté est assurée par l'indépendance des entretiens des internes de médecine générale et des maîtres de stage. Les maîtres de stage n'ont jamais été présents lors des entretiens de leurs stagiaires et ceci nous permet d'éviter un biais d'expression évident.

-Le nombre d'entretiens réalisées, d'internes interrogés et d'USER concernées

Nous avons réalisé 11 entretiens avec 16 stagiaires ayant terminé leur SASPAS en 2011. 43% des internes en SASPAS en 2011 ont donc été interrogés. La répartition est de 10 femmes pour 6 hommes.

Ces entretiens ont permis de recueillir le ressenti d'interne provenant de 13 USER soit 65% des USER lorraines en 2011.

-Le choix du moment des entretiens

Tous nos entretiens ont été réalisés entre le dernier mois de stage et un délai maximal de deux mois après la fin du stage. Ceci permet l'expression d'opinions récentes et favorise la multiplicité des thèmes abordés.

Notre travail avec les internes de médecine générale possède certaines limites :

-L'impossibilité de réaliser des focus groups

Les emplois du temps, les localisations géographiques parfois éloignées et l'absence d'élément commun permettant un regroupement facile entre les internes concernés ont rendu difficile la réalisation de focus groups. Un seul a pu réellement être organisé avec quatre participants.

Deux entretiens se sont déroulés avec deux internes. Les huit autres ont été des entretiens individuels.

Nous n'avons donc que très peu pu bénéficier de la dynamique de groupe.

-Le recrutement des internes de médecine générale

Les entretiens ont été réalisés au fur et à mesure des accords obtenus avec les internes sollicités. Au bout de onze entretiens, nous avons stoppé notre étude du fait de la saturation des données recueillies.

Lors de l'analyse, nous avons observé que dix des seize étudiants interrogés avaient réalisé leur SASPAS dans le département des Vosges. Parmi les six autres, trois ont été stagiaire en Meuse, deux en Moselle et un en Meurthe-et-Moselle. Cette prédominance d'internes exerçant dans une même zone a peut être pu amené un biais à notre travail.

6.2 Les résultats

6.2.1 Le SASPAS en Lorraine

6.2.1.1 Choisir le SASPAS

Le mode d'entrée des médecins généralistes lorrains dans la maîtrise de stage se fait le plus souvent sur proposition d'un collègue.

Ce constat avait déjà été retrouvé dans les travaux précédents, comme celui de Magali Potier Lecarpentier à Paris VII en 2010 (19) où aucun des médecins interrogés n'avait procédé à une candidature spontanée.

Il semble, d'après nos focus groups, que de nombreux médecins généralistes ne soient pas réticents à l'idée de devenir maître de stage. Une incitation, des informations provenant d'un confrère ou la transmission d'un vécu permettent à certains de franchir le pas.

Devant l'augmentation des effectifs des promotions étudiantes, le nombre de maîtres de stage devra vraisemblablement augmenter à l'avenir. La tenue de réunions d'information, dirigées par des maîtres de stage en activité, pourrait être développée dans ce sens.

Par ailleurs, notre bilan montre que le SASPAS est un stage attractif pour les étudiants qui se destinent à une installation à court ou moyen terme en médecine générale libérale.

Céline Riol (20) l'avait également démontré en comparant les activités post 3^e cycle des internes de DES de médecine générale lyonnais ayant réalisé ou non un SASPAS. Son travail a mis en évidence des installations plus nombreuses et plus précoces après un SASPAS.

Les principaux attraits de ce type de stage pour les internes sont d'acquérir une réelle expérience de la médecine générale et une confiance en soi plus importante. Il existe également une volonté de couper avec une formation hospitalière jugée jusqu'alors trop importante. La possibilité d'une 4^e année de DES de médecine générale dédiée à une formation en cabinet de médecine générale pourrait améliorer ce ressenti.

6.2.1.2 Le choix de l'USER

Au cours des différents entretiens, nous avons pu nous rendre compte de la grande diversité du SASPAS en Lorraine. En effet, quelles que soient les modalités d'exercice futur envisagées par le stagiaire, il trouvera forcément une USER qui lui corresponde.

Les USER lorraines sont réparties à part quasiment égale entre le milieu urbain, semi-rural et rural. De même, cinq USER ont une activité de maison médicale, quatre en cabinet seul et deux mixte.

Cette grande diversité des modes d'exercice et des patientèles constitue l'une des grandes forces du SASPAS en Lorraine. Certaines USER apportent même cette diversité à elles seules, permettant un gain d'expérience indéniable pour les stagiaires.

Cette diversité permet un large choix pour les internes de médecine générale lorrains. Ce choix s'effectue essentiellement selon deux critères : les maîtres de stage (75%) et le critère géographique (56%).

Certaines USER ne sont cependant pas toujours plébiscitées par les étudiants. Le caractère non pérenne de son organisation constitue le frein le plus important du SASPAS en Lorraine. La localisation géographique de l'USER, hors agglomération nancéenne, repousse certains étudiants.

C'est le seul thème abordé lors de ces entretiens qui a provoqué un sentiment de colère de la part de certains maîtres de stage. Ces derniers sont prêts à arrêter leur activité dans le SASPAS si une organisation pérenne ne leur est pas garantie.

De plus, la disparition de ces USER serait dommageable à la diversité d'exercice.

Devant l'enjeu et compte tenu des critères de choix des internes, il serait intéressant de mettre en place une meilleure information des étudiants sur les possibilités de logement à proximité des lieux de stage. Très peu sont également informés de la possibilité d'indemnités kilométriques versées par le Conseil Régional aux stagiaires exerçant dans des zones à faible densité médicale. Hélène Williot Bracquart et Matthieu Bracquart ont travaillé, dans le cadre de leurs thèses, sur ce problème en région Nord-Pas-de Calais (21). Grâce à leur travail, les élus du Conseil Régional ont admis l'importance de s'investir dans le maintien d'un réseau de soins de premier recours, en adéquation avec les besoins de santé de la population. Cela a abouti à l'entérinement du cofinancement d'une partie des frais de déplacement des internes de médecine générale se formant à plus de 100km de la faculté de médecine de Lille. De même, il paraît intéressant de mettre en valeur les activités spécifiques de chaque USER et les maîtres de stage qui la compose.

6.2.1.3 L'activité des internes de médecine générale en SASPAS

6.2.1.3.1 Une charge de travail en adéquation avec la législation

La charge de travail des internes de médecine générale lorrains en SASPAS correspond bien aux obligations légales. Les internes en sont également pour la plupart satisfaits.

Trois étudiants émettent tout de même une réserve sur ce point. Ils regrettent l'activité insuffisante chez un de leur maître de stage, du fait de la faible patientèle initiale.

Ce problème avait déjà été mis en évidence par Gilbert Renaudier (22), lors de son étude sur les SASPAS lyonnais de mai 2004 à mai 2006.

