

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2019

N° : 244

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

GUICHON Laura, Marie

Née le 17/12/1989 à Thionville (Moselle)

Titre de la Thèse

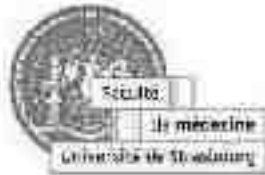
La dualité du rôle de Maître de Stage Universitaire au cours
du stage praticien de niveau un : enseignant et clinicien

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Président de thèse : Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

Directeur de thèse : Docteur Catherine JUNG

LISTE DES ENSEIGNANTS



FACULTE DE MEDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- Prévôt de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)
- Doyens honoraires: (1976-1982)
- (1983-1989)
- (1990-1994)
- (1995-2000)
- (2001-2011)
- Charge de relations extérieures de la Faculté
- Responsable d'Internat

- M. DEVEREUX Michel
- M. BRILLIA Jean
- M. COCHET Bernard
- M. DORTCH Alain
- M. MARTEL Jean-Claude
- M. MEUNIER Guy
- M. ROUSSEAU Pierre
- M. LUDER Richard
- M. HOFFMANN René
- M. BISSON Bernard

Edition SEPTEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GALTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

PHOCEL Jean-Louis (Directeur "Génétique Humaine" à compter du 01/11/2019)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BRUNER Damien (Chercheur principal de l'UFR1001 du 01/10/2019 au 31/09/2020)
COLLUPAS Nicolas (Secrétaire de l'UFR1001 du 01/10/2019 au 31/09/2020)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

POSH	NOM et Prénoms	CD*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe PHO	MRP MCO	- Pôle de Pédiatrie Pédiatrie - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie (HUP)	50-01 - Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ALZUCHE Claire PHO	MRP CO	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique (HUP)	50-03 - Gynécologie (Gynécologie gynécologie oncologie) Obst. / Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Thomas PHO	MRP CO	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (HUP) - Service de Médecine Interne, Nutrition et Maladies métaboliques (HUP)	50-01 - Santé médecine interne
	AUBERT Mathieu PHO	MRP MCO	- Pôle Pôle de Co-CDG - Service de Neurologie Hospitalière	48-01 - Neurologie
	ARNAUD Gaetan PHO	MRP MCO	- Pôle (HUP) - Service de Rhumatologie Hospitalière	50-01 - Rhumatologie
	BAEHLER Pierre PHO	MRP CO	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de l'alimentation - Service de gastroentérologie, hépatologie et de l'alimentation (HUP)	50-02 - Gastroentérologie
	BENFELI Daniel PHO	MRP CO	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie clinique et de transfusion - Institut de biologie et de transfusion (HUS) CHU de Strasbourg	49-02 - Immunologie (général et clinique)
	BALLET Jean-Jacques PHO	MRP MCO	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique (HUP) de Strasbourg	50-03 - Gynécologie-Obstétrique / gynécologie obstétrique Obst. / Gynécologie-Obstétrique
	BENNETT Franck PHO	MRP CO	- Pôle Pôle de pédiatrie (HUP) - Unité d'Endocrinologie - Diabète (HUS) CHU de Strasbourg (HUP)	50-01 - Santé pédiatrie / Endocrinologie / Diabète / Pédiatrie
	Mme BOU-FALOU Michèle PHO	MRP MCO	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (HUP)	49-01 - Biologie cellulaire (biochimie moléculaire)
	BEAUME Remy PHO	MRP MCO	- Pôle d'Immunologie - ORE (HUP) de Strasbourg - Unité de Neurobiologie (HUS) de Strasbourg	49-02 - Neurobiologie et immunologie moléculaire (général et clinique)
	BONJOUR Françoise PHO	MRP MCO	- Pôle de Neurologie (HUP) de Strasbourg - Service de Chirurgie Fonctionnelle (HUS) de Strasbourg	50-02 - Chirurgie fonctionnelle
	BONJOUR Fabrice PHO	MRP CO	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie (HUS) de Strasbourg	48-03 - Psychiatrie / Addictologie / Addictologie Obst. / Psychiatrie d'Adulte
	BERTHOUD Sylvie PHO	MRP CO	- Pôle de Biologie et de Transfusion - Service de Biologie Hospitalière (HUP)	49-01 - Biologie cellulaire
	BENNY Guillaume PHO	MRP MCO	- Pôle d'Immunologie - Service d'Immunologie - Immunologie - Immunologie (HUS) de Strasbourg - Institut de Biologie	49-02 - Neurobiologie et immunologie moléculaire (général et clinique)
	BEAULT Pascal PHO	MRP CO	- Pôle d'Immunologie - Immunologie (HUP) de Strasbourg - Service de Neurobiologie (HUS) de Strasbourg (HUS) de Strasbourg	49-02 - Neurobiologie / Immunologie / Immunologie Obst. / Neurobiologie (HUP)
	BLINZ Rodolphe PHO	MRP MCO	- Pôle de Pédiatrie - Service de Médecine Interne - Pédiatrie - Institut de la Pédiatrie	50-01 - Médecine interne / pédiatrie / Diabète / Santé pédiatrie
	BOUADEN PHO	MRP MCO	- Pôle de Pédiatrie (HUP) de Strasbourg - Service de Chirurgie Pédiatrique (HUS) de Strasbourg (HUS) de Strasbourg	50-04 - Chirurgie Pédiatrique / Pédiatrie / Pédiatrie et Endocrinologie / Pédiatrie / Pédiatrie
	Mme BOBROFF-SOISSON Marie PHO	MCO	- Unité d'Immunologie / Pôle de Biologie	49-01 - Biologie cellulaire (général et clinique)
	BONNET Françoise PHO	MRP CO	- Pôle de Pédiatrie Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique (HUP) de Strasbourg (HUP)	50-01 - Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNET Thibaut PHO	MRP MCO	- Pôle de Biologie moléculaire et Cellulaire (HUP) - Service de Cellulaire (HUS) de Strasbourg	50-01 - Biologie cellulaire
	BONNET Pascal PHO	MRP MCO	- Pôle Pôle de Co-CDG - Service de Neurologie Hospitalière	48-01 - Neurologie
	Mme BOGARD Genevieve PHO	MRP MCO	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de l'alimentation - Service de Gastroentérologie, hépatologie et de l'alimentation (HUP)	50-02 - Gastroentérologie

PHO : Praticien Hospitalier / MCO : Médecin Coordinateur / MRP : Médecin Responsable de Pôle / CO : Coordinateur / MCO : Médecin Coordinateur

NOM et Prénoms	CCP	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sub-section du Conseil National des Médecins
DRUANT-RODIER Catherine 1950	NRPS CC	+ Pôle de Accueil / Accueil - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice (Hôpital Civil)	50-01 Chirurgie générale, chirurgie plastique, reconstructrice et brûlures
Mme CALUARD-CHUMBER Sophie 1971	NRPS NCS	+ Pôle de Spécialité maxillo-faciale / ORL - Service de Rhinologie / Transfert de l'ORL	62-01 Rhinologie
CASTELAN Vincent 1967	NRPS NCS	+ Pôle Ophtalmologie - Réinsertion maxillo-faciale / Centre artère carotide - Service de Réinsertion maxillo-faciale (Hôpital Pasteur)	46-01 Réinsertion
CHAFFE Marc 1966	NRPS CC	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et de Transfert de l'ORL	61-01 Chirurgie maxillo-faciale / Centre artère carotide / Centre artère carotide / Centre artère carotide
CHARLES Yann-Philippe 1993 / 2012	NRPS NCS	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Chirurgie et de Soins / Chirurgie et Soins	50-01 Chirurgie orthopédique neurologique
Mme CHARLOUX Anne 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Physiologie et de Diagnostic Fonctionnel / Neurologie	64-01 Physiologie (autres disciplines)
Mme CHARPOT Anne 1966	NRPS NCS	+ Pôle Thérapeutique - GDT - Service de Diagnostic Radiologique et de Soins / Centre de Soins Radiologiques	56-01 Diagnostic radiologique
DELLY Jean-Louis 1973	NRPS CC	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / GDT	47-01 Génétique (autres disciplines)
Mme D'ENAC-DEJ Marie-Thérèse 1961	NRPS CC	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Anatomie Pathologique	67-01 Anatomie pathologique et histologie (autres disciplines)
CHAUDREY Raphaëlle 1966	NRPS CC	+ Pôle de Accueil / Accueil - Service de Rhinologie / CCORL / Hôpital	62-01 Anatomie (autres disciplines) / Rhinologie / Anatomie
COUARDO Marie 1950	NRPS NCS	+ Pôle d'Anesthésie et Réanimation / Centre de Soins / CCORL - Service d'Anesthésie et Réanimation / Centre de Soins / CCORL	46-01 Anesthésiologie / Réanimation / Anesthésiologie - Réanimation - Type d'acte
CRIBIER Bernard 1966	NRPS CC	+ Pôle de Chirurgie, Rhinologie et Otorhinologie - Service de Rhinologie / Hôpital Civil	50-01 Otorhinolaryngologie
DANCOY Jean-Marie 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Psychiatrie et de Soins Spécialisés - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49-01 Psychiatrie d'adulte
de BLAY de GAIX Hélène 1968	RPS CC	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Neurologie / Hôpital Civil	61-01 Neurologie
de TEEZ Laurence 1967	NRPS NCS	+ Pôle Thérapeutique - GDT - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	68-01 Neurologie
DROUOT Christian 1961	NRPS CC	+ Pôle Thérapeutique - GDT - Service de Neurologie / Centre de Soins / Hôpital	68-01 Neurologie
GERBILLE Frédéric 1976	NRPS NCS	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Diagnostic / Centre de Soins / Hôpital de Neurologie	61-01 Diagnostic / Centre de Soins / Neurologie
DEMINGH Renée 1961	RPS CC	+ Pôle d'Anesthésie et Réanimation / Centre de Soins / CCORL - Service d'Anesthésie et Réanimation / Centre de Soins / CCORL	46-01 Anesthésiologie / Réanimation / Anesthésiologie - Réanimation - Type d'acte
Mme DOLLRUS WILHELMINE Liliane 1964	NRPS CC	+ Pôle de Biologie - Service de Biologie Médicale / Anatomie Pathologique	67-01 Biologie (type d'acte)
D'ANGELO Mathias 1978	NRPS NCS	+ Pôle de Accueil / Accueil - Service de Chirurgie Otorhinolaryngologique et de Transfert de l'ORL / Hôpital de Neurologie	50-01 Chirurgie Otorhinolaryngologique et de Transfert de l'ORL
Mme D'ARNOULT Lucie 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Soins Préopératoires / Centre artère carotide	54-01 Soins préopératoires
Mme DUCOUYRILLE 1975	NRPS NCS	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Neurologie / Centre de Soins / CCORL / Hôpital	60-01 Chirurgie orthopédique neurologique
Mme DUPRÉ-REMER Sabine 1966	NRPS CC	+ Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut de Virologie / IMA / IUS et IUCV)	46-01 Biologie (autres disciplines) / Biologie (autres disciplines) / Biologie (autres disciplines)
FALCOZ Michel-Bernard 1963	NRPS NCS	+ Pôle de Pathologie / Pathologie - Service de Chirurgie et de Soins / Hôpital de Neurologie	51-01 Chirurgie Pathologie / Centre de Soins
FORNIER Luc Mathias 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Soins Préopératoires / Centre artère carotide	54-01 Soins préopératoires / Soins préopératoires
GAUSS Marie 1964	NCS	+ Hôpital Pasteur - Université de Strasbourg - Hôpital Civil	46-01 Anatomie / Anatomie maxillo-faciale
GANG Aline 1966	RPS CC	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Soins Préopératoires / Centre artère carotide / Hôpital Civil	46-01 Anatomie / Anatomie maxillo-faciale / Anatomie maxillo-faciale
GAUCHER David 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Soins Préopératoires / Centre artère carotide / Hôpital Civil	54-01 Soins préopératoires
GEY Bernard 1964	NRPS CC	+ Pôle de Neurologie / Neurologie - Service de Physiologie et de Diagnostic Fonctionnel / Neurologie	64-01 Physiologie (autres disciplines)
GEORG Yannick 1966	NRPS NCS	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et de Transfert de l'ORL	61-01 Chirurgie maxillo-faciale / Centre artère carotide / Centre artère carotide
GICQUEL Barbara 1966	NRPS CC	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Soins Préopératoires / Centre artère carotide	54-01 Soins préopératoires
WICHTT Bernard 1966	RPS CC	+ Pôle de Biologie / Biologie - Service de Biologie Médicale / Anatomie Pathologique - Service de Biologie Médicale / Anatomie Pathologique	67-01 Biologie (autres disciplines) / Biologie (autres disciplines) / Biologie (autres disciplines)
Mme GUYARD Marie 1967	NRPS CC	+ Pôle de Soins Préopératoires / Centre artère carotide - Service de Pathologie / Anatomie Pathologique et Biologie / Centre de Soins / Hôpital	46-01 Anatomie / Anatomie maxillo-faciale / Anatomie maxillo-faciale

NOM et Prénoms	CEP	Département Hospitalier ou Institut / Spécialisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTLIEBES Jacques-Christophe	URFA CC	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MIR/ED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hôtel-Dieu	58.01 Rhumatologie
J. ABELGOUNCH Thierry	URFA CC	- Pôle de Spécialité médicale - Cardiologie - SMD - Service de Cardiologie - Desjarès / Hôpital Hôtel-Dieu	58.03 Cardiologie
J. ALCHAYRE Yves	URFA CC	- Pôle de Spécialité médicale - Cardiologie - SMD - Service des Maladies Infectieuses et Respiratoires / Hôpital Hôtel-Dieu	46.01 Autres Maladies Infectieuses
Mrs HEDNES Julie 1984 / 2026	URFA SCS	- Pôle Urgences - Réanimation médicale - Centre de polytrauma - Service de Réanimation Médicale / Hôpital Hôtel-Dieu	46.02 Médecine Médecine d'Urgence
HERBRECHT Romain	RPE SCS	- Pôle de Oncologie - Hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hôtel-Dieu	47.01 Hématologie / Tumeurs
HIRSCH Sébastien	URFA SCS	- Pôle Tumeurs - GEFD - Service de Neurologie / Hôpital Hôtel-Dieu	48.01 Neurologie
MIRVILLE Nicolas	URFA SCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiophysique et de Médecine nucléaire / Institut de Cardiologie	48.04 Radiophysique et médecine nucléaire
SHERROBERT Marie-Éve 1982		- Pôle de Médecine Physique et de Réhabilitation - Institut Universitaire de Réhabilitation / Clermont-Centre	48.05 Médecine Physique et Réhabilitation
J. KOUKOFF David	URFA CC	- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Cardiologie / IFR / IUS et Réseau de Soins	48.06 Cytochimie / Biologie / Biologie / Immunologie
Mrs JEANDEBIE Nathalie 1977	URFA CC	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MIR/ED) - Service de Rhumatologie - Hôpital Hôtel-Dieu	54.01 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mrs ESKANDRE Louise 1929	URFA SCS	- Pôle de Soins médicaux hospitaliers - Centre de rééducation - Service de Cardiologie / Hôpital Hôtel-Dieu	61.02 Cardiologie
RAUTENFELD Georges 1945	RPE CC	- Pôle de pédiatrie - Service de Maladies Infectieuses - Centre de l'Enfant Hôtel-Dieu	66.01 Maladies infectieuses et parasitaires de l'enfant
KEEFF Jean-François 1983	RPE CC	- Pôle de Pédiatrie - Pédiatrie - Centre de Chirurgie Orthopédique et de l'Enfant - COO / Hôtel-Dieu	58.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mrs KESSLER Laurence 1984	URFA SCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MIR/ED) - Service d'Endocrinologie - Diabète, Maladies métaboliques (MIR - B / ED)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSELS Nicolas 1985	URFA SCS	- Pôle de Pédiatrie et Hépatologie - Service de Pédiatrie / Hôpital Hôtel-Dieu	51.01 Pédiatrie
KRATO Michel 1945	URFA SCS	- Pôle de Soins médicaux hospitaliers - Centre de rééducation - Service de Chirurgie Cardiovasculaire / Hôpital Hôtel-Dieu	51.09 Chirurgie vasculaire et autres vascularités
KOFFERSCHEIT Jacques 1944	URFA SCS	- Pôle Urgences - Réanimation médicale - Centre de polytrauma - Service d'Urgences Médicales - Centre de polytrauma / Hôpital Hôtel-Dieu	46.04 Traumatologie (soins médicaux)
Mrs KONGOU Anne-Isabelle 1967	URFA CC	- Pôle de Spécialité médicale - Cardiologie - SMD - Service de Médecine Intensive et Cardiologie Critique / GEIC	46.03 Cardiologie (soins critiques)
KREIER Sébastien 1984 / 2027	URFA CC	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie - Régional de Diagnostic - Pédiatrie / HP	48.02 Radiologie (soins critiques) / Soins critiques
RUPH Pierre 1975	URFA SCS	- Pôle médical - Urgences de Médecine - Service de Neurologie et Rééducation fonctionnelle (MIR/ED - B) - Hôpital Hôtel-Dieu	54.01 Médecine
RUTTE Jean-Christophe 1983	URFA CC	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie et d'Endocrinologie / Hôpital Hôtel-Dieu	47.02 Oncologie - Oncologie (diagnostic)
Mrs LAURENT-TESSIER Laurence 1925	URFA SCS	- Pôle de Psychiatrie - Centre médico-psycho-éducatif - Service de Psychiatrie / Hôpital Hôtel-Dieu	48.03 Psychiatrie adulte / Psychiatrie (Soins - Addictologie)
LARDY Pierre 1941	URFA SCS	- Pôle de Chirurgie Médicale - Soins critiques et vasculaires, Chirurgie vasculaire, Anesthésiologie et Cardiologie - Service de Chirurgie - Vasculaire / Hôpital Hôtel-Dieu	52.04 Chirurgie
LANGER Bruno 1987	RPE SCS	- Pôle de Radiologie et d'Imagerie - Service de Spéciologie - Diagnostique / Hôpital Hôtel-Dieu	51.03 Radiologie Diagnostique - (soins critiques) / Soins critiques / Radiologie
JACQUELIN Robert 1902	URFA CC	- Pôle médical - Urgences de Médecine - Service de Pédiatrie / Hôpital Hôtel-Dieu	54.01 Pédiatrie
LEMAIRE Jean-Marie 1922	URFA SCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie (antenne) / Faculté de Médecine - Service de Neurologie - Centre de Diagnostic et de Rééducation / Hôpital Hôtel-Dieu	48.04 Anatomie
LEFRANÇOIS 1900	URFA SCS	- Pôle de Soins médicaux hospitaliers - Centre de polytrauma, Centre de polytrauma, Anesthésiologie et Cardiologie - Service de Dermatologie / Hôpital Hôtel-Dieu	58.08 Dermatologie
LEHYVRAUX Frédéric 1984	URFA CC	- Pôle de Pédiatrie - Pédiatrie - Service de Chirurgie de l'enfant - COO / Hôtel-Dieu	58.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
WALDUF Sabine 1923	URFA SCS	- Pôle de Cardiologie - Service de Cardiologie et d'Endocrinologie / Institut de Cardiologie	47.02 Cardiologie - Soins critiques / Soins critiques
WARR Michel 1983	URFA SCS	- Pôle de Soins - Laboratoire de Cytopathologie, Cytologie et Histologie vasculaire (Hôpital Hôtel-Dieu)	61.06 Recherche médicale de développement et de diagnostic en cytopathologie
Mrs WYTHY Thérèse 1942	URFA SCS	- Pôle de Spécialité médicale - Cardiologie - SMD - Service de Médecine Intensive et Cardiologie Critique / GEIC	46.03 Cardiologie (soins critiques)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers rattachés / Localisation	Spécialisation du Conseil National des Universités
Mme MADONX Claire 2010	NRPS CC	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Hôpital Civil	01.01 Chirurgie - Adultologie
Mme MATHIEUX Corine 2012	NRPS NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Soins en Pédiatrie Civil	02.03 Gynécologie-Obstétrique / Gynécologie Pédiatrie
Mme MESA Luchien 2012	NRPS CC	- Pôle d'Onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Clinique / Hôpital Civil - Unité d'Hématologie / Faculté de Médecine	07.01 Hématologie - Hématologie Clinique / Hématologie Pédiatrie
Mlle JACQUILLIN Priscille 2013	RPS CC	- Pôle de cardiologie maternelle et néonatale / Cardiovasculaire - Service de Cardiologie Pédiatrique / Hôpital Civil	07.02 Chirurgie Pédiatrique et cardiopneumologie
MERTES Paul (Mons) 2014	NRPS CC	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation et Soins Intensifs / SAMU-ORL - Service d'Anesthésiologie-Réanimation et Soins Intensifs / Hôpital Civil	08.01 Chirurgie - Anesthésiologie-Réanimation (Soins Intensifs)
Meyer Sébastien 2015	NRPS CC	- Pôle de Soins Intensifs et Soins Critiques - Laboratoire de Biologie Clinique / Hôpital Civil - Microbiologie et Immunologie / Faculté de Médecine / Hôpital Civil	06.04 Biologie Clinique, Biologie Pédiatrique, Soins Critiques et Réanimation et Pathologie
METIVE Fernand 2015	NRPS NCS	- Pôle Urologie - Soins Intensifs Adultes / Soins Intensifs - Service de Néphrologie Pédiatrique / Hôpital Civil	08.02 Soins Intensifs
MERCIER Laurelle 2017	NRPS CC	- Pôle de Pharmacochimie - Unité de Pharmacochimie / Hôpital Civil	04.01 Chirurgie - Pharmacochimie et maladies
MORIS Olivier 2018	NRPS NCS	- Pôle de Soins Intensifs et Soins Critiques - Service de Cardiologie / Hôpital Civil	01.02 Chirurgie
MORIS Raphaël 2018	NRPS CC	- Pôle de Soins Intensifs et Soins Critiques / SAMU - Service de Néphrologie - Transplantation / Hôpital Civil	07.01 Néphrologie
MULTER Odile 2011	RPS CC	- Pôle Pédiatrie de l'Hôpital Civil - Service de Cardiologie Pédiatrique (HPC)	02.02 Chirurgie Pédiatrie
MAYER Isabelle Anne 2012	NRPS CC	- Pôle d'Anesthésiologie - Service d'Anesthésiologie et de Soins Intensifs Adultes / Hôpital Civil	08.01 Chirurgie et médecine (Soins Intensifs)
NOU Rémy 2014	CC	- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Pôle Soins Support - Département de médecine - Département de radiologie	07.03 Chirurgie - Radiothérapie Chirurgie Radiothérapie et oncologie
Mme OUBA Mireille 2018	NRPS CC	- Pôle d'Anesthésiologie - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes / Hôpital Civil	03.01 Pathologie et Soins Intensifs (Soins Critiques)
OULMANI Raphaël 2015	NRPS CC	- Pôle de Soins Intensifs et Soins Critiques / Cardiovasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Civil	01.02 Chirurgie
Mme OULMANI Anne 2018	NRPS NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Cardiologie Pédiatrique / Hôpital Civil	01.01 Chirurgie Pédiatrique et cardiopneumologie
Mme PALLAS Catherine 2014	NRPS CC	- Pôle néonatalurgie de la Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Neurologie	04.01 Pédiatrie
PELAGGI Thierry 2014	NRPS NCS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation et Soins Intensifs / SAMU-ORL - Service d'Anesthésiologie / Hôpital	08.06 Chirurgie - Anesthésiologie-Réanimation Chirurgie - Soins Intensifs
Mme PERRET Aline 2017	NRPS NCS	- Pôle Pédiatrie de l'Hôpital Civil - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes / Hôpital	02.02 Chirurgie Pédiatrie
PERRIER Patrick 2018	NRPS NCS	- Pôle de Pathologie pédiatrique / Pédiatrie / Soins Intensifs - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes et Pédiatrique / Hôpital	03.01 Chirurgie Pédiatrie
PETTY Myrtille 2015	CC	- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Pôle Soins Support (Anesthésiologie) - Département de médecine - Département de radiologie	07.03 Cancerologie - Soins Intensifs Chirurgie - Cancerologie - Chirurgie
PICOT Kevin 2018	NRPS NCS	- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Pôle Soins Support (Anesthésiologie) - Département de médecine - Département de radiologie	07.03 Cancerologie - Soins Intensifs Chirurgie - Cancerologie - Chirurgie
POTTECHER Juliette 2018	NRPS NCS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation et Soins Intensifs / SAMU-ORL - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes / Hôpital de Soins Intensifs	08.01 Anesthésiologie-Réanimation Chirurgie - Soins Intensifs (Soins Critiques)
PRADEAU Alain 2013	NRPS NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie / Hôpital Civil - Service de Médecine Interne / Hôpital Civil	04.04 Maladies
PROUST Philippe 2012	NRPS CC	- Pôle Tête et Cou - Service de Médiastinologie / Hôpital de Soins Intensifs	09.02 Neurochirurgie
P. RAO Jean-Claude 2015	NRPS CC	- Pôle de Soins Intensifs - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgence et Soins Intensifs et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Unité de Médecine Légale / Faculté de Médecine	06.01 Maladies (Soins Intensifs et Soins Critiques)
REPAUD Jean-Marie 2014	NRPS NCS	- Pôle de Pathologie pédiatrique / Pédiatrie / Soins Intensifs - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes / Hôpital	02.01 Chirurgie - Pédiatrie et oncologie
P. RICO Roméo 2017	NRPS NCS	- Pôle de Soins Intensifs - Laboratoire de Biologie et de Soins Intensifs / Hôpital	04.01 Soins Intensifs et Soins Critiques
ROHR Serge 2013	NRPS CC	- Pôle de Pathologie pédiatrique / Pédiatrie / Soins Intensifs - Service de Cardiologie Pédiatrique / Hôpital / HPC	01.02 Chirurgie Pédiatrie
Mme ROSSIGNOL-BENARD Sylvie 2018	NRPS CC	- Pôle néonatalurgie de la Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Soins Intensifs	04.01 Pédiatrie
ROU Gérard 2012	NRPS CC	- Pôle de cardiologie maternelle et néonatale / Cardiovasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Civil	01.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine 2014	NRPS CC	- Pôle d'Anesthésiologie - Service d'Anesthésiologie et Soins Intensifs Adultes / Hôpital	03.01 Pathologie et Soins Intensifs (Soins Critiques)

NOM et Prénoms	CRP	Services hospitaliers ou centres / Spécialisation	Relevances de Coefficients des Médecins
SAYANES Isabelle 1972	SRFA CS	- Pôle de Néphrologie-Oncologie - Service de Cytopathologie-Oncologie / HP	54.50 Relevances Coefficientes : 01 (Néphrologie) 02 (Oncologie) 03 (Cytopathologie-Oncologie)
SÉAUBERT Philippe 1947	NDR CS	- Pôle Urgences - Réanimation néphrologique / Centre urgent - Service de Réanimation néphrologique / Hôpital CHU	48.00 Réanimation
SÉAUBERT Bernard 1943	NDR NDR	- Pôle de Spécialités néphrologiques / Néphrologie / CHU - Service (Néphrologie) Hôpital Hôpital CHU	50.00 Néphrologie
SALHAÏN Dominique 1954	SRFA NDR	- Pôle de Spécialités néphrologiques et Dialyses / Centre - Laboratoire de Biochimie / Hôpital CHU - Service de Dialyses / Hôpital CHU	48.00 Spécialités néphrologiques / Néphrologie / Centre 01 (Néphrologie) / Centre 02 (Biochimie) / Centre 03 (Dialyses) / Centre
SAZDORIC Christian 1943	RFB CS	- Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Hôpital CHU	52.04 Urologie
SCHLITZER Thierry 1944	RFB CS	- Pôle Urgences - Réanimation néphrologique / Centre urgent - Service de Réanimation néphrologique / Hôpital CHU	48.00 Réanimation
Mme SPASSONNE Corinne 1955	SRFA CS	- Pôle de Psychiatrie et de Santé mentale - Service de Psychiatrie pour Enfants / Hôpital CHU	49.70 Relevances Coefficientes : 01 (Psychiatrie)
SCHLITZER Patrick 1945	SRFA NDR	- Pôle Urologie - CHU - Service de Chirurgie urologique / Centre d'Urologie / HP	50.01 Chirurgie urologique
SERFATY Laurence 1952	SRFA NDR	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Gastro-Entéro-Hépatologie et de Transplantation / HP	50.01 Gastro-entérologie / Hépatologie / 01 (Gastro-entérologie) 02 (Hépatologie)
SILLIA Jean 1944	SRFA NDR	- Pôle de Médecine interne, Pneumologie, Néphrologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie / HP - Service de Néphrologie / Hôpital Hôpital CHU	50.01 Pneumologie
Mme SPERCOCCI Chantal 1947	RFB CS	- Pôle de Spécialités néphrologiques / Néphrologie / CHU - Service de Néphrologie / Hôpital Hôpital CHU	50.00 Néphrologie
STYRIS Jean-François 1944	SRFA CS	- Pôle de Médecine interne - Service de Chirurgie digestive / Hôpital CHU	50.00 Chirurgie digestive et néphrologie
STERNAN Dominique 1953	SRFA CS	- Pôle d'Urologie néphrologique / Centre d'Urologie - Service de Médecine vasculaire - HFA - Prévention et Soins / Hôpital - Hôpital CHU	51.50 Centre / Médecine vasculaire
THIÉRY Fabrice 1952	SRFA NDR	- Pôle d'Urologie néphrologique / Centre d'Urologie - Service de Chirurgie urologique et de Transplantation / Hôpital CHU	51.50 Centre / Chirurgie urologique
Mme THIRIAUX Catherine 1953	SRFA CS	- Pôle Urologie - CHU - Service de Néphrologie / Hôpital Hôpital CHU	48.01 Néphrologie
THIÉRY Françoise 1944	SRFA CS	- Pôle d'Urologie - Service de Médecine - Imagerie vasculaire - CHU et Hôpital - Hôpital - Hôpital CHU	43.00 Radiologie et Imagerie médicale 01 (Imagerie vasculaire)
VEILLER Jean 1953	SRFA NDR	- Pôle de Santé publique et Santé de l'enfant - Centre de Santé Publique / Service de Santé publique et Transports - Pôle de Santé Publique / Hôpital CHU - Laboratoire de Microbiologie et de Santé publique / Hôpital de Médecine - Centre de Santé Publique - Service de Santé Publique - Pôle de Santé publique et - de Santé publique	48.01 Santé publique / Santé publique / Santé publique 01 (Santé publique) / Centre 02 (Santé publique) / Centre 03 (Santé publique) / Centre
VESTER Marc 1952	SRFA NDR	- Pôle de Médecine interne, Pneumologie, Néphrologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie / HP - Service de Médecine Interne, Dialyses et Hépatologie / Hôpital CHU	52.01 Centre / Gastro-entérologie
VIGNIOT Pierre 1953	SRFA NDR	- Pôle de Psychiatrie et de Santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital CHU	48.00 Psychiatrie et Soins
WILLIOT Sylvaine 1953	SRFA NDR	- Pôle de Médecine - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologie infectieuse / Pôle de Médecine	54.05 Médecine / Médecine de développement 01 (Médecine de développement) 02 (Parasitologie et Pathologie infectieuse)
WOLFF Thierry 1947	SRFA CS	- Pôle de Génétique - Service de Génétique / Hôpital de Génétique / Hôpital de Génétique	50.01 Génétique / Génétique / Génétique
WALTER Christophe Marie 1952	SRFA CS	- Pôle de Spécialités néphrologiques / Néphrologie / CHU - Service de Médecine Interne / Hôpital Hôpital CHU	50.01 Centre / Médecine Interne
WOLFF Philippe 1952	SRFA NDR	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantation / Hôpital - Centre de Santé Publique - Service de Santé Publique - Pôle de Santé publique et - de Santé publique	53.03 Centre / Santé publique
Mme WOLFF Nicole 1950	SRFA NDR	- Pôle Toxicologie - Service de Toxicologie / Hôpital de Génétique	48.01 Toxicologie

HC : 1960) - CRP : HP - Hôpital de Génétique - HFA - 10000 Hôpital CHU

1 - CRP : Chef de service ou SOS, 2 - CRP : Chef de service (supplémentaire)

CRP : Chef d'équipe fonctionnelle

PS : PS

Coef. : Coefficientes relevés des tableaux de coefficients des médecins

1) En surimpression sur le tableau de coefficients

2)

3) En surimpression sur le tableau de coefficients

4) En surimpression sur le tableau de coefficients

CRP : Chef de service (supplémentaire)

CRP : Chef de service (supplémentaire)

SRFA : Responsable de l'équipe / SRFA : Responsable de l'équipe

CS : Chef de service

(5) Coefficiente totale le jour de son anniversaire et anniversaire -> 31.08.2017