Il paraît important à l'avenir, lors du recrutement de nouveaux maîtres de stage de s'intéresser à cette problématique.

6.2.1.3.2 Les pathologies chroniques et les SASPAS Lorrains

L'interne en SASPAS a une activité différente de celle de ses maîtres de stage. Les consultations destinées aux pathologies chroniques sont classiquement moins fréquentes pour l'interne, au bénéfice des pathologies aiguës. Un travail réalisé à Toulouse en 2006 montrait que les pathologies chroniques représentaient 22% des consultations des internes en SASPAS contre 55% pour les médecins généralistes libéraux (23).

Les SASPAS lorrains se distinguent des études précédentes sur ce point puisque 86% des stagiaires interrogés déclarent avoir vu un nombre suffisant, voir même important de pathologies chroniques. Ceci témoigne d'une bonne acceptation du stagiaire SASPAS dans les différentes patientèles et constitue un des points forts de nos SASPAS.

6.2.1.3.3 Un manque de consultations en gynéco-obstétrique

Dans notre étude, plus de 7 étudiants sur 10 jugent avoir eu une formation insuffisante dans le domaine des consultations gynécologiques au cours de leur SASPAS. Ce chiffre est même de 9 étudiants sur 10 en ce qui concerne le suivi de grossesse.

Ceci constitue un problème récurrent du SASPAS depuis sa création. Cette problématique est d'autant plus importante que les projections d'effectif des gynécologues obstétriciens sont pessimistes jusqu'en 2020 (24), imposant à l'avenir une prise en charge plus importante par les médecins généralistes.

En 2010, Lise Baranger Royer a réalisé une étude ciblée sur la formation gynécologique des internes en SASPAS de la faculté d'Angers (25). 69% des internes en SASPAS soulignent la nécessité d'amélioration de leur formation en gynécologie. Ses résultats montrent que le stage ambulatoire est formateur pour la réalisation de frottis cervicaux, d'examen sénologique et de consultation dédiée à la contraception. En revanche, des manques sont apparus tels que la réalisation de gestes techniques en gynécologie, les traitements hormonaux substitutifs, la prise en charge des IST et la conduite à tenir devant la découverte d'un frotti cervical anormal ou d'un nodule mammaire suspect.

Deux solutions pourraient être proposées afin de pallier à ce manque à l'avenir :

- Rendre obligatoire la présence d'un stage formateur en gynécologie dans le cursus des internes de médecine générale. Ceci nécessiterait notamment un développement plus important, dans notre faculté, d'accords entre service de pédiatrie et de gynécologie afin d'accueillir alternativement les internes au cours d'un même stage.
- La signature de convention avec les structures de PMI ou les gynécologues afin de permettre aux internes de réaliser au cours de leur SASPAS des consultations de gynécologie régulières ou sous la forme de mini stage.

6.2.1.3.4 Une vision partielle du versant administratif de la profession :

Le SASPAS permet la manipulation des formulaires administratifs les plus fréquents. Un manque a tout de même été ressenti concernant les formulaires administratifs destinés aux patients atteints de pathologies chroniques.

Par ailleurs, l'apprentissage de notion concernant la gestion globale d'un cabinet est apparu comme une attente non comblée pour les internes lorrains vis à vis du SASPAS.

Une partie plus importante du temps pédagogique constituée par la supervision indirecte pourrait être consacré à cette formation à l'avenir.

6.2.1.4 La supervision indirecte

Les entretiens réalisés avec les maîtres de stage et les internes montrent le caractère systématique de la supervision directe dans les SASPAS lorrains.

Nos résultats concernant la supervision indirecte sont plus mitigés. Tous les maîtres de stage, à l'exception d'une USER et d'un maître de stage isolé, jugent faire une supervision indirecte systématique. Les internes reconnaissent, par contre, ce caractère systématique pour seulement 73%.

Les résultats observés lors des précédentes études sont assez discordants et variables d'une faculté à l'autre. Lors de son évaluation du SASPAS à Lyon de mai 2004 à mai 2006, Gilbert Renaudier (22) définit la supervision indirecte comme un des éléments principaux à améliorer. A Angers en 2011, Marie Blanchard Rocheteau (26) montre que 91% des maîtres de stage ont rencontré l'interne en séance de supervision indirecte. Ces séances ont été jugées de bonne qualité par 59% des internes, de qualité moyenne par 20% des internes et de mauvaise qualité par 21% des internes.

Pour expliquer le caractère non systématique de la supervision indirecte, les maîtres de stage évoquent souvent un manque de temps et un manque d'implication des internes. Dans notre étude, comme dans celle d'Elise Petite (27) à Grenoble en 2010, les maîtres de stage soulignent le caractère interne dépendant des séances de débriefings.

Or les internes lorrains, interrogés au sujet de la supervision indirecte, soulignent son caractère bénéfique pour 80%. Les internes, qui n'ont pas bénéficié d'une supervision indirecte systématique, regrettent tous un manque d'implication de leurs maîtres de stage.

Ce constat nous amène à conseiller la réalisation systématique en début de stage d'une discussion sur la supervision indirecte entre l'interne en SASPAS et ses maîtres de stage. Ceci permettrait de définir les attentes de chacun dès les premières vacances et d'éviter la déception mutuelle parfois ressentie.

Le caractère systématique de la supervision indirecte est reconnu par l'immense majorité des maîtres de stage et des internes comme primordial. Il permet d'éviter le sentiment pour le stagiaire d'un remplacement déguisé.

La supervision indirecte est réalisée de façon régulière dans la majorité des USER, mais une amélioration de son contenu est nécessaire. La moitié des maîtres de stage revient sur chacune des consultations, tandis que l'autre moitié se contente d'une analyse du ressenti du stagiaire. Cependant, lorsqu'elle est complète, cette supervision permet de prendre conscience de difficultés non signalées par l'étudiant. Dans les groupes de pairs, il est entendu que l'on peut apprendre de chaque consultation, y compris d'une simple rhinopharyngite ou d'un renouvellement de traitement. Il en est de même pour la supervision indirecte.

Le manque de temps du maître de stage ou de l'étudiant est le principal responsable de ces débriefings incomplets. Dans ce cas, une des alternatives semble être le développement du débriefing téléphonique.

6.2.1.5 Les réunions en cours de SASPAS

Alors que les obligations réglementaires portent sur une réunion mensuelle, la plupart du temps ces réunions sont moins fréquentes voir inexistantes.

Selon nos résultats, ces réunions ne paraissent pas un élément clé du SASPAS pour les maîtres de stage et les internes. En effet, les deux parties ne déplorent pas leurs nombres insuffisants.

Un des éléments d'amélioration serait de réduire les distances entre les différents maîtres de stage constituant une USER pour faciliter les rencontres. On s'aperçoit cependant que lorsque tous les maîtres de stage exercent dans la même structure, les réunions ne sont pas plus fréquentes. Au contraire, elles sont parfois même non réalisées. Les maîtres de stage

expliquent alors se voir au quotidien dans le cadre de leurs activités et en discuter au jour le jour. Il n'y a donc pour eux aucune nécessité de réaliser des réunions supplémentaires pouvant surcharger leurs emplois du temps.

6.2.1.6 L'intégration du stagiaire dans les USER

Nous avons mis en évidence que les stagiaires SASPAS sont très bien intégrés dans leur USER. D'ailleurs, ils participent à de nombreuses activités au sein de celle-ci. Les groupes d'échanges de pratiques accueillent souvent les stagiaires en stage praticien ou en SASPAS. Plus récemment, dans deux USER, des activités d'éducation thérapeutique se sont développées. Cela incite aussi deux autres USER à tenter cette même expérience dans un futur proche. Nous pouvons alors noter la place centrale occupée par le stagiaire SASPAS dans cette activité. Il semble même que ces activités ne pourraient pas toujours être mises en place en l'absence du stagiaire en SASPAS, qui devient alors indispensable. La présence du SASPAS est alors bénéfique pour le stagiaire lui-même, pour le maître de stage qui progresse dans son activité avec cette nouvelle optique d'éducation thérapeutique et également pour le patient. Ces initiatives sont donc à encourager et à multiplier à l'avenir.

6.2.1.7 La recherche

Nous avons évoqué, après le versant pédagogique, le versant recherche des USER. Cet aspect est assez peu développé dans nos SASPAS lorrains puisque le SASPAS n'a été la base d'un projet de thèse ou de mémoire que pour 20% des internes interrogés.

Les maîtres de stage trouvent le stage praticien plus approprié à la recherche. Pour eux, les stagiaires débutent souvent leur SASPAS avec un projet de thèse ou de mémoire déjà établi. Notre étude auprès des internes réfute cette hypothèse. En effet, 80% des internes interrogés n'avaient aucun projet précis en début de stage.

Il est important, dans un but de reconnaissance de la médecine générale, d'avoir des projets de thèse dirigés par des médecins généralistes. Dans cette optique, le développement d'un temps dédié à la recherche au cours du SASPAS paraît primordial. Le stagiaire pourrait alors être plus intégré dans des travaux d'audit, voire même dans des travaux de recherche du Département de Médecine Générale.

6.2.1.8 La validation de stage

L'évaluation des stagiaires est réalisée systématiquement sous forme d'une évaluation continue, concertée et complémentaire de tous les maîtres de stage. Certaines USER ont même choisi la mise en commun des grilles d'évaluation remplies par chacun. Cette implication de tous les maîtres de stage permet de ne pas méconnaître une opinion isolée et permet aux stagiaires d'avoir plusieurs avis objectifs sur leur pratique.

Elle constitue un point fort ses SASPAS lorrains.

La seule réserve est le manque d'information ressentie par certains stagiaires vis-à-vis de leur validation de stage.

6.2.2 L'avis des maîtres de stage lorrains vis-à-vis du SASPAS

6.2.2.1 Un sentiment global de satisfaction

6.2.2.1.1 La satisfaction du mode d'organisation de chaque USER

Le sentiment de satisfaction des maîtres de stage vis-à-vis de l'organisation du SASPAS est retrouvé dans chaque USER, quel que soit leur mode de fonctionnement : en jours fixes pour la majorité ou en semaine complète. Cette organisation en semaine complète avec périodes non travaillées par le stagiaire est d'ailleurs contestable sur le plan législatif. L'activité des étudiants est définie comme devant être continue tout au long du stage sous contrôle du directeur de l'USER qui doit veiller à cette pérennité.

Le côté convivial du SASPAS est aussi un élément mis en avant lors de nos entretiens.

6.2.2.1.2 Les intérêts altruistes des maîtres de stage

Nous avons également évoqué les intérêts et les inconvénients personnels ressentis à être maître de stage d'un SASPAS. Contrairement aux travaux précédents comme celui de Thomas Brault (28) à Rennes en 2007, les intérêts matériels ont très peu été évoqués. Nous avons uniquement noté la notion d'aide au travail, de mise à disposition de temps libre pour d'autres activités professionnelles ou extra-professionnelles et la mise en contact avec de potentiels futurs remplaçants. L'aspect financier n'a lui, jamais été évoqué.

Même si nous pouvons soupçonner ces thèmes d'être considérés comme tabous, il semble que les intérêts soient désormais plus altruistes. Pour exemple, les échanges avec le stagiaire ont été tout particulièrement plébiscités. Les maîtres de stage apprécient aussi de pouvoir progresser dans leurs connaissances et leur pratique tout en rompant la solitude de l'exercice libéral.

L'évolution actuelle de la médecine générale peut être une des explications de ce changement. Celle-ci se fait à la fois vers l'amélioration continue des pratiques, du fait du désir de reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière, mais aussi vers une volonté croissante des médecins d'améliorer leur qualité de vie. Dans cette dernière optique, de nombreux médecins ont récemment modifié leur modalité d'exercice afin de se libérer du temps libre. L'aide et le temps libéré par le stagiaire sont donc moins valorisés. De la même manière, les années d'expérience dans le SASPAS ont permis aux maîtres de stage de se créer un carnet d'adresse de remplaçants. Désormais, l'intérêt de la mise en relation avec de nouveaux remplaçants peut paraître mineur.

6.2.2.1.3 Un atout indéniable pour les étudiants

La grande majorité des maîtres de stage trouve le SASPAS très intéressant dans la formation d'un futur praticien de médecine générale.

Selon eux, il apporte aux stagiaires une mise en situation de médecine générale et du monde libéral, une autonomie totale, et une vision sur différentes pratiques. Il constitue de ce fait une réelle progression. Sur le plan médical, la valeur ajoutée se fait principalement sur les connaissances thérapeutiques.

Si bien que la moitié des maîtres de stage seraient prêts à rendre le SASPAS obligatoire pour les étudiants se destinant à un mode d'exercice libéral. L'autre moitié le trouve fortement souhaitable mais difficile à imposer.

Seuls deux maîtres de stage émettent une réserve sur le caractère formateur du SASPAS.

6.2.2.1.4 Des patients de moins en moins réticents

Lors de nos visites, les maîtres de stage ont évoqué les réactions de leurs patients face aux stagiaires.

Les patients sont quasi systématiquement avertis qu'ils seront pris en charge par un stagiaire SASPAS (à l'exception des consultations libres), ce qui favorise leur acceptation. Pour les maîtres de stage, les réactions de leur patientèle paraissent plutôt positives.

Plusieurs USER fonctionnent depuis plusieurs années et les patients sont maintenant habitués à voir de jeunes médecins en formation. Cela les rassure même parfois sur la continuité des soins dans leur village et la possibilité d'y voir s'installer à l'avenir de jeunes médecins.

6.2.2.1.5 Le paradoxe du SASPAS : satisfaction des maîtres de stage / difficultés de recrutement de nouveaux maîtres de stage

L'analyse des débuts dans le SASPAS des différents maîtres de stage a permis de mettre en évidence un paradoxe.