(6) Coefficiente hospitalier le jour de son anniversaire -> 31.08.2017

(7) Coefficiente hospitalier le jour de son anniversaire -> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CRF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
MASERQUEE Francis	CG	Fila Gastro-gastro 4100 Service de Gastro-Entérologie - HEC	5201 Gastro-Entérologie
MARTEL Laurent	NRP CS	File Gastro-Medecine / Dermatologie / BRQ Service de Gastro-Entérologie - HEC	5503 Dermatologie
SAVIGNY Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de l'Obésité	

MO138	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	SP*	Service Hospitalier ou Institut / Faculté	Localisation au Centre Médico-Universitaire
AGH Anna-El W003		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et Médecine nucléaire
ANNA-MITLI Maria-Cristina W003		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de la Croix-Rouge - Service de Médecine Interne / Hôpital de la Croix-Rouge	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (selon disponibilité)
ANTONI Dorothea W008		- Centre de Recherche et de Soins en Oncologie / Hôpital de la Croix-Rouge	47.02 Chimie organique / Radiochimie
ARONI Maria W044 (En Japonaise)		- Pôle de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie - Service de Médecine Interne et de Médecine Nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	45.09 Médecine Interne, Médecine Otorhinolaryngologique / Médecine Nucléaire
ARNOVICI Daniela-Cristina W007		- Pôle de Biologie - Unité de Pharmacologie et de Toxicologie / Faculté de Médecine	46.00 Pharmacologie fondamentale / Pharmacologie clinique / Toxicologie
ARNOVICI Dorina W008		- Pôle de Pathologie Humaine - Service de Pathologie et d'Opérations Pédiatriques / Hôpital de la Croix-Rouge	44.00 Physiologie
ARNOVICI Maria-Cristina W004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital de la Croix-Rouge	47.04 Génétique humaine et clinique
BALOGHI Gyula W001		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et médecine nucléaire
BALAZS Balazs W008		- Pôle d'Imagerie Interdisciplinaire Cardiovasculaire - Service de Diagnostic Cardiovasculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	46.01 Radiologie
BALAZS David W004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
BARABOSI Beata W002		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie et de Biologie moléculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	47.03 Immunologie
BARZANTO Roberto W008		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Interventionnelle / Hôpital de la Croix-Rouge	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (selon disponibilité)
BARTALUCCI Elena W004		- Pôle Médecine - Service de Neurologie / Hôpital de la Croix-Rouge	44.00 Neurologie
BARTALUCCI Ionela W004		- Pôle d'Imagerie et d'Immunologie - Service d'Immunologie et d'Immunologie / Hôpital de la Croix-Rouge	43.02 Immunologie / Radiochimie (selon disponibilité)
BENJOUH Philippe W004		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et médecine nucléaire
BELONVOISE Nicole W006		- Pôle Médecine - Centre de Diagnostic Clinique / Hôpital de la Croix-Rouge	44.01 Neurologie
BELVINOCEF Anamaria W007		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
BENJOUH Philippe W004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie / Hôpital de la Croix-Rouge et Hôpital de la Croix-Rouge	45.01 Biochimie et Biologie moléculaire
BENJOUH Anamaria W004 (En Japonaise)	DE	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital de la Croix-Rouge	47.04 Cytogénétique
BENYI Gyula W003		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital de la Croix-Rouge	47.04 Génétique humaine et clinique
BOLLE Pascal W001		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
BONACHEA Elena W004		- Pôle de Pathologie Humaine - Service de Pathologie et d'Opérations Pédiatriques / Hôpital de la Croix-Rouge	44.00 Physiologie
BUSSETTI Daniela W002		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie / Hôpital de la Croix-Rouge et Hôpital de la Croix-Rouge	45.02 Parasitologie et mycologie (selon disponibilité)
BULDRINI Jacopo W007		- Unité de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de Santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital de la Croix-Rouge	44.00 Physiologie (selon disponibilité)
BURDA Elena W004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpital de la Croix-Rouge	44.02 Biochimie et Biologie moléculaire (selon disponibilité)
BURROUX Aurélien W002		- Pôle de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / Hôpital de la Croix-Rouge - Service de Médecine Interne et de Médecine Nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	47.09 Immunologie humaine et clinique
BURROUX Aurélien W004		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et médecine nucléaire
BUTULESCU Daniela W008		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et médecine nucléaire
BUTULESCU Daniela W004		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de la Croix-Rouge	43.01 Biochimie et médecine nucléaire
BUTULESCU Daniela W004		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgence médico-légales et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.00 Médecine Légale et droit de la santé
BUTULESCU Daniela W004		- Pôle de Santé publique et Santé animale - Service de Santé Publique / Hôpital de la Croix-Rouge	46.00 Epidémiologie, Santé publique et Santé animale / Santé publique (selon disponibilité)

nom de l'enseignant	spécialité	services hospitaliers (unités) / facultés	numéros de cours / numéros des 01-02-03
JEHL François médecin		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie / FTRHUB et Faculté	46.01 - Cours - Biostatistique - biologie (01-02-03)
KASTNER Pierre médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie (Service) / Faculté CHU	47.04 - Généralisation (biologie)
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie (Service) / Faculté de Médecine / HP	48.04 - Biochimie et cytologie moléculaire
KOCH Gaëlle médecin		- Institut d'Anatomie (Service) / Faculté de Médecine	49.01 - Anatomie (01-02-03)
MIRAMAND Valérie médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie (Service) / Faculté de Médecine / HP	44.01 - Biochimie et cytologie moléculaire
Mey LAURE Biologie médecin		- Institut de Biologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Service) de Faculté	42.02 - Biologie - Cours de biologie (01-02-03) / Faculté
LAWAUX Thomas médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie (Service) / Faculté de Médecine / HP	44.03 - Biochimie moléculaire
LAWAUX Thierry médecin	CG	- Pôle de Biologie (Général) et Spécialité (Général) - Service de Diagnostic Moléculaire et de Médecine Personnalisée / FTRH et FTRC - Equipe spécialisée d'Hygiène	46.01 - Cours de biologie, génétique de la santé et prévention (cours biologie)
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Pathologie (Service) - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / FHC	44.02 - Physiologie (biologie)
LEORMAND Olivier médecin		- Pôle de Diagnostic Moléculaire, Microbiologie et Dermatologie - Service de Dermatologie (Service) de Faculté	50.08 - Cours de Microbiologie
MIRAMAND Valérie médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Pathologie et de Médecine Moléculaire / FTRHUB - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 - Parasitologie et mycologie (cours biologie)
LEORMAND Olivier médecin		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Service) de Faculté	42.03 - Anatomie et cytologie pathologiques
MIRIAMANT Véronique médecin		- Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie (Service) - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / FHC	44.02 - Physiologie
LITTE Jean-Christophe médecin		- Pôle de Diagnostic Moléculaire, Microbiologie et Dermatologie, Génétique de la Santé, Microbiologie et Dermatologie - Serv. de Diagnostic Moléculaire, Cytologie, Anatomie et Microbiologie	50.08 - Cours de microbiologie et dermatologie
MIRIAMANT Véronique médecin		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie (Service) - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / FHC	44.02 - Physiologie (cours biologie)
MESLET Laurent médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie Moléculaire / Faculté de Médecine et HP	48.08 - Biologie cellulaire (cours biologie)
MIRIAMANT Véronique médecin	CG	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic moléculaire / FTRH et Faculté	50.08 - Cours de microbiologie et dermatologie (cours biologie)
MILLER Jean médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic généraliste / Service / Faculté CHU	47.04 - Généralisation (biologie)
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Faculté de Médecine	42.03 - Anatomie et Cytologie Pathologiques (01-02-03)
SOULLIER médecin		- Pôle de Diagnostic Moléculaire, Microbiologie et Dermatologie, Génétique de la Santé, Microbiologie et Dermatologie - Service de Diagnostic Moléculaire et de Diagnostic Génétique - Institut / Faculté	46.01 - Anatomie - Biostatistique - Microbiologie - Médecine d'urgence
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie (Général) et Spécialité (Général) - Service de Pathologie (Service) de Faculté	49.02 - Anatomie et Cytologie Moléculaire (cours biologie)
REIBRECHER Evelyne médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et d'Explorations Fonctionnelles / FTRH et Faculté	44.02 - Biochimie et cytologie moléculaire
REIFFERS Jean-Christophe médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Médecine Moléculaire / FTRHUB	46.02 - Parasitologie et mycologie
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic généraliste / FHC	47.04 - Généralisation (biologie)
PREPOST Olivier médecin		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie / FTRHUB et Faculté	46.01 - Cours - Biostatistique - biologie (01-02-03)
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie Moléculaire / Service / Faculté	47.08 - Parasitologie (01-02-03) / Faculté
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie (Service) / Faculté de Médecine / HP	43.01 - Biochimie et médecine moléculaire
REIBRECHER Evelyne médecin		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Biochimie / FTRHUB et Faculté	46.01 - Cours - Biostatistique - biologie (01-02-03)
BOULE Pierre (FAC) médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Cytologie Moléculaire / FHC	44.01 - Biochimie et cytologie moléculaire (cours biologie)
MIRIAMANT Véronique médecin		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic généraliste / Faculté	47.01 - Microbiologie / Parasitologie / Mycologie / Immunologie
ROUYER Bruno médecin		- Pôle de Pathologie (Service) et de Diagnostic Moléculaire - Service de Diagnostic généraliste / Faculté / HP	50.02 - Cours de génétique

NOM et Prénoms	CP	Services hospitaliers ou unités / localisation	Responsabilité Correlé Matière des Universités
Mme RUPPERT Blanche 1994		- Pôle Toxicologie - Service de Neurologie (Unité de Neurologie du Sommeil / Hôpital Civil)	40 01 Neurologie
Mme SABDU Hwa 1996		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale (PTM HMA) - Institut de Parasitologie / Institut de Médecine	46 02 Parasitologie / Mycologie (autres biologies)
Mme SCHNEIDER Nicole 1993		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique (Hôpital Hôpital Civil)	47 04 Génétique
Mme SCHNEIDER Gina 1997		- Pôle médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Pédiatrie	56 07 Chirurgie pédiatrie
SCHEMME Françoise 1996		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire de Biologie) / PTM HMA et Faculté	46 01 Génétique / <u>Biostatistique</u> / Biologie (autres biologies)
Mme SOLIMAGNE 1993		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Génétique (Hôpital de Pédiatrie)	47 01 <u>Biostatistique</u> / <u>Biologie</u> / Biologie (autres biologies) Génétique / <u>Biostatistique</u> / <u>Biologie</u>
Mme CONDET Corinne 1998		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIMM) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Pédiatrie	30 01 Rhumatologie
TCHU Gary 1999		- Pôle de Pathologie Clinique - Service de Rhumatologie et maladies infectieuses / Hôpital	44 02 Rhumatologie (autres biologies)
Mme WILDT Isabelle 1996		- Pôle médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital Pédiatrie	56 07 Chirurgie pédiatrie
TOLLET Nicolas 1997		- Pôle de Biologie - Service de Biologie cellulaire et Reproduction / UFR de Biologie	54 06 Biologie et médecine de développement (autres biologies et autres biologies)
Mme LUNG-LAMOTTE Bernice 1995		- Institut d'immunologie / IIC - Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie histologique / Hôpital Hôpital Civil	41 03 Immunologie (autres biologies)
VALLET Laurent 1997		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Analyse et de Biologie / UFR de Pédiatrie	41 01 <u>Biostatistique</u> / <u>Biologie</u> Génétique / <u>Biostatistique</u> / <u>Biologie</u>
Mme DELMAS Cécile 1996		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	47 01 <u>Biologie</u> / <u>Biologie</u> / <u>Biologie</u> Génétique / <u>Biologie</u> / <u>Biologie</u>
Mme VILLARD Océane 1997		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale / PTM HMA et Fac.	46 02 Parasitologie / Mycologie (autres biologies)
Mme VOLL Marieke 1995		- Clinique de médecine - 4ème étage pédiatrie - Direction de Pédiatrie / Hôpital Civil	56 06 Génétique / Rhumatologie (autres biologies)
Mme ZACCHINO Anne de MARCAYON 1993		- Pôle Médecine Chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Pédiatrie	56 01 Pédiatrie
DULL Arthur 1997		- Pôle de Pathologie Clinique - Service de Rhumatologie et Maladies Infectieuses / Hôpital	44 02 Rhumatologie (autres biologies)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

FRICOUR Christian 1999	PTM	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72 Histoire des sciences et des techniques
Mme RABRUSSE Anne 1998	PTM	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72 Histoire des sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mme COPI Yveline 1996		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72 Histoire des sciences et des techniques
Mme LERE Lyne 1996		USBE - MR 7397 - Equipe MR / Faculté de Médecine	69 Thérapeutique
Mme THOMAS Marie 1996		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72 Histoire des sciences et des techniques
Mme SCHARFÉ Malorie 1998		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72 Histoire des sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHASSE Gilbert 1996		Département de Médecine générale / Hôpital de Médecine	63 02 Médecine générale (M.G.)
----------------------------	--	--	--------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr. Yves GIBIOT-LAMILLAS	titulaire	Médecine générale (01.08.2017)
Pr. Yves KUPFFER-METZ	titulaire	Médecine générale (01.08.2001, renouvelé jusqu'au 31.05.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr. CHAMSEJANN	titulaire	Médecine générale (01.08.2016)
----------------	-----------	--------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr. BERTHOUD Jean	titulaire	Médecine générale (01.08.2015 au 31.08.2016)
Dr. BRUNWILLER-DUMAS Claire	titulaire	Médecine générale (01.08.2015 au 31.08.2016)
Dr. DULLOU Philippe	titulaire	Médecine générale (01.11.2015 au 31.08.2016)
Dr. HUIJER Philippe	titulaire	Médecine générale (01.11.2010 au 31.08.2016)
Dr. ROUSSEAU Fabrice	titulaire	Médecine générale (01.08.2014 au 31.08.2017)
Dr. SAUSELME Anne Elisabeth	titulaire	Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ANKOR-KEBLER Paule	titulaire	Professeure certifiée d'Anglais (01.08.2009)
Mme CATONIS Nadia	titulaire	Professeure agrégée d'Anglais (01.08.2008)
Mme SIEMENOWICZ Anne-Lucie	titulaire	Professeure certifiée d'Allemand (01.08.1991)
Mme JUNGHEIMER Nicole	titulaire	Professeure certifiée d'Anglais (01.08.09)
Mme MARTEN Barbara	titulaire	Professeure certifiée d'Allemand (01.08.16)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. WITTMANN Dominique	MRPA CS	- Pôle médecine urgent de Pédiatrie - Service de néonatalogie et de néonatalogie néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Neurologie
Dr. ROCHARD Geneviève (part. temps)	MRPA CS	- Pôle médecine urgent de Pédiatrie - Service de néonatalogie pédiatrique spécialisée et de néonatalogie polyvalente / Pédiatrie 1 (hôpital de Neurologie)
Dr. CAUVEL Laurent	MRPA CS	- Pôle spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - Centre de Santé Maladies Infectieuses et Parasitaires
Dr. DELPLANDO Hervé	MRPA CS	- GASTRO-ENT
Dr. GARRIN Olivier	CS	- Service de Radiologie - Endoscopie / GASTRO-ENT
Dr. SAUGIER Clève	MRPA CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - UGSA - Centre de Diagnostic / Hôpital de Neurologie
Dr. BERARD Bernard	MRPA CS	- Pôle de Biologie - Département de génétique / Hôpital de Neurologie
Mme AGUIRREUX Geneviève	MRPA CS	- Pôle de Pharmacie hospitalière - Service de Pharmacie - St-François / Hôpital de Neurologie
Dr. WISCHER Fabrice	MRPA CS	- Pôle de Dermatologie - Service de Dermatologie de l'urgence / Centre de traitement dermatologique / GASTRO / Hôpital de Neurologie
Dr. COSSIGNO Jean-Marie	MRPA CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et Biologie moléculaire / Hôpital de Neurologie / Hôpital de Neurologie
Mme Dr. MCHENRIER Sabine	MRPA Rec	- Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CHCC de Gériatrie
Mme Dr. MARTIN-LINARD Geneviève	MRPA CS	- Pôle de Gériatrie - Section Gériatrie / Hôpital de Neurologie
Dr. REARD Gabriel	MRPA CS	- Pôle de Santé Publique et Santé animale - Service de Santé Publique - CHU / Hôpital de Neurologie
Dr. REY David	MRPA CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - Centre de diagnostic - Centre de soins de l'urgence par le VIH / Hôpital de Neurologie
Dr. THOMASOWICZ Dany	MRPA CS	- Pôle Médecine urgent de Pédiatrie - Service des urgences Néonatalogie pédiatrique - UG
Mme Dr. TESSIEREN-LE Marthe	MRPA RCS Rec	- Pôle d'écologie médicale - Centre de diagnostic - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de diagnostic / Hôpital de Neurologie
Mme Dr. TOUBROUD Geneviève	MRPA CS	- Pôle d'urgence - Réanimation / Centre de diagnostic - Centre de diagnostic / Hôpital de Neurologie

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **M. AMY** (Vieillesse) (de 1980 à 1990)
(C) ANBOC (Paris) (Statistique et Démographie Médicale)
- **DR. HENRI** (Fécondité) (de 1967 à 31/01/2009)
DR. LOCCO (Jean-Pierre) (Analyse Clinique pédiatrique)
DR. STAMM (Olivier) (Méthodes statistiques et biologie)
DR. DE ANNA (Trentepfeiler)
- **DR. HENRI** (Fécondité) (de 1967 à 31/01/2009)
Mme. CHADY-BRILLAT (Anne) (Génétique Médicale, Odontologie)
- **DR. HENRI** (Fécondité) (de 1967 à 31/01/2009)
Mme. STOR (Annie) (Anatomie, Biologie, Biologie)
- **DR. HENRI** (Fécondité) (de 1967 à 31/01/2009)
DR. PEAR (Pierre) (Génétique Médicale)
M. AND (Jean) (Génétique Médicale)
M. DE (Jean) (Génétique Médicale)
M. DE (Jean) (Génétique Médicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SALES (Luis) (Génétique) (de 2008 à 30/09/2012) (reprise de 01/10/2013 à 30/09/2015 et 01/10/2017)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Dr. BRALH (Jean-Jacques)	DRH (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr. CHARRON (Economie)	Université Paris Descartes (2010-2011 / 2011-2012)
Mme. GUIYÉ	(Economie) (2016-2017)
Mme. DR. SIMON (Biologie)	Épave (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018 / 2018-2019)
Dr. JIN (Génétique)	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme. K. (Génétique)	IMMCO (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr. KATZ (Génétique)	Médecine légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr. LAM (Génétique)	Biologie (2013-2014 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr. LAM (Génétique)	Pathologie (2013-2014 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr. LOCCO (Génétique)	ILHIC - (Génétique) (2015-2017 / 2017-2018)
Dr. M. (Génétique)	Économie (2017-2018)
Dr. P. (Génétique)	Chirurgie (Génétique) (2014-2015 / 2015-2017)
Dr. R. (Génétique)	DRH (2017-2018)

* (Génétique) (2017-2018)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

REUCOFF Michel (Oncologie) / 01.00.04	SURTE David (Oncologie) / 01.00.04
REYRI Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.00.01	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.00.01
REYSSER Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LAURE Jean Marie (Pharmacologie) / 01.00.11
REZ ZIBRISCH LÉONOR Ayda (Anatomie Pathologique) / 01.00.02	LEVO Jean Marie (Névrologie) / 01.00.02
REYLANDER René (Histologie et Anatomie) / 01.00.01	LESCORPÉ Jean (Psychologie) / 01.00.10
REYNAUD Jean-Pierre (Cardiologie) / 01.01.10	LEU Patrick (Pneumologie) / 01.00.01
BERTHEL Nuno (Généraliste) / 01.00.10	MEILLER Claude (Généraliste) / 01.00.01
REYRIER Jean-François (Néphrologie) / 01.00.17	MYERS Michel (Endocrinologie) / 01.00.10
BLOCH Pierre (Généraliste) / 01.00.05	MAHMOUD Jean-Louis (Généraliste) / 01.00.10
REYRIER Pierre (Généraliste) / 01.00.01	MMAZEN Fatma (Médecine Légale) / 01.00.10
REYRIER Claude (Cardiologie) / 01.00.01	MALET Jean-Marie (Néphrologie) / 01.00.10
BRETTES Jean-Philippe (Néphrologie et Cardiologie) / 01.00.10	MARSSOGLIO Lucien (Néphrologie) / 01.00.10
BROCARD Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.00.02	MAURIC Jean-Louis (Généraliste et Cardiologie) / 01.00.02
BURCHARD Guy (Pharmacologie) / 01.00.05	MEGER Jean (Psychiatrie) / 01.00.07
BURDETTE Claude (Pneumologie) / 01.00.10	MEYER Christian (Chirurgie Générale) / 01.00.10
CAUFMANN André (Néphrologie et Cardiologie) / 01.00.10	MEYER Pierre (Généraliste, Endocrinologie) / 01.00.10
CABRÉ Jean-François (Néphrologie) / 01.00.10	MEYER Raymond (Généraliste) / 01.00.01
CHABREY Nadine (Généraliste) / 01.00.05	MOYNET Jean (Généraliste) / 01.00.01
CHOUKLEBOV Jacques (Chirurgie Générale) / 01.00.02	MOSSINO Jean-François (Cardiologie) / 01.00.01
CHAVEROT Jean-Michel (Chirurgie Générale) / 01.00.10	OLLET Pierre (Généraliste) / 01.00.01
COLLARD Michel (Pharmacologie) / 01.00.05	OSCALI Jean-Louis (Néphrologie) / 01.00.10
CONRAT Claude (Généraliste) / 01.00.01	PATIN Jean (Psychiatrie) / 01.00.01
COUSIN YVESCOU Vincent (Chirurgie et Endocrinologie) / 01.00.11	Wend HALL Gabriel (Pharmacologie) / 01.00.11
COUSIN Jean-Louis (Néphrologie) / 01.00.10	PEYCHER Pierre (Néphrologie) / 01.00.10
COTTE Michel (Néphrologie) / 01.00.10	REY Pierre (Chirurgie Générale) / 01.00.01
COUVER Marc (Médecine Interne) / 01.00.02	REYCH Jean (Généraliste) / 01.00.01
DUPUY Jean-Pierre (Néphrologie) / 01.00.10	REYCHER Yves (Chirurgie Générale) / 01.00.01
ELSHANNI Emad (Chirurgie Générale) / 01.00.10	SPONNER Guy (Psychiatrie) / 01.00.10
FAHRE Michel (Chirurgie Générale) / 01.00.02	SAUGED Paul (Chirurgie Générale) / 01.00.01
FACHS Michel (Néphrologie) / 01.00.10	SCHIFF Georges (Pharmacologie) / 01.00.05
FAMAT Jacques (Pharmacologie) / 01.00.05	SEHATIER Guy (Psychiatrie) / 01.00.01
FAV Daniel (Pharmacologie) / 01.00.05	SEIBER Jean-Louis (Néphrologie) / 01.00.10
FELDMAN Pierre (Chirurgie Générale) / 01.00.01	SCHWAB Daniel (Néphrologie) / 01.00.10
FRENCH Jacques (Chirurgie Générale) / 01.00.01	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.00.05
FROSTHAUS Bernard (Néphrologie) / 01.00.10	SEYD Jean (Néphrologie) / 01.00.01
FU Jean-François (Néphrologie) / 01.00.10	STEIN Claude (Généraliste) / 01.00.01
FUSSELLA Michel (Néphrologie) / 01.00.10	STILL Claude (Néphrologie) / 01.00.10
GAUTHIER Georges (Néphrologie) / 01.00.10	STEINBERG Philippe (Néphrologie) / 01.00.10
HADJIMICHAEL Georges (Néphrologie) / 01.00.10	STROHL Daniel (Néphrologie) / 01.00.10
HADJIMICHAEL Georges (Néphrologie) / 01.00.10	TERRÉ Jean-Marie (Néphrologie) / 01.00.10
HARD Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.00.05	TREISSER Alain (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WITTEBERG Philippe (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WETTER Jean-Marie (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WISCHNICK Guy (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WINTER Paul (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WITTEBERG Emmanuel (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WOLFF Jean-Marie (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WOLFF Jean-Marie (Néphrologie) / 01.00.10
HALLER Michel (Néphrologie) / 01.00.10	WILLARD Denis (Néphrologie) / 01.00.10

Légende des adresses :

FRG - Faculté de Médecine - 1, rue Broecker - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20 - Fax : 03 88 61 10 10 - 03 88 61 10 11

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- HUS - Hôpital de Cardiologie - 1, place de l'Hopital - BP 420 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20

- HUS - Hôpital de Médecine - 1, Place de l'Hopital - BP 420 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20

- HUS - Hôpital de Neurologie - Avenue de France - BP 40 - F - 67080 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20

- Hôpital de La Robertsau - 23, rue de Robertsau - F - 67016 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 31 55 11

- Hôpital de Beyer - 19, rue de Beyer - 67202 Strasbourg - Tél. : 03 88 31 55 11

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Oncologique - 19, rue de la République - BP 100 - 67080 Strasbourg - Tél. : 03 88 61 01 20

C.C.D.M. - Centre de Diagnostic Chirurgical et de la Médecine - 10, avenue de la République - BP 100 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20

F.F.S. - Centre de Diagnostic Chirurgical et de la Médecine - 10, rue de la République - BP 100 - 67080 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 31 55 11

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Fus Strassburg" - 8, rue de la République - BP 100 - F - 67080 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 31 55 11

UMC - Institut Universitaire de Médecine Clinique - 11, rue de Strasbourg et LUDWIG HILF - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 61 01 20

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DME, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS
QU'ELLES PRÉSENTENT DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES EMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A notre Maître et Directrice de thèse
Madame le Docteur Catherine JUNG

Qui m'a fait le plaisir et l'honneur d'accepter de diriger ce travail.

Je vous remercie de m'avoir guidée tout au long de ce chemin mais également pour votre précieuse aide dans les moments d'hésitation et de doutes.

Je suis fière du travail accompli à vos côtés.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO

Je te remercie d'avoir accepté de juger ma thèse mais également pour le soutien et l'écoute que tu nous as apportés lors de ces trois années d'enseignement en groupe d'ETM.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Juliette CHAMBE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à cette étude.

Recevez le témoignage de mon entière gratitude.

A Martin, mon fiancé

Ces quelques lignes semblent dérisoires pour exprimer à quel point je t'aime et à quel point je suis fière d'être bientôt ta femme. Merci de me faire rire et de me rendre heureuse chaque jour qui passe. Merci pour ton soutien sans failles. Merci pour tes multiples talents aussi loufoques qu'impressionnants.

Mais surtout merci pour ton amour qui me donne des ailes.

Notre avenir ensemble sera merveilleux.

Je t'aime.

A mes parents, Marie et Jean-Louis

J'imagine ce moment depuis la P1...

Merci pour votre amour et votre soutien qui ont su me guider durant ce long chemin d'études.

***Maman**, merci pour tous ces weekends passés à me faire réviser mes cours, merci pour tous ces dimanches soir de P1 passés à me reconforter et merci pour toute cette belle énergie et cette force que tu nous communique chaque jour.*

***Papa**, merci d'avoir toujours été à l'écoute et de m'avoir toujours témoigné ta fierté.*

Merci d'avoir aussi tout fait pour que mon installation loin de la maison se fasse dans les meilleures conditions.

***A vous deux**, merci pour votre joie de vivre, votre humour, votre optimisme et pour ce frigo toujours rempli à mon retour le vendredi, permettant de me redonner de l'élan dans les moments difficiles ... Merci pour ce beau modèle d'amour que vous nous donnez.*

Merci d'avoir fait en sorte que nous n'ayons jamais manqué de rien, Caroline, Julien et moi.

Et enfin, merci pour tout ce que vous faites, chaque jour, pour Martin et moi.

J'espère un jour être une aussi bonne mère que vous êtes de fantastiques parents.

A mamie Nina, papi Enzo et ma Nanette

Merci pour votre amour et votre soutien. Mais aussi, merci pour cette fierté que vous m'exprimez le plus souvent possible qui me touche beaucoup et qui me pousse à aller encore plus loin. Notre famille est précieuse. Prenez soin de vous.

A notre petite étoile Raphaël, qui nous protège.**A mamie Renée**

Tu m'as transmis ton intérêt pour la médecine et je t'en remercie. Tout comme je te remercie pour l'amour que tu nous portes.

A papi Jacques

J'aurais adoré pouvoir partager ce moment avec toi. Merci de veiller sur nous chaque jour. Tu es à tout jamais dans nos cœurs.

A ma grande sœur Caro, le keb

Merci d'être là. Ton soutien m'a également été d'un grand secours lors de ces longues études. Tu n'as pas toujours compris la pression que je me mettais, mais tu as toujours su trouver les mots pour me redonner l'énergie suffisante pour repartir lors des moments d'hésitation. Un grand merci.

Je suis fière de toi et fière que tu sois mon témoin de mariage.

A mon grand frère Julien et à sa famille, Mylène et Louis

Merci pour votre soutien et vos nombreux encouragements. Merci d'avoir mis au monde le plus merveilleux des neveux, bébé Loulou, qui ne manque pas une occasion de me faire éclater de rire et fondre d'amour.

A mes oncles, tantes et cousins

Merci pour tous ces beaux moments passés et à venir en famille.

A ma « belle » belle-famille, Pascale, Patrick et Terry

Merci pour votre soutien au cours de ces études mais également au quotidien, dans notre vie personnelle ainsi que pour tous ces beaux moments passés ensemble.

Avec Martin, nous sommes conscients de la chance que nous avons.

A mes copines d'amour, la team des BFE**Bebessou, Gogo, Manue, Delphon, Popo, Sarah, Paulette, Soso et Marine**

Pour m'avoir accueillie les bras grands ouverts il y a bientôt 8 ans. Merci pour toutes ces belles années passées toutes ensembles depuis, à croquer la vie, les soirées et accessoirement les bouquins, à pleines dents. Vous me manquez.

Bebessou, à toi ma BFF

Merci pour nos bonnes grosses rigolades mais aussi et surtout pour cette belle complicité inégalée, pour ton soutien, pour tes expressions improbables qui semblent parfois sortir tout droit des années 50, mais aussi pour ta gourmandise qui me rappelle franchement la mienne, et pour toutes ces années passées à la BM, qui, sans toi n'auraient pas eu la même saveur (tout comme le pain brioché aux céréales du goûter).

Merci pour tous ces beaux moments. Garde moi en encore pour toute une vie.

Gogo

Merci d'avoir pris cette place si chère dans mon cœur. Merci pour ton amitié, ta spontanéité, tes idées culinaires toutes aussi farfelues que délicieuses. Merci pour ces soirées thé chez toi les dimanches, pour l'initiation à la danse africaine, ton ouverture d'esprit et j'en passe...

Mais surtout merci de m'avoir permis de rencontrer l'amour de ma vie.

Mes salutations respectueuses au coq Alan.

Manue

Merci pour ton soutien infaillible, pour tes conseils précieux, pour tes avis éclairés et pour ton amitié. C'est tellement sympa les remplas quand t'es dans le bureau d'à côté.

A Floflo, mon unique Floflo

Merci pour ton authenticité, ton grain de folie et ton soupçon de gourmandise. J'apprécie les nombreuses heures passées avec toi à discuter de ce qu'on a, va ou aimerait manger.

Il n'y a pas que ça bien sûr, la liste est beaucoup trop longue pour être citée.

Merci d'être mon amie depuis toutes ces années.

Notre amitié m'est précieuse.

A Elo

Là encore, trop de belles choses à citer.

Je suis heureuse qu'après toutes ces années notre amitié reste aussi belle.

A Catoche et Papo

Merci d'être nos supers copains. Merci pour votre accueil toujours plus chaleureux.

Il y a des amitiés comme ça, où on sait que c'est pour la vie.

A la Colécurie, Glenn, Nico et Maxou

Merci d'avoir rendu ces années sur Strasbourg aussi belles qu'elles l'ont été. Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la vie en colocation. Merci pour ces petits « afterworks » aux Berthoms. Merci pour ces débats endiablés concernant tous les sujets possibles et imaginables, en français, voire en anglais. Et enfin merci pour cette belle amitié.

A Bertoche

A mon acolyte sportive pour la deuxième année consécutive, qui me pousse à aller toujours plus loin dans l'effort et à me dépasser. Heureuse de partager tous ces moments avec toi. Un jour plus aucun sport n'aura de secret pour nous.

A Emilie, mon Diego

Merci pour cette amitié belle et sincère depuis la seconde.

A la team sportive des Zouzes de Lorraine et intellectuelle des Schnecks de Verlaine

Vous êtes top et j'adore faire partie de votre bande.

A la team des Double Fun,

A toutes nos bonnes soirées passées et à venir.

A la team de Strasbourg, Meli, Blanblan, AnSo, Thierry, Caro, Sophie, Laurence, Laure, Pierre et Camille

C'était franchement cool l'internat à vos côtés.

A Arsouille, notre petit bonheur

Merci pour ta folie et ta douceur.

« LE BONHEUR C'EST DE CONTINUER A DESIRER CE QUE L'ON POSSEDE ».