L'ancienneté de nombreux praticiens dans le SASPAS est un élément de plus prouvant leur globale satisfaction vis-à-vis de ce type de stage. Pourtant, on note une relative difficulté à trouver de nouveaux maîtres de stage lorsque cela s'avère nécessaire.

Ceci peut trouver son explication dans le mode de recrutement des maîtres de stage lorrains. En effet, nous retrouvons dans notre étude que très peu de maîtres de stage de SASPAS le sont devenus par démarche ou volonté personnelle. Il s'agit le plus souvent d'un recrutement par proposition extérieure via des réseaux interpersonnels. Cela ne semble pas correspondre qu'à un manque d'envie des médecins généralistes lorrains, bien que le monde libéral et son individualisme y soient probablement pour quelque chose. Mais cela correspond également à un manque d'informations vis-à-vis de ce « nouveau » type de stage. Les médecins généralistes semblent plus enclins à obtenir la maîtrise de stage après avoir été informés par leurs confrères de l'existence du SASPAS, de ses caractéristiques et de leur expérience positive de maître de stage. Cette information pourrait nous être utile pour travailler sur des nouveaux moyens de recrutement des médecins généralistes.

Dans cette optique, nous pouvons également espérer que le développement croissant des maisons médicales favorise les vocations d'enseignants. La dynamique de groupe présente dans ces structures est décrite par plusieurs intervenants comme très stimulante.

6.2.2.2 Les réserves des maîtres de stage

6.2.2.2.1 Le phénomène de report des consultations

L'organisation du travail à jour fixe chez chaque maître de stage est la plus répandue. Nous pouvons néanmoins relever quelques inconvénients à ce type de fonctionnement. Les médecins se plaignent de voir progressivement la consultation de l'étudiant SASPAS délaissée. En conséquence, leur activité augmente significativement les autres jours. Cela constitue une surcharge de travail importante, notamment en période hivernale.

Une des solutions évoquées lors des entretiens serait de mettre en place, entre les différents maîtres de stage, une rotation des jours « fixes » de stage au cours du semestre ou de façon plus aisée d'un stagiaire à l'autre. Cela empêcherait donc les patients de retenir le jour où le SASPAS exerce au cabinet et donc diminuerait le phénomène de report de consultation.

6.2.2.2.2 Le mode de choix des stagiaires : un manque d'information ressentie

Pour la majorité des maîtres de stage et même une partie des directeurs d'USER, le mode de choix des stagiaires en SASPAS n'était pas connu avant nos entretiens.

Plusieurs requêtes ont émergé à ce sujet, de la part des maîtres de stage. Le principal problème soulevé est l'appréhension, notamment en début de stage, des maîtres de stage à confier leur patientèle au stagiaire. Cette appréhension est exacerbée par le manque d'informations reçues concernant leur futur stagiaire. Elle a pour conséquence le refus de certaines USER de recevoir des stagiaires non connus par les maîtres de stage. D'autres ont la volonté de n'accepter en SASPAS que des stagiaires reçus précédemment en stage praticien. Pour cette raison, les maîtres de stage aimeraient à l'avenir que la faculté leur transmette au minimum le cursus de l'étudiant au cours de son internat, et dans l'idéal les grilles d'évaluation des stages précédents.

Certains médecins regrettent également que les procédures de choix de stage en SASPAS se fassent trop tôt dans le cursus. Selon eux, cette chronologie ne permet pas toujours aux stagiaires étant passés récemment dans le cabinet lors du stage praticien de poursuivre leur apprentissage dans la même structure au cours d'un SASPAS. Malheureusement, il semble difficile de modifier le calendrier.

6.2.3 L'avis des stagiaires lorrains vis-à-vis du SASPAS

6.2.3.1 Un sentiment global de satisfaction

6.2.3.1.1 Des attentes pour la plupart satisfaites

Comme dans l'enquête nationale réalisée en 2006 par Céline Poncot (29) auprès des internes ayant réalisé un SASPAS, nos entretiens ont montré un sentiment global de satisfaction des stagiaires lorrains vis-à-vis du SASPAS.

Tout n'est pas jugé parfait. Cependant, les deux principales attentes des internes ont été satisfaites. D'une part, les internes pensent finir leur SASPAS en ayant acquis une expérience précieuse de la médecine générale qu'ils exerceront à l'avenir. D'autre part, le SASPAS a permis aux étudiants de se rassurer et d'envisager la suite de leur vie professionnelle plus sereinement. En 2010, Thibaut Rodin (30) a quantifié le caractère rassurant de ce type de stage dans l'université de Paris V. Il nous montre que 54,8% des étudiants ont choisi le SASPAS dans le but de se rassurer et que 5,9% se considèrent beaucoup angoissés en fin de stage contre 23,5% en début de stage.

Le SASPAS semble également conforter les étudiants dans leur désir d'installation. 94% des stagiaires lorrains interrogés souhaitent s'installer à court ou moyen terme. D'autres études réalisées notamment à l'université de Lyon (20), avaient même pu démontrer que les internes en SASPAS s'installaient plus et plus rapidement que leurs confrères.

6.2.3.1.2 Des relations stagiaires / patients en perpétuelle amélioration

Près de 80% des internes ont apprécié la réaction des patients à leur égard et la relation qu'ils ont parfois pu se créer entre eux. Ce chiffre est plus important que dans les travaux plus anciens. Ceci montre l'évolution de la place prise par le stagiaire SASPAS dans la patientèle de leurs maîtres de stage.

Le SASPAS en Lorraine a maintenant 8 ans. Ces huit années ont permis à la plupart des patients de s'habituer aux stagiaires et de leur faire confiance. Le temps a permis aux patients d'être mieux informés sur la présence du stagiaire et aux différents cabinets d'apprendre à fonctionner de façon optimale avec les étudiants.

L'information des patients est l'élément primordial à la poursuite de ces bonnes relations. Dans son travail de thèse à Créteil en 2007, Xavier Beaujouan (31) a montré que 62,5% des patients, qui n'avaient pas été informés de leur prise en charge par un étudiant lors de la prise de rendez-vous, n'aurait pas refusé de voir l'interne, à condition d'avoir été bien renseignés. L'acceptation des patients passe par leur information. Les réticences initiales sont ensuite levées après la première prise en charge. Notre travail, comme celui de Xavier Beaujouan, montre que la majorité des patients sont satisfaits des consultations avec l'interne et sont prêts à revoir l'interne si besoin.

6.2.3.2 Les réserves de stagiaires vis-à-vis du SASPAS

6.2.3.2.1 Un kilométrage trop important

Pour un tiers des internes, les longs trajets effectués en cours de SASPAS sont ressentis comme un inconvénient non négligeable. Nous pouvons même penser, que certains étudiants préfèrent ne pas réaliser de SASPAS, que d'en réaliser un dans une USER trop éloignée de leur lieu de vie. C'est pourquoi certaines USER sont parfois délaissées par les étudiants.

Ce problème a déjà été abordé dans notre travail. Nous rappelons l'importance d'une meilleure information des étudiants sur les possibilités de logement et d'indemnisation kilométrique. Il paraît également primordial de parvenir à valoriser ces USER à l'avenir.

Mais la problématique se pose parfois au sein même d'une USER, où les distances entre les différents cabinets peuvent être importantes. Un élément d'amélioration de nos SASPAS semble de limiter, tant que possible, les distances entre les cabinets d'une USER. Ceci permettrait à l'étudiant de diminuer ces déplacements, la fatigue occasionnée et de s'intégrer plus facilement dans les réseaux de soins locaux. Les maîtres de stage auraient eux plus de facilité à se réunir.

6.2.3.2.2 Quelques dérives occasionnant le sentiment d'un remplacement déguisé

Certains étudiants vivent mal l'aspect financier relatif à ce type de stage. Après une grosse journée de consultation, il n'est pas toujours évident psychologiquement pour eux de rendre la caisse à leur maître de stage. Il existe parfois une frustration. En contrepartie, les

internes attendent beaucoup en retour de leurs maîtres de stage. Un manque de retour pédagogique ou certaines adaptations de la législation au profit du maître de stage font rapidement apparaître un sentiment d'exploitation et le ressenti d'un remplacement déguisé.

Dans le travail de Thibaut Rodin (30), cette sensation de remplacement déguisé était surtout liée à une supervision indirecte insuffisante. Céline Poncot (29) a même pu, au cours de son enquête, trouver un lien entre la durée de la supervision indirecte et la note globale de satisfaction des stagiaires.

Dans notre région, cinq internes sur les quinze interrogés ont eu ce ressenti, ponctuellement ou durablement au cours de leur stage. Les internes concernés pointent du doigt une supervision indirecte non systématique dans leur USER ou le travail plusieurs jours consécutifs chez le même maître de stage pour expliquer ce phénomène.

Pour améliorer les SASPAS lorrains, il conviendra donc à l'avenir de s'assurer du respect total du cadre législatif dans l'organisation de chaque USER et de veiller au caractère systématique de la supervision indirecte. La nécessité récente d'une évaluation et d'un agrément des stages chez le praticien, au même titre que les stages hospitaliers, est une avancée dans ce sens.

6.2.3.2.3 Un manque d'information sur la gestion globale des cabinets

Plusieurs internes regrettent l'absence d'un temps de formation au cours de leur SASPAS, dédié à l'apprentissage de la gestion globale d'un cabinet, y compris les versants administratifs et économiques.

Le SASPAS est situé dans la dernière année de formation des médecins généralistes. Il constitue, par ce fait, le moment propice pour les étudiants pour aborder ces sujets avec un médecin installé, avec lequel ils ont établi une relation de confiance.

Cette requête des stagiaires n'est pas nouvelle, ni spécifique à notre région. Laurence Thillier en 2005 à Bordeaux (32), Laurent Petit en 2006 à Besançon (33) et Gilbert Renaudier en 2008 à Lyon (22) avaient déjà fait des constats similaires.

Comme pour les modalités de la supervision indirecte, il paraît important d'avoir une discussion en début de stage entre les différents acteurs de l'USER, afin de connaître les attentes des stagiaires dans ce domaine.

6.2.4 L'évolution du SASPAS en Lorraine

Les deux précédents travaux réalisés sur le SASPAS dans notre région (6 et 7), nous permettent de disposer de points de comparaison.

Un point réunit les trois études. Il s'agit de la satisfaction globale ressentie par les maîtres de stage et les stagiaires vis-à-vis du SASPAS.

Les intérêts du SASPAS pour les maîtres de stage et les étudiants n'ont pas ou peu évolué. En revanche, les réactions des patients, qui étaient vécues comme un inconvénient majeur du SASPAS, se sont nettement améliorées avec l'habitude et l'information des patients.

Le contenu du SASPAS a évolué depuis ses débuts. Le nombre d'actes par demi-journées est stable entre 9 et 10. Par contre, le nombre de vacations par semaine a augmenté de 6 à 7,7 et correspond ainsi mieux au cadre législatif.

La supervision directe est toujours systématique depuis 2004. La supervision indirecte semble légèrement progresser à la vue des résultats de notre étude. Si pour les maîtres de stage (sauf deux exceptions) la supervision indirecte est qualifiée de quasi systématique, le ressenti des stagiaires étaient différents en 2005. Seulement 60% avaient eu une supervision indirecte quotidienne. Dans notre travail, ce chiffre est porté à 73%. Même si des progrès restent à faire sur cet élément essentiel du SASPAS, l'évolution semble plutôt favorable.

Nous nous sommes aperçus que ces débriefings devenaient, avec le temps, plus ciblés sur les problèmes ressentis par l'interne. En 2005, 80% des maîtres de stage et des internes déclaraient effectuer la supervision sur l'ensemble des consultations. En 2011-2012, cela ne représente plus que 50% des maîtres de stage et des stagiaires.

Le point négatif qui ressort de ces comparaisons porte sur les réunions en cours de stage. Pour Delphine Laurent (6), 85% des stagiaires ont participé à des réunions régulières en 2006-2007. En 2011-2012, seulement 60% ont pu y participer. Comme dans le mémoire du Dr Marc Heckler (7), nous remarquons un manque d'intérêt pour ce type de réunions de la part de nombreux maîtres de stage et étudiants.

Enfin, le versant recherche des USER tarde toujours à se développer.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de réaliser une évaluation du SASPAS en Lorraine dont l'organisation semble être désormais bien rodée dans de nombreuses USER. Après des débuts timides, ce type de stage est actuellement plébiscité par la plupart de ses acteurs.

Malgré cette satisfaction globale, certains versants des SASPAS lorrains pourraient être améliorés. Nous pouvons notamment espérer une progression sur l'aspect recherche des USER et la supervision indirecte.

L'opinion générale des maîtres de stage vis-à-vis du SASPAS est très favorable voire même enthousiaste. De nombreux intérêts ont été évoqués, avec au premier plan la création d'une relation d'échange entre le stagiaire et son maître de stage. Cet échange est perçu comme bénéfique pour le stagiaire, mais également pour le maître de stage qui y voit un moyen de progresser dans sa pratique médicale.

Seules deux grandes réserves ont émergé de nos entretiens. En premier lieu, l'absence de pérennité du SASPAS dans certaines USER semble très mal vécue par les maîtres de stage concernés. La seconde réserve est la méconnaissance du cursus du stagiaire à son arrivée. Elle est source de stress et empêche la mise en place rapide d'une relation de confiance. La seconde problématique semble facilement corrigeable. En revanche, le maintien d'une organisation pérenne est un enjeu important pour l'avenir et la diversité du SASPAS en Lorraine. L'amélioration de ce point passera, sans doute, par une information plus importante des étudiants sur les atouts spécifiques des USER concernées, ainsi que sur les facilités matérielles et financières mises à leurs dispositions.