-St Augustin-

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	15
REMERCIEMENTS	16
TABLE DES MATIÈRES	26
I. INTRODUCTION	28
II. MATERIEL ET METHODE	30
A. La méthode utilisée.....	30
1. Le choix de la recherche qualitative.....	30
2. Le choix des entretiens individuels semi-dirigés	31
B. La constitution de l'échantillon	31
C. La grille d'entretien	32
D. La réalisation des entretiens et le recueil des données.....	33
E. La retranscription des entretiens, le codage et l'analyse des données.....	34
III. RESULTATS	36
A. Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	36
B. L'environnement pédagogique lors de la consultation en binôme	36
1. L'accueil du patient.....	36
2. Le partage des rôles pendant la consultation.....	37
3. Les stratégies d'implication de l'interne	40
4. Les apports de la consultation en binôme : une complémentarité dans la pratique et un croisement de connaissances	42
5. Les inconvénients et difficultés propres à la consultation en binôme exprimés par les enseignants-cliniciens	43
6. Le contrôle des connaissances au cours de la consultation en binôme	46
C. Le débriefing.....	47
D. Le MSU : enseignant-clinicien	50
1. Les motivations à la maîtrise de stage.....	50
2. Son rôle dans le trinôme patient-interne-MSU	51
3. Les ressources personnelles et professionnelles du MSU	58

4. Le ressenti « positif » du MSU sur la maîtrise de stage et sur son rôle de formateur	62
5. Le ressenti « négatif » du MSU sur la maîtrise de stage et sur son rôle de formateur : inventaire des difficultés exprimées	64
E. Les incidences de la maîtrise de stage telles que ressenties par les MSU	65
1. Les incidences sur la pratique du clinicien	65
2. Les incidences sur la relation avec les patients	67
3. Les incidences sur la relation avec l'interne.....	67
4. Les incidences sur la relation avec ses pairs.....	69
5. Les attentes des praticiens dans le cadre de la maîtrise de stage	70
IV. DISCUSSION	73
A. Les forces et limites de l'étude	73
1. Les forces.....	73
1.1. L'intérêt et la curiosité suscités par cette recherche chez les MSU.....	73
1.2. La population étudiée.....	73
1.3. Le type d'étude choisi.....	74
1.4. La retranscription et l'analyse des données	74
2. Les limites.....	74
2.1. Les différents biais induits par notre étude	74
2.2. Une généralisation des situations rencontrées	76
B. La vision du rôle de formateur par le MSU	76
1. Les qualités du MSU	76
2. La mission de formation	78
C. La pédagogie médicale	82
1. La réunion préparatoire.....	82
2. La formation des internes lors de la consultation en binôme	82
3. Le débriefing.....	83
4. Les champs d'enseignement et le modèle de rôle	85
D. Le ressenti des MSU sur la formation qu'ils dispensent aux internes	88
1. Les difficultés des MSU	88
2. Les incidences de la maîtrise de stage sur la pratique de médecin généraliste... ..	90
V. CONCLUSION	91
LISTE DES ABREVIATIONS	93
ANNEXES	94
Annexe n° 1 : Grille d'entretien finale	94
Annexe n° 2 : Entretiens retranscrits (1 à 10).....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	239

I. Introduction

« Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l’instruction que j’ai reçue de leurs pères » (1).

L’enseignement de la pratique médicale constitue une exigence déontologique depuis toujours. C’est suite au décret du 16 mai 1997, rendant obligatoire le stage auprès du médecin généraliste, que ce dernier devient un des acteurs principaux de la formation des internes. Le stage ambulatoire en soins primaires de niveau un constitue une étape fondamentale dans le cursus de l’étudiant et c’est en partie de la teneur de cet apprentissage dont va dépendre la construction du futur médecin. Selon certains auteurs, « c’est à la fois l’endroit et le moment pendant lequel le processus de transformation professionnelle s’opère » (2).

Le Serment d’Hippocrate rappelle que la médecine s’apprend aussi de ses pairs. Or, au cours des études médicales, la pédagogie n’est pas enseignée. En devenant Maître de Stage Universitaire (MSU), le praticien se voit confier différents rôles : celui de clinicien, responsable du suivi de ses patients, mais également celui de formateur, responsable de la transmission des savoirs aux futurs médecins.

D’après de nombreuses études qualitatives publiées par David M. Irby, les enseignants cliniciens devraient détenir une double compétence : la compétence clinique et la compétence pédagogique (3) (4). Cependant, peu d’auteurs semblent explorer la réalité de terrain lors de ce stage de niveau un, notamment sur la manière dont les MSU perçoivent et investissent leurs rôles dans l’enseignement de la médecine générale.

L'objectif principal de notre travail est ainsi d'étudier le vécu par le MSU de l'exercice de ses rôles de clinicien et d'enseignant au cours du stage praticien de niveau un, en Alsace et en Lorraine. Les objectifs secondaires de notre étude sont de découvrir l'environnement pédagogique sous ses multiples aspects, d'explorer la manière dont est vécue par le MSU la rencontre de connaissances et de personnalités dans l'exercice de la maîtrise de stage, mais également d'apprécier comment le binôme MSU-interne peut évoluer dans sa relation.

II. Matériel et Méthode

A. La méthode utilisée

1. Le choix de la recherche qualitative

La recherche qualitative est une méthode d'enquête qui permet l'analyse de données descriptives comme le comportement des gens ainsi que leur propos. Cette technique de recherche permet également une analyse en profondeur de l'objet d'étude. D'après Yvonne Giordano : « l'observation naturelle et fine, pour le détail et le singulier, fournit des matériaux particulièrement riches... » (5).

Par définition, faire une enquête consiste à interroger un certain nombre d'individus dans le but d'explorer ce qu'ils pensent, vivent, ressentent, ce qui les motive ou au contraire ce qui les freine dans leurs actions.

La recherche qualitative est de plus en plus utilisée dans le cadre de la recherche en Médecine Générale, car elle permet de répondre à des questions soulevées par l'exercice quotidien du professionnel de santé. Ce type de recherche est défini comme une méthode permettant une approche compréhensive dans un but d'explorer des phénomènes humains, notamment en ce qui concerne le domaine « du vécu de la personne ». Cette méthode permet de comprendre les comportements et les représentations de chacun, en interrogeant sur les émotions, les sentiments et les expériences personnelles (6).

Le choix de la méthode qualitative s'est donc imposé naturellement à notre travail puisqu'il s'agissait d'explorer tous les champs « du vécu » du Maître de Stage Universitaire, au cours

de la formation des internes et d'étudier ainsi des données non quantifiables, se plaçant principalement dans le domaine du subjectif.

2. Le choix des entretiens individuels semi-dirigés

Il existe différents moyens permettant de recueillir des données en recherche qualitative. Dans notre étude, nous avons fait le choix d'utiliser la méthode des entretiens comme dispositif exclusif de recueil des données. Nous avons choisi de travailler à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés afin de favoriser le côté relationnel, facilitant ainsi l'expression de la personne interrogée sans orienter son discours, dans le but de recueillir des informations approfondies.

B. La constitution de l'échantillon

Le recrutement des participants à l'étude a été effectué, dans un premier temps, sur la base du volontariat, par l'envoi d'un courriel explicatif à tous les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) rattachés à la faculté de médecine de Strasbourg, après avoir soumis au préalable, pour aval, une fiche projet de thèse au Département de Médecine Générale de Strasbourg.

Par la suite, le recrutement des MSU de Lorraine s'est fait directement par contact téléphonique avec les médecins ou leur secrétariat, en expliquant succinctement la teneur de l'étude ainsi que ses objectifs.

La population étudiée était définie par les critères d'inclusion suivants :

- Être médecin généraliste et Maître de Stage Universitaire,
- Exercer en Alsace ou en Lorraine,
- Accueillir des internes de niveau un.

Les critères socio-démographiques suivants ont permis de diversifier notre échantillon :

- Sexe,
- Âge,
- Durée d'exercice dans la maîtrise de stage,
- Lieu d'exercice (milieu rural, semi-rural, urbain),

En revanche, n'ont pas été inclus, dans la population étudiée, les MSU ne recevant que des internes dans le cadre du SASPAS.

C. La grille d'entretien

La grille d'entretien, ou guide d'entretien, est un outil indispensable pour ce type d'entretiens (Annexe n° 1). En effet, ce travail d'écriture préalable a pour but de s'assurer de l'adéquation entre l'objet de la recherche et les questions posées au cours de l'interview. Cette grille est généralement introduite par un bref rappel des objectifs de l'étude ainsi que de son déroulement. Elle comporte toutes les thématiques devant être abordées au cours des entretiens et ce sous forme de questions ouvertes.

Une première version de la grille d'entretien est élaborée courant avril 2018, avant de débiter les premières interviews. La grille est ensuite modifiée et étoffée, au fur et à mesure de l'avancée dans le recueil des données, et retravaillée après l'analyse de chacun des entretiens. Peu à peu les questions deviennent plus ouvertes et se diversifient. Cependant, la grille est également parfois ajustée verbalement au cours des entretiens en fonction de l'avancée de l'interview et des réponses données.

La grille d'entretien finale (Annexe n° 1) comporte trois thèmes principaux :

- L'environnement pédagogique : le MSU est interrogé sur des situations vécues avec l'interne lors de consultation en binôme (les modalités pratiques de la consultation, les habitudes, la place de chacun dans la consultation, ...).
- L'enseignant-clinicien : le MSU est questionné sur son ressenti, son vécu, ses émotions, sa vision des choses.
- Le débriefing : est abordée la problématique de la supervision de l'interne.

D. La réalisation des entretiens et le recueil des données

Le recueil des données se déroule sur une période de neuf mois, s'étendant du mois d'avril 2018 au mois de décembre 2018. Les entretiens sont réalisés en Alsace et en Lorraine, pour des raisons personnelles, mais également dans un souci d'échantillonnage permettant d'obtenir une population étudiée plus hétérogène avec des praticiens appartenant à deux Universités différentes.

Un premier entretien est rapidement mis en place après l'envoi du courriel aux MSU. Une rencontre est ensuite organisée avec le Docteur JUNG afin de réécouter en partie l'enregistrement réalisé et de retravailler la grille d'entretien.

Le jour et le lieu de rencontre sont définis par courriel ou par contact téléphonique, directement avec les Maîtres de Stage Universitaires, en fonction de leurs disponibilités. Les entretiens se déroulent pour la plupart dans les cabinets médicaux respectifs des MSU interrogés, à l'exception de deux interviews réalisées au domicile des praticiens à leur demande. Les entretiens se déroulent exclusivement en présence du chercheur et du médecin interviewé, à l'exception du dernier entretien auquel participe également l'interne actuellement en stage.

Le contexte de l'étude et ses objectifs sont résumés au début de tous les entretiens. Après l'obtention de l'accord verbal des MSU, les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un smartphone et d'un appareil spécialisé de type dictaphone.

La durée des entretiens réalisés est fonction du temps dont disposent les praticiens. Dans la majorité des cas, les entretiens se déroulent en début d'après-midi, avant la reprise des consultations. La durée moyenne des interviews est d'environ 47 minutes. L'entretien le plus court dure environ 33 minutes et le plus long environ 1 heure et 16 minutes. La discussion se poursuit après la fin de l'enregistrement avec tous les MSU, parfois même pendant plus de 30 minutes, concernant des sujets divers et variés sortant du cadre de l'étude, et conduisant pour certains à un retard conséquent dans les consultations de l'après-midi.

Au total, dix entretiens sont réalisés, jusqu'à saturation des données.

E. La retranscription des entretiens, le codage et l'analyse des données

Tous les entretiens sont retranscrits dans leur intégralité à l'aide du logiciel Microsoft Word et ce, de façon anonyme. Le codage se fait en plusieurs étapes. Au cours de la retranscription, un premier codage grossier, manuel et papier est réalisé, permettant la mise en lumière des principales idées évoquées au cours des entretiens ainsi que l'identification des phrases et mots-clés cités par les MSU. Cette première étape permet de classer les résultats par thèmes et sous-thèmes. Cette analyse met en moyenne six heures par entretien, allant jusqu'à huit heures pour les entretiens les plus longs. Une seconde analyse s'effectue ensuite, directement sur l'ordinateur via le logiciel Microsoft Word, à l'aide d'un codage couleur. Ce deuxième codage s'opère en « colorant » les différents paragraphes, correspondant aux thèmes généraux

de l'étude et des résultats, puis en surlignant également certaines phrases relevant des sous-parties. Cette nouvelle analyse permet d'établir le plan des résultats et de la discussion. Une troisième relecture est effectuée afin de comparer les résultats et de les compléter si besoin. Pour finir, les entretiens sont tous relus plusieurs fois pendant la rédaction des résultats.

III. Résultats

A. Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Échantillon : 10 (dix) praticiens										
Sexe		Age (En années)				Durée MSU (En années)		Lieu d'exercice		
Femme	Homme	30-39	40-49	50-59	60-69	0-5	5 et plus	Urbain	Semi-rural	Rural
3	7	4	0	6	0	5	5	2	7	1

B. L'environnement pédagogique lors de la consultation en binôme

1. L'accueil du patient

En interrogeant les MSU sur les modalités d'accueil du patient en salle d'attente - par le MSU seul, par l'interne seul ou ensemble -, il peut être constaté que les pratiques diffèrent selon les cliniciens et font l'objet de questionnements pour certains : « *c'est des choses qu'on avait un p'tit peu discuté sur les formations à la maîtrise de stage. On s'était rendu compte que tout l'monde voit pas les choses de la même façon...* » (E6). Un des MSU interrogé signale avoir mis en salle d'attente une affiche dans le but de présenter l'interne (E5). Deux MSU déclarent préférer accueillir le patient directement en salle d'attente avec l'interne. Selon l'un d'eux (E6), cela permettrait d'éviter de donner « *une position très passive* » à l'interne et de montrer au patient que la consultation se fera en binôme : « *ça montre d'emblée (...) que sa consultation, elle sera faite par nous deux, (...) j'trouve que c'est plus actif* ».

L'interne peut soit se présenter seul soit être présenté par le MSU. Certains MSU déclarent présenter eux-mêmes l'interne au patient en utilisant les termes suivants : « *médecin en formation* », « *un collègue* », « *un collègue médecin stagiaire* » (E5, E6, E10). L'un de ces MSU (E10) explique éviter d'employer les qualificatifs suivants pour présenter l'étudiant au patient : « *mon interne* » ou « *l'interne* » et précise qu'il utilise parfois des phrases-types, telles que : « (...) « *vous avez de la chance vous avez deux docteurs pour l'prix d'un* ». *Les gens rigolent et puis ça passe comme ça* ».

2. Le partage des rôles pendant la consultation

Pour la plupart des MSU, le rôle de chacun n'est pas fixe d'une consultation à l'autre. Très souvent, deux grands rôles sont décrits par les praticiens, celui qui examine le patient et celui qui retranscrit les informations sur l'ordinateur :

« *On a fait une consultation à deux, avec moi directeur de consultation et en échangeant tous les deux, et elle, en effectrice au niveau examen, on va dire examen clinique...* » (E5)

« (...) *soit c'est l'interne qui fait l'interrogatoire et qui note en même temps, soit c'est moi qui fais l'interrogatoire et l'interne qui note* » (E8)

La plupart du temps, l'enseignant et l'interne échangent leur rôle d'une consultation à l'autre :

« *On essaie d'alterner, pour que l'interne soit à l'aise dans... pour accomplir toutes les tâches liées à la consultation. Donc dans certains cas c'est moi qui fais l'examen clinique et (...) j'énonce à haute voix de façon à ce que l'interne puisse retranscrire dans le dossier. Des fois c'est l'inverse* » (E1)

Pour un des MSU, la répartition des rôles au cours de la consultation se fait spontanément :

« *c'est quelque chose qui se fait naturellement le plus souvent* » (E1). Cependant la personnalité de l'interne peut aussi être un facteur déterminant dans le partage des rôles : « *Ça*

dépend des internes... parce qu'il y a des internes... ça c'est un p'tit peu plus compliqué ».
(E7)

D'après tous les MSU interrogés, le stage débute par une phase d'observation pure : « *Au départ, les premiers jours j leur demande d'être plus observateurs et de se familiariser avec le logiciel. Du coup (...) ils sont plus sur l'ordinateur et ils ont moins de contact avec le patient ».* (E8)

« Dans une consultation en binôme en général au début moi j leur dis vous faites de l'observ'... vous observez, vous me regardez faire et puis p'tit à p'tit j les laisse faire, mener l'interrogatoire, examiner les patients ». (E7)

Selon un des praticiens, cette première phase d'observation est nécessaire pour permettre à l'interne de regarder comment le praticien travaille mais aussi pour prendre connaissance du dossier médical du patient : « *pour voir un peu ma façon de travailler, de tenir les dossiers (...) et puis comme ça il peut bien relire le dossier... ».* (E8)

Un autre praticien déclare laisser rapidement l'interne examiner seul les patients si les consultations précédentes se déroulent de manière satisfaisante : « *alors moi j'ai quand même par habitude, très vite, à partir du moment où j me rends compte que l'interne se débrouille bien, de lui donner la main sur tout l'examen clinique ».* (E2)

Un MSU indique alterner les rôles d'un patient à l'autre « *pour éviter de s'ennuyer ».* (E5)

« (...) parce que j'ai aussi des souvenirs moi en tant qu'interne de longues consultations où malgré l'intérêt posé, au bout d'un moment c'est difficile d'être en plein dedans en étant

passif donc si on bouge un peu tout le temps, si on change un peu tout ça... j'ai l'impression que ça maintient l'éveil ». (E5)

Le partage des rôles peut également dépendre du patient lui-même :

« j'ai tendance à choisir l'organisation de la consulte selon le patient. C'est vrai que si c'est un d'mes chroniques, que j'connais par cœur, je ne vais pas forcément, sur une consulte qu'on fait ensemble, mettre l'interne derrière l'ordinateur, parce que bon je sais qu'il va passer très longtemps à s'imprégner du dossier, donc voilà dans ces cas-là j'vais p't'être plutôt lui donner...fin lui faire faire l'examen. A l'inverse, si c'est un patient que j'connais pas, là j'vais plus facilement lui faire faire le maximum de choses tout seul et moi me mettre en retrait le plus possible ». (E6)

Certains MSU préfèrent examiner à deux le patient : *« on examine à deux... ».* (E7)

La place physique de l'interne n'est pas toujours fixe derrière le bureau médical : *« Ça aussi c'est un truc qu'on avait un peu discuté avant l'stage sur la place de l'interne sur l'tabouret était pas forcément très gratifiante, mais en l'occurrence le tabouret ça peut être pour lui ou pour moi selon les consultes et ça on l'décide avant ».* (E6)

Certains praticiens signalent aussi adapter l'organisation des consultations en binôme au fur et à mesure de la journée selon la charge de travail restante :

« quand j'vois que ça commence à trainer, j'reprends la consulte. On repasse en consultation active en fin d'journée pour un peu aller plus vite et l'interne n'a pas forcément envie de sortir à vingt et une heure non plus donc... ». (E3)

« On a plusieurs bureaux donc la possibilité (...) quand ça bourre un peu en salle d'attente, ben j'lui dis : écoute, continue tout seul à côté et si t'as besoin de moi, j'suis là » et puis on consulte en parallèle ». (E7)

3. Les stratégies d'implication de l'interne

La plupart des MSU interrogés déclarent avoir mis en place des stratégies visant à impliquer les internes, avant ou au cours de la consultation en binôme.

- Stratégies visant à placer l'interne dans une situation favorable :

En lui donnant des explications concernant le dossier médical des patients : « avant de chercher le patient, j'touche toujours deux-trois mots à l'interne sur qui est le patient qu'on va chercher ». (E6).

En valorisant la place physique de l'interne derrière le bureau médical : « on est l'un à côté de l'autre mais j'suis vraiment en retrait, j'suis pas à égalité. » (E4)

- Stratégies visant à donner la direction de la consultation à l'interne :

En laissant l'interne pratiquer seul l'examen clinique : « « j'vais faire l'papier et puis j'te délègue l'examen clinique ». C'est une très bonne façon d'ailleurs de mettre l'interne en proximité géographique du patient ». (E10)

En informant le patient : « je préviens l'patient en disant que : « c'est ma collègue qui f'ra la consultation » si ça le dérange pas et que moi j'resterai assis à côté en observateur. C'est dit

oralement en rentrant et à ce moment-là moi j'me mets sur la chaise de côté, en arrière. »

(E5)

- Stratégies visant à laisser l'interne au premier plan quand il mène la consultation (il s'agit principalement pour le MSU de ne pas intervenir trop fréquemment) :

En employant des techniques verbales pour redonner la main à l'interne quand les patients ont tendance à s'adresser uniquement au MSU : « *Aller nan nan c'est elle qui fait la consulte.*

Adressez-vous à elle ». (E2)

En utilisant des techniques non verbales : « *j'essaie, quand c'est pas moi qui dirige, de m'mettre physiquement en arrière, voire... pas de siffloter mais de ne pas rechercher le regard avec le patient (...)* ». (E5)

« *Enfin il y a des patients qui... qui spontanément vont s'adresser à moi et vont pas regarder l'interne oui. Mais bon y a un moment quand j leur réponds pas ils finissent par tourner la tête* ». (E4)

- Stratégies visant à faire participer l'interne à la consultation, y compris lorsqu'il ne la dirige pas :

En encourageant les internes à poser des questions au patient ou au MSU, au cours de la consultation si besoin. (E5)

En adoptant un ton neutre devant le patient et en évitant de stigmatiser les erreurs de l'interne : « *On pourrait aussi peut-être aussi se poser telle question* » ou « *on n'a pas envisagé cette piste-là* » (E1) ; ou encore « *Est-ce que tu as une autre idée ?* » (E5)

4. Les apports de la consultation en binôme : une complémentarité dans la pratique et un croisement de connaissances

L'apport bénéfique de l'interne au MSU est confirmé par plusieurs cliniciens interrogés : « *sur les prises en charge ils m'apportent p't'être des... des orientations auxquelles j'aurais pas nécessairement pensé...* » (E6). Travailler en binôme permet également d'éviter certains oublis : « *il pointe le doigt sur quelque chose que j'aurais laissé passer* ». (E8)

Certains MSU considèrent la consultation en binôme comme un véritable moment d'échange :

« *C'que j leur dis, moi, c'est que c'est l'échange qui est important. (...) c'est de dire : tiens ben d'accord, toi tu fais comme ça, moi j'aurais fait comme ça (...). C'est pédagogique entre nous... fin... tout le monde apprend quand on, quand on échange* ». (E9)

Cet échange entre les deux médecins permet ainsi d'approfondir l'analyse du cas du patient :

« *on cause et des fois y a... de la discussion jaillit la lumière (...) et puis on... on met nos deux cerveaux dans l'idée ou alors des fois j'dis : « on fait telle prise de sang et qu'est-ce que t'en penses ? » et l'interne dit : « ben si on rajoutait la... j'sais pas quoi... les anticorps anti-bidule » ou des choses comme ça et « Pourquoi ? » « Parce qu'il y a ça » « Ah oui c'est vrai j'y avais pas pensé ». Et donc on a deux cerveaux qui s complètent l'un l'autre » (E10).*

D'autres aspects positifs annexes sont relevés par certains MSU. Un MSU mentionne le caractère rassurant de la présence de l'interne lors de la consultation, notamment dans la prise de décisions (E10). Selon plusieurs MSU, la présence d'un interne peut également faciliter l'opposition des praticiens à certaines demandes des patients qu'ils estiment abusives (E4, E6).

Enfin, la présence de l'interne peut entraîner une certaine forme d'évolution de la patientèle : *« j'ai l'impression quand même que ça permet de sélectionner certains patients, en tout cas plus avoir forcément les plus chiants ».* (E4)

5. Les inconvénients et difficultés propres à la consultation en binôme exprimés par les enseignants-cliniciens

Les MSU signalent, en premier lieu, plusieurs difficultés relatives à la personnalité et au comportement des membres du binôme.

Ainsi, une personnalité réservée de l'interne peut notamment constituer un frein :

- Dans la relation patient-interne : *« d'autres qui ont un p'tit peu plus de mal, qui sont un peu plus effacés ou alors qui ont une personnalité un p'tit peu inhabituelle pour le patient et à ce moment-là le patient, il essaie de court-circuiter l'interne pour s'adresser à leur médecin traitant habituel ».* (E1)
- Dans la mise en autonomie : *« j'ai plus de mal à laisser l'interne que j'ai en ce moment en supervision directe parce qu'il est moins fluent au niveau verbal et il est pas forcément moins compétent mais il a moins le... le... Il est moins logorrhéique que moi. Donc j'avais p't'être avoir une tendance à le laisser moins facilement en supervision directe ».* (E3)

Un des MSU évoque des difficultés relationnelles plus générales des internes avec les patients : *« Ils sont encore très hospitaliers... ils sont pas du tout formés, c'est un peu la catastrophe. C'est un peu dommage d'arriver en sixième année et de ne pas avoir plus de... plus de contact avec les patients... Ils devraient de temps en temps leur apprendre à dire bonjour ».* (E7)

Selon ce même MSU, la mise en autonomie des internes serait plus délicate qu'auparavant :

« (...) ils sont de moins en moins bien préparés à la... j'trouve que mes internes... étaient un p'tit peu plus... j'les mettais plus rapidement en autonomie y a quelques années que maintenant ». (E7)

Un autre MSU fait état de problématiques de manque de connaissances ou encore d'une motivation insuffisante de l'interne :

« Troubles du sommeil. J'lui dis : « ben on fait quoi ? Tu veux savoir quoi ? T'as besoin de quoi ? Tu veux faire quoi ? ». Monsieur il dit : « j'veux pas d'somnifères ». « Ah bah... » déjà là j'suis sèche. « Ben je sais pas quoi faire ». (E9)

« (...) moi faut qu'ça pulse, faut qu'ça bouge, faut... fin... y a du boulot, y a du taff, faut qu'ça pulse et moi j'peux... fin si on reste assise les bras croisés pendant que j'ai d'jà fini d'examiner la personne ça va pas quoi. » (E9)

Concernant l'attitude du MSU, certains praticiens interrogés expriment une certaine difficulté pour eux à ne pas intervenir au cours de la consultation en binôme :

« Mais c'est toujours le problème. C'est réussir à s'taire. C'est difficile ». (E5)

« (...) quand il faut se mettre en retrait de la consultation, ben c'est plus compliqué... parce qu'on a assez naturellement tendance à reprendre la main sur pleins de choses et puis que les patients ils ont le réflexe quand même de s'adresser au médecin qu'ils sont venus voir ». (E6)

L'un des MSU interrogés évoque qu'il n'a jamais réussi à trouver sa place au cours de la consultation à trois lors de sa première expérience de maîtrise de stage :

« J'ai vraiment eu l'impression finalement que moi j'avais un peu d'mal à trouver ma place dans les consultations sur le premier interne qu'on a eu, au point que j'me suis vite rendu

compte, enfin en tout cas c'est l'impression que j'ai, que ma meilleure place c'est en dehors du bureau et très vite j'suis parti ». (E6)

La consultation en binôme demande également de consacrer un temps plus conséquent à l'interne (E1, E3, E4) et peut impliquer des modifications du planning du praticien (E3).

Un MSU considère que le principe de la consultation en binôme pourrait impliquer des difficultés plus importantes pour l'enseignant-clinicien que pour l'interne : *« j pense pour les deux mais p't'être plus pour moi encore que pour l'interne ».* (E6)

Concernant les patients, certains MSU constatent une réticence relative à la présence de l'interne :

« Y a de rares patients, on va dire moins de 5%, qui ne voient pas d'un très bon œil le fait qu'il y ait une personne supplémentaire lors de la consultation... qui sont un p'tit peu méfiants... ». (E1)

« Les patients m'ont dit : oh je préfère quand vous êtes tout seul, j'aime mieux que ça soit vous qui m'examiniez ». (E8)

Un des MSU évoque à ce sujet le fait que l'intervention de deux médecins lors de la consultation peut impliquer un sentiment d'exclusion du patient :

« Le patient peut se sentir vraiment mis à part si on n'fait pas attention à la façon de communiquer entre nous, à le prendre en compte et en utilisant des termes hyper techniques ou en parlant de lui comme d'une maladie et pas comme d'un malade quoi ». (E3)

Certaines de ces difficultés, également identifiées dans la littérature, constitueraient un frein pour certains médecins généralistes à la maîtrise de stage. (7)

6. Le contrôle des connaissances au cours de la consultation en binôme

Le contrôle des connaissances de l'interne par le MSU peut s'effectuer selon différentes manières au cours de la consultation :

- En revérifiant l'examen clinique :

« J leur dis dès le début du stage que de toute façon, au début ben j vais réexaminer les choses qu'ils ont examiné et j insiste beaucoup sur le fait que quand eux ils ont un doute ou même juste par curiosité qu'ils veulent confronter leur examen je les incite fortement à m'poser la question ». (E6)

- En l'interrogeant sur sa prise en charge pendant la consultation :

« « D'accord tu vas prescrire Lopéramide. Moi j'aurais pas forcément mis ça. Qu'est-ce que tu en penses ? » Il en pensait pas grand-chose. J lui ai demandé qu'est-ce qu'il en savait. Du coup il me disait... oui le mécanisme d'action il le connaissait, que ça bloquait plutôt le transit et du coup il a compris tout d suite la réticence que j'avais ». (E3)

- En maintenant des périodes de consultation en binôme tout au long du stage :

« C'est toujours intéressant de remettre de temps en temps des moments où on est à deux pour que moi je le vois faire ». (E6)

C. Le débriefing

A titre liminaire, il est précisé que tous les MSU interrogés déclarent pratiquer le débriefing.

Il peut être constaté que les pratiques des enseignants-cliniciens sont diverses et variées :

- Quand débriefier ?

La période de la journée dédiée au débriefing est variable d'un praticien à l'autre. Pour plusieurs MSU, le moment idéal serait « *entre chaque consultation avoir cinq minutes pour le faire* » (E1). « *Moi le meilleur moment je trouve c'est tout de suite après (...). J'trouve que les sentiments et les... l'impression est plus nette au moment « M » et plus diluée après* ». (E5)

Pour d'autres, il est plus opportun de prévoir les temps de débriefing au terme des temps de consultations, par exemple à la fin de chaque demi-journée :

« *On essaie de la faire à la fin des temps de consultations à chaque fois, donc matin et après-midi, parce que si on le fait qu'une fois par jour on oublie pas mal de choses* ». (E4)

Un autre MSU profite des temps de déplacement en visite pour débriefier avec l'interne :

« *Une autre possibilité c'est de la faire quand on est en visite et donc les moments où on est dans la voiture, c'est aussi un temps bien pour la discussion* ». (E1)

Enfin, un MSU indique pratiquer également un briefing avant les consultations :

« *souvent je fais un mini topo pour savoir qui est le patient qui vient* ». (E5)

- Quoi débriefier ?

Les MSU sont interrogés sur le contenu et les objectifs de leurs débriefings.

Au surplus des discussions relatives à la prise en charge thérapeutique des patients, un MSU indique se concentrer sur d'autres aspects de la consultation, comme l'aspect relationnel à l'égard du patient : *« le débriefing c'est pas : « est-ce que t'as mis du Rhinofluimucil ou du Rhinotrophyl ? » Le débriefing c'est travailler sur la communication, sur comment ça s'est passé, quelle stratégie on aurait pu faire pour que le patient accepte ou refuse, enfin vraiment des choses sur la communication, pas uniquement le... la médecine médicinissante, la médecine plus... en termes de professionnalisme, de communication et tout, ça c'est c'que j'essaie de faire... »*. (E10)

Le débriefing concerne aussi le ressenti de l'interne sur le déroulement de la consultation :

« Parler vraiment de son ressenti dans la consultation, de ce qui lui a posé problème, ce qui l'a mis en difficultés (...) reprendre cette consulte qui a été compliquée, voir pourquoi elle a été compliquée et qu'est-ce qu'on peut faire ». (E6)

Un MSU rappelle que le temps de débriefing doit également permettre de valoriser les consultations qui se sont bien déroulées : *« (...) j crois que sur le moment elle était contente de sa consultation sans plus, comme d'une consultation normale. Mais c'est pour ça que j'ai aussi insisté sur le fait que j'avais proposé qu'elles se revoient toutes les deux la fois d'après et que la patiente était totalement d'accord (...). J'ai senti quand même un...une... pas une joie mais le fait d'une conscience du travail accompli »*. (E5)

- Comment débriefier ?