La satisfaction globale des maîtres de stage interrogés pourrait être la base d'une dynamique de recrutement de nouveaux maîtres de stage, permettant ainsi de compenser les départs en retraite futurs et l'augmentation des promotions étudiantes.

Les étudiants eux aussi émettent une opinion très favorable vis-à-vis du SASPAS. Il a constitué pour eux l'occasion unique d'acquérir une réelle expérience de la médecine générale et une confiance en soi avant d'effectuer des remplacements ou de s'installer. Leurs requêtes, pour améliorer la qualité des SASPAS lorrains, portent essentiellement sur le kilométrage excessif et la tenue d'une discussion en début de stage entre stagiaire et maîtres de stage pour évoquer les modalités de supervision indirecte souhaitées par chacun.

Devant ce constat positif, nous pouvons espérer que le SASPAS poursuive son développement et qu'il tiendra, à l'avenir, une place croissante dans le cursus des futurs médecins généralistes.

Deviendra-t-il un jour obligatoire comme le souhaitent certains maîtres de stage ou étudiants ? L'évolution se fera-t-elle vers la mise en place d'une année supplémentaire en autonomie de type « assistantat » afin de répondre aux directives européennes ?

Ce sont les enjeux futurs de la formation de véritable spécialiste en médecine générale au sein de laquelle le SASPAS a toute sa place.

ANNEXES

Annexe 1 : courrier du Département de Médecine Générale aux directeurs d'USER

Nancy-Université
Université
Henri Poincaré

Université Henri Poincaré, Nancy 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY



9, avenue de la Forêt de Haye
BP. 184
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

web : www.medecine.uhp-nancy.fr
e-mail : contact@medecine.uhp-nancy.fr
Téléphone : +33 (0)3 83 68 30 00 Télécopie : +33 (0)3 83 68 30 99

Vandœuvre, le 12 janvier 2011

Nos réf. : SCOL/PDP/LG/11

Personnes chargées du dossier :

Mme Laurence Gouret

Mme Pascale Vincent

Tél. 03 83 68 30 43/30 44

Laurence.Gouret@medecine.uhp-nancy.fr

Pascale.Vincent@medecine.uhp-nancy.fr

Le Coordonnateur du DES de Médecine Générale
Le Président du Département de Médecine Générale
Le Maître de Conférences Associé, chargé de
l'organisation des visites d'USER

à

Monsieur le Professeur AUBRÈGE
Responsable d'une USER accueillant en SASPAS
des Internes de Médecine Générale

Objet :

Agréments en médecine générale
Visites sur sites

Cher Ami, Cher Confrère,

Comme nous l'avons validé au Conseil du Département de Médecine Générale du 1^{er} décembre 2010, nous vous proposons courant 2011 (entre Mars et Juin) une visite sur site de votre Unité de Soins d'Enseignement et de Recherche (USER) sur la base du volontariat.

L'équipe de visite sera composée d'un binôme d'enseignants du Département de Médecine Générale, accompagné d'un interne ayant effectué un SASPAS, si possible. Nous profiterions de cette rencontre pour faire intervenir Mr Geoffrey TROESTER, doctorant, qui réalise actuellement une thèse co-dirigée par les Docteurs MARTY et DI PATRIZIO et présidée par le Professeur DE KORWIN, dont le titre est : bilan de 3 ans de SASPAS en Lorraine : réalités, besoins et perspectives.

Cette rencontre pourrait se faire lors d'une des réunions de l'ensemble des membres de l'USER.

Afin d'organiser et de planifier ce rendez-vous avec les membres de votre USER et vous-même, nous vous remercions de bien vouloir **compléter le coupon-joint et le retourner au service de la Scolarité** de la Faculté de Médecine **avant le 31 janvier 2011**.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions d'agréer, Cher Ami, Cher Confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Professeur A. AUBRÈGE

Professeur J.D. DE KORWIN

Docteur P. DI PATRIZIO

Annexe 2 : guide d'entretien maîtres de stage

→ **Questionnaire destiné aux maîtres de stage :**

- Les débuts :
 - o Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage d'un SASPAS ?
 - o Comment êtes vous devenu maître de stage d'un SASPAS ? (proposition faite, volonté personnelle,...)

- Votre USER :
 - o Êtes-vous satisfait du mode de fonctionnement de votre groupe ?
 - o Que proposeriez-vous de modifier dans ce mode de fonctionnement ?
 - o Y a t-il une communication facile entre les différents maîtres de stage ?

- Le SASPAS :
 - o Quel est votre avis général sur le stage de SASPAS ?
 - o Quels intérêts y trouvez-vous ? (Généraux, matériels)
 - o Quels sont pour vous les inconvénients du SASPAS ?
 - o Souhaitez-vous à l'avenir continuer à être maître de stage d'un SASPAS ? Si non pourquoi ?
 - o Que pensez-vous de la durée du SASPAS ?
 - o Êtes-vous satisfait du mode de choix de vos stagiaires ?

- Le stagiaire :
 - o Que pensez-vous que le SASPAS apporte aux stagiaires ?
 - o Le trouvez-vous indispensable dans la formation des futurs médecins généralistes ?
 - o Quels sont les modalités (au cabinet, téléphone) et le rythme des séances de débriefing (après chaque vacation, plusieurs fois /semaine, hebdomadaire, chaque patient, si problème) ?
 - o Les séances de débriefing ont-elles amené à la réalisation de recherche ?
 - o Comment s'organise le suivi des patients vu par le stagiaire ?
 - o Le stagiaire participe t'il à des activités dans le groupe (GAP ,...) ?
 - o Combien de réunions entre les différents maîtres de stage et le stagiaire ont lieu durant le stage ? Trouvez-vous ce nombre suffisant, insuffisant, excessif ?
 - o Comment qualifiez-vous vos relations avec les stagiaires en SASPAS ?
 - o Comment se réalise l'évaluation de l'interne en SASPAS et êtes-vous satisfait de ce mode d'évaluation ?

- Le SASPAS et les patients :
 - o Les patients sont-ils avertis au moment de la prise de rdv ou par un autre moyen qu'ils seront pris en charge par un stagiaire ?
 - o Quelles réactions ont vos patients ?
 - o Trouveriez-vous nécessaire la réalisation d'une fiche d'information standardisée sur le stage en SASPAS destinée aux patients ?

Annexe 3 : guide d'entretien stagiaires

→ Questionnaire destiné aux stagiaires en SASPAS:

- 1^{er} questionnaire en début de stage :

Pourquoi avoir choisi un SASPAS?

Avez-vous obtenu le SASPAS que vous désiriez?

Comment s'est fait le choix de votre SASPAS (maîtres de stage souhaité, stage praticien chez un des maîtres de stage, zone géographique, activité particulière d'un des cabinets...)?

Qu'attendez-vous d'un stage en SASPAS (expérience, thèse, recherche, remplacement, apprentissage du versant administratif de la profession...)?

Quel est votre mode d'exercice envisagé pour l'avenir?

- 2^e questionnaire en fin de stage:

Le SASPAS:

Combien comporte t-il de vacations par semaine (1/2j)? Combien d'h par semaine de consultations en moyenne?

Combien d'actes en moyenne avez-vous effectué par vacation?

Trouvez-vous ce nombre de vacations suffisants ?

Les différents cabinets du SASPAS sont-ils adaptés à recevoir un stagiaire? Sont-ils informatisés ?

Nombre de logiciels différents utilisés ?

Y a-t-il des particularités dans les activités des différents maîtres de stage? (pédiatrie, gériatrie, homéopathie...)

Le stage en SASPAS vous a-t-il permis de réaliser des consultations concernant des pathologies chroniques ? de pédiatrie ? de gynécologie ? de grossesse ? (Nb suffisant ou pas ?)

Le stage en SASPAS vous a-t-il permis de réaliser des gestes techniques ? (ECG, suture, DIU, infiltration : réalisé ou non avant le stage)

Le stage en SASPAS vous a-t-il permis de manier l'ensemble des formulaires administratifs ?

A quel rythme et dans quelles modalités se sont déroulés les débriefings? (au cabinet, téléphone, dossier par dossier, si problème, tous les j, hebdomadaire, un autre rythme...)

Trouvez vous ces débriefings suffisant, insuffisant, excessif, bénéfique ou pas...?

Y a-t-il eu des réunions entre les différents maîtres de stage et vous ? Si oui à quel rythme et comment se sont passés ces réunions?

Trouvez-vous ces réunions en nombre suffisant, insuffisant, excessif?

Était-il possible de se documenter lors des consultations? (internet, papier...)

Les maîtres de stage sont-ils toujours joignables?

Avez-vous trouvé votre place dans les réseaux de soins utilisés par votre maître de stage ? En avez-vous utilisé d'autres ?

Êtes-vous satisfait du mode de validation de votre stage ?

SASPAS et patients:

Y a-t-il eu des réactions négatives des patients lors des consultations?

Avenir:

Votre avenir a-t-il été abordé? Le SASPAS a-t-il été la base d'un projet de thèse ou d'un projet post 3^e cycle? Quel mode d'exercice envisagez-vous?

Avis général:

Quels sont pour vous les points positifs d'un stage en SASPAS?

Quels en sont les inconvénients et les problèmes rencontrés?

Vos attentes vis-à-vis de ce stage ont-elles été satisfaites?

Conseilleriez-vous de réaliser un stage en SASPAS?

Le trouvez-vous indispensable à votre formation?

BIBLIOGRAPHIE

1. BUNGENER M., *Évolution de la médecine générale*, Pratiques, 2004, p 52-54
2. BROCLAIN D., *La médecine générale en crise ?* in Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, FASSIN D., AIACH P., Anthropol., Editor. 1994, coll. Sociologiques : Paris, p. 121-160
3. Décret N°97- 494 du 16.05.1997 (J.O du 18.05.1997) modifiant le décret n°88 312 du 07.04.1988)
4. Décret n°97- 495 du 16.05.1997 (J.O. du 18.05.1997)
5. NEMITZ B. Groupe de travail sur le 6e semestre du 3e cycle de médecine générale. Rapport du groupe Nemitz. Disponible à partir de: URL: <http://www.snjmg.org/doc-pdf/rapGT6.pdf>
6. LAURENT D., *Évaluation d'une réunion d'information des internes de médecine générale lorrains sur le SASPAS*. Thèse Méd : Université Nancy 2009
7. HECKLER M., *Le SASPAS : Approche pédagogique après 14 mois de fonctionnement*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale 2004-2005
8. République française. Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine paru au Journal Officiel le 09/02/2011
9. République Française. Ordonnance n°58,1373 du 30 décembre 1958, relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. J.O du 31 décembre 1958
10. République Française. Loi n°68.978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. J.O du 13 novembre 1968
11. République française. Loi 87-588 du 30 juillet 1987
12. Décret n°2004-67 du 16/01/2004 relatif à l'organisation du 3^e cycle des études médicales
13. Les Décrets n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 (J.O du 27.12.1997) relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés
14. République Française. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. (J.O du 27.10.2001)
15. Circulaire DGS/DES/2004 n°192 du 26/04/2004
16. République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Annexe V. Maquette du DES de Médecine Générale. (JO du 06.10.2004)
17. Revue du praticien – Médecine générale TOME 18 n°645 du 15/03/04, p. 382-384.
18. Guide pour la recherche qualitative www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexec.php
19. PORTIER LECARPENTIER M., *Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS ?* Thèse Méd : Université Paris 7 2010
20. RIOL C., *Devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à octobre 2005 à Lyon*. Thèse Méd : Université Lyon 2008
21. WILLOT BRACQUART H. et BRACQUART M., *Aide au financement des déplacements en SASPAS des internes de médecine générale par le Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais*. Thèse Méd : Université Lille 2009
22. RENAUDIER G., *Évaluation du SASPAS à Lyon : étude descriptive du stage de mai 2004 à mai 2006*. Thèse Méd : Université Lyon 2008

23. La Revue Exercer – Septembre/Octobre 2006 n°79 – 134 :
www.cnge.fr/exercer/exercer79/79_132.pdf
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : 30/05/2000
www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_02B.htm
25. BARANGER ROYER L., *État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire – Enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010*. Thèse Méd : Université Angers 2011
26. BLANCHARD ROCHETEAU M., *La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes*. Thèse Méd : Université Nantes 2011
27. PETITE E., *Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration*. Thèse Méd : Université Grenoble 2010
28. BRAULT T., *Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions des maîtres de stage de la faculté de Rennes*. Thèse Méd : Université Rennes 2007
29. PONCOT C., *Évaluation du SASPAS en 2006 : enquête nationale auprès des internes de médecine générale*. Thèse Méd : Université Besançon 2006
30. RODIN T., *Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de médecine générale*. Thèse Méd : Université Paris 5 2010
31. BEAUJOUAN X., *SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007*. Thèse Méd : Université Créteil 2007
32. THILLIER L., *Mise en place du 6eme semestre de résidanat en Aquitaine : évaluation centrée sur le SASPAS*. Thèse Méd : Université Bordeaux 2005
33. PETIT L., *Évaluation du SASPAS au sein de cabinets de médecine générale en Franche-Comté*. Thèse Méd : Université Besançon 2006