Un MSU précise sa vision du déroulement du débriefing :

« *Moi j'lui d'mande c'qui lui a posé problème ou ce dont elle veut qu'on parle et si moi j'ai du coup un cas particulier à évoquer (...)* ». (E4)

« *(...) au début je notais pas mal de choses au fur et à mesure de la consultation pour en reparler ensuite mais en fait on a forcément envie de parler de plein de choses et du coup on noie l'interne dans l'détail donc au final ça sert pas à grand-chose, donc en général on s'concentre sur... bah sur une matinée de consultations, p't'être sur deux cas qui ont posé plus de problèmes que d'autres* ». (E4)

Il ressort des entretiens que le débriefing semble constituer un temps d'échange important entre les deux médecins : « *(...) Le débriefing il va pas forcément que... c'est pas une leçon de morale. C'est un échange* ». (E5)

Pour un des praticiens, l'interne doit pouvoir donner son avis sur la prise en charge du MSU pendant le débriefing : « *Et moi mon parti pris dès le départ c'est que si j'suis maître de stage c'est aussi pour que quelqu'un ait un regard sur ma pratique et donc je pose régulièrement la question de savoir : « est-ce que ça t'allait comme consultation ? », « est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a paru bizarre ? » (...) essayer de l'encourager à critiquer* ». (E5)

Le débriefing peut, selon deux MSU, influencer l'issue de la consultation, en confirmant la prise en charge de l'interne ou en la modifiant :

« *On débriefe une consultation immédiatement après la consultation, si j'suis pas d'accord, on change la façon dont ça se termine et si il faut je... fin... si j'pense qu'il faut que j'men*

justifie moi-même auprès du patient, à ce moment-là je rejoins le bureau de consultation et je m'justifie moi devant l'patient ». (E6)

« (...) ça m'est arrivé deux ou trois fois d'avoir à téléphoner au patient pour éventuellement préciser deux-trois p'tites choses, voilà, mais en général j'laisse l'interne le faire. On en discute et puis j'dis: tu retéléphones à la patiente ». (E7)

D. Le MSU : enseignant-clinicien

1. Les motivations à la maîtrise de stage

Au début de chaque entretien, les MSU ont été interrogés sur les éléments qui les ont motivés à se lancer dans la maîtrise de stage.

- Les différents points qui en sont ressortis sont :
 - L'envie de transmettre (E1) (E2) (E10)
 - La volonté d'offrir aux internes la possibilité de pratiquer en binôme la médecine générale avant d'exercer seul (E2)
 - Un MSU signale avoir lui-même effectué pendant ses études un stage praticien de niveau un et souhaitait en faire bénéficier des internes : *« C'est vraiment parce que j'avais très bien vécu mes stages et j'avais envie de faire pareil. » (E3)*
 - Le plaisir et l'envie d'enseigner : *« Parce que j'ai toujours eu une envie de... depuis de... d'éducation on va dire... si j'avais pas pu passer ma P1 j'me serais réorienté en biologie pour faire prof, c'étaient mes deux voies initialement : médecine ou éducation. » (E5)*

- Un sentiment de devoir déontologique : *« j'trouve presque que c'est un devoir de l'faire parce que finalement on est responsable aussi d'la formation des futurs medecins »*. (E3)
- La volonté de confronter sa pratique à l'avis de quelqu'un d'extérieur (E1)

2. Son rôle dans le trinôme patient-interne-MSU

En analysant les contenus des entretiens, nous avons pu constater que les MSU distinguent différentes fonctions qu'ils peuvent tenir en consultation avec l'interne.

- Une fonction d'observateur :

Certains MSU indiquent qu'ils essaient de privilégier, à certains moments du stage, l'observation de l'interne, et adoptent donc une position plutôt passive, afin de favoriser la réflexion et le raisonnement de l'interne par lui-même.

« D'abord j'ai vu qu'il était embêté mais il n'a rien fait et j'ai toujours rien fait. Il y a eu un p'tit flottement dans la consulte (...). Il n'était pas en détresse. Il savait que j'attendais de lui que... Je pense qu'il savait que j'attendais de lui qu'il continue et qu'il cherche plus loin. (...) Moi j'le regardais avec un regard plein d'intensité, mais lui ne m'a pas r'gardé. J'pense qu'il savait quoi faire ». (E3)

« Les questions qu'il pose, ça donne déjà une idée des hypothèses qu'il est en train de générer, voilà... du raisonnement. Et puis après il y a le langage verbal mais para-verbal aussi. On voit quand même assez rapidement s'il est plutôt à l'aise ou si euh... il est en train de se dire : « oulala qu'est-ce que je fais là quoi ?! ». Donc ça suppose d'être à côté, de regarder c'qu'il fait et de pas être... enfin d'être concentré sur c'qui s'passe et pas être sur autre chose quoi... » (E4)

- Une fonction d'acteur dans la consultation :

Les MSU indiquent qu'ils sont amenés à intervenir durant la consultation dans certains cas de figure particuliers :

« lorsqu'on voit que le patient, désespérément, cherche à croiser mon regard et se tourne vers moi pour apporter les réponses et attend que moi j'engage le dialogue, eh bien... c'est difficile d'aller de façon trop brutale à l'encontre de ça ». (E1)

« J'ai tendance à pas laisser complètement faire pour les enfants par crainte que les... même si j'ais totalement confiance à l'interne j'revérifie juste pour rassurer les parents en fait ». (E3)

« Quand j'vois que ça commence à trainer, j'reprends la consulte. » (E3)

- Une fonction de formateur :

La majorité des MSU distinguent leur activité médicale et leur mission de formation à l'égard des internes.

Un des MSU estime toutefois que ces deux rôles peuvent se confondre dans la mesure où l'enseignement fait partie intégrante du métier de médecin :

« (...) est-ce que c'est deux rôles ? Pour moi c'est l'même (...). En tout cas, pour moi, l'un va pas s'en l'autre, parce que c'est le même rôle d'une certaine façon et la même fraternité qui va au patient doit aller au stagiaire ». (E10)

« (...) pour moi ça s'confond, (...) j'les soigne pas les internes évidemment mais euh... je soigne leur formation ». (E10)

Par ailleurs, la question de la formation des internes par les MSU permet d'identifier diverses problématiques inhérentes à la pédagogie médicale.

Un des MSU différencie d'ailleurs, au préalable, le terme « enseigner » de celui de « former » lors de l'exercice de la maîtrise de stage :

« (...) m' rendre compte du rôle du Maître de Stage, qui n'est pas que faire d'la médecine, qui est aussi un rôle de... ben j'dis enseignant mais c'est même pas l'bon terme parce que on n'est pas là pour enseigner aux internes... mais en tout cas de formateur ». (E4)

La formation de l'interne par le MSU peut concerner de multiples aspects et pans de l'exercice de la médecine générale ; de nombreux thèmes peuvent être abordés :

- Sur le contenu :

En premier lieu, les MSU évoquent leur rôle de formateur en matière de pratique médicale proprement dite : *« Voilà, des gestes techniques, voilà. Mon interne hier j'lui ai appris à faire une incision d'une thrombose hémorroïdaire, il en avait jamais fait... il a jamais vu... il savait pas que ça pouvait se faire d'ailleurs. Voilà. Donc c'est bien, quelque chose... hein... Cette semaine on a eu de la chance, on a eu ça et on a eu un ongle incarné, donc des petits gestes techniques, qu'il est bon de savoir en médecine générale ».* (E7)

La pratique médicale intègre les gestes techniques, l'examen du patient, et le raisonnement clinique aux fins de mettre en œuvre une prise en charge thérapeutique adaptée.

Un des MSU insiste sur les différences pouvant exister entre théorie et pratique médicale :

« Et j'pense que quand on peut expliquer c'qu'on a fait, que ce soit top reco ou totalement freestyle, quand on arrive à l'expliquer c'est que c'est pas totalement idiot (...). Ça permet aussi de voir que y a pas que le dossier d'internat quoi... ». (E5)

La formation des internes passe également par l'apprentissage de l'aspect relationnel avec le patient : « (...) si t'as pas été habitué au relationnel... ben tu passes à côté de tout dans notre boulot, parce que nous on n'est pas des techniciens, même si on a toutes les connaissances derrière, même si on... oui on a la connaissance mais y a... y a tout c'qui est relationnel ». (E9)

Un des MSU insiste sur l'importance pour l'interne de travailler sur ses émotions : « (...) on a travaillé sur la bonne distance émotionnelle avec les émotions des patients et euh... et mon conseil dans ces cas-là j'lui dis c'est d'se réfugier dans l'cas clinique. Quand on sent qu'on est vraiment ému sur l'plan émotionnel, dans la psy ou dans quoi que ce soit d'autre c'est d'se réfugier dans un truc technique ». (E10)

- Sur la manière de former :

En gardant une posture bienveillante : « Il faut pas intervenir de façon brutale et frontale et se mettre en opposition mais suggérer on va dire une alternative. Dire : « ah, on pourrait aussi voir ça. On pourrait rechercher également s'il n'y a pas tel ou tel signe... ». C'est pas une manière correcte de... sur le plan pédagogique, que de stigmatiser ses erreurs ou ses oublis... ». (E1)

En adoptant une démarche positive : « Du renforcement, du positif... hein... de pas être là toujours à dire : « fais pas ci, fais pas ci, fais pas ça », c'est pas l'rôle du médecin ». (E7)

En tenant compte des souhaits et motivations de l'interne : « Qu'est-ce que tu veux apprendre ? qu'est-ce que tu cherches ? qu'est-ce que tu veux approfondir ici ? est-ce que

c'est l'examen clinique ? est-ce que c'est les prescriptions ? est-ce que c'est... est-ce que c'est la gynéco ? est-ce que tu veux voir plus de psy ? ». (E9)

En avançant dans une démarche de raisonnement pédagogique : *« On a forcément au départ une relation qui est plus... Oui, dans la thérapeutique ou éventuellement dans le diagnostic mais en fait, ben... quand on parle par exemple de diagnostic on... enfin si on creuse un peu, on va tomber sur... Qu'est-ce que c'est que le raisonnement clinique ? Comment ça marche ? Est-ce que l'interne qui est à côté de moi il a le même mode de raisonnement que moi ? En fait pas du tout... Du coup, c'est qui paraît logique au Maître de Stage, ben l'est p't'être pas... Et du coup ça suppose aussi de... de prendre ça en compte, de l'expliquer et de faire progresser l'interne pour qu'il arrive justement à avoir un raisonnement le meilleur possible ».* (E4)

En acceptant que l'interne soit différent : *« Après... on en fait pas des clones hein. Moi j'dis : « Faites votre médecine. Moi j'fonctionne comme ça, vous ferez la vôtre (...) ». On laisse notre marque... bien ou pas bien, peu importe. On leur montre une façon d'faire. On leur dit toujours (...) : « faites du vous quoi. Faites pas du moi ».* (E9)

En s'adaptant à la personnalité de l'interne : *« La responsabilité du pédagogue est aussi de s'adapter à celui qui est en face. J'ai eu aussi des gens qui sortaient d'une grosse dépression ou d'un chagrin d'amour, etc. Ça m'est déjà arrivé de leur épargner les consultations de psy où ils risquaient d'avoir des résonnances avec ce qui venait de leur arriver. Et je leur disais, comme c'est souvent les dernières consultations, j'lui dis : « bon ben tu rentres chez toi ».* (E10)

En favorisant l'autonomie de l'interne : « *Sur la maîtrise de la consultation j'trouve que c'est l'autonomie qui est la plus intéressante et moi j'trouve que le stage, enfin là où il est le plus intéressant, c'est une fois que je peux sortir* ». (E6)

En échangeant avec l'interne sur ses propres « erreurs » : « (...) *j'leur ai même montré dans une, dans une consultation où c'est moi qui ai merdé... mais vraiment j'me vois encore, j'étais là et c'était un problème psy, j'sais plus c'que c'était... c'était une dame qui venait pour la première fois... Et donc j'la laissais dérouler. (...) Et j'm'étais affalée... et je me vois encore... et j'l'ai mise mal à l'aise et euh... et j'lui ai dit après : « t'as vu, rien que ma position a mis mal à l'aise la personne, elle a dû s'dire « elle ne m'écoute pas* ». (E9)

En étant un médecin épanoui : « *C'est à dire si il voit le médecin avoir du plaisir à faire c'qu'il fait (...) ça leur montre la médecine telle qu'elle est et... et que ça... si ça les aide à prendre une décision, qu'ce soit une décision sincère et informée* ». (E10)

En travaillant sur la communication et sur les émotions : « (...) *travailler euh... pas seulement la médecine mais la communication et la métacommunication euh... Travailler sur les émotions ...* ». (E10)

En acceptant de déléguer à l'interne : « (...) *déléguer sans avoir l'impression de délaisser* ». (E10)

En acceptant de laisser sa place : « *Et quand je suis revenu, j'ai dit bonjour, le patient m'a dit bonjour du coin de l'œil et j'me suis assis à côté et c'était comme si j'existais pas et c'était d'un côté bizarre (...) j'n'ai eu aucun regard, aucun appel du patient ni rien, j'suis ressorti*

physiquement de la pièce en faisant juste un signe de tête comme ça et la consultation s'est terminée ». (E5)

« Le p'tit pincement en s'disant : ben... c'était mon patient..., (...) le p'tit pincement d'égo ».
(E5)

En considérant le patient comme acteur dans la formation des internes : *« le patient fait partie du dispositif de formation. Et d'ailleurs souvent les patients disent, c'est une phrase qui revient souvent c'est : « si on veut des médecins plus tard, on a intérêt à participer à leur formation ».* (E10)

En intervenant lorsque cela s'avère nécessaire : *« Si on voit que l'interne, parce qu'il a une bonne assurance, eh bien, peut passer à côté de quelque chose, eh bien il faut intervenir ».*
(E1)

« (...) y en a d'autres au contraire qui foncent et j'dis : « oh stop-là ». J'en ai pas eu beaucoup des comme ça, heureusement, mais « hop ! attends on va p't'être réfléchir un peu, j'suis pas d'accord avec c'que tu fais ». (E8)

En amenant les internes en formation : *« j'les emmène en formation avec moi. J'les sors ».*
(E9)

En maintenant un lien de formation après la fin du stage : *« Alors souvent moi j'garde contact (...) quand j'reçois des comptes rendus de spé ou des résultats bio de trucs qu'ils ont faits, prescrits ou vus avec moi, (...) j'leur envoie par mail pour qu'ils aient un p'tit peu la suite et qu'ils voient... Enfin, voilà, qu'ça ait du sens ».* (E3)

Parfois, la formation de l'interne par le MSU s'opère « malgré lui » : « (...) *quel que soit notre effort pédagogique, on n'est pas maître de l'imprégnation qu'on donne et puis bon... peut-être aussi que les internes ils disent... ils apprennent en négatif de certains trucs en disant : « ben ça, il fait ça, mais jamais j'ferai comme lui ». On peut aussi apprendre en négatif en s'disant : « ah bah ça c'qu'il fait, jamais je le ferai » et c'est aussi un truc pédagogique ».* (E10)

3. Les ressources personnelles et professionnelles du MSU

- Les ressources personnelles du MSU :

Durant les entretiens, les praticiens sont interrogés sur leurs « qualités » en tant que MSU.

Les MSU relèvent en premier lieu l'importance d'être un bon pédagogue.

« Que ça soit un pédagogue, qu'il sache bien expliquer pourquoi il fait telle chose, comment... Par exemple refaire l'examen clinique si l'interne n'est pas trop à l'aise, pour bien lui montrer... ». (E8)

Il s'agit notamment de savoir guider l'interne dans sa pratique sans être trop directif :

« J'ai l'impression d'avoir réalisé pendant ces formations du CNGE, qu'effectivement c'était une pédagogie qui me convenait bien, d'essayer de faire émerger des choses... et oui c'est une chose que j'essaie d'appliquer à la formation de l'interne et j'suis convaincu, oui, que c'est une façon de former qui est efficace ». (E6)

L'un des praticiens interrogés insiste sur le fait de « *savoir mettre en valeur ce que fait l'interne quand c'est bien* ». (E8)

Un autre MSU rappelle qu'il convient, à son sens, de toujours tenir compte du fait que l'interne est encore en formation : *« (...) j'trouve qu'il y a beaucoup de maîtres de stage, encore, qui considèrent les internes un p'tit peu comme des « super-remplaçants », et ça c'est un peu gênant... parce que c'est pas leur rôle hein ».* (E7)

Selon d'autres MSU, il est également nécessaire de relever les éventuels doutes de l'interne et d'essayer de comprendre ce qui lui pose problème :

« (...) j'suis assez franche, donc quand il y a quelque chose qui va pas je leur dit tout de suite quoi : « qu'est-ce que tu veux ? qu'est-ce que tu veux apprendre ? qu'est-ce que tu cherches ? qu'est-ce que tu veux approfondir ici ? ». (E9)

« (...) il faut arriver à créer un climat d'échange qui permette à l'interne de dire ses attentes et de dire ses difficultés ». (E6)

Plusieurs MSU mentionnent la capacité d'adaptation comme qualité importante :

« (...) oui effectivement je m'adapte. Je m'adapte à la façon d'être, de faire de chaque interne. » (E1)

« Ah bah moi je... moi je suis... moi je suis très cool avec mes internes. J'suis pas là pour les sanctionner, ni... hein... voilà... J leur fais des remarques gentilles mais voilà, c'est pas... hein... j'ai jamais eu de clash avec un interne, même si ça aurait pu éventuellement, j'suis assez... j'suis assez souple, j'm'adapte, moi j'm'adapte facilement à tous les internes... ». (E7)

Tout comme avec les patients, un praticien insiste sur la nécessité d'être à l'écoute de l'interne et de se montrer disponible pour lui : *« un interne qui ne se sent pas à l'aise eh bien il faut lui montrer qu'on est là, qu'on est présent, qu'il peut demander notre avis à tout*

moment, voire notre... ou nous faire intervenir dans la consultation, euh..., pour des choses dont il n'est pas sûr ». (E1)

La qualité d'écoute, l'ouverture d'esprit et la capacité à échanger avec l'interne reviennent régulièrement dans les entretiens réalisés.

Dans cette même idée, un des praticiens précise qu'il lui apparaît important de savoir accompagner l'interne dans le dépassement des difficultés qu'il connaît : *« (...) j pense qu'il y a des médecins qui sont plus ou moins bien préparés à la maîtrise de stage de temps en temps. Et puis de temps en temps quand ils ont des internes qui ne sont pas forcément ... hein... pas forcément compétents ou bien à l'écoute des patients, bah ça coince ».* (E7)

La majorité des MSU interrogés font référence à l'importance de rester « humble » face à sa pratique et à son enseignement :

« Après tu peux aussi avoir je pense le maître de stage qui la ramène à fond et qui n'intègre pas c'que dit l'interne, qui peut avoir des idées meilleures parfois ». (E3)

« On n'est pas des super-docteurs on est juste des docteurs, avec nos défauts, avec nos qualités. Les gens nous choisissent aussi pour ça, pour nos défauts et nos qualités ». (E9)

« Des fois il faut accepter que l'interne ne fasse pas comme nous et sache plus de choses que nous ». (E10)

savoir solliciter un confrère dans les situations où la communication semble bloquée avec l'interne :

« C'est p't'être aussi au maître de stage de s'poser les bonnes questions et p't'être de passer la main à un autre maître de stage ou de se débrouiller pour que ... Enfin pas attendre la fin

du semestre pour s'dire : « c'était nul ces trois mois, j'y allais avec l'envie de pas l'voir ». Bon ben voilà, c'est quand même long quoi... ». (E4)

Enfin, de manière plus générale, un MSU rappelle qu'il lui apparaît important d'exprimer son plaisir d'accueillir des internes au sein de son cabinet : *« l'enthousiasme pour le faire. ». (E3)*

- Les ressources professionnelles du MSU :

Les MSU sont également questionnés sur les outils à leur disposition dans le cadre de la maîtrise de stage.

Plusieurs praticiens interrogés évoquent l'importance de bénéficier de formations relatives à la pédagogie médicale :

« (...) la base pour moi c'est quand même de se former parce que c'est pas inné et que c'est pas parce qu'on est un bon médecin qu'on est un bon maître de stage ». (E4)

« J'ai bien aimé le déroulé de ces formations. J'trouve qu'elles laissent vraiment la possibilité de se poser les questions... des questions utiles sur la façon dont ça va se dérouler et on s'en compte, après, en pratique, ben que le questionnement qu'on a eu en amont ben il permet de faire... fin... que les choses se déroulent... ». (E6)

Un des MSU prépare l'arrivée de l'interne en établissant une grille de thèmes ou situations à évoquer avec l'interne (actes et consultations, tâches administratives) :

« J'l'avais fait avant qu'ils arrivent et j'ai complété au fur et à mesure (...). Pour vérifier qu'on n'ait pas oublié un truc... Et on vérifie encore quinze jours avant la fin du stage s'il y a encore des points à voir et si oui, on les voit ». (E3)

Un MSU indique s'aider des outils pédagogiques existants :

« On utilise pas mal la grille de Calgary par exemple, et là du coup on s'en sert à plusieurs moments du stage et ça, ça permet de justement voir tout ce qui est possible de faire sur une consultation, voir aussi où est-ce qu'on en est par rapport à ça et ensuite de voir la progression au fur et à mesure du stage quoi ». (E4)

En outre, le caractère varié de l'activité du praticien peut, selon l'un des MSU interrogés, constituer un atout supplémentaire dans la formation de l'interne :

« j'trouve que l'fait de faire de l'addicto et d'la pédiatrie ça peut être intéressant pour eux. P't'être un peu la variété de c'qu'on voit à la campagne aussi. On voit quand même des abcès, on fait d'la p'tite chir. On fait quand même pas mal de trucs ». (E3)

4. Le ressenti « positif » du MSU sur la maîtrise de stage et sur son rôle de formateur

La plupart des MSU interrogés font état des bénéfices de la maîtrise de stage et de l'accueil d'internes en cabinet.

Il revient ainsi que le stage de niveau un serait une « chance » pour les internes :

« Bon moi j'ai appris sur le tas. Moi j'ai pas eu la chance de faire des stages de médecine générale pendant ma formation ». (E7)

Certains MSU associent la maîtrise de stage à une forme de collaboration entre deux médecins :

« (...) ma façon de voir la maîtrise de stage, ma façon d'exercer ce métier de maître de stage... c'est plus un travail en commun, c'est plus un compagnonnage que la descente du

maître vers l'élève... le maître sachant tout et l'élève ne sachant rien, au contraire j'trouve que c'est un échange ». (E8)

« C'est des fois d'excellentes surprises et des moments tout à fait chouettes qu'on aime bien vivre en tant que maître de stage où il y a vraiment une collaboration fructueuse, un binôme qui s'entend bien, qui marche en tandem et où c'est vraiment de la collaboration ». (E1)

Un MSU insiste sur le sentiment de satisfaction personnelle qu'il peut éprouver lorsque la relation avec l'interne fonctionne : *« Dans certains cas, lorsque le binôme médecin-interne est très rodé, il peut y avoir un réel partage des tâches et une réelle complémentarité (...) c'est des fois d'excellentes surprises et des moments tout à fait chouettes qu'on aime bien vivre en tant que maître de stage »* (E1)

Un MSU indique pour sa part prendre du *« plaisir »* à former (E5), et un autre déclare éprouver de la satisfaction à constater que l'interne progresse : *« super content parce que... Ben parce que on ressent qu'on a servi quoi... ».* (E4)

Pour un des MSU interrogés, la maîtrise de stage a occasionné un changement dans sa pratique médicale : *« Oui ça c'est sûr que ça a changé ma pratique... hein. »* (E7)

Deux MSU précisent que l'accueil d'internes peut leur permettre de trouver des remplaçants dans le futur :

« (...) ça permet d'avoir un p'tit carnet d'adresse de remplaçants ». (E7)

« (...) le fait que ils deviennent remplaçants et là c'est intéressant parce que je crois que les prendre comme remplaçants et leur permettre de remplacer dans un cabinet qu'ils connaissent déjà, ils connaissent déjà les patients, ils connaissent déjà le logiciel ». (E10)

Un MSU ajoute que la présence de l'interne constitue également un moyen préventif contre l'épuisement professionnel : *« Moi j'dis toujours, c'est le meilleur remède contre le burn-out. Pourquoi les médecins sont « burn-outés » ? C'est parce qu'ils sont seuls. »*. (E7)

5. Le ressenti « négatif » du MSU sur la maîtrise de stage et sur son rôle de formateur : inventaire des difficultés exprimées

Un MSU relève le caractère stressant de la maîtrise de stage :

« J pense que ça tenait plus à sa personnalité. C'était un... un tout fou, qui fonçait sans réfléchir. J'disais : « mais attends, poses-toi un peu » (...). J'ai quand même un peu souffert... un peu souffert parce que en fait j'étais pas sereine, parce que j'étais obligée de le surveiller tout l'temps quoi ». (E8)

Le caractère fatigant de l'accompagnement des internes est également souligné :

« Parce qu'il y a des jours c'est tellement fatiguant que... ça m'est déjà arrivé de les renvoyer avant l'heure. Parce que... on nous met en retard (...) pas parce que un geste a été compliqué (...) c'est souvent parce que... ben ça pulse pas ». (E9)

« (...) quand l'interne est là, clairement je suis beaucoup plus fatiguée, parce que ça prend beaucoup de temps et d'énergie et de concentration ». (E3)

Les difficultés ressenties et exprimées par les MSU peuvent notamment avoir pour origine la personnalité et le caractère de l'interne accueilli en stage :

Plusieurs MSU ont, pendant les entretiens, émis des doutes concernant leur rôle et mission de formation des jeunes médecins :

« Ben j'me suis déjà posé la question, moi, plusieurs fois à m'dire : « à quoi je sers ? ». C'est bien de faire partager son expérience, d'avoir un jeune interne à côté mais... si c'est pour pas... pour qu'à la fin il s'installe pas euh... on a tout raté... on a tout raté là... ». (E7)

La problématique de la validation du stage est également évoquée par plusieurs MSU :

« (...) souvent les acquis et ben ils sont pas là et, et... on valide quand même. Et moi ça me met mal à l'aise (...). Moi c'qui m'pose problème c'est ça. Est-ce que mon rôle finalement il est important ? Est-ce que mon avis a une valeur quelconque ? ». (E9)

« Le gros problème de l'invalidation qui n'est jamais perçue par les formateurs comme une... comme une action pédagogique mais comme une espèce de vexation ou une méchanceté. Ou alors la peur aussi de revoir l'interne pour refaire six mois de plus aussi je pense, alors que ça n'arrive pas ». (E10)

Enfin, certains MSU expriment même une crainte concernant l'accueil des prochains internes :

« J'avais peur de retomber dans une même situation quoi... Maintenant on peut avoir des internes de premier semestre donc c'est un peu... enfin pour moi ça me pose vraiment problème... premier semestre... Alors, parce que j'ai ce vécu-là ». (E8)

E. Les incidences de la maîtrise de stage telles que ressenties par les MSU

1. Les incidences sur la pratique du clinicien

Plusieurs MSU constatent les effets bénéfiques de la maîtrise de stage sur leur pratique médicale quotidienne :

« Ça m'oblige à remettre ma pratique en question. J'le faisais déjà avant mais voilà ça apporte un regard extérieur sur ma consultation et j'trouve que c'est intéressant ». (E6)

« (...) c'est surtout au niveau pratique, un regard extérieur et j'pense que ça empêche beaucoup (...) de tomber dans des mauvaises habitudes (...) parce que quand on consulte on a tendance au bout d'un moment à... des fois à faire des choses, à prescrire des choses qui ne sont pas forcément dans les recommandations, qui ne sont pas forcément clairement médicalement justifiées. Quand on l'fait tout seul on peut s'mettre un voile et le faire, quand on a quelqu'un à côté il faut l'expliquer ». (E5)

D'autres effets, moins positifs, sont également recensés :

« Parfois j'suis un peu vexé parce qu'elle consulte plus vite que moi quand j'fais ma consulte à côté... ». (E6)

Tel est également le cas lorsque le MSU essaie, dans la mesure du possible, de programmer les gestes techniques lorsque l'interne est présent :

« D'ailleurs moi ça me prive... j'fais beaucoup moins de gestes... depuis qu'ils sont là puisque ils font tout, les frottis, les implants ». (E9)

De manière générale, les MSU indiquent que la maîtrise de stage les poussent à améliorer leur pratique clinique. Une rigueur particulière est ainsi évoquée :

« (...) ça m'oblige à être rigoureuse et à être... et à... ben... à me former quoi, à rester à la pointe... J'crois que j'ai beaucoup progressé depuis qu'j'suis maître de stage... ». (E8)

« (...) j'suis obligée de faire attention à c'que j'dis parce que si j'dis quelque chose c'est que j'ai vérifié mes sources ». (E9)

« (...) avoir quelqu'un d'autre à côté qui a d'autres idées hein. C'est assez intéressant et puis vraiment ça pousse à ne pas renouveler une ordonnance mais à la réévaluer et à se

réinterroger sur chaque traitement (...). Donc c'est très bien, ça évite de rester planqué dans des attitudes... ». (E3)

2. Les incidences sur la relation avec les patients

Un MSU déclare se sentir valorisé, par les patients, dans ses compétences en tant que clinicien depuis qu'il intervient dans la formation des internes :

« En fait on peut que gagner, c'est ça qui est bizarre. J'm'étais rendu compte en fait, si on s'sent pas menacé on peut que gagner parce que si les gens aiment bien l'interne et disent : « Oh bah quand même vous choisissez de bons internes » et si les gens n'aiment pas l'interne ils disent : Oh bah docteur il est quand même pas aussi bien que vous ». (E10)

Deux MSU soulignent que leur relation avec les patients reste intacte, et ce malgré la présence de l'interne :

« J'ai pas l'impression que ça l'ait grandement modifiée... dans l'interaction que j'ai avec eux quand j'suis tout seul... Par contre j'ai déjà discuté avec des patients qui me (...) oui y en a quand même certains qui me disent que ça les dérangent pas mais qu'ils préfèrent quand même quand j'suis tout seul, donc je vois que c'est pas anodin pour les gens en face ». (E5)

« (...) de toute façon ça peut pas modifier la confiance que les patients nous accordent, je crois pas ». (E10)

3. Les incidences sur la relation avec l'interne

Les « rapports humains » entre les deux médecins peuvent parfois être perçus comme difficiles :

« Problème, après, de rapports humains. C'est pas toujours évident, on s'entend pas avec tout l'monde. OK... pas d'soucis (...) ils sont là parce qu'il faut être là quoi. Elles sont là parce qu'elles ont eu pas d'autre choix que d'faire Médecine Générale ». (E9)

« *J'ai eu plus de mal à vivre avec mon urgentiste qui savait mieux que moi* ». (E9)

Le degré d'investissement personnel de l'interne semble également être un facteur déterminant dans la relation MSU-interne :

« *Celle qui vient d'arriver là (...) elle mange pas avec moi... Elle sort, un quart d'heure, vingt minutes, donc y a pas non plus ça... Pourquoi tu vas manger dans ta voiture quoi ?* »
 (...) *c'est des fois un p'tit peu décevant aussi de pas savoir ce que ils deviennent, de pas savoir... c'est un peu frustrant* ». (E9)

La plupart des MSU évoquent toutefois le fait que les échanges avec l'interne dépassent souvent le seul cadre de sa formation :

« *La particularité de mon stage est d'être un stage mixte : médical et cuisine. C'est-à dire que j'adore faire de la cuisine et on cuisine ensemble (...) on va faire des courses, on fait des achats et on fait des plats ensemble. Donc on a entre midi et deux une espèce de complicité autour du plat (...). Du coup on est plus dans un contexte médical, on brode autour d'autre chose et c'est une façon aussi, bah de faire connaissance, voilà, d'être ensemble* ». (E2)

« *On discute de beaucoup de choses, hein j'veux dire. En plus moi mes internes, on mange ensemble donc... ils viennent manger avec moi à midi, donc c'est aussi un moment d'échange, hein, en dehors de la consultation* ». (E7)

La relation entre les deux médecins va ainsi parfois au-delà du partage de connaissances et de l'échange de pratique :

« (...) *il y a des internes avec qui on reste amis et... y en a encore avec qui je correspond régulièrement, on s'téléphone. Y en a qui m'ont invité à leur mariage. Donc là ça... la relation pédagogique s'interrompt mais ça devient une relation d'une autre... d'une autre* »

nature. Parfois il peut y avoir une relation pédagogique qui se poursuit, soit parce qu'on continue à les revoir (...) ». (E10)

« (...) parce qu'il y a une complicité particulière qui se fait. (...) j'ai des souvenirs de fous rires en commun avec les internes, la femme de ménage du cabinet qui est souvent assez proche des internes et puis tout le monde se retrouvait à rigoler comme des buses, avec ma fille et mes fils, etc. Et puis des fois c'est constructif d'une relation qui reste... où ça devient des amis parce que... ben comme on devient ami avec quelqu'un, parce que on a des choses en commun... ». (E10)

4. Les incidences sur la relation avec ses pairs

Un des MSU précise l'importance de l'échange avec des confrères sur la maîtrise de stage, surtout lorsque des difficultés sont rencontrées avec l'interne :

« (...) surtout faut pas rester seul, faut en parler avec d'autres maîtres de stage et... échanger... ». (E10)

Ces échanges peuvent intervenir avec des interlocuteurs différents :

- Avec les autres praticiens recevant l'interne en question :

« y a le trinôme de stage » (E3)

« (...) on dit : ben celle-là elle est plutôt désordonnée, est plutôt timide. Celui-là est plutôt... il est plutôt un peu fiéro avec les gens. Et on voit si nos évaluations concordent comme ça à l'arrache et souvent c'est l'cas. Souvent on est assez d'accord. C'est arrivé des fois qu'on m'dise : « ah tu vois peut-être qu'avec elle tu devrais p't'être plutôt faire comme ça parce que là ça se passe mal, chez moi ça se passe bien, donc ça doit venir de chez toi » et que je change ma façon d'faire ». (E10)

- Avec les membres du Département de Médecine Générale (DMG) :

« oui bah les personnes du DMG, enfin voilà... Lors des formations, lors des séminaires ».

(E4)

- Avec son propre médecin traitant :

« J'ai un médecin traitant à moi, avec qui... et qui reçoit aussi des stagiaires donc je peux lui en parler (...) ». (E10)

- Ou encore dans le cercle familial :

« (...) j'en parle à ma femme ». (E10)

5. Les attentes des praticiens dans le cadre de la maîtrise de stage

Un MSU rappelle qu'il souhaite, en premier lieu, former de jeunes médecins épanouis :

« Notre objectif c'est quand même de les amener à être des bons médecins, des bons... A être des médecins généralistes à leur place. A pas regretter d'avoir fait ce choix et à être bien. (...) qu'ils s'épanouissent dans l'boulot quoi ». (E9)

A cette fin, ce MSU insiste sur la motivation et l'investissement des internes en stage :

« (...) des gens qui ont envie d'apprendre, qui sont fait pour la Médecine Générale, qui rataient aucune consultation, qui étaient là à huit heures alors que je leur disais huit heures trente... qui euh... vraiment ne me laissaient pas la place pour parler pendant les consultations, qui étaient vraiment à leur place ». (E9)

Toutefois, l'accompagnement des MSU dans le cadre de la maîtrise de stage est également évoqué par plusieurs praticiens.

Certains MSU indiquent notamment souhaiter disposer d'autres outils pratiques, dont une grille d'objectifs à atteindre avec les internes, qui serait unique pour tous les praticiens :

« C'que j'aimerais c'est une sorte de... comment dire, pas de check liste mais de... de grille de choses à faire avec l'interne (...). Ça, ce serait bien que ce soit un peu homogène entre les maîtres de stage et que ce soit pas juste moi (...). Pas un outil de quarante pages mais un outil de... c'qui tient sur une A4 quoi. Un truc utile en pratique, utilisable... ». (E3)

« (...) c'est vrai que on n'a pas forcément de gap quand on reçoit un interne. On n'sait pas trop où on va au début. Donc ouais ce serait pas mal aussi en termes d'auto-formation pour l'interne, d'avoir effectivement une p'tite grille d'évaluation et derrière de progression sur le stage ». (E4)

« (...) on n'a pas de compte-rendu à faire, c'est un peu ça : on valide ou on valide pas. Et donc on nous demande pas trop d'expliquer les choses. (...), j'pense qu'il devrait y avoir des critères clairs et une obligation de remplir une évaluation de stage, clairement ». (E5)

Les MSU souhaitent continuer à se former à la pédagogie médicale : *« (...) on a encore eu des interventions sur la pédagogie, là, au dernier séminaire et c'est super intéressant parce que à chaque fois ça fait évoluer aussi un peu le regard qu'on a sur tout ça et ça incite à s'investir toujours plus dans l'côté enseignement et... et du coup de pas rester sur la pratique de médecin avec l'interne ».* (E4)

Toutefois, les formations à visée pédagogique dispensées aux MSU pourraient, selon l'un d'eux, être complétées par un retour sur leur pratique :

« (...) Un peu moins de théorie peut-être et parfois on aimerait aussi avoir plus le retour des membres du CNGE qui encadrent. De leur propre... Parfois j'aimerais bien plus entendre un p'tit peu c'que les gens ont fait, même si ça reste de l'expérience individuelle, mais c'est quand même toujours intéressant (...). Mais finalement on n'a jamais forcément des retours des membres du CNGE et ça, ça serait assez sympa je trouve, plutôt que d'avoir que les retours des participants, avoir les retours de ceux qui encadrent les formations ». (E3)

Certains praticiens proposent qu'une évaluation des MSU soit mise en place dans le but d'obtenir un regard extérieur sur leur pratique :

« (...) on n'est pas évalué hein. On nous juge pas. On sait pas qui on est (...). On n'a pas de critères de valeur pour nous, par exemple... Sur quoi on est choisi, à la fac ? (...) est-ce qu'on est de bons médecins généralistes ? ». (E9)

« (...) j'aimerais bien qu'il y ait une meilleure évaluation, moi, je voudrais que l'évaluation soit mieux faite (...) l'évaluation des maîtres de stage par les internes (...) moi j'aimerais bien qu'la qualité d'enseignement, stage par stage, soit évaluée parce qu'il y a de tout, on voit de tout dans les stages, du bon comme du mauvais... ». (E10)

IV. DISCUSSION

A. Les forces et limites de l'étude

1. Les forces

1.1. L'intérêt et la curiosité suscités par cette recherche chez les MSU

Le sujet de cette recherche a été accueilli favorablement par les MSU contactés qui, intéressés et concernés, ont répondu rapidement au courriel de sollicitation.

Lors des entretiens, tous les MSU interrogés ont pris le temps pour échanger et raconter leur expérience. La plupart des entretiens a duré entre 45 minutes et 1 heure, allant parfois jusqu'à 1 heure et 15 minutes, pour la partie enregistrée. Avec la majorité des praticiens, nous avons même prolongé ce temps de parole, en dehors du temps d'enregistrement, sur divers sujets ne concernant pas notre étude. L'expression de leurs retours sur leur pratique quotidienne a permis d'obtenir des entretiens fluides, riches en ressenti, avec très peu de périodes de flottement dans la discussion. L'engagement des MSU dans cette enquête est manifeste, celle-ci leur permettant de s'exprimer dans un autre cadre, notamment sur leur ressenti, leurs difficultés et leurs attentes.

L'ensemble des MSU interrogés a manifesté son désir d'avoir connaissance des résultats et conclusions de ce projet de recherche.

1.2. La population étudiée

Notre échantillon est constitué d'une population de praticiens hétérogène sur les critères suivants : âge, sexe, lieu d'installation et durée d'expérience dans la maîtrise de stage.

1.3. Le type d'étude choisi

Le choix d'une méthode de recherche qualitative semble le plus approprié pour recueillir l'aspect relationnel et émotionnel de la maîtrise de stage.

La technique des entretiens individuels permet d'éviter le biais appelé « effet de soumission au groupe » (8) et d'offrir aux praticiens interrogés une certaine liberté d'expression en comparaison à la méthode du « focus groupe ».

En outre, la réalisation d'entretiens semi-dirigés, permet l'émergence d'idées nouvelles, tout en balayant les différents thèmes abordés dans notre projet de recherche.

1.4. La retranscription et l'analyse des données

Au cours des entretiens, une première prise de note relative aux points clés a été effectuée, parallèlement à l'enregistrement. La retranscription des entretiens a été réalisée le jour même et ce, de manière anonyme, afin d'éviter tout risque d'interprétation et d'oubli. Durant ce travail, les résultats ont été relus et analysés plusieurs fois afin de limiter le risque de perte de données.

2. Les limites

2.1. Les différents biais induits par notre étude

Par biais nous entendons : « tout fait susceptible de diminuer la qualité de représentativité de la réalité, d'un élément choisi par le chercheur » (9).

- Biais de recrutement :

La présente étude reposant sur le principe du volontariat, les MSU interrogés semblent présenter une appétence particulière pour ce sujet ainsi qu'un besoin et une volonté de s'exprimer.

Par ailleurs, un ancien membre du DMG s'est prêté à cette étude.

- Biais engendrés par la méthode des entretiens :

En utilisant la méthode par entretien, l'enquêteur peut lui-même induire un biais de désirabilité sociale par lequel les personnes interrogées essaient de s'idéaliser et de projeter une image positive et valorisante d'elles-mêmes (8) et rejoignant ainsi l'effet Hawthorne, désignant un biais expérimental induit par la simple présence du chercheur au cours du recueil des données : « cet effet décrit une situation pour laquelle les résultats expérimentaux sont obtenus parce que les sujets ont conscience de participer à une expérience et développent de ce fait une grande motivation indépendamment du résultat de l'expérience » (10).

- Biais attribuables aux sujets interrogés : (8)

Un biais de rappel : difficultés pour certains praticiens interrogés à donner des exemples de situations précises, notamment relatives aux consultations en binôme avec l'interne.

Un biais lié aux erreurs de la personne interrogée issues de la mauvaise compréhension des questions, d'une éventuelle gêne liée à la présence d'autrui.

Par ailleurs, un des MSU a été interrogé en présence de son interne ce qui pourrait avoir généré des « non-dits ».

- Biais attribuables à l'enquêteur :

Un manque d'expérience dans le domaine des entretiens : questions moins pertinentes lors des premiers entretiens, répétitions, volonté d'éviter tout flottement dans la discussion lors des premiers entretiens, etc...

Les répercussions directes de l'attitude du chercheur sur le recueil des données : son comportement, le ton de sa voix, sa posture, ses réactions aux réponses données, les commentaires émis, le fait de couper la parole parfois à la personne interrogée.

2.2. Une généralisation des situations rencontrées

Malgré les différentes modifications apportées dans le guide d'entretien, nous notons qu'il est difficile au cours de toutes ces interviews de recueillir des réponses précises de la part des MSU en décrivant des situations concrètes avec les internes.

En outre, certains MSU peuvent être amenés à généraliser toutes les situations à la plupart des internes qu'ils ont accueillis.

B. La vision du rôle de formateur par le MSU

1. Les qualités du MSU

Les MSU sont initialement, et avant tout, des médecins généralistes, et donc des experts cliniciens. Or, former des étudiants n'est pas enseigné au cours des études médicales. Après trois années d'installation, les cliniciens peuvent devenir MSU, s'ils le désirent, et ceci en ayant validé, au préalable, des formations obligatoires et spécifiques. Ainsi, tous les praticiens partent, en principe, sur les mêmes bases théoriques de pédagogie médicale. Cependant, vont

également intervenir les qualités propres de chaque praticien permettant de devenir un bon formateur.

Dans la littérature, il est rappelé que « pour que les étudiants développent progressivement leur propre « personnalité » de clinicien, ils doivent être exposés et doivent se confronter à de multiples modèles » (2) d'où l'importance pour les MSU de savoir mettre en lumière leurs qualités, habiletés et savoirs, utilisés dans leur pratique quotidienne.

Or, au cours des entretiens menés, les praticiens ont été interrogés sur l'identification de leurs qualités en tant que MSU. Après analyse des résultats, il apparaît que répondre à cette question, de manière précise et concrète, leur semble difficile. Les réponses sont en effet pour la plupart très générales comme éprouver de « *l'enthousiasme* » à le faire (E3) ou bien « *avoir une relation le plus détendue possible* » (E5). L'ouverture d'esprit est également citée comme une qualité importante à la maîtrise de stage (E5) ; cette qualité étant déjà mentionnée dans un article du CGEOI (11). Par ailleurs, des MSU mentionnent l'humilité comme une qualité qui leur semble indispensable. Un des deux praticiens évoque l'humilité en tant que médecin (E5), et le second l'humilité dans son rôle de formateur (E4).

Même si l'identification précise des qualités du MSU ne semble pas aisée pour les différents praticiens, ces derniers évoquent, de manière spontanée, des qualités lorsque la question des modalités de la formation des internes leur est posée. Ces éléments sont notamment, selon eux : une posture bienveillante (E1), une démarche de raisonnement pédagogique (E4), l'acceptation des différences de chacun (E9), l'adaptation à l'autre (E10), ou encore la capacité à échanger sur ses propres erreurs (E9).

Deux extraits afférents à la dualité du rôle du MSU peuvent être mis en relation concernant les qualités dudit MSU :

- Ainsi, pour un des cliniciens interrogés, être un bon MSU c'est avant tout être un médecin généraliste épanoui : « *qu'ils voient un médecin généraliste qui... qui aime ça déjà parce que si c'est pour aller en stage chez un médecin qui aime pas c'est dur quand même.* » (E10).
- Pour un second, l'aboutissement de la fonction de MSU apparaît lorsque le médecin devient un formateur épanoui (E5).

2. La mission de formation

Il est désormais considéré qu'être un bon clinicien ne suffit plus pour être prêt à former les futurs médecins (12) (13).

Le Collège Régional des Généralistes Enseignants (CRGE) de chaque région élabore une Charte des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) ayant pour objet de déterminer une « colonne vertébrale à l'activité d'enseignement » (14) (15).

Les praticiens souhaitant devenir MSU doivent ainsi répondre à plusieurs conditions concernant leur durée d'exercice, leurs compétences en médecine générale et leurs compétences pédagogiques (incluant les formations obligatoires). Il est, par ailleurs, nécessaire que le cabinet médical offre un environnement favorable à l'apprentissage.

Au cours de cette étude, il a pu être relevé que tous les cliniciens interrogés attachent une importance particulière à la qualité de la formation qu'ils dispensent aux internes accueillis.

Cette problématique nous amène à nous interroger sur les moyens permettant, selon les MSU, d'atteindre cet objectif.

En premier lieu, outre la formation initiale obligatoire à la pédagogie (validation du séminaire CNGE S1 ou S2 et S3), le MSU doit régulièrement assister à des formations d'approfondissement de ses compétences en matière de pédagogie médicale. La charte du MSU du CRGE d'Alsace prévoit qu'un rythme à raison d'une formation tous les deux ans est « souhaitable » (13). Il convient de noter que les praticiens interrogés semblent satisfaits de ce qui est proposé en termes de formation à visée pédagogique, même si certains indiquent qu'un retour des formateurs sur leur pratique pourrait leur être utile.

Par ailleurs, il existe des supports pédagogiques qui sont mis à la disposition des MSU, notamment la marguerite des compétences, le carré de White, ou encore la grille d'observation de Calgary-Cambridge (16). Or, il apparaît, au cours des dix entretiens menés, qu'un seul enseignant déclare utiliser ces outils pédagogiques régulièrement (E4). Ce constat interroge sur la question de l'utilisation de ces supports par les autres MSU.

Aussi, nous constatons dans notre étude, comme le soulignent Marie-Claude Audetat, Suzanne Laurin et Gilbert Sanche dans un article publié dans la revue *Pédagogie Médicale* en 2011, que les enseignants-cliniciens éprouvent des difficultés à décrire des stratégies de remédiation, claires et objectives, relatives aux problèmes posés par le raisonnement clinique de l'interne (17). Or, « la prise de conscience de la ressemblance entre la démarche de raisonnement clinique et celle de raisonnement pédagogique facilite l'engagement dans un processus de détection de ces difficultés et la formulation de diagnostics pédagogiques plus précis qui conduiront à des plans pédagogiques ciblés » (15). Dans certains entretiens, nous

constatons, comme dans la littérature, que les « étudiants en difficulté sont « étiquetés », mais non diagnostiqués » (18).

Un MSU (E9) décrit une situation lors de laquelle il a été contraint de « reprendre la main » sur la consultation, à défaut de pouvoir amener l'interne à surmonter les difficultés rencontrées : « *Alors vite on est bloqué. Euh... voilà, troubles du sommeil. J'lui dis : « ben on fait quoi ? Tu veux savoir quoi ? T'as besoin de quoi ? Tu veux faire quoi ? ». Monsieur il dit : « j'veux pas d'somnifères ». « Ah bah... » déjà là j'suis sèche. « Ben je sais pas quoi faire ». Donc « toi toute seule tu fais quoi ? Si j'étais pas là tu fais quoi ? ». Ben j'pense qu'il repart quand même avec un somnifère qu'il prendra pas et puis il partira mécontent (...). Ben j'ai repris la main quoi... ».* (E9)

En outre, le CNGE rappelle que, « la maîtrise de stage ne relève pas du simple compagnonnage, mais d'un véritable enseignement avec des techniques pédagogiques adaptées » (19). Pourtant, dans les entretiens, le terme de « compagnonnage » est mentionné plusieurs fois, quand le raisonnement pédagogique en lui-même n'est que peu évoqué. En effet, les techniques pédagogiques ne sont expressément abordées que par un seul enseignant-clinicien. Un tel constat ne signifie aucunement que de telles méthodes pédagogiques ne sont ni utilisées ni suivies par les autres praticiens. Toutefois, cette quasi-absence de mentions relatives aux techniques de pédagogie médicale pourrait s'expliquer par le profil des MSU, qui restent des experts cliniciens avant d'être des enseignants, ou encore par le fait que la formation des MSU pourrait être insuffisante à ce sujet. Or, comme certains auteurs le relèvent, « le développement professoral n'est pas un luxe, mais un besoin impératif pour chaque milieu de formation médicale » (20) et « l'enseignement concerne non seulement des contenus mais aussi des processus, et pour développer « l'art » de l'enseignement, les professeurs ont besoin de soutien » (17). De plus, les enseignants demandent un soutien dans

l'exercice de leur rôle de formateur, celui-ci étant amené à évoluer continuellement au titre des cursus et des approches de formation (12).

Par ailleurs, au cours de notre étude, nous avons pu relever qu'à l'instar de l'identification des qualités propres au MSU, certains praticiens éprouvent également des difficultés pour décrire précisément leur rôle et mission en tant que formateur.

Le CGEOI décrit pour sa part l'exercice de formateur du MSU comme suit :

« Transmettre son expérience et son savoir, promouvoir la médecine générale, participer à la formation universitaire des futurs médecins généralistes, accompagner les étudiants et les internes de médecine générale dans leur développement professionnel, guider le futur médecin dans l'acquisition de ses compétences afin qu'il puisse répondre aux demandes et aux besoins de santé des patients en soins primaires, ... » (11).

Malgré ces précisions, certains MSU questionnés semblent s'interroger sur leur rôle :

« Ben j'me suis déjà posé la question, moi, plusieurs fois à m'dire : « à quoi je sers ? » » (E7)

« Est-ce que mon rôle finalement il est important ? Est-ce que mon avis a une valeur quelconque ? » (E9)

Enfin, la problématique de la validation des internes en fin de stage a également été évoquée par plusieurs MSU. Un des praticiens signale, à ce titre, ne pas avoir été à l'aise au moment de la validation de plusieurs internes car il ne les jugeait pas au niveau (E9). Un autre MSU constate que le regard sur l'invalidation du stage est erroné car l'invalidation ne devrait pas être perçue comme une sanction, mais plutôt comme une stratégie de remédiation à des difficultés éprouvées (E10). Cette mesure offre la possibilité aux internes considérés « non au niveau » de surmonter leurs difficultés au cours d'un autre stage praticien de six mois. En ce sens, il pourrait être intéressant d'étudier comment est vécue l'invalidation de stage par les internes concernés et quel a été son impact au cours de leur internat.

C. La pédagogie médicale

1. La réunion préparatoire

Comme l'exposent plusieurs auteurs, il est nécessaire de « repérer les besoins de l'étudiant en qualité d'objectifs d'apprentissage » (18) (21). A cette fin, l'organisation d'une première réunion entre le MSU et l'interne est recommandée avant ou en début de stage. Cette réunion préalable permet en effet une première rencontre entre les deux médecins durant laquelle peuvent être abordées les modalités du stage et de la consultation en binôme.

Or, dans notre étude, aucun praticien n'évoque explicitement cette réunion préalable. Un tel constat amène à s'interroger sur la tenue effective de cette réunion de présentation et sur le moment au cours duquel l'identification des besoins et attentes de chacun s'effectue.

2. La formation des internes lors de la consultation en binôme

Dans notre étude, les praticiens ont spontanément et longuement évoqué leur rôle dans la formation des internes au cours de la consultation en binôme. Lors de cette phase importante, la question suivante peut être posée : comment le MSU essaie-t-il de quitter son rôle de praticien pour remplir son rôle de formateur, et ce alors qu'il est face à son patient ?

La consultation en binôme peut se dérouler selon deux modalités principales distinctes :

- Le MSU mène la consultation et l'interne observe : il s'agit de la phase d'observation.
- L'interne mène la consultation et le MSU observe, puis lui apporte un retour sur sa pratique lors d'un débriefing : il s'agit de la phase de supervision directe.

Il convient de noter que ces deux phases peuvent « s'entremêler » au cours d'une même journée et durant tout le stage ; les MSU indiquant que les rôles sont régulièrement échangés d'une consultation à l'autre.

Lors de la phase de supervision directe, il semble pour certains MSU délicat de ne pas intervenir au cours de la consultation, et la détermination de leur « place » lors de cette consultation à trois a pu être source de questionnements (E5, E6). Lors de la consultation, les MSU interrogés indiquent intervenir principalement - voire reprendre facilement la main - lorsqu'ils estiment que l'interne est en difficulté. Cependant, aucun des praticiens sondés n'a détaillé les situations l'amenant à intervenir dans la consultation menée par l'interne. L'intervention du praticien est ainsi propre à chaque personnalité et peut notamment varier selon le degré d'appréciation de la notion de « difficultés ».

En 2008, a été publiée dans la revue *Pédagogie Médicale* une étude qualitative qui a tenté d'identifier les stratégies d'intervention utilisées lors de la supervision directe au cours du stage praticien de niveau un. Cette recherche a permis de développer un modèle explicatif de collaboration en supervision (22). A ce titre, il pourrait s'avérer intéressant de s'interroger sur la nécessité de définir avec l'interne, en début de stage, des techniques précises permettant à ce dernier de manifester son embarras ou un blocage lors de la consultation.

Après analyse des résultats, il apparaît également que la phase de supervision directe peut être écourtée par le MSU en raison des difficultés relatives à la consultation à trois décrites ci-dessus, ou encore de la mise en autonomie anticipée de certains internes.

3. Le débriefing

Le débriefing constitue une modalité pédagogique spécifique de la formation en contexte clinique. Il désigne l'intervention pédagogique du MSU lors de la rétroaction faite avec l'étudiant, après une consultation menée par le MSU (phase d'observation), après avoir observé l'interne au cours de la consultation (phase de supervision directe), ou encore à partir d'un résumé de la situation fait par l'interne qui a consulté seul (phase de supervision indirecte).

La tenue d'un débriefing régulier et de qualité avec l'interne maximiserait les apprentissages de ce dernier (23) (24).

Il convient, en premier lieu, de noter, que la phase d'observation n'est pas évoquée par les praticiens comme étant une période utile de supervision clinique, impliquant la réalisation systématique d'un débriefing. Pourtant, la méthode de « l'observation participante formatrice », centrée sur la relation médecin-patient, proposée par J-P Canévet, Morgan Godard, Pierre Le Mauff et Angélique Bonnaud-Artignac, constitue une stratégie pédagogique permettant de valoriser la première phase, qualifiée de « passive », du stage praticien de niveau un (25).

Par ailleurs, les MSU indiquent pratiquer le débriefing sans toutefois préciser clairement ce que signifie pour eux cette phase de supervision clinique. Le débriefing revient-il : à évoquer l'histoire du patient ? A faire des commentaires sur les décisions de l'interne ? A prendre le temps de retracer la consultation avec l'interne sur ses actes, ses choix et son ressenti ? A identifier les moments durant lesquels il était à l'aise ou non ?

Le débriefing s'apparente à un temps d'échange propice à la mise en rapport du raisonnement clinique de l'interne et du raisonnement pédagogique de l'enseignant, permettant ainsi d'aboutir à la délivrance de prescriptions pédagogiques destinées à l'interne. A nouveau, peut être posée la question des moyens mis en œuvre par le MSU pour dépasser son rôle de praticien et entrer dans celui de formateur.

D'autre part, peuvent être distinguées deux méthodes de supervision clinique : la supervision strictement clinique et la supervision pédagogique en contexte clinique (26). Ainsi que cela

est relevé dans la littérature scientifique, mais également dans notre étude, le débriefing de l'aspect clinique de la consultation prédomine encore sur le débriefing pédagogique : « les enseignants ont tendance à orienter leurs supervisions sur la gestion des situations cliniques » (18).

La littérature médicale met également en lumière le fait que les processus cognitifs développés par les internes seraient d'autant plus élaborés et efficaces qu'ils sont guidés par des stratégies pédagogiques nombreuses et variées élaborées par les MSU (23) (27) (28).

En outre, il apparaît nécessaire de disposer, lors du débriefing, d'un cadre dans lequel l'interne puisse évoluer en confiance, lui permettant d'exprimer ouvertement ses sentiments, ses doutes et ses faiblesses, et ce sans avoir la crainte d'être « jugé ». Ce climat de confiance permet à l'interne de passer d'une position d'évaluation à une position d'apprentissage. A cette fin, il apparaît important de prévoir un temps et un espace dédiés à la supervision clinique et d'encourager les deux médecins à échanger mutuellement sur leurs sentiments et leurs doutes (29). Comme le révèle Marie Giroux, « le caractère ouvert et bienveillant des interactions entre le superviseur et le supervisé facilite l'adoption d'une position d'apprentissage, permettant à l'apprenant de prendre conscience de ses progrès graduels tout en renforçant son sentiment de compétence » (26). L'instauration d'une relation superviseur-supervisé plus égalitaire semble également favoriser l'apprentissage de l'interne, sans qu'il s'agisse toutefois de remettre en question la nature hiérarchique du lien existant entre les deux médecins.

4. Les champs d'enseignement et le modèle de rôle

Les champs de la pédagogie médicale évoluent, ne se cantonnant plus à la simple application des connaissances biomédicales. En effet, d'autres dimensions apparaissent nécessaires dans

la formation des internes telles que la communication, l'éthique, le professionnalisme et le travail collaboratif (30). Actuellement l'enseignement dispensé à ces dimensions reste encore dans le domaine de l'informel, de l'implicite et de l'aléatoire (31) (32). Ces différents champs de la compétence professionnelle semblent intégrés de manière automatique dans la pratique quotidienne du clinicien (33).

Le modèle de rôle constitue une modalité d'intervention pédagogique par laquelle l'observation du MSU dans sa pratique quotidienne influence les apprentissages de l'étudiant. Martine Chamberland définit le modèle de rôle comme suit : « un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact » (33). Le modèle de rôle positif est défini comme étant : « une personne représentant une source d'inspiration et d'émulation en raison de sa manière d'être et de faire au plan professionnel » (23) (34) (35). Ainsi, l'évolution des compétences et des pratiques de l'interne se trouve inspirée par l'attitude professionnelle du praticien qu'il côtoie (36) (37).

Dans notre étude, aucun MSU n'aborde de manière explicite la notion de modèle de rôle.

Un MSU évoque toutefois la notion de contre-modèle : « *peut-être aussi que les internes ils disent... ils apprennent en négatif de certains trucs en disant : « ben ça, il fait ça, mais jamais j'ferai comme lui ». On peut aussi apprendre en négatif en s'disant : « ah bah ça c'qu'il fait, jamais je le ferai » et c'est aussi un truc pédagogique » (E10). Il peut être relevé que les praticiens interrogés ne semblent pas intégrer le modèle de rôle comme méthode d'enseignement à part entière.*

Une étude réalisée en 2017 concluait en ce sens, concernant le modèle de rôle, que les MSU sondés ne souhaitaient pas « se positionner en tant que modèle » et trouvaient « ce rôle inconfortable » dans la mesure où il impliquait d'être « exemplaire » (32). Pourtant, dans une autre étude, Luc Côté expose l'importance que revêt, à son sens, le modèle de rôle comme stratégie pédagogique, et ce une fois que le MSU se l'approprie et que ce dernier l'intègre consciemment dans sa pratique de formateur. L'auteur emploie la formule de « signature » du praticien (23) (38), offrant à l'étudiant l'accès aux savoirs d'expérience ou savoirs tacites que détiennent les MSU. Par ailleurs, les éventuels doutes et manques du praticien participent à la notion de modèle de rôle, ceux-ci pouvant favoriser l'apprentissage de l'interne dans un climat de confiance.

Le modèle de rôle apparaît ainsi occuper une place déterminante dans la formation des internes et les caractéristiques des modèles de rôles sont déjà identifiées dans la littérature (21) (39). Toutefois, peu d'auteurs semblent explorer la manière d'exercer ce modèle de rôle à l'égard des internes. Pour sa part, Martine Chamberland indique qu'à son sens les praticiens ne sont pas assez formés à la modalité pédagogique du modèle de rôle et sensibilisés à ses enjeux : « la préparation pédagogique du corps professoral à cette tâche reçoit quant à elle bien peu d'attention » (21). Il pourrait ainsi être proposé aux praticiens des formations complémentaires relatives à l'intégration du modèle de rôle dans leurs missions de formateur.

D. Le ressenti des MSU sur la formation qu'ils dispensent aux internes

1. Les difficultés des MSU

Les différents problèmes recensés concernant la maîtrise de stage sont :

- Des difficultés d'ordre pratique :

Tout d'abord, plusieurs MSU s'accordent à dire que la consultation en binôme et plus généralement la maîtrise de stage prennent du temps et nécessitent un aménagement de planning. Pour un des MSU, les périodes où l'interne est présent seraient qualifiées de plus « fatigantes » (E3).

Par ailleurs, le niveau de connaissances dans le domaine médical de certains internes semble poser des difficultés à certains des praticiens interrogés (E9, E10).

- Des difficultés d'ordre émotionnel :

La maîtrise de stage demande, à certains moments, au praticien de se « mettre à l'écart » pour permettre à l'interne de progresser et de s'autonomiser, venant ainsi rompre le colloque singulier entre le médecin et son patient. Pour certains MSU, cette tâche semble difficile et la place du praticien dans la consultation en binôme est parfois remise en question. Un des MSU déclare ainsi même préférer ne pas assister à la consultation. Ces difficultés relatives à la relation triangulaire entre le MSU, l'interne et le patient sont également relevées dans la littérature : « Quant au médecin en titre, il se trouve dans une position délicate lorsqu'il est présent tout en passant la main au résident pour la consultation : présent physiquement, présent dans la tête (et souvent le regard) du patient comme dans celle du stagiaire, il doit

s'efforcer, avec plus ou moins de bonheur, de jouer les absents. Des maîtres de stage disent cette difficulté et explorent les ressources des lieux (pour pouvoir se retirer physiquement du cercle de la consultation) et de la communication non verbale (en s'appliquant par exemple à regarder le stagiaire et non le patient) pour essayer de se mettre véritablement en retrait... Là où d'autres manifestent une impossibilité de discrétion dont le stagiaire censé tenir les rênes de la consultation fait les frais » (40).

Il peut également être relevé que la maîtrise de stage est parfois vécue comme stressante (E8), celle-ci procurant le sentiment au MSU de ne pas maîtriser entièrement la situation (E1).

- Des difficultés d'ordre relationnel :

Les MSU signalent surtout des difficultés d'ordre relationnel, propres à la complexité des relations humaines. La maîtrise de stage conduit en effet le MSU et l'interne à se côtoyer pendant des périodes relativement longues. Certains MSU déclarent parfois s'épanouir dans leurs échanges avec les étudiants, ceux-ci pouvant dépasser le cadre de la pratique purement médicale. Lorsque les échanges ne sont pas aussi nourris, d'autres praticiens interrogés indiquent regretter le manque d'investissement de l'interne dans leur relation. Celle-ci peut s'enrichir au cours du stage, lors des consultations en binôme, lors des débriefings, mais encore par le partage d'autres intérêts communs sortant du domaine de la médecine. Ainsi, comme le relève Marie Giroux, la qualité des interactions et échanges entre superviseur et supervisé constitue une plus-value dans la pratique de la maîtrise de stage favorisant une position d'apprentissage (26).

2. Les incidences de la maîtrise de stage sur la pratique de médecin généraliste

Dans notre étude, il est relevé que la maîtrise de stage permettrait de rompre avec la solitude du praticien. Ce constat rejoint les résultats d'un travail de thèse publié en 2014 qui concluait à l'existence d'effets positifs de la maîtrise de stage dans la prévention du « burn-out » chez les médecins généralistes (41). Par ailleurs, une recherche qualitative, menée en 2015, montrait que la présence de l'interne engendrait un impact personnel et professionnel positif dans le quotidien du médecin généraliste, Maître de Stage Universitaire (42).

En outre, selon les MSU interrogés, la maîtrise de stage induirait une amélioration de leurs compétences médicales (E8), en favorisant un échange entre confrères (E7), un travail réflexif sur leur propre pratique, ainsi qu'une actualisation plus régulière de leurs connaissances. De tels constats se retrouvent également dans la littérature scientifique (43).

Aussi, notre étude confirme les conclusions d'un travail de thèse relatif à la valorisation de l'image du MSU par ses patients (44).

Enfin, il est rappelé que la maîtrise de stage constitue une méthode de Développement Professionnel Continu (45).

V. Conclusion

L'objectif principal de notre travail était d'étudier le vécu par le MSU de l'exercice de ses fonctions de clinicien et d'enseignant au cours du stage praticien de niveau un. A cette fin, nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés. Au total, dix entretiens ont été réalisés en Alsace et en Lorraine.

Dans le cadre de cette étude nous avons pu constater que la conjugaison des rôles de clinicien et d'enseignant du MSU pouvait apparaître délicate à mettre en pratique. En effet, si les MSU s'attachent à être de bons formateurs, ces derniers sont avant tout médecins. Ainsi, les praticiens interrogés semblent éprouver des difficultés à décrire de manière précise leur mission de formation et ses aspects pratiques, notamment concernant les différentes phases et séquences de formation de l'interne ainsi que les techniques de débriefing.

Il ressort des entretiens menés que les méthodes pédagogiques utilisées sont peu évoquées ; ce constat nous amenant à nous interroger sur la connaissance de l'ensemble de ces méthodes par les praticiens, mais également sur leur mise en pratique au quotidien. En outre, la supervision clinique apparaît davantage centrée sur le problème clinique que sur l'étudiant (son raisonnement, son ressenti, ses impressions ...).

La maîtrise de stage apparaît toutefois épanouissante pour la plupart des MSU interrogés, ces derniers évoquant régulièrement leur satisfaction d'accueillir un interne. La présence de ce dernier peut également être bénéfique aux MSU, leur permettant d'échanger sur leur pratique et pour certains de rompre avec la solitude. Notre étude fait ainsi état d'une réelle motivation des MSU et d'un engagement véritable dans la formation des internes.

La relation du duo formé par le MSU et l'interne, qui s'établit initialement dans un cadre pédagogique, peut devenir une expérience particulièrement enrichissante pour les deux médecins. Cette situation survient notamment lorsque le rôle du formateur est clairement défini, lorsqu'une collaboration professionnelle s'opère dans un climat favorable à l'expression du ressenti de chacun, ou encore lorsqu'une bonne entente relationnelle s'établit entre les deux médecins. Dans de tel cas, « le travail d'équipe » peut évoluer vers « l'équipe de travail ».

In fine, la problématique de la dualité du rôle du MSU apparaît étroitement liée à celle de l'acquisition d'une double compétence : une compétence clinique et une compétence pédagogique. Si la première ne fait pas débat, celle relative à la pédagogie semble encore à affiner. En effet, comme pour devenir un bon clinicien, être un bon pédagogue s'apprend.

VU

Strasbourg, le 22 octobre 2019

Le président du Jury de Thèse



Professeur J. Kopferschmitt

VU et approuvé

Strasbourg, le 29 OCT 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLA



IMMIGRATION

LISTE DES ABREVIATIONS

CGEOI : Collège des Généralistes Enseignants de l’Océan Indien

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants

DMG : Département de Médecine Générale

MCU : Maître de Stage Universitaire

ANNEXES

Annexe n° 1 : Grille d'entretien finale

- 1) Pouvez-vous me dire comment vous est venue l'envie de devenir Maître de Stage Universitaire (MSU) ?
- 2) Quels sont vos besoins et attentes dans cette fonction de MSU ?
- 3) Racontez-moi une consultation qui vous a particulièrement marquée avec un interne.
- 4) Comment selon vous la consultation en binôme a-t-elle modifié la relation que vous entretenez avec vos patients ? Comment modifie-t-elle votre façon de travailler ?
- 5) Comment organisez-vous les consultations avec l'interne ? Quelle place laissez-vous à l'interne ?
- 6) Selon la personnalité de l'interne, comment arrivez-vous à organiser la consultation à trois ?
- 7) Lors de la consultation en binôme, comment procédez-vous lorsque vous êtes en désaccord avec la prise en charge de l'interne ? Comment intervenez-vous au cours de la consultation ?
- 8) Selon vous, quel serait le moment idéal en dehors de la consultation pour consacrer du temps à la supervision de l'interne ?
- 9) Avec qui pouvez-vous échanger au sujet de votre relation avec l'interne et de l'évolution de son apprentissage ?
- 10) Quelle qualité pédagogique vous paraît indispensable ?
- 11) Selon vous, comment apprécier les compétences de l'interne lorsque la communication semble fermée ?
- 12) Comment la maîtrise de stage peut aller au-delà de la transmission des connaissances et de l'échange de pratique ?

Annexe n° 2 : Entretiens retranscrits (1 à 10)

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 1^{er} entretien

Présentation de l'étude.

E : Comment vous est venue l'envie de devenir Maître de Stage Universitaire ?

P : Alors il y a plusieurs choses, tout d'abord euh... et bien l'envie de transmettre, la conviction que... au bout de quelques années de pratique eh bien, on acquiert un savoir-faire et une manière de faire, qui euh..., qui est p'tête bonne, qui est p'tête moins bonne mais euh..., qui peut être intéressante de... de... euh... de confronter avec l'avis de quelqu'un d'extérieur.

Silence

P : Alors c'est un défi bien sûr, dans la mesure où euh... ben on n'a pas l'habitude de fonctionner comme ça. On a l'habitude du colloque singulier avec le patient, c'est... euh, un regard extérieur, eh bien on a un p'tit peu d'appréhension au départ à faire ce genre de choses... Euh... d'un autre côté, lorsqu'on a l'occasion d'exercer à l'hôpital, d'exercer en collaboration avec d'autres, on se rend compte que le fait de pouvoir discuter, de pouvoir échanger est très fructueux, dans la mesure où on aura une vision plus exhaustive de la situation, parce que il y aura d'autres idées qui vont venir, de part et d'autres. Et donc... euh, ça faisait un bout de temps que j'avais cette idée que euh... un exercice en binôme ça pouvait être profitable euh... autant parce que moi j'avais envie d'apporter mais autant parce que moi j'avais envie de recevoir euh... comme un regard neuf de la part de l'étudiant qui a des connaissances plus actualisées, plus immédiatement accessibles, parce qu'encore fraîches... Et donc tout ça, ça m'a paru intéressant. Donc il m'a fallu surmonter un peu l'appréhension de me dire : « est-ce que je suis à la hauteur ? Est-ce que ce que je fais tiens la route ? Est-ce que finalement... euh... je ne vais pas me tirer une balle dans le pied ? » et puis bah après on se dit que... bah... ma foi, les premiers juges de mes pratiques ce sont mes patients... euh... le ressenti qu'ils en ont... euh... c'qu'ils en disent autour d'eux... euh... les collègues avec qui je collabore, les spécialistes à qui j'adresse des patients et qui me donnent un p'tit peu un retour sur leurs impressions. Les collègues hospitaliers... euh... avec qui j'ai l'occasion de discuter et puis bah finalement tout ça, ça me conforte dans l'idée que... ce que je fais tiens quand même à peu près bien la route et que bah... y a pas de raison que j'ai une appréhension à montrer officiellement ce que je fais, je n'ai rien à cacher... je peux jouer la transparence, c'est d'ailleurs préférable, toujours... hein on est pas là pour faire sa cuisine personnelle en secret, ni vue ni connue, euh... au contraire, faut... il faut jouer carte sur table c'est très important, donc... euh... ces appréhensions-là, une fois qu'elles sautent, euh... eh bien, ça m'a fait me décider assez rapidement pour proposer ma candidature pour être maître de stage auprès de la faculté de médecine.

E : D'accord.

E : Comment est-ce que vous aviez entendu parler justement de la maîtrise de stage ? C'est par la fac ou par le biais d'un confrère ?

P : Par le biais de confrères essentiellement... que je côtoyais et puis euh... un beau jour j'ai été contacté par la fac qui m'a dit : « ah bah on est à la recherche... on manque de Maîtres de Stage » et puis bah ça m'a décidé à dire oui tout de suite : « bah écoutez voilà ça faisait longtemps que j'y réfléchissais et puis maintenant je franchis... je franchis le pas ».

E : D'accord...

E : Donc ça fait combien de temps au jour d'aujourd'hui que vous êtes maître de stage ?

P : Alors... Je vais juste vérifier pour pas dire de bêtises. Ça doit faire cinq ans...

Silence

P : Alors...euh... C'est très exactement en 2011, donc ça fait... novembre 2011, donc ça faisait 6 ans, 6 ans et demi que j'ai eu mes... ma première stagiaire.

Sourire

E : D'accord.

E : Est-ce qu'aujourd'hui vous pouvez me raconter comment s'est déroulée votre dernière consultation avec votre interne actuel ?

Silence

P : Ben, de mémoire c'est difficile. Donc la... ? La consultation en tant que... ? Donc en supervision directe à laquelle moi j'ai assisté ?

E : Exactement.

P : Ça remonte un p'tit peu... ça remonte au mois de... de décembre... donc 2017, euh... j'ai... je serai incapable de restituer cette consultation-là... euh... disons que c'était un interne qui était assez rapidement en capacité d'être en autonomie donc ... euh... je... je le laissais travailler en intervenant relativement peu... En ce qui concernait la démarche d'élaboration du diagnostic, accueil du patient il était vraiment très très bien de ce point de vu là... euh... après on avait quand même l'habitude de... de discuter ensemble des diagnostics différentiels, et puis euh... d'envisager les différentes options thérapeutiques avant que je le laisse, lui-même, décider en me mettant quand même en retrait par rapport à... à ses choix lorsqu'ils étaient tout à fait acceptables.

E : Est-ce qu'au cours de votre carrière en tant que Maître de Stage Universitaire, il y a eu une consultation qui vous a particulièrement marqué avec un interne ? Et si oui, comment ?

P : Oui, il y a quelques consultations qui m'ont marquées avec... euh... notamment un interne, euh... je dirais dans sa façon... euh... d'être avec les patients, je trouvais qu'il avait

une attitude assez désinvolte, assez familière, euh... moi, personnellement, je... je mets plus de... de distance entre le patient et moi, euh... lui mettait beaucoup de familiarité, euh... je lui en ai fait la remarque, en disant que lorsqu'il s'adresse à des personnes qu'il ne connaît pas, euh..., il pourrait avoir un ton, une attitude, un peu plus réservée et privilégier d'abord le côté professionnel avant le côté éventuellement relationnel. Euh... et il m'a dit : « non ». Il pense que c'est mieux comme ça...

Silence

E : D'accord...

P : Voilà. Donc... ça m'a... ça m'a beaucoup marqué, euh parce qu'en fait il venait avec ses idées préconçues et il ne se plaçait pas... euh... en position de quelqu'un qui est ouvert et qui est prêt à apprendre et à se laisser remettre en question et je dois dire que ça m'a un p'tit peu gêné pour la suite de la collaboration avec cet interne.

E : Et cela s'est passé en début de stage praticien ?

P : Euh... avec cet interne-là oui... c'était assez au début du stage et jusqu'à la fin du stage il ne s'est absolument pas, il n'a absolument pas modifié son attitude... et... je dirais la fin du stage s'est passée dans une ambiance un p'tit peu..., un p'tit peu médiocre à cause de ça... euh... dans la mesure où lorsqu'il s'est retrouvé en supervision indirecte, où j'n'étais pas avec, eh bien j'avais l'impression qu'il se désintéressait euh... de me faire des transmissions approfondies et de bonne qualité.

E : D'accord... Et comment se passait justement les consultations avec cet interne-là, lorsque par exemple vous n'étiez pas d'accord avec sa façon de faire ou sa prise en charge ?

P : Euh... disons que lors de la supervision directe, quand j'étais avec lui, euh... en fait il... on discutait toujours ensemble de c'qui fallait faire, il ne prenait pas les décisions vraiment tout seul, ou alors dans de rares cas lorsque c'était des situations tout à fait faciles... Sinon je trouvais que point de vue examen clinique il était un p'tit peu expéditif et euh... point de vue anamnèse, recueil des données du patient, euh... il était, très synthétique, on avait l'impression qu'il commençait déjà avec une idée préconçue et que... il n'explorait pas d'autres pistes que son idée de départ... et donc j'essayais de lui dire bah... qu'il faut avoir une attitude un peu plus ouverte et puis chercher d'avantage, ne pas adopter le diagnostic présenté par le patient. Que si on était là c'était parce que on était médecin, qu'on avait huit, neuf ou dix années de formation, et que si le patient vient en disant : « j'ai telle maladie » eh bien, il fallait se dire : « oui peut-être. Je vais d'abord reprendre l'interrogatoire et puis reprendre l'examen clinique, et puis voir si y a des examens complémentaires à prescrire, et ensuite je me f'rai ma propre idée du diagnostic... ». Et il ne s'agit pas simplement de prendre pour argent comptant le diagnostic proposé par le patient et de ne chercher que quelques signes qui étayaient ce diagnostic, et se désintéresser de tout le reste... Voilà, donc... c'est un peu comme ça que... euh... ça s'est passé... Donc la supervision directe avec cet interne, eh bien j'essayais de... d'élargir un p'tit peu le débat, de rectifier le tir... euh... et après quand il était en autonomie, eh bien, j'ai eu beaucoup de mal à savoir ce qu'il faisait.

Silence

E : Lors de ces consultations en binôme est-ce que vous étiez à l'aise avec cet interne-là et avec le patient ?

P : Oui, dans la mesure où il n'y a jamais eu de conflit apparent. J'essayais d'avoir un ton neutre lorsqu'il s'agissait de proposer de faire éventuellement... de faire un examen clinique plus approfondi, en disant : « ah oui, on pourrait aussi regarder ça », ou bien je consultais le dossier en disant : « ah bah oui on pourrait également proposer le bilan qui n'avait pas été fait » ou bien « ce suivi serait à faire régulièrement donc on en profite pour le faire ». Ce genre de choses qui lui échappaient complètement... On avait l'impression qu'il ne se préoccupait pas du suivi du patient à long terme, mais qu'il cherchait uniquement à répondre le plus rapidement possible, à la question immédiatement posée par le patient.

E : Est-ce que vous vous pensez que l'interne était mal à l'aise lors des consultations à trois ou que c'est plutôt une question de personnalité ?

P : Je pense que c'était une question de personnalité. Il ne semblait pas mal à l'aise. Mais j'avais l'impression qu'il attendait d'être seul pour pouvoir faire comme il avait envie de faire. Il avait en quelque sorte son style personnel qu'il avait envie de mettre en œuvre le plus rapidement possible. Il semblait qu'il manquait beaucoup de rigueur...

Silence

E : J'aimerais savoir comment selon vous la consultation en binôme a-t-elle modifié la relation que vous avez avec vos patients et comment est-ce qu'elle modifie votre façon de travailler au quotidien quand vous êtes en présence de l'interne ?

P : Lorsque je suis avec l'interne, eh bien, je... ça dépend également du temps dont on dispose bien-sûr. Lorsqu'il y a beaucoup de gens on a moins le temps de le faire, mais lorsqu'on peut vraiment prendre le temps de le faire, pour approfondir et bien c'est l'occasion d'aller explorer un p'tit peu tout c'qu'il y a dans les dossiers des patients pour reparler un p'tit peu de leur historique, des diagnostics importants qui ont été fait chez ce patient et les faits marquants qui peuvent être mis à profit pour faire de l'enseignement à ce propos et donc bah... les patients, ils appréciaient beaucoup qu'on s'intéresse à eux et puis que leur situation puisse servir d'exemple. Pour les patients..., pour la plupart des patients, c'est un plus. Y a de rares patients, on va dire moins de cinq pourcent, qui ne voient pas d'un très bon œil le fait qu'il y ait une personne supplémentaire lors de la consultation... qui sont un p'tit peu méfiants... un p'tit peu réticents par rapport à ça. Bon, des fois il arrive que l'interne ou l'étudiant, lorsque c'est un externe, sorte de la consultation pour me laisser seul avec le patient, mais ça n'arrive pas très souvent. De toute façon, les patients qui sont moins à l'aise, par rapport à cette consultation avec deux médecins, on les repère assez facilement et puis de façon assez naturelle le dialogue se recrée entre moi, le médecin traitant, et eux. Par exemple, c'est l'interne qui fait l'accueil, qui commence l'interrogatoire mais lorsqu'on voit que le patient, désespérément, cherche à croiser mon regard et se tourne vers moi pour apporter les réponses et attend que moi j'engage le dialogue, eh bien... c'est difficile d'aller de façon trop brutale à l'encontre de ça. Des fois, avec des p'tites phrases d'encouragement, on peut leur dire : « bah écoutez, je compléterais l'entretien si l'interne ne pose pas certaines questions » ou bien « on va en discuter juste après mais on laisse l'interne commencer déjà le début de la consultation », mais des fois ça ne marche pas.

E : C'est quelque chose que vous arrivez à introduire avant de commencer la consultation avec l'interne ou cela dépend des patients ?

P : Ça dépend des patients et puis ça dépend aussi des internes. Y en a qui sont très à l'aise et qui ont aussi une grande aisance relationnelle avec les patients et où... bah... le contact se fait bien et d'autres qui ont un p'tit peu plus de mal, qui sont un peu plus effacés ou alors qui ont une personnalité un p'tit peu inhabituelle pour le patient et à ce moment-là le patient, il essaie de court-circuiter l'interne pour s'adresser à leur médecin traitant habituel et à ce moment-là on peut essayer d'orienter un p'tit peu le dialogue pour qu'il se fasse quand même avec l'interne mais je pense qu'il ne faut pas trop insister parce que ce qui est important c'est que le patient soit à l'aise et adhère à l'entretien, sinon il ne dira pas la moitié des choses et puis c'est contre-productif.

Silence

E : Lors d'une consultation en binôme, comment est-ce que vous procédez lorsque vous êtes en désaccord avec la prise en charge de l'interne ? Est-ce que vous intervenez au cours de la consultation ?

P : Lorsque je ne suis pas d'accord avec le diagnostic et avec le traitement prescrit effectivement j'interviens. C'est important de le faire. De pas laisser partir le patient avec un traitement qui n'est pas adapté et avec un diagnostic qui n'est pas correct. Donc ça, il faut pas... il faut pas laisser passer. Après, c'est des fois difficile dans la phase suivante, lorsque l'interne consulte seul. Ce sont des situations qui sont difficiles à mettre en évidence, parce que l'interne ne va pas forcément donner suffisamment d'information pour qu'on puisse savoir qu'il n'a pas fait correctement le diagnostic et à plus forte raison, qu'il n'a pas prescrit le traitement adapté. Ça, des fois, on le découvre par après. Lors de la consultation suivante, lorsque les patients reviennent, on se rend compte : « et bah... il n'a pas vu ça... Il n'a pas fait ça... Moi je n'aurais pas du tout prescrit ce traitement, etc. ». Mais lorsque la consultation se fait en binôme, ce genre de situations on peut l'éviter. Bien-sûr il faut pas intervenir de façon brutale et frontale et se mettre en opposition mais suggérer on va dire une alternative. Dire : « ah, on pourrait aussi voir ça. On pourrait rechercher également s'il n'y a pas tel ou tel signe... ». Et donc il ne s'agit pas de mettre l'interne en difficultés, parce que là aussi c'est pas... c'est pas une manière correcte de... sur le plan pédagogique, que de stigmatiser ses erreurs ou ses oublis... je trouve. Ça s'est beaucoup pratiqué à une époque dans les services hospitaliers où les étudiants se faisaient descendre par leurs supérieurs hiérarchiques devant tout le monde pour leurs incompétences. Je pense que c'est pas très pédagogique de procéder comme ça. Faut avoir une attitude un peu plus bienveillante mais sans être... sans être laxiste quand même.

E : Est-ce que vous pouvez justement me raconter une consultation qui se serait déroulée dans ce contexte, où vous n'étiez pas d'accord avec la prise en charge de l'interne ? Comment est-ce que vous avez orienté la consultation ?

P : Disons qu'effectivement ça m'est arrivé de... En fait j'essaie d'attendre le plus longtemps possible sans intervenir pour essayer quand même que l'interne évolue vers une autonomie parce que si les consultations se font trop longtemps à deux, eh bien... l'interne n'acquiert pas rapidement la capacité ni la volonté de travailler seul. Donc j'essaie de laisser la consultation se dérouler le plus longtemps possible, euh... le plus loin possible, mais si effectivement il y a un oubli, quelque chose qui n'a pas été vu, euh... Donc ça m'est arrivé, euh... au moment où

il se prépare à imprimer l'ordonnance, à ce moment-là j'interviens et j'lui dis : « on pourrait peut-être aussi se poser telle question » et puis... ou bien « on n'a pas envisagé cette piste-là » et puis en deux phrases, deux questions, je réinterroge le patient, j'oriente un p'tit peu les hypothèses dans une autre direction. Et ça m'est arrivé, une ou d'autres fois de reprendre l'examen clinique du patient pour rechercher, refaire les choses de façon plus approfondie ou bien explorer quelque chose qu'il ne l'a pas été et à ce moment-là. Une fois que ça c'est fait, et bien je dis : « ben on pourrait aussi envisager telle hypothèse diagnostique » et à ce moment-là ça change un p'tit peu la prise en charge, euh... « qu'est-ce que tu en penses ? » et lui laisser éventuellement la possibilité d'embrancher là-dessus et de conclure et de trouver lui-même la bonne chose à faire. Mais il est arrivé que... et bah non c'est moi qui finisse complètement la consultation, euh... c'est bien à ce moment-là qu'on ait un temps... un temps de discussion, avec aucun patient en face de nous, pour reprendre un p'tit peu c'qui s'est passé en disant bah : « qu'est-ce qui a fait qu'il n'ait pas pensé à ça ? » etc. « Pourquoi il s'est précipité tout de suite vers cette hypothèse-là ? » Voilà... Essayer de lui faire comprendre que... le diagnostic, on le porte à la fin et on ne vient pas avec son diagnostic au début, euh... parce que sinon on f'ra jamais de diagnostic euh... enfin on va louper des tas d'choses et on passera toute sa carrière à voir des patients mais dont les diagnostics importants auront été faits par d'autres que nous, quand on n'était pas là, quand on était en vacances, ou bien quand les... les... ce genre de choses... Et c'est quand même dommage parce que bah... il faut qu'on soit performant. On n'est pas là uniquement pour soigner des symptômes et puis pour... euh... pour passer à côté des choses un p'tit peu plus complexes.

E : Est-ce que selon vous il existerait un moment idéal en dehors de la consultation pour faire ce débriefing ?

P : Alors idéalement ce serait entre chaque consultations avoir cinq minutes pour le faire. En pratique, c'est quasiment impossible à faire, parce qu'il y a souvent trop de patients. Une deuxième possibilité, ce serait..., euh..., de rester après la session de consultations du matin, mais souvent quand c'est chargé... quand on a à peine le temps d'aller manger avant de commencer des visites, on ne trouve pas forcément le quart d'heure ou la demi-heure nécessaire pour le faire... Euh... une autre possibilité c'est de la faire quand on est en visites et donc les moments où on est dans la voiture, c'est aussi un temps bien pour la discussion. Le soir après les consultations, en général l'interne a les yeux rivés sur la pendule parce qu'il y a un train à prendre et donc c'est très difficile de le faire à ce moment-là.

E : D'accord.

P : Donc ce n'est pas facile de dégager le temps nécessaire pour faire un débriefing de qualité.

E : D'accord...

P : Faut savoir profiter de chaque moment mais en fait les minutes sont comptées parce que souvent les temps morts entre les consultations, sont utilisées pour regarder les examens biologiques qui sont rentrés entre temps, rentrer des résultats dans les dossiers des patients, s'occuper du courrier qui arrive par la poste, voir les lettres, les lire et également les scanner, les intégrer dans les dossiers patients. Tout ça ce sont des choses qui prennent beaucoup d'temps. Euh... donc effectivement le fait d'être maître de stage, c'est quelque chose qui prend du temps, il faut consacrer du temps à l'étudiant, euh..., et c'est pas évident de trouver tout le temps qu'on souhaiterait pouvoir y consacrer...

Silence

E : Est-ce que selon la personnalité de l'interne, vous organisez différemment vos consultations à trois avec justement des périodes de débriefing à la fin des journées ?

E : Par exemple, si pour un interne vous avez l'impression qu'il y a peut-être besoin de plus de temps que pour d'autres, ou que pour certains internes, la période de débriefing n'est pas quelque chose de vraiment attendue.

P : Oui effectivement je m'adapte. Je m'adapte à la façon d'être, de faire de chaque interne. Un interne qui ne se sent pas à l'aise eh bien il faut lui montrer qu'on est là, qu'on est présent, qu'il peut demander notre avis à tout moment, voire notre... ou nous faire intervenir dans la consultation, euh..., pour des choses dont il n'est pas sûr... Donc effectivement il faut savoir s'adapter à chaque interne. A l'inverse, un interne qui se sentira très sûr de lui, eh bien il faut néanmoins être vigilant et puis quand même se dire que... qu'on n'a pas à laisser, à priver le patient d'une chance d'avoir quelque chose, un examen, une consultation exhaustive. Donc si on voit que l'interne, parce qu'il a une bonne assurance eh bien peut passer à côté de quelque chose, eh bien il faut intervenir.

E : Lors de la consultation ?

P : Lors de la consultation.

Silence

E : D'accord...

P : Voilà.

E : Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients d'une consultation à trois ?

P : Alors les inconvénients, ça prend du temps. Ça peut... ça peut déranger certains patients. Ça peut mettre mal à l'aise certains internes qui ont peur de se sentir piégés ou critiqués ou jugés dans leur attitude. Les avantages c'est qu'ça apporte un regard extérieur, donc lorsque la collaboration entre le médecin et l'interne se passe bien, euh, c'est très enrichissant.

Silence

P : Et ça peut être valorisant aussi pour le patient de bénéficier d'un double avis. Dans certains cas, lorsque le binôme médecin-interne est très rodé, il peut y avoir un réel partage des tâches et une réelle complémentarité et on s rend compte que l'on pense à faire quelque chose pendant ce temps bah l'interne l'a fait, et l'a commenté en même qu'il le fait et donc du coup moi je peux l'inscrire dans le dossier immédiatement ou inversement. Un interne réactif et bien moi quand je fais une partie de l'examen clinique que je commente et quand je vais voir pour..., quand je regarde le dossier, il l'a déjà marqué et à ce moment-là, et bien, euh, c'est un gain de temps. Au lieu d'être une perte de temps. Et le temps qui est gagné de ce point de vue-là, est réutilisé pour la discussion entre le médecin et l'interne. Ça s'est passé de cette façon-là avec quelques internes, peu nombreux on va dire, c'est des fois d'excellentes surprises et des moments tout à fait chouettes qu'on aime bien vivre en tant que maître de

stage où il y a vraiment une collaboration fructueuse, un binôme qui s'entend bien, qui marche en tandem et où c'est vraiment de la collaboration.

E : D'accord... Est-ce que justement lors de ce binôme, lors de la consultation avec ce binôme qui marche bien, est-ce que vous avez une organisation spécifique des consultations ? C'est à dire que vous vous êtes un peu réparti les tâches avant la consultation ou c'est quelque chose qui se fait naturellement ?

P : C'est quelque chose qui se fait naturellement le plus souvent.

Silence

E : Pour une consultation admettons, c'est l'interne qui fait l'examen clinique et vous êtes derrière l'ordinateur ? Ou pour certaines consultations vous faites l'examen clinique et l'interne retranscrit ?

P : Euh, effectivement, des fois on essaie d'alterner, pour que l'interne soit à l'aise dans... pour accomplir toutes les tâches liées à la consultation. Donc dans certains cas c'est moi qui fais l'examen clinique et puis... et je ... j'énonce à haute voix de façon à ce que l'interne puisse retranscrire dans le dossier. Des fois c'est l'inverse. C'est pour que mon rôle de... euh, que l'interne sache, puisse être autonome pour tout, une fois qu'il se retrouve seul.

E : D'accord.

P : Donc on essaie au début de se répartir. Ça se fait spontanément. On dit : « ah tiens aujourd'hui je vais examiner ce patient ou bien aujourd'hui je vais retranscrire. Tu me dis ce que tu trouves d'important et je le note ». Voilà ça se fait comme ça.

E : En le précisant alors avant ?

P : Oui on le précise en début ou en cours de consultation.

E : Que pensez-vous avoir apporté à ces internes au cours de ces six années et demi de maîtrise de stage ?

P : Euh... je pense leur avoir apporté une manière d'organiser leur travail et une manière d'apporter une certaine rigueur à ce qu'ils font. Leur avoir donné la vision de c'qu'est la différence entre la médecine de ville et la médecine à l'hôpital qu'ils avaient l'habitude de faire. En fait à l'hôpital on voit le patient à un instant donné. Euh... et on est là... à son entière disposition pendant ce temps-là pour tout ce qui concerne les examens cliniques, les examens complémentaires et le traitement. Le patient est soumis à l'hôpital et donc va faire tout c'qu'on va demander qu'il fasse. En médecine de ville, c'est complètement différent. Le patient vient de son plein grès, de sa propre initiative et est maître du jeu et peut prendre la décision de suivre ou non les recommandations du médecin qui n'a aucun contrôle sur c'qui est effectivement fait par le patient une fois qu'il a quitté le cabinet. Donc on lui remet une ordonnance en espérant qu'il va s'en servir pour acheter les médicaments à la pharmacie et les prendre conformément à c'qui lui a été prescrit. Mais en fait on n'en sait rien. L'hôpital c'est différent, le patient reçoit des médicaments dans un p'tit gobelet, les avale et tout est facile, tout est réglé, tout est joué. Le patient une fois qu'il est chez lui, c'est lui qui décide, et donc notre rôle c'est de faire en sorte que l'observance soit la meilleure possible et donc il faut

accompagner le patient en vue de cette bonne observance et donc c'est un rôle important. Un traitement qui n'est pas pris correctement, et bien finalement ça remet en cause tout c'qui précède, c'est comme si on ne l'avait pas prescrit, c'est comme si on n'avait pas fait le diagnostic, en fait ça n'sert à rien. Voilà. Donc il y a quand même un enjeu important. Et puis, la deuxième chose c'est que on a... à s'occuper du patient sur la durée. On va le voir, on va le revoir au fil du temps, on va l'accompagner et donc les... ce qu'on va... le rapport au temps est complètement différent. On n'est pas obligé de régler tous les problèmes à la fois. Il faut hiérarchiser les problèmes et les répartir dans le temps, en disant : « et bien ça on va en reparler. Ça, ça va nécessiter un approfondissement. Ça ça va nécessiter de se revoir à tel moment ». Et donc on planifie un suivi. Souvent ça se fait contre le patient qui lui voudrait bien régler tous ses problèmes de santé au moment de la consultation avec le patient et il n'entend pas mettre la main dans un engrenage, entre guillemets, mais c'est souvent ce qu'il faut obtenir de lui. Dans l'idée du patient et bien il pense à sa santé à un moment donné, il veut pas y penser tout le temps, donc à ce moment-là il va consulter et il entend que lorsqu'il quitte le médecin, tous les problèmes ont été réglé. Et en fait c'est loin d'être le cas et il faut arriver, soit par la négociation, soit par la ruse, soit d'une autre manière, à ce que... et lorsqu'on détecte un problème qui ne peut pas être solutionné intégralement immédiatement, et bien que ça nécessite des consultations supplémentaires, des examens complémentaires, un suivi..., ce genre de choses... C'est ça qui est important parce que le patient on va le revoir. Il ne faut pas que ce soit euh... des consultations sans lien les unes avec les autres et juxtaposées et destinées uniquement à régler des problèmes aigus, mais il faut voir le patient dans sa globalité, au fil du temps, intégrer la prévention, l'éducation thérapeutique et beaucoup d'autres choses.

Silence

P : Donc cette notion-là on ne l'a pas à l'hôpital vu que l'objectif est que le patient parte, qu'on ait réalisé le maximum de choses et dans le minimum de temps et qu'après le patient s'en aille et qu'on n'le verra plus ou alors on le verra plus pour le même problème. Voilà, ça c'est la tâche du médecin généraliste, de suivre le patient au fil du temps et parfois sur une durée... Pour certains patients, certains médecins les voient pendant l'intégralité de leur exercice, c'est à dire une quarantaine d'années et dans tout c'la eh bien il y a à s'occuper... ben de la croissance des enfants qu'on voit dès leur naissance et des fois sur bien longtemps ou alors pour d'autres patients, eh bien gérer leur fin de vie... Donc ça c'est la grande différence que j'essaie d'enseigner le plus tôt possible aux différents étudiants que je vois, que ce soit des internes ou également les externes que j'ai en formation.

E : D'accord.

E : Très bien. Et bien on a fait le tour des questions. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

P : Non, c'est bon. J pense que c'est assez complet. On a vu l'essentiel de c'que j'ai..., je trouve intéressant à dire de ma fonction de Maître de Stage.

L : Très bien. Je vous remercie.

Sourire

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 2^{ème} entretien

Présentation de l'étude.

E : Depuis combien de temps êtes-vous Maître de Stage Universitaire ?

P : Alors j'crois que ça fait dix ans à peu près.

E : D'accord.

P : Donc j'ai commencé avec des externes d'abord pendant 3 ans... 3-4 ans et puis après je suis passé aux internes en arrêtant l'externat.

E : Alors est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous est venue l'envie de devenir Maître de Stage Universitaire ?

P : Ben j'avais toujours envie de transmettre quelque chose et je pense que..., enfin disons que c'est, c'est ce que moi j'ai ressenti à l'époque quand je remplaçais et quand j'me suis installé... Euh... alors... nous quand on remplaçait à l'époque, on... on allait voir le médecin, on faisait..., il nous présentait pendant deux heures son cabinet, il nous filait les clés et il nous disait : « bon ben voilà maintenant pendant dix jours, quinze jours t'es tout seul au cabinet, moi j'suis parti en vacances, tu m'embêtes pas et tu gères ton... le cabinet ».

Donc aucune connaissance pratique, aucune... on connaissait pas les patients, on savait pas comment il pratiquait lui... et donc quelque part j'me disais ça : « c'est quand même rude pour tout le monde » et vous offrir la possibilité de partager pendant un mois, enfin deux mois, une pratique en ayant une personne qui s'occupe de vous, qui vous montre sa façon de pratiquer, qui vous laisse prendre la main et qui vous permet à vous, après, de travailler un p'tit peu en autonomie tout en sachant que dans la pièce d'à côté vous avez un médecin que vous pouvez appeler en cas d'urgence à la rescousse si vous avez un souci ou si y a quoi que ce soit... C'est vraiment le top si vous voulez au lieu... et vous engendrera probablement moins de stress que c'que nous on a eu pour un remplacement quoi. Donc l'idée c'est vraiment de vous préparer à la vie professionnelle telle que vous allez la rencontrer dans un cabinet. Et honnêtement, nous, durant toutes nos études... alors, les stages hospitaliers ne nous ont pas préparés à ça... euh... après moi j'ai eu la chance durant mes stages hospitaliers d'être avec un chef qui favorisait les remplacements et donc nous incitait le plus possible à trouver les remplacements pendant les périodes où on était et donc du coup on a eu... on était plutôt orienté déjà médecine générale. Mais en pratique pas d'accompagnement lors des remplacements, donc c'est toujours ça le gros hic et donc en fait vous rencontrez des fois des problèmes au décours d'une consulte et là en fait... dans c'que moi je propose à mes internes, ils ont la possibilité de me chercher et on résout ensemble le problème alors que nous des fois il fallait qu'on improvise, qu'on tempore, qu'on... Donc on était obligé de faire revenir le patient, essayer de faire des recherches, de trouver une réponse qui pouvait satisfaire. Un document à remplir qu'on ne savait pas remplir... Enfin bon c'était un peu compliqué quoi...

et donc tout cette pratique moi c'est quelque chose que j'voudrais... que j'aborde avec l'interne. De même que tout c'est comptabilité, tout c'est un peu gestion, euh... administratif du cabinet hein... Même sur le plan compte etc... Le compte professionnel, les assurances, les retraites... On aborde tout ça pendant le stage. Et quelque part moi, mon tutorat je le fais dans ce sens-là, c'est que comme on doit vous faire des espèces de cours, moi c'est plutôt des cours pratiques comme ça. Remplir des papiers. Leur montrer tous les papiers qu'on peut avoir, des certificats MDPH, certificats de décès, certificats... Alors... présenter déjà ça puisque c'est à ça qu'ils vont être confrontés et ensuite essayer de voir si aborder les... Alors on anticipe hein, mais les retraites, les comptes, les machins, enfin tout c'est qui faut, l'Urssaf etc...

E : Actuellement vous avez un interne ou une interne ?

P : Là pour l'instant j'en ai pas, elle vient juste de partir. Le nouveau s'est présenté et il sera là au mois de juillet.

E : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ? Même si elle ne vous a pas forcément marqué, juste connaître la dernière consultation que vous avez fait avec l'interne ?

P : En commun ?

E : En binôme.

P : En binôme ? ... Mais c'était tout au début... J'aurais qu'est-ce... euh... Alors ça dû être sa reprise au mois d'avril... euh... (...). Donc c'était une consulte un p'tit peu plus de reprise puisqu'elle venait déjà de faire un mois et donc elle a repris son deuxième mois, histoire qu'elle remette... voilà quoi... mais c'est elle qui a pris la main, donc du coup c'est... Moi j'étais à côté en la laissant quasiment faire. Euh... elle a fait les consultes classiques, renouvellement d'ordonnance etc., on a simplement... pour qu'elle remplace les, les, les mots d'ordre, le logiciel, le machin et pis voilà...

E : Donc vous étiez à côté derrière le bureau ?

P : Sans quasiment intervenir puisqu'elle avait l'habitude. Histoire de lui rappeler comment c'était ... De revoir éventuellement... Alors les cures n'avaient pas encore commencé donc probablement aussi pour les renseigner, puisque j'suis médecin thermaliste, les prescriptions pour les cures... Donc lui montrer comment ça s'opère, comment ça se prescrit.

E : Alors comment ça s'opère justement quand vous êtes en consultation avec l'interne et que... Par exemple avec cette interne là si elle a été face à un problème, comment est-ce...

P : Alors là plus part du temps quand elle est face à un problème je suis pas avec elle. Puisque j'la laisse très vite bosser en autonomie. Donc on est dans d'une consultation indirecte. Et donc elle rencontre un problème, elle essaie de le gérer au mieux et si elle voit qu'elle est bloquée elle vient me chercher pour débloquer la situation. Alors ça peut être un problème informatique tout bête, où elle n'a pas réussi à finaliser une feuille de soin électronique par exemple, donc du coup c'est plus un problème informatique que j'lui montre parce qu'elle a oublié de cocher une case... ou... voilà... Et donc ça... ou alors c'est souvent... ça peut arriver que ça soit un problème médical pur, en particulier la dernière était pas très à l'aise

avec les enfants et la dermato... Donc pour peu qu'on tombe sur un enfant avec une éruption qui n'était pas très claire pour elle du coup on faisait la consulte à deux.

E : Est-ce que vous pourriez me raconter une consultation ?

P : Ben en fait c'était un p'tit qu'avait ... Alors je peux plus vous donner de détails, mais c'était un gamin qui avait probablement ... enfin qui avait une éruption cutanée. Elle avait évoqué un certain nombre de diagnostics mais avait un doute sur son diagnostic final et du coup elle hésitait entre une mycose, un eczéma et elle m'a appelé à la rescousse quoi... Et du coup en fonction du cas... C'était typiquement une mycose. Et donc du coup moi qui avait plus l'habitude j'ai pu tout d'suite l'orienter en lui disant : « ok, voilà, qu'est-ce que t'as eu comme idée ? qu'est-ce que t'as pensé ? quels étaient tes diagnostics ? » et puis en fonction de la pathologie j'ai pu l'orienter comme ça ...

E : D'accord. Donc pendant la consultation avec le patient ?

P : Voilà, elle est arrivée... euh... j'ai un peu repris la main pour... histoire de revoir c'qui l'en était. Elle m'a fait le résumé de sa consultation en disant les motifs de consultation, c'qu'elle avait constaté, et les diagnostics sur lesquels elle hésitait. Et du coup on a simplement pu confirmer l'un ou l'autre de ses diagnostics.

E : D'accord... Et comment est-ce que vous avez perçu le regard du patient à ce moment-là ? Ou plutôt de la maman ou du papa qui était là.

P : Ben globalement ils sont quand même « contents » que l'interne connaisse ses limites et puisse juger qu'elle a atteint sa limite à elle et qu'elle vienne chercher quelqu'un en renfort qui va lui donner un coup d'main. Donc elle l'a jamais mal perçu, le patient non plus ... En disant : « ah mais pourquoi vous êtes à deux tout d'un coup maintenant ? ». Voilà. Il y a pas eu ce genre de phénomène. C'est vraiment ... Elle était coincée ... Elle l'a expliqué au patient en disant : « voilà j'ai un doute sur c'que c'est, je vais appeler le Dr... ». Du coup elle venue me chercher. Elle m'explique le cas et puis on voit ensemble et puis on... Mais globalement en aucun cas j'ai... D'ailleurs dans toutes les interventions j'ai jamais senti de la part des patients une gêne à c'qu'une interne fasse appel à moi et soit embêté parce qu'elle m'appelle.

E : D'accord...

P : Donc on n'a jamais eu ce genre de problèmes et depuis l'temps que je pratique, que je suis... que j'ai des internes, ils savent que régulièrement j'ai des internes, donc dans la mesure où la consulte se passe sans problème, y a aucun souci et si y a un doute elle sait justement que elle peut m'appeler et j'ai aussi expliqué au patient que toujours dans tous les cas je suis à côté, je sais qu'ils peuvent m'appeler et que on recontrôle toujours tous les diagnostics, tous les ... Donc les patients sont informés de la situation et de la façon dont on procède et dont j'exerce quoi...

E : D'accord... Est-ce qu'il y a une consultation qui vous a particulièrement marqué une fois avec un interne ? toujours dans le cadre du binôme.

P : En binôme ?

E : Oui en binôme. Autant dans le positif que dans le négatif ; une consultation dont vous vous souvenez.

P : Mouais... Non pas vraiment ...

Silence

P : Bon après, sur des ... Si vous voulez, on se rend compte au début que ... euh... vous connaissez pas les pathologies qu'on va trouver en médecine générale par rapport à c'qu'on trouve à l'hôpital. Donc du coup quand ils sont des fois face à un patient pour évoquer des diagnostics ils font plutôt des diagnostics probabilistes mais pas par rapport à la patientèle de médecine de ville et donc souvent c'est un peu là où il faut qu'on les oriente en disant que quand on a une brûlure urinaire en médecine de ville c'est plus souvent une infection urinaire que une pyélonéphrite ou un calcul rénal. Donc notre première orientation va être l'infection urinaire et pas les deux autres. Ça ne veut pas dire qu'on ne va pas éliminer les deux autres diagnostics mais on va quand même penser en premier lieu, là, à une infection urinaire quoi.

E : D'accord.

P : Donc du coup... euh... c'est un peu ce genre de choses qu'il faut un peu leur apprendre, c'est à dire quelles sont les pathologies les plus fréquentes que nous on rencontre au cabinet, alors toujours pareil, sans éliminer tout le reste. Mais ça permet quand même de relativiser des choses, j'veux dire quand on a quelqu'un qui a une fièvre, chez nous c'est quand même plus souvent une infection virale que quelque chose de grave... d'une septicémie ou d'une méningite ou d'une ... voilà ... C'est un peu pour relativiser ce genre de diagnostic. Donc c'est un peu là on va les orienter dans un premier temps.

E : Et comment est-ce que vous faites alors au cours de la consultation ?

P : Ben tout dépend sur quoi on tombe au niveau d'la pathologie. C'est surtout un peu ça... Moi j'les évoque au fur et à mesure qu'on rencontre les différents cas pratiques quoi... en sachant que y a quand même une part, une grosse part de renouvellement d'ordonnance qui pose pas autant de problèmes, qui permettent un p'tit peu..., à la fois de discuter, de voir comment ça s'passe.

E : D'accord. Lors de la consultation à trois, comment est-ce que vous arrivez à définir un p'tit peu le rôle de chacun face au patient ?

P : Alors moi j'ai quand même par habitude, très vite, à partir du moment où j'me rends compte que l'interne se débrouille bien, de lui donner la main sur tout l'examen clinique.

E : D'accord.

P : D'accord ? Donc je le laisse, lui, faire l'examen clinique, donc même quand on est à deux. Euh ... je regarde comment il fait son examen clinique, s'il a fait tout l'examen clinique normal. Alors peu importe l'ordre. Chacun sa façon de faire. Donc moi j'ai un ordre dans ma façon de procéder. Je ne veux pas imposer mon ordre à l'interne, donc du moment que il passe en revue tous les examens qu'il doit faire et qu'il les fait, moi ça m'va. Peu importe dans quel sens il le fait. Après on peut toujours discuter en disant : « voilà, moi j'le fais dans ce sens pour ne rien oublier ». Bon, après ... Et donc après en fonction de ce qu'il lui a fait ou

pas fait, s'il a oublié des choses, on peut l'orienter en lui disant : « voilà, ok, maintenant t'as fait ton examen clinique, est-ce que tu as pensé à toutes les pathologies ? Est-ce que t'as tout contrôlé ? Est-ce que ça te semble complet ? Ou est-ce que tu penses ... ? » et puis voilà... Histoire de lui dire : « est-ce... ?? » et d'le laisser lui d'abord rechercher pour voir si on retrouve un peu les mêmes choses en fonction d'un signe clinique ou pas et puis voilà ...

E : Et pendant l'examen vous êtes à coté ?

P : Ouais. J'le laisse faire complètement. Je suis... je regarde c'qu'il fait et j'essaie de pas trop intervenir quoi. C'est souvent difficile...

E : Est-ce que vous avez en tête un exemple justement où vous avez dû intervenir au moment de l'examen pour réorienter un p'tit peu l'interne ?

P : Ben c'est souvent en fait : vous avez un patient qui arrive avec une... un syndrome fébrile sans... avec une pathologie ORL et alors souvent les internes pensent pas forcément à une sinusite. Donc ils vont faire un examen d'la gorge, un examen des oreilles et puis derrière on ne pense pas forcément à palper les sinus. Et donc c'est souvent, c'est là où j'leur dis : « bon est-ce que t'as pensé à tout ? est-ce... Qu'est-ce que... en fonction... Regarde il a le nez qui coule, c'est un peu purulent, c'est un peu... ». Voilà. Et en fait de l'orienter un peu comme ça pour arriver à c'qu'il arrive à penser à ça et en général une fois que il a oublié qu'on a... on est finalement arrivé en disant : « écoutes voilà, il y a la sinusite, faut qu't'y penses ». En général il oublie plus après de l'intégrer dans son examen clinique quoi... et donc après voilà, c'est ce genre de choses et c'est comme ça qu'il finit par y penser, par y arriver quoi.

E : Après dix ans de maîtrise de stage, vous avez l'impression qu'il y a des cas qui reviennent assez régulièrement avec des internes ?

P : Ah ouais ... Oui oui ... Et bah c'est toujours la fréquence de c'que nous on a en médecine de ville ... Alors souvent aussi les examens complémentaires de l'hôpital et que nous n'avons pas nous, en médecine de ville hein. Donc du coup on va vite recourir à un examen alors que nous on en pas forcément besoin en médecine de ville quoi... Voilà, ça c'est le genre de choses que... Il a des réflexes hospitaliers que nous en pratique en médecine de ville on n'a pas forcément...

E : D'accord...

P : Parce que l'examen nous pose un problème ou alors un vendredi après-midi quand vous consultez vous savez très bien que n'arriverez plus à avoir une échographie facilement... euh... avant lundi donc il faut se passer d'une échographie. Bon alors on peut avoir une prise de sang pour le diman ... pour le samedi mais du coup les résultats on ne les aura pas avant lundi ... Du coup c'est quelque chose avec lequel il faut savoir gérer. Alors que vous au niveau hospitalier, ben vous faites votre prescription, vous avez votre résultat et au pire samedi matin vous avez tous les résultats et vous pouvez encore agir en fonction. Nous, c'est pas toujours comme ça en ville quoi... Donc, voilà, c'est ce genre de p'tites choses qu'il faut leur montrer.

E : Est-ce justement sur les dix ans de maîtrise de stage vous arrivez un petit peu à faire ressortir certains critères qui vont vous dire que cet interne-là vous allez réussir à le laisser seul rapidement et l'autre peut-être pas... ou peut-être pas du tout même au cours du stage ?

P : En fait ça dépend d'la personne. Aussi la façon dont elle est à l'aise avec le patient, la façon dont elle arrive à gérer sa consultation, à faire son interrogatoire, à l'amener ... enfin faire son examen clinique, arriver au diagnostic. Et tout ça on le voit un p'tit peu et vous vous en rendez compte très vite. Ça, c'est vrai qu'c'est l'expérience et vous alors... J'peux pas dire d'emblée : « tiens celle-là s'ra bien, celle-là s'ra pas bien ». Au bout de huit jours avec moi, on le sait. Ça on le sent. Et on sent si la personne, facilement, elle arrive à interroger le patient, elle est à l'aise, elle va ... Et on se rend compte que elle arrive très vite à établir une relation avec le patient et donc du coup on sait que très vite on va pouvoir la laisser seule. C'est un peu comme ça qu'on arrive à juger un p'tit peu. Enfin, c'est ma façon de juger un p'tit peu le patient. Alors j'dis pas qu'c'est la façon de faire de tout le monde mais voilà c'est un petit peu ma façon de voir la façon dont elle va être à l'aise avec le patient, qu'elle arrive à gérer sa consultation, qu'elle arrive à prescrire son traitement aussi, de trouver le médicament, etc. De savoir comment elle a fait les examens cliniques et les examens complémentaires et puis voilà quoi.

E : Parce que dans les « huit premiers jours » en théorie il peut encore arriver que vous discutiez pas mal du cas. Les premiers jours de stage en général il y a souvent une interaction...

P : Ah bah forcément les huit premiers jours et ça ces ceux-là de toute manière où j'la laisse pas encore prendre la main d'emblée quoi. Sur l'examen clinique oui, mais l'accueil du patient se f'ra à deux. Et donc du coup, voilà. Et après, à partir du moment où on s'rend compte que ça s'passe bien, on va intervertir les rôles et donc c'est elle qui va accueillir le patient, il ou elle je parle maintenant. Il ou elle va accueillir le patient, va orienter son interrogatoire et son examen clinique et là je prends de moins en moins la main jusqu'à ce qu'elle se sente suffisamment à l'aise et alors souvent en fin de consulte j'lui laisse faire une ou deux consultations seule pour voir ce que ça donne, le feed-back, etc. Si tout ce qu'elle a prescrit ou tout ce qu'elle a fait, entrepris était correcte, je sais qu'à partir de ce moment-là on peut lâcher un peu plus et voilà. Donc on va d'abord faire une ou deux consultation seul. Je pense qu'ils ont quand même besoin de faire leurs consultes seuls, parce que tant qu'on est avec eux c'est très difficile pour eux d'imposer, enfin d'imposer ..., de prendre la main et de pouvoir interroger le patient. Quand on est à deux, forcément y a un moment il va regarder sur moi, il va discuter avec moi et elle perd la main sans ... Alors que l'interrogatoire commence bien et j'veux dire, au bout d'un moment claque, il me regarde moi... moi j'les regarde... Voilà... on est... on est un p'tit peu embêté, euh ...

E : Et comment est-ce que vous arrivez justement à redonner le rôle à l'interne dans ces cas-là ? Est-ce que vous y arrivez ou ... ?

P : Ben disons que c'est même moi qui des fois intervins ... euh ... et puis après c'est bon : « aller nan nan c'est elle qui fait la consulte. Adressez-vous à elle et après pour moi la façon la plus simple c'est quand même de la laisser seule avec le patient, à partir du moment où j'me rends compte qu'elle est capable de le faire hein, qu'on soit bien d'accord quoi et c'est là où volontiers moi je leur redonne la main pour que justement ils puissent développer leur procédé, leur façon de construire une consulte avec leur façon d'interroger le patient, leur façon de ... Ça c'est vrai que chacun doit l'expérimenter et le travailler seul donc ...

E : Est-ce que c'est quelque chose dont vous débriefez après la fin des consultations ?

P : De la façon dont ils font ? Non pas vraiment ... Du moment qu'elle arrive à la fin à une conclusion et qui est cohérente avec c'que je sais du patient. Alors c'est là où moi j'ai l'expérience de mon patient. Donc quand un patient vient, une fois sur deux je sais pourquoi il vient. Donc à partir du moment où il est là je sais déjà pourquoi il est là, souvent ... Alors en fonction de c'qu'elle m'a donné comme diagnostic je vais savoir ce que je vais mettre en route, et ce que je pense et puis les examens que j'aimerais qu'elle ait fait ou qu'elle ait prescrit et si ça colle dans ce qu'elle a prescrit pour moi c'est, c'est quelque chose d'acquis. Après, dans la mesure où elle n'a pas de soucis d'arriver à son diagnostic, d'avoir donné un traitement et des examens complémentaires qui sont cohérents avec la situation, c'est vrai que je vais pas forcément lui demander comment elle est arrivée à ça. Elle a réussi à faire son rôle et du coup comme on est arrivé à la fin de son diagnostic, on y était quoi ...

E : D'accord. Est-ce que vous avez le souvenir d'un binôme avec un interne qui se serait très bien passé, pour lequel vous avez ressenti un vécu très positif, autant sur le plan professionnel que personnel ?

P : Ben globalement c'est quand même ... Ouais, bon la dernière que j'ai eu c'est vrai qu'c'était assez sympa à c'niveau-là. Alors moi j'exerce sur N. Donc du coup on fait un départ de S. par covoiturage. Donc du coup on part à 7h30 de S. Euh... la dernière interne j'l'ai récupéré du côté d'H. Donc c'était une sortie d'autoroute dans les quatre sens. Elle avait posé sa voiture. On s'récupère. Donc du coup on a déjà une heure quasiment de trajet covoit, d'accord ? A midi on mange ensemble. La particularité de mon stage est d'être un stage mixte : médical plus cuisine. C'est à dire que j'adore faire de la cuisine et on cuisine ensemble.

E : D'accord.

Sourire

P : Donc du coup on va faire des courses, on fait des achats et on fait des plats ensemble. Donc on a entre midi et deux une espèce de complicité autour du plat, autour du machin ... Et c'est vrai que ... voilà, en fonction des personnes avec qui vous êtes ... Mais bon on les sort un peu du contexte quoi. Je, je ... Du coup on est plus dans un contexte médical, on brode autour d'autre chose et c'est une façon aussi, bah de faire connaissance, voilà, d'être ensemble, de ... Et donc du coup on fait un p'tit peu autre chose, tout en discutant à la fois de quelque chose de médical, quelque chose de privé, voilà. C'est ma griffe entre guillemets, voilà.

E : Et du coup vous arrivez à ressentir justement une évolution dans la relation que vous avez avec l'interne entre le début et après ... ?

P : Ouais c'est très amical quoi. Ouais ouais, après c'est sûr que après on fait aussi des fois ... Bah là avec elle on a fait deux choses hein. On a fait une sortie VTT parce que j'suis un VTTiste. Donc elle voulait essayer donc on a fait un p'tit circuit sympa et finalement le deuxième semestre en fait je l'ai emmené faire un ... alors eux ils appellent ça des mobiles-Kart, c'est des espèces de... des trucs électriques là avec des grosses roues...

E : Des karting ?

P : Nan nan c'est pas des karting, on est debout dessus... Les gyropodes, vous voyez ce que c'est ? Segway ? voilà. Sauf que c'est dans la nature. Donc on est parti pendant deux heures, on a fait une sortie comme ça dans l'coin, euh... vraiment dans la campagne quoi, c'était sympa. Donc on a fait cette activité ensemble quoi. C'était un p'tit peu le... voilà, pour finir pour clôturer le... ben les deux mois de... truc quoi...

P : Donc j'essaie voilà de... Après c'est vrai qu'en fonction des affinités que vous retrouvez avec les internes on fait pas forcément avec tout le monde, c'est... Voilà... Bon en tout cas, cuisiner je le fais avec tout le monde, après en fonction de c'qu'ils ont envie ou pas envie, la participation n'est pas forcément... puisque tout le monde n'est pas forcément doué dans la cuisine mais enfin ils participent quand même toujours plus ou moins dans la cuisine quoi...

E : Et justement en fonction de la personnalité de l'interne vous arrivez à voir des différences au cours de la consultation ?

P : Après vous voulez dire ? Pendant ?

E : Même au début...

P : Ben au début on les sent quand même pas très à l'aise dans leur consulte. C'qui est un peu normal je dirais puisqu'ils découvrent ce mode de fonctionnement. Disons, à l'hôpital, tout en étant avec un patient et que... dont ils font l'examen clinique seuls aussi et ils savent qu'ils ont toujours un chef qui va refaire une contre-visite avec eux, qui discutent... Là ils sont quand même un peu seuls face à un patient, à devoir faire un diagnostic, à devoir faire le traitement, à devoir... Voilà. Et au début on les sent quand même largement moins à l'aise et au fur et à mesure que les semaines passent et que, ben ils montent eux en assurance, on s'rend compte que voilà, la durée des consultes diminue, ils arrivent à faire... bon faut savoir que de temps en temps on a des après-midis bien chargées hein. Donc en particulier là quand on a eu les cures, j'l'ai quand même prévenu une journée où j'disais : « alors tu annonces seulement la consulte qui démarre normalement de mes patients » mais j'avais déjà douze consultes de cures prévues et donc j'ai dit : « là il faut qu'on l'fasse à deux. Y'a pas moyen que tu l'fasses seule parce que sinon tu vas te... te trouver débordée ». Et donc du coup ce jour-là on a consulté ensemble et du coup en fait chacun avait un rôle. Moi je remplissais la « paperasserie », elle faisait l'examen clinique et donc du coup on a pu gérer comme ça une après-midi un peu speed quoi. Mais, euh... globalement, moi je les laisse faire la consulte. Ils ont une consigne en disant : « bon si vraiment tu vois qu't'es débordé, tu m'appelles. Si vraiment il y a trop de monde et que t'arrives pas à t'en sortir et que tu vois que t'as des consultes qui avancent pas bien, ben tu m'appelles et puis on gère un peu ensemble... ». C'est ce genre de choses. Et autant au début elle est un p'tit peu plus embêtée, on voit que les consultes, elle arrive jusqu'à la fin de l'heure limite mais qu'elle gère, mais que y a un p'tit peu du retard, y a un peu... Voilà... Et ben autant à la fin elle arrive complètement à gérer un planning et voilà quoi...

E : Est-ce que par exemple si l'interne prend trop de retard vous venez dans le bureau pour essayer de voir si il/elle a besoin d'aide ?

P : Alors, c'est difficile de rentrer. Le fait qu'elle ait du retard... ils ont l'habitude chez moi, j'ai pas de rendez-vous... donc les gens ont l'habitude de passer au fur et à mesure. Moi ce

que je vois c'est quand je sens qu'il y a du monde dans la salle d'attente et qu'elle a du mal à faire bouger les choses et qu'je sais qu'en fin d'après-midi y a un certain nombre de cures qui risquent encore d'arriver et que voilà... à cette heure-ci il faudrait qu'elle ait déjà dégagé le truc.

E : D'accord.

P : Autant au début elle avait du mal à gérer correctement un peu les horaires, autant à la fin ça a été tout seul. Elle a géré ça tranquillement.

E : Est-ce que vous avez eu besoin d'intervenir à un moment,

P : Alors on a eu... ben comme dit... y avait vraiment des demi-journées où je savais qu'elle aurait eu besoin de moi et ensuite elle avait des demi-journées où elle avait des consignes, en lui disant : « écoutes, si vraiment tu vois qu't'es débordée, tu m'appelles ». Et, surtout pour des cures, parce que les cures prennent un peu du temps, c'est pas très long mais il faut un peu faire de paperasserie. Et donc elle a vu à un moment donné qu'elle était comme ça et elle m'a appelé à la rescousse effectivement en disant : « voilà écoutes, j'vais être un peu coincée, y a un peu du monde, voilà... ». Et du coup on a géré ça à deux et ça a été plus facile quoi. Il m'est aussi arrivé... j'ai pris du coup les cures chez moi, dans la partie privée et je l'ai laissé continuer, faire la consulte tranquille et donc du coup ça lui a enlevé une partie... voilà... de surcharge de boulot, de par les cures, qui était pour moi facile à gérer et je l'ai laissé, elle, continuer la consulte. Ça ça nous ait arrivé aussi, du coup on a pu bosser, en fait, les 2 en même temps et ça a permis de décanter un p'tit peu et d'alléger sa consultation derrière...

E : D'accord... Pour en revenir un p'tit peu aux consultations en binôme, quand vous êtes à deux dans l'bureau, est-ce que vous pensez qu'il y a un temps qui serait le mieux adapté justement pour faire le débriefing ? Ou c'est quelque chose qui se fait plutôt sur le coup, au moment de la consultation, ou juste après ?

P : Alors... j'ai une façon de procéder qui est un p'tit peu... un peu particulière parce que des fois quand on est devant le patient, souvent j'ai l'habitude de leur dire : « écoutez voilà, on va un p'tit peu maintenant discuter de votre cas mais un peu à voix haute entre guillemets et ça va être un p'tit peu du jargon médical ». Du coup le patient voit un p'tit peu qu'on est en train de discuter de lui et c'est là que nous avec l'interne on commence un p'tit peu à évoquer les différents diagnostics différentiels, les possibilités, etc....Et donc on discute du patient mais devant lui en fait. Et pour leur expliquer un p'tit peu la méthode de fonctionnement, j leur dis : « je réfléchis un p'tit peu à voix haute, d'accord ? » et donc en fait c'est pour qu'ils se rendent compte aussi que c'est des fois des choses que nous on fait, ben... sans qu'ils le sachent quoi. C'est à dire qu'on est devant l patient, nous dans notre tête il y a des choses qui s passent mais lui il sait pas exactement à quoi on réfléchit et quand on est des fois avec l'interne, bah du coup, bah on réfléchit à voix haute et on dit : « bah voilà, ça pourrait être ça... En fonction des signes cliniques on évoque ça, ça ou ça et puis du coup bah qu'est-ce que tu penses ? ben là on est plutôt en médecine de ville, on va être plutôt sur quelque chose de plus fréquent qui s'rait ça ». Il manque d'autant des signes cliniques ici et puis du coup on arrive à un diagnostic et à un consensus et voilà... du coup on a discuté du patient, devant lui, sans que ça le choque plus que ça et puis on a pu échanger et donner chacun notre point de vue...

E : Sans que le patient n'intervienne dans tout ça et vous laissez justement tous les deux un peu à l'écart ?

P : On reste devant lui, hein, pas forcément à l'écart. Il assiste si vous voulez à notre échange pour qui...voilà... Mais pour lui... pour expliquer au patient comment on procède, en fait c'est que justement on fait un échange à deux de son cas et puis bon il commence quand même à comprendre certains signes qu'il a et donc on étudie à la fois ses signes cliniques, les hypothèses qu'on a et puis comment on arrive au diagnostic. Et donc il voit le cheminement que nous on fait aussi pour arriver à un diagnostic. Du coup pour moi c'est relativement positif par rapport au patient et ensuite ils se rendent compte qu'on enseigne quelque chose au patient, à l'interne aussi, c'est aussi, c'est une espèce d'échange à trois où ils s'entendent compte que... bah en fonction de c'que va m'dire l'interne, moi j'argumente de mon côté et on va l'amener à arriver au diagnostic et puis voilà... il a aussi une façon de voir un p'tit peu comment on procède avec les internes.

E : Donc vous ne distinguez pas forcément le temps pédagogique et le temps médical ? C'est quelque chose qui arrive à se faire ensemble dans la consultation selon vous ?

P : Ouais. Moi j'ai des fois du mal, après, à débrief, à revenir sur tous les cas qu'on... Donc du coup, c'est vrai qu'j'aime bien l'faire devant le patient quoi. Globalement. Et ça se fait en général après la fin de la consulte quoi. Enfin, la fin de l'examen clinique, excusez-moi. Donc l'interrogatoire il le fait, j'assiste avec lui à l'interrogatoire. Il fait son examen clinique et alors, c'est là... voilà : « tu penses à quoi ? vas-y dis-moi » et puis où j'explique au patient : « bah voilà, on est en train d'essayer de voir ce que vous avez et on va essayer de... de trouver ensemble ».

E : Est-ce qu'il y a eu des fois où vous avez ressenti des difficultés à donner la priorité à un de vos deux rôles ? C'est à dire, entre le rôle de formateur où vous essayez d'amener l'interne jusqu'au bout des choses, et le rôle du médecin où vous avez envie, peut-être, d'aller... de dire directement au patient : « bon ben il faut faire ça, et... ».

P : Non. Je laisse toujours... si vous voulez, dans le diagnostic, je vais laisser l'interne arriver à son propre... enfin, au diagnostic voulu, en essayant de l'aiguiller sans trop l'orienter, pour qu'il arrive par lui-même à trouver le diagnostic et que lui reprenne la main et qu'il puisse après expliquer tout ça au patient. Ce n'est pas mon rôle... Nous le rôle qu'on a, à deux, c'est que moi j'essaie de voir s'il arrive au diagnostic voulu. Et donc c'est à lui d'argumenter, l'interne, et une fois qu'il est arrivé à ça et que il a... je lui redonne la main... et donc du coup j'essaie de pas intervenir, puisque j'ai quand même dit, expliqué, au patient, que c'était l'interne qui, ce coup-ci, était le médecin et que c'était lui qui dirigeait, qui s'occupait de tout... Donc, après, moi je suis un peu une espèce d'observateur qui va intervenir avec lui et ils arrivent, le patient arrive à comprendre que je veuille pas intervenir après dans sa consulte et c'est pour ça que je reste aussi assis à gauche. Lui, il a son fauteuil, enfin l'interne a le fauteuil et moi je suis sur une chaise normale, un peu plus basse que lui hein. C'est c'qui permet aussi un p'tit peu...

E : Vous avez l'impression justement qu'en prenant une chaise plus basse que lui, vous lui donnez une place aussi dans l'espace ?

P : Voilà. Le seul problème c'est que moi du coup je suis toujours à la même hauteur que le patient. Dans l'absolue, c'est qui s'rait bien c'est que je sois encore plus bas que le patient, mais j'ai pas de chaise plus basse, sauf mon tabouret...

Silence

P : Bah j'trouvais que oui... moi... moi j'aime bien en fait cette... Et alors c'est des fois un peu paradoxal, euh... on a un souci informatique, donc du coup je vais passer devant lui et très vite l'interne va me redonner ma place dans le fauteuil, pour que je puisse cliquer correctement... mais c'est plus un problème d'ergonomie, aussi par la position et par rapport... et j'veux dire, je clique, je fais vite le problème informatique, mais je reviens à ma place pour qu'il puisse reprendre, lui, le fauteuil. Donc on n'a pas vraiment de place... enfin, il nous arrive même pendant une consulte de pouvoir échanger nos places mais on revient de nouveau dans nos positions pour qu'il reprenne, lui, la main dessus. J'pense que cette position de mon fauteuil, c'est quand même pour le patient aussi... Mais quand on est des fois à deux et qu'on... qu'ils font un interrogatoire, malgré que je sois à côté, sur la chaise en-dessous, le patient a quand même tendance à me parler à moi en premier quoi.

E : Comment est-ce que vous réagissez dans ces cas-là ?

P : Bah j'essaie de les réorienter. Alors après on a encore un autre problème chez moi, c'est un problème de dialecte. Moi j'ai cinquante pourcent de ma consulte qui s'pratique en dialecte. Alors après, maintenant depuis qu'ils savent que j'ai mes internes, ils font quand même des efforts, mais globalement le... moi j'ai quand même des patients qui sont beaucoup plus à l'aise en dialecte qu'en français. Ils ont eu... en fait ils étaient à l'école allemande encore donc du coup ils ont appris à l'école la langue allemande, donc ils ne maîtrisent pas correctement le français.

E : Dans ces cas-là alors, comment cela se passe avec l'interne qui ne le parle pas du tout ?

P : Alors, c'est là où il y a le problème. Donc du coup moi je sers de traducteur ; Et donc là, l'interrogatoire est plus difficile, est plus... ouais... là c'est plus compliqué quoi. Alors c'est quand même exceptionnel, ils parlent quand même tous plus ou moins français et arrivent... euh... après c'qu'on s'rend compte c'est quand même dans les expressions, ils arrivent de temps en temps à... à... y a des expressions en dialecte, c'qu'ils maîtrisent beaucoup mieux qu'en français quoi. Donc de temps en temps j'utilise ce genre de choses pour l'y préciser une symptomatologie ou voilà... et donc en fait là le dialogue se fait avec moi mais je lui rapport à ce moment-là le symptôme pour qu'il... pour enrichir plutôt son interrogatoire.

E : Et l'interne reste du coup sur le fauteuil médical ?

P : Ouais ouais. Là il reste. Oui là je suis que le traducteur. Donc ouais ouais il n'y a pas de soucis.

E : Est-ce que vous, vous dissociez les deux rôles du maître de stage en tant que médecin et formateur ou bien pour vous c'est le même rôle ?

P : Pour moi c'est le même rôle. Moi j'ai eu... c'est c'que j'ai eu du mal à comprendre dans votre façon... Je ne fais pas la... je ne fais pas la différence moi... Parce que je peux autant

redevenir médecin que formateur, euh... trois-quatre fois au cours d'une consulte quoi. Même en binôme, je pense.

E : Est-ce que vous auriez justement un exemple de consultation ?

P : Pas précis en tête nan...

P : Mais j'veux dire, j'me rends compte que... ben parce qu'on observe, on écoute... On observe et donc du coup on analyse en même temps qu'lui, donc du coup moi en parallèle de son interrogatoire et de son examen clinique, moi je fais un diagnostic et du coup c'est là où... où... bah si j'me suis rendu compte que dans l'interrogatoire il a oublié quelque chose : « tiens, t'as pas pensé à... Ou est-ce que t'aurais pas oublié... ? Est-ce que t'as pas... ? » et puis là c'est quand même la place de médecin qui revient puisque quelque part, je pense au patient, faut reconnaître qu'on arrive au diagnostic pour le patient, et donc c'est pour ça que... ouais... moi je différencie pas... j'ai du mal à différencier. Enfin j'veux dire quand j'suis seul c'est normal que je suis que médecin mais quand j'ai l'interne avec moi, je peux être à la fois... enfin je suis... les deux... tout au long de la consulte, sans vraiment faire le distinguo et j'sais pas si le patient perçoit le formateur... la différence... enfin, il va le percevoir quand on va avoir un dialogue avec le... avec l'interne. Là il se rend compte que je suis dans la phase formateur mais derrière on peut... je peux r'avoir un commentaire sur lui, donc du coup pour lui c'est le même rôle, il s'rend pas compte quoi... il pense plutôt médecin et formateur quoi, plutôt que médecin ou formateur, fin voilà, il fait pas non plus le distinguo entre mon rôle de... et moi non plus... j'ai eu un peu du mal à comprendre votre...

P : Ben là où moi je l'ai plus c'est que, honnêtement chez moi, ils font quand même, je dirais, les deux-tiers du temps en indirect. C'est vraiment... alors, ça c'est mon objectif... J'arrive à l'atteindre à partir du moment où il se sent capable de le faire, et y a toujours un dialogue ou une discussion sur : « est-ce que tu te sens capable de le faire ? Est-ce que tu as envie de le faire ? » et du coup on teste deux-trois fois avec des consultes unitaires où j'lui laisse la main et le but c'est quand même que lui... et on les sent quand même très vite avoir envie de faire une consulte seul. Et c'qui pour moi ne pose pas d problème. Même si... alors j'irais pas... j'ai pas... confiance, mais même si quelque part je m'dis : « oh il va p't'être pas forcément y arriver, il a toujours la possibilité de m'appeler si il a un problème ». D'accord ? Et après on a toujours le débriefing où on recontrôle... si vraiment on a oublié quelque chose hein... Alors il m'est arrivé dans une consulte, c'était une suspicion de prostatite, euh... elle avait tout fait, le PSA, la prise de sang... elle a oublié de faire l'échographie d'la prostate... On a rappelé le patient, on lui a dit qu'on a préparé l'ordonnance, y a pas eu de souci. Voilà. C'était une chose qu'on a constaté au débriefing, voilà : « tiens t'as fait l'écho ? », « ah bah non, j'y ai pas pensé ». Voilà. Ça c'est l'genre de choses où après on rappelle le patient, on rectifie le tir, et ça n'a pas choqué outre-mesure. J'lui ai dit : « écoutez, voilà... » enfin c'est elle qui a d'ailleurs..., ce n'est pas moi qui appelle, je la laisse appeler dans ces cas-là quoi et elle explique en disant : « écoutez on a revu votre dossier ensemble, on s'est rendu compte que... voilà... on n'avait pas fait l'échographie de la prostate », même si c'était pas forcément le premier examen, mais... c'est vrai que j'essaie toujours d'avoir... Le problème c'est que nous on a une durée pour obtenir les examens. Donc là, le dernier patient que j'ai vu il avait une espèce de douleur de la fosse iliaque, euh, je l'ai vu vendredi, il a fait sa prise de sang le samedi, enfin non le vendredi après-midi et problème c'est que l'échographie bah il l'a que samedi prochain... D'accord ? Et donc du coup, si on lui donne le bon pour l'échographie tard, nous ça nous décale encore plus... Alors le fait qu'il l'a tellement loin c'est aussi lui pour des raisons professionnelles parce que ça l'arrange de le faire le samedi et j'pense qu'il

avait pas la possibilité de le faire avant quoi... Mais, euh, voilà... Du coup, moi dans l'absolue j'aurais préféré avoir l'examen avant... il l'a pas fait... mais bon la prise de sang était rassurante... donc voilà... Et donc c'est pour ça aussi que j'aime bien leur donner tous les examens, tout d'suite, pour que... comme ça ils ont le temps de planifier un peu leur demande. Y a toujours ces délais chez nous pour... pour obtenir comme ça les examens, en sachant que... bah vendredi après-midi vous arrivez plus à téléphoner aux radiologues, samedi ils bossent pas, donc du coup, à partir de lundi, le temps qu'ils téléphonent, le temps qu'ils l'ont, forcément ça sera pas avant mercredi, donc probablement moi le résultats pas avant jeudi quoi... Donc c'est c'genre de choses... c'est pour ça que moi j'ai l'habitude de leur donner tous les examens. Dans l'absolue on aurait pu attendre d'avoir le résultat de l'ECBU, du PSA, d'la prise de sang et en fonction faire le bon pour lui donner, si j'avais eu la possibilité de savoir que mon échographie je l'ai le lendemain matin... ça aurait pas posé un problème outre-mesure, mais chez nous les délais sont quand même un p'tit peu plus longs à ce niveau-là...

E : Est-ce que vous avez un autre exemple de situation ou justement vous étiez en consultation avec l'interne et vous avez senti que l'interne partait sur quelque chose mais qu'il manquait quelque chose... ? Par exemple, toujours dans ce cadre de la prostatite, s'il manque une ordonnance, s'il manque quelque chose, comment aiguiller l'interne pour lui dire... ?

P : Ah bah ça c'est des fois difficile parce que j'suis des fois directif...

Rires

P : Ouais... Ouais... Alors c'est souvent plus : « tiens, est-ce que tu n'penses pas qu'il faudrait... ? » mais on en parle forcément. Le problème c'est que... il a conclu quasiment sa consulte, euh... après c'est des fois délicat de dire : « tiens... ». Et puis bon il a pris la main, il a pris l'dessus, moi j'y pense « tiens il faudrait quand même qu'il fasse ça... » ... Alors c'est... ouais... j'pense que c'est à mon niveau qu'il faut que je travaille ce genre de choses pour qu'il puisse...

E : Vous avez un exemple de situation justement ?

P : Bon, pas précis mais c'est vrai que ça arrive souvent... enfin, ça arrive. Voilà. Mon... Une prescription, j'sais pas un diabétique : « ah bah tiens euh... penser à la prescription tous les trois mois des hémoglobines glyquées... euh... même moi tant que j'ai pas regardé le précédent je sais pas quand est-ce qu'il a fait sa dernière prise de sang, donc du coup c'est quelque chose que j'refais, moi, systématiquement après l'examen clinique, je vais vite contrôler la biologie, voir de quand date la dernière. Ça c'est des habitudes, des réflexes que moi j'ai. Donc du coup forcément j'suis obligé de lui dire parce qu'il y pense pas forcément l'interne... Donc après, à force... mais bon, moi j'ai mis aussi du temps à le faire dans ma pratique et même là encore maintenant il m'arrive d'oublier ce genre de choses. Donc c'est bien pour ça que... il m'faut des pense-bêtes. Alors lui, je lui les donne aussi hein...

E : Plutôt directement au moment de la consultation ?

P : Plutôt directement oui. Alors après ça serait l'truc de dire : « tiens, pense à contrôler systématiquement les dernières prises de sang pour vérifier si on est dans les trois mois où il faudrait pas renouveler une prise de sang... ». Vous voyez ça pourrait être fait... Ça lui permettrait lui peut-être d'y penser plus souvent que moi.

Rires

E : On va repartir sur une question un peu plus générale, quels sont selon vous les avantages et les inconvénients d'une consultation à trois ?

P : Alors... Dans une consultation à deux où... Qui prend la main ? En fait... si moi je décide d'être le médecin, d'accord ? donc mon but c'est de lui montrer comment je fais. Alors là, ça va être de lui expliquer tout le déroulement de c'que j'fais, tant dans mon interrogatoire, dans mon examen clinique, dans mon... C'est de lui montrer ma façon de procéder. Ça c'est c'qu'on fait dans les deux-trois premiers jours hein. Donc là je suis quand même plutôt moi directif, en lui montrant ma façon de faire, euh... voilà... sans que je lui laisse pour l'instant le temps de procéder, lui, à son examen clinique.

E : D'accord. C'est de l'observation ?

P : C'est de l'observation de sa part de voir ma façon de faire. Ensuite on a la façon où, lui, je lui donne la main et je suis à côté en observateur. Et donc là, une fois qu'il a vu ma façon de faire, il procède selon le mode qui lui convient à lui, peu importe, et moi derrière j'observe c'qu'il fait et je contrôle si lui a réussi à arriver à son diagnostic avec tous les éléments d'interrogatoire, d'examen clinique et donc on observe ensemble et on vérifie et on va là... dans son diagnostic... on fait donc cette espèce d'échange à deux, on s'prend un peu l'temps de voir... C'est lui qui me fait le listing de son interrogatoire, de c'qu'il a trouvé comme examen, c'qu'il pense comme étiologie ou comme diagnostic différentiel et puis bah... le dernier diagnostic sur lequel il arrive quoi...

E : Donc si on devait classer ça en avantage, ça serait plutôt... ?

P : Ben disons que pour lui... alors... ah oui, avantage et inconvénient ?? Alors... bah... si vous voulez moi je suis en observ... Ouais... Vous voulez avantage, inconvénient ?

Rires

P : Alors... Euh... Ouais on va revenir sur votre question... Redites moi...

E : Si on devait citer les avantages et les inconvénients de la consultation à trois...

P : D'accord... comme ça... donc euh...

Silence

P : On va... Ouais, parce que là on est de nouveau reparti sur la description de c'que j'faisais... Alors... Euh...

Silence

P : Alors, l'inconvénient, c'est toujours un p'tit peu, de trop donner de directives à l'interne... d'accord ? pour que... enfin, sans l'orienter correctement dans... dans sa façon... enfin, ne pas être trop directif dans les éléments que je vais lui donner pour essayer de le faire réfléchir à ce qu'il a omis ou c'qu'il n'a pas pensé à effectuer, pour qu'il s'en souvienne et pour que il apprenne par la suite à le faire de façon seule, d'accord ? Alors, c'est toujours un p'tit peu vis

à vis du patient, difficile, puisque, moi je suis là en train de m'occuper du patient, enfin de l'interne, et plus en train de m'occuper du patient. Donc c'est là où j'ai dit : « bon, je prends un moment » pour que lui ne se sente pas trop exclu quand même, et donc il faut quand même que ce soit quelque chose qui soit relativement rapide, donc on a pas forcément le temps d'arriver à tout lui dire et à tout expliciter. C'est qui peut faire en fait... On refait derrière un débrief quand même et donc dans le débrief, là on va peut-être en reparler et de façon plus directe. Alors ça c'est l'avantage qu'on a c'est qu'on peut, dans le temps, avoir un deuxième temps de débrief où on va reprendre un certain nombre d'éléments de ça... Ça c'est à la fois un avantage et un inconvénient. Mais c'est vrai que face au patient on peut pas non plus s'étaler pendant cent-sept ans... et pour... lui... voilà... et puis faut pas qu'il ait l'impression non plus que... voilà, on est en train de se disputer ou que je suis en train de le... de le sermonner... ou de lui donner trop de directives quoi...

E : Donc c'est vraiment le problème du temps... ?

P : Ouais. Plus le temps et puis la façon de procéder aussi... voilà... pour qu'il ait pas trop l'impression que...

E : D'accord...

Silence

E : Et des avantages ?

P : Alors, l'avantage c'est qu'on peut avoir l'autre cas où je tombe sur un cas que moi je n'connais pas et où c'est l'interne qui me donne une information que je ne connais pas. Et si vous voulez, moi, dans ma pratique, c'est aussi de vérifier que finalement c'est que on vous enseigne encore actuellement et ben par rapport à c'est que moi j'avais appris à l'époque et ben c'est toujours encore d'actualité et ça permet encore d'effectuer en fait des mises-à jour aussi à mon niveau. On a eu comme ça des cas... un interne, je lui ai demandé de me refaire toute une... de re-classifier tous les médicaments pour le diabète. Et c'est l'époque où sont arrivées les nouvelles molécules, les... que moi j'avais un peu du mal à situer, et du coup il a fait un super topo là-dessus et on a, on a refait ensemble... et du coup j'me suis bien remis à jour aussi. Donc du coup, pour moi, c'est aussi formateur hein. Il m'arrive aussi que dans de la biologie je redécouvre des choses que moi je ne connaissais pas à l'époque, le pro-BNP, le BNP... Moi je découvre ça en cours de route... J'ai jamais eu une formation là-dessus, en sachant à quoi ça sert. Après, on sait à quoi ça sert puisque on a ces dosages-là mais bon après c'est pas forcément des réflexes que nous on a d'emblée hein. Donc, moi j'ai aussi, j'apprends aussi des choses de l'interne aussi...

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 3^{ème} entretien

Présentation de l'étude.

E : Pour commencer je voudrais savoir comment t'es venue l'envie de devenir Maître de Stage Universitaire ?

P : Quand j'étais interne. J'ai trouvé qu'c'était, euh ... vraiment super et formateur et indispensable pour le futur médecin généraliste d'être formé auprès du généraliste et j'trouvais que c'qu'on m'a donné de façon vraiment formidable j'trouve et ben j'voulais l'rendre aussi. Et j'trouve presque que c'est un devoir de l'faire parce que finalement on est responsable aussi d'la formation des futurs médecins donc euh ... voilà... C'est vraiment parce que j'avais très bien vécu mes stages et j'avais envie de faire pareil.

E : D'accord. Ça fait combien de temps que tu es installée en tant que médecin généraliste ?

P : Ça fait depuis octobre 2016. Tu feras l'calcul.

E : Octobre... Et que tu es Maître de Stage Universitaire ?

P : Euh... Novembre 2017.

E : Novembre 2017... Est-ce que tu pourrais m'raconter la dernière consultation que tu as eu avec l'interne ?

Silence

P : La dernière ? Où l'interne était en supervision directe ?

E : Oui.

P : Toute la consulte alors ou juste avec l'interne ?

E : Avec l'interne.

P : Avec l'interne. Euh... Alors, donc le patient est arrivé. C'est un patient que je suis régulièrement pour un... un traitement à la méthadone. Les patients savent qu'il y a souvent des internes. Mon prédécesseur, avant, il avait des internes. Donc j'ai dit au patient que j'laissais l'interne faire la consulte, que j'restais à côté si y'avait un problème. Pour une fois le patient s'est assez facilement adressé à l'interne. C'qui était assez sympa. L'interne était tout content. Euh... L'interne a eu... (*j'vais dire l'interne parce que j'voudrais pas qu'il soit cité personnellement*) a eu un peu d'mal parce que l'patient était en retard sur son traitement, sur le... un traitement qu'il renouvelait tous les vingt-huit jours. Euh... Et j'suis volontairement pas intervenue, pour voir c'qu'il allait faire. D'abord j'ai vu qu'il était embêté mais il n'a rien

fait et j'ai toujours rien fait. Il y a eu un p'tit flottement dans la consulte et puis au final il a demandé au patient pourquoi il était en retard. Alors c'était pas très compliqué parce qu'en fait c'est un patient qui est en train de diminuer ses doses en vue d'arrêter l'traitement mais il l'avait pas forcément dit et l'interne n'avait pas forcément r'gardé c'qui avait été dit la consulte d'avant, euh... Voilà. Du coup euh... le patient en fait a expliqué à l'interne comment s'passe une diminution de traitement méthadone et c'était très juste c'qu'il a dit donc c'était très bien et au final voilà, l'interne lui a re-prescrit son traitement en notant dans l'dossier que la prochaine baisse de poso se f'rait quand l'patient se sentirait bien et que lui aurait décidé que ce serait l'moment quoi. C'qui à mon sens est une bonne réponse.

E : D'accord. Et pendant ce moment de flottement, est-ce qu'il y a eu une communication entre l'interne et toi ? Un regard échangé ? Est-ce que tu as ressenti une détresse ?

P : Non pas détresse parce qu'il était en fin d'stage. Il n'était pas en détresse. Il savait que j'attendais de lui que... Je pense qu'il savait que j'attendais de lui qu'il continue et qu'il cherche plus loin. Non, y a... Moi j'le regardais avec un regard plein d'intensité, mais lui ne m'a pas r'gardé. J'pense qu'il savait quoi faire. Il a globalement farfouillé dans l'dossier et après il a posé lui-même la question. Mais parce qu'on était le dernier jour aussi du..., de son premier mois, donc il avait quand même d'jà un peu de recul.

E : D'accord.

P : Voilà.

E : Est-ce qu'il y a une consultation qui t'a particulièrement marquée un jour avec un interne ?

P : Alors dans quel sens ? Ouais parce qu'elles m'ont toutes marquée...

E : Une consultation qui te reviendrait, pas forcément dans le sens négatif, ça peut être aussi très positif... un échange... ou bien justement une consultation pendant laquelle tu n'étais pas d'accord avec l'interne ... ?

P : Là où on n'était pas d'accord ? Oui, alors c'est pas forcément sensationnel mais enfin j'avais trouvé ça assez intéressant. Y a eu une jeune femme qui est un peu, très très angoissée et qui appelle tous les jours au cabinet et qui vient très régulièrement en consultation pour trois fois rien et qui était v'nue pour... elle voulait une prise de sang parce qu'elle est tout l'temps malade, elle est fatiguée... Et là c'était moi qui faisais. Alors l'interne était en observation active et il a été vraiment actif parce que j'aime bien interroger les internes sur le... c'que c'est un bilan d'fatigue, un bilan « check up » et j'l'ai un p'tit peu fait réfléchir à ça et du coup, euh..., j'avais prescrit une num, ferritine, tsh et la glycémie et l'sucre et là en fin d'consulte l'interne me fait remarquer que la glycémie et l'sucre n'avaient certainement aucun intérêt et je pense qu'il avait totalement raison. Un bilan à vingt-quatre ans sans antécédent de diabète, une jeune fille fine avec un IMC à presque dix-huit, dix-neuf euh... effectivement c'était stupide et j'ai trouvé ça vachement intéressant parce que j'me suis dit avoir des internes c'était un bon moyen de ne pas s'encrouter dans des petites habitudes et j'l'ai vraiment félicité pour sa remarque que j'trouvais assez pertinente. En revanche lui il était assez gêné d'l'avoir faite et j'lui ai dit que non il pouvait au contraire faire. C'tait bien de faire ce genre de remarques quoi.

E : Comment ça s'est passé au cours de la consultation ?

P : Il l'a dit après. Quand la dame était partie. Après chaque consulte on s'prend trente secondes, une minute juste pour débrief. On fait ça après chaque consulte. Moi je préfère, que le débrief de fin de journée...

E : Et du coup tu avais quand même prescrit une glycémie ?

P : j'l'avais quand même prescrit ouais. Ça f'ra une glycémie de trop mais c'est pas grave...

E : Et maintenant quand tu dois faire un bilan de fatigue, tu repenses à cette consultation avec l'interne ?

P : Ouais j'y repense quand j'prescris surtout l'sucre et le cholestérol quoi. Euh... J'crois que j'ai dit sucre et glycémie...

E : Oui.

Sourire

P : Glycémie et cholestérol. Ouais j'y repense et j'crois que l'autre fois j'l'ai pas fait justement en m'disant qu'il n'y avait pas d'raisons de faire le sucre et le cholestérol.

E : Est-ce qu'il y a une consultation où justement ça ne s'est pas très bien passé avec l'interne ? Où tu n'étais pas forcément d'accord avec sa prise en charge et où ça a pu être compliqué ?

P : Alors c'était pas qu'on était pas d'accord, c'était sa toute première en supervision directe, alors forcément c'tait un peu dur pour lui. Il est tombé sur un patient qui n'était pas forcément facile parce qu'il consulte régulièrement mais vu qu'il n'a pas forcément repris tout d'suite l'antécédent et qu'il ne l'avait pas en tête, c'qui est normal, il ne le savait pas, mais le patient consulte régulièrement pour des gastro/troubles digestifs et moi j'me pose la question si y a pas autre chose derrière. J'envisageais de demander un bilan gastro mais tout ça l'interne ne le savait pas. Et du coup il est tombé sur un type qui avait potentiellement juste une gastro, déjà auto-traitée par ce qu'il avait à la maison, donc forcément c'que j'lui prescrivis, donc Tiorfan et Spasfon et rien d'autre et du coup l'interne a rajouté du Lopéramide et ça j'étais pas forcément d'accord parce que y avait en plus un p'tit peu de fièvre donc j'aimais pas trop et j'lui ai... avant qu'il fasse son ordo... au moment qu'il était en train d'la faire, j'lui ai dit : « d'accord tu vas prescrire Lopéramide. Moi j'aurais pas forcément mis ça. Qu'est-ce que tu en penses ? » ... Il en pensait pas grand-chose. J'lui ai demandé qu'est-ce qu'il en savait. Du coup il me disait... oui le mécanisme d'action il le connaissait, que ça bloquait plutôt le transit et du coup il a compris tout d'suite la réticence que j'avais. Il a compris que c'était à cause de la fièvre et au final on l'a pas prescrit. Et après moi j'avais envie de faire une coproculture parce que c'était une gastro qui évoluait d'une durée anormale je crois que c'était déjà quatre ou cinq jours. L'interne l'aurait pas forcément fait et euh... on a fini par conclure que si on prenait deux cent cinquante médecins généralistes il y aurait certainement une bonne partie qui l'aurait pas fait et que c'était pas forcément faux de pas l'avoir fait non plus quoi.

E : Et ça c'était au cours de la consultation ?

P : Non non, ça c'était après, dans la fameuse p'tite minute qu'on s'prend juste pour mettre les choses... Euh oui, l'histoire sur le Lopéramide c'était... non cette fois-là tout était pendant la consulte, parce que devant ce patient-là je pouvais m'le permettre.

E : D'accord... Et le patient a réagi comment à ce moment-là ?

P : Ni mal ni bien. Vu qu'j'étais à côté j'pense qu'il avait l'impression que finalement c'était quand même moi qui commandais et du coup il était assez rassuré. Il n'avait pas l'air traumatisé en tout cas.

E : D'accord...

Silence

E : Donc tu es Maître de Stage depuis novembre 2017, donc ça ne fait pas encore un an. Donc tu as eu deux internes ?

P : Ouais.

E : Est-ce qu'en fonction de la personnalité de l'interne tu as l'impression que les consultations se passent différemment ?

P : J'ai plus de... Non... J'ai plus de mal à laisser l'interne que j'ai en ce moment en supervision directe parce qu'il est moins fluent au niveau verbal et il est pas forcément moins compétent mais il a moins le... le... Il est moins logorrhéique que moi. Donc j'vais p't'être avoir une tendance à le laisser moins facilement en supervision directe mais dans la consulte, non ça s'passe bien. Ça s'passe pareil..., pour le moment ça s'est passé pareil mais peut-être parce que j'en avais pas assez, je sais pas...

E : D'accord... Là il a fait déjà un mois ?

P : Un mois. Et il est chez l'autre Maître de Stage du coup en juin.

E : D'accord. Et comment ça se passait globalement les consultations avec lui, en supervision directe ? Chacun avait sa place dans la consultation ?

P : Alors c'est justement pour ça que j'me suis inscrite à la formation fin de la semaine-là, parce que je trouvais que c'était pas toujours terrible. Le problème c'est que les patients, souvent, viennent et s'adressent directement à moi. Alors que j'laisse le fauteuil-là à l'interne et moi j'me mets sur le p'tit tabouret qui est là et je dis aux patients : « voilà j'vais laisser mon collègue faire la consultation ». Mais malgré le fait que j'dise ça, ils tendent la carte vitale à l'interne et s'adressent à moi. Donc c'est un peu compliqué... Alors j'ai essayé, là, sur le dernier mois, de mettre en place des stratégies. Donc même quand ils s'adressent à moi, je reformule les choses à l'interne pour que le patient comprenne que c'est l'interne qui va faire. Si ça ne marche pas, je pose directement la question à l'interne : « voilà tu as tel tableau, tel machin, tel symptôme, quelle question tu poserais maintenant ? », pour qu'il soit amené à reprenne l'interrogatoire. Si ça ne marche pas, euh... j'laisse tomber et ensuite c'est au moment de l'examen que j'dirais à l'interne : « ben écoute tu viens examiner avec moi ». Et

vraiment si ça n'a pas marché j'dis à l'interne : « qu'est-ce que tu conclurais ? » et finalement il finit quand même par toujours un peu participer à la consulte même si c'est encore très dirigé contrairement à ce j'voudrais quoi... Là où ça marche, c'est quand c'est des nouveaux patients qui ne me connaissent pas, j'dis que j'suis avec un jeune médecin en formation et que c'est lui qui fait la consulte et généralement ils me parlent pas du tout. Ils parlent à l'autre médecin comme si c'était un remplaçant où j'sais pas trop c'qu'ils pensent mais enfin ça s'passe beaucoup mieux que avec les gens qui me connaissent quoi.

E : Donc c'est le patient qui parle à l'interne qui fait la consultation ?

P : Là il fait quasiment tout, tout seul et j'essaie volontairement du coup quand c'est des nouveaux, de pas du tout intervenir, euh... voilà.

E : D'accord. Est-ce que le fait que tu sois un jeune médecin ça a selon toi des avantages ou des inconvénients dans la formation des internes ?

P : Ça a sûrement des inconvénients mais j'dois pas m'en rendre compte mais forcément ça en a... Enfin peut-être...

Silence

P : L'avantage, du coup on est assez proches. Alors bon... avantage ou inconvénient... A définir... Mais je sais pas si c'est avantage ou inconvénient, mais en tout cas on est assez proches, on s'tutoie assez facilement. Moi j'me rappelle encore beaucoup de c'qu'était l'internat et de c'qu'a été ma formation et je connais les hospitaliers auxquels ils font appel, c'qui est pas forcément le cas de moi quand j'étais en stage. Là leurs chefs actuels, c'était mes internes à moi quand j'étais externes donc forcément ça c'est assez agréable. Je vois de qui ils parlent. Est-ce que c'est embêtant ? j'mettais posé la question de si on n'était pas devenu trop proches...

E : Pourquoi trop proches ?

P : Parce que j'ai eu 2 internes hyper sympas et... et le courant a passé avec les 2 même s'ils étaient très différents. Mais... Je... En même temps... Je sais pas si ça a perturbé pour autant leurs apprentissages. Je n'pense pas.

E : Tu n'as pas ressenti de différence dans la consultation ?

P : Dans la consultation non. Non après j'ai essayé les... Tout c'que j'voulais leur transmettre, en termes de points particuliers à aborder que souvent j'fais un p'tit topo en dehors des consultes. On l'a fait avec les deux. Euh... Non. Sûrement que ça a des inconvénients mais j'dois pas m'en rendre compte.

E : D'accord... Alors justement pour en revenir un petit peu avec ta crainte que vous soyez devenus trop proches... C'est par rapport à quoi ? Par rapport à la formation ou... au débriefing ou... autre... ?

P : Comment dire... J'ai un peu échoué là j'avoue. J'avais un interne qui était d'la nouvelle réforme donc je voulais le guider un peu... enfin pas l'guider mais l'inviter assez fortement à faire des... les travaux universitaires qu'il doit faire et j'pense que de base c'est quelqu'un qui

s'en fou un peu des travaux universitaires et il n'a pas compris qu'pour moi c'était vraiment une demande, une prescription pédagogique comme on appelle ça et il l'a pas fait quoi... Et... J'ai ré-insisté mais il l'a toujours pas fait. Alors... Après j'suis pas son tuteur mais je m'disais : « est-ce qu'il a pas compris que c'était vraiment un... Enfin pas un ordre mais un devoir... ? ». Donc j'attends si c'est fait pour le second sem... Le mois prochain. Normalement je pense que ce s'ra fait mais...

E : Parce qu'initialement il y avait une deadline ?

P : Nan y'avait pas de deadline. C'était à faire. Il devait d'abord faire des feuilles de soins, c'est à dire s'habituer à quoter les... Pour ça il l'a fait au bout d'un mois. Mais il l'a fait. Le RSCA c'est lui qui a choisi le sujet. Il est v'nu en m'disant : « j'veux faire le RSCA sur le patient qu'on a vu hier ». Sauf que c'est resté à ça... J'lui ai dit : « ben vas-y fais-le maintenant que t'es imprégné de la consulte ». Ça n'a pas avancé... Et j'lui ai donné des articles à lire mais là il n'a pas eu encore assez d'temps pour les lire. J'pense qu'il les lira pour le mois prochain.

E : D'accord. Vous gardez contact le mois où il est ailleurs ?

P : Alors souvent moi j'garde contact. J'avais fait avec les deux. Assez long... Enfin pas assez longtemps mais quand j'reçois des comptes rendus de spé ou des résultats bio de trucs qu'ils ont fait, prescrit ou vu avec moi, étaient intéressant. Pas tout mais c'qui était vraiment intéressant, j'leur envoie par mail pour qu'ils aient un p'tit peu la suite et qu'ils voient... Enfin, voilà, qu'ça ait du sens. Par exemple là on a vu un patient, on ne savait pas si c'était une épicondylite ou une névralgie cervico-brachiale, bref, et... et là j'attends le compte-rendu de l'EMG mais au final quand je saurai je lui enverrai pour que ça ait un peu du sens quoi et qu'ce soit pas juste comme à l'hôpital un truc fait et qu'on n'ait plus jamais de nouvelles quoi.

E : Donc là actuellement tu as un seul interne par semestre ?

P : Ouais.

E : Est-ce que tu ressens une différence dans ton planning le mois où tu as l'interne, et si oui laquelle ?

P : Oui. Quand l'interne est là, clairement je suis beaucoup plus fatiguée, parce que ça prend beaucoup de temps et d'énergie et de concentration. La concentration est vraiment pas la même. Donc j'suis quand même plus fatiguée les mois où il est là