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

- République Française. Arrêté du 23/07/1970 relatif à l'organisation du 1^{er} cycle des études médicales
- République Française. Loi n°71-557 du 12/07/1971 modifiant la loi du 12/11/1968
- BLOY G., *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien*, Revue Française des affaires sociales, n°1 janvier-mars 2005 p. 103-126
- BINIASZ M., BOULANGER P., TAVE D., NAKHLE P. OUSTRIC S., *Les différences entre SASPAS et remplacement*. Communication présentée au congrès du CNGE de Lille, 2004
- www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/125/fichier_saspas_revue_prat5d_d0b.pdf : Article intitulé : Activité d'un interne de médecine générale en SASPAS par DELEAU E., KANDEL O. et MAUGRARD F.
- Revue du praticien du 06/10/2003 : Sixième semestre : un projet dans les startings blocks, n°625, p. 1189
- Revue du praticien du 27/10/2003 : Le sixième semestre vu par les résidents, n°628, p. 1375
- Revue du praticien du 01/03/2004 : Maîtrise de stage et tutorat, n°643, p. 296
- Revue du praticien du 12/04/2004 : SASPAS en Haute-Normandie, n°648, p. 513

- Revue du praticien du 07/03/2005 : Activité d'un interne de médecine générale en SASPAS, n°684, p. 313
- Revue du praticien du 26/09/2005 : Évaluation d'un SASPAS, n° 702, p. 979
- Revue du praticien du 27/02/2006 : Premiers SASPAS – Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place, n°722, p. 252 à 256
- Revue du praticien du 13/03/2006 : Congrès de l'ISANR-IMG. Sixième semestre – Bilan et perspectives, n°724, p. 327-328
- Revue du praticien du 27/02/2007 : Former les internes de médecine générale à la permanence des soins ambulatoires, n°760, p. 237-238
- Revue du praticien du 16/10/2007 : Permanence des soins ambulatoires, ça s'apprend, n°784, p. 946-947
- Revue du praticien du 26/02/2008 : Futurs généralistes : se frotter aux réalités du terrain, n° 796, p. 172-173
- Revue du praticien du 17/06/2008 : Formation des médecins généralistes : un vrai compagnonnage. Entretien de M. Becchio, n° 804, p. 598-599
- Revue du praticien du 30/09/2008 : Maîtrise de stage – L'avenir de la médecine générale, n°806, p. 747-748
- Revue du praticien du 28/06/2010 : Quels stages ambulatoires en médecine générale ? , n° 844, p. 519
- Revue du praticien du 21/03/2011 : Recruter des maîtres de stage : une nécessité, n° 858, p. 258
- Revue du praticien du 18/06/2012 : Devenez maître de stage ! , n°884, p. 513
- BEHRINGER M., *Influence du SASPAS sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes : étude interrégionale en PACA et Languedoc Roussillon*. Thèse Méd : Université Aix-en-Provence 2011
- GALLOT E., *Organisation du SASPAS à Angers*. Thèse Méd : Université Angers 2011
- MAZEL F., *Difficultés de communication entre les différents maîtres de stage lors du stage chez le praticien ou le SASPAS : proposition d'un outil permettant de faciliter cette communication*. Thèse Méd : Université Clermont-Ferrand 2011
- BOMPAS J., *Participation à la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale lors du SASPAS : évaluation qualitative sur un semestre à Angers*. Thèse Méd : Université Angers 2010
- GANDON SHANKLAND S., *Bilan du 1^{er} semestre du SASPAS à la faculté de médecine de Paris Sud*. Thèse Méd : Université Paris 11 2008
- PLOURDEAU L., *Le suivi au long cours du patient dans le SASPAS : évaluation sur un semestre à Angers*. Thèse Méd : Université Angers 2008
- DURAND M., *Évaluation de la supervision indirecte en SASPAS en Aquitaine de mai à octobre 2004*. Thèse Méd : Université Bordeaux 2006
- LARUE C., *Particularités pédagogiques du SASPAS : enquête auprès des étudiants de Lariboisière et Saint Louis*. Thèse Méd : Université Paris 7 2006
- THOMAS S., *Évaluation du semestre de novembre 2004 à avril 2005 des SASPAS de la région Ile de France*. Thèse Méd : Université Créteil 2006
- BENECH RIOPEL E., *Évaluation du premier semestre en SASPAS à Créteil-Paris 12*. Thèse Méd : Université Créteil 2005
- DANQUIGNY M-H., *Le SASPAS et sa perception : enquête qualitative par interviews semi dirigées auprès des résidents en Languedoc Roussillon*. Thèse Méd : Université Montpellier 2005

- ERDOGAN K., *Le SASPAS : instauration, application et mise au point : enquête auprès des premiers maîtres de SASPAS en France*. Thèse Méd : Université Strasbourg 2005
- ROSIER L., *SASPAS en Champagne-Ardenne : première évaluation*. Thèse Méd : Université Reims 2005
- CIABRIANI N., *Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ?* Thèse Méd : Université Paris 6 2002
- BELHACHE A., *Enquêtes sur le stage chez le praticien : motivation et recrutement de nouveaux maîtres de stage*. Thèse Méd : Université Rouen 1999

VU

NANCY, le 21 décembre 2012

Le Président de Thèse

Professeur J-D. DE KORWIN

NANCY, le 9 janvier 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6050

NANCY, le 14/01/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) est une évolution majeure dans la formation des futurs médecins généralistes depuis 2003.

L'objectif de cette étude qualitative était de réaliser un bilan du SASPAS en Lorraine depuis sa création en recueillant les avis des médecins et internes concernés : par focus group pour les maîtres de stage et par entretiens semi-dirigés pour les internes stagiaires.

Y ont participé d'avril à juin 2011, 34 maîtres de stage de 11 Unités de Soins d'Enseignement et de Recherche (USER) différentes, ainsi que 16 internes en stage durant cette même période.

L'opinion générale des maîtres de stage était très favorable avec quelques réserves concernant la pérennité des lieux de stage et un manque d'information sur le cursus des internes candidats dans les USER. Les maîtres de stage plébiscitaient la qualité des échanges avec les stagiaires et la vraie mise en situation de médecine générale que le SASPAS leur apporte. Cette opinion favorable était partagée par les stagiaires puisque 100% d'entre eux conseillaient ce stage aux générations futures. Le SASPAS a permis aux stagiaires d'aborder la suite de leur vie professionnelle plus sereinement. Deux réserves étaient cependant formulées concernant les distances kilométriques et un manque de retour pédagogique, pour un tiers des étudiants dans chaque cas.

Ce bilan confirme l'importance du SASPAS et la nécessité de poursuivre son expérience, tout en l'étendant à l'ensemble des internes optant pour une activité de médecine générale ambulatoire. Il montre également l'importance du respect d'un cadre précis dans la réalisation des SASPAS et d'une discussion en début de stage entre les maîtres de stage et leur stagiaire permettant d'évoquer les attentes de chacun.

TITRE EN ANGLAIS :

Assessment of the ambulatory internship in primary care in autonomy overseen in Lorraine : qualitative study by focus group and interview semi-managed with masters of internship and intern

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS :

SASPAS, Maîtres de stage, Internes stagiaires, Focus group, Entretiens semi-dirigés

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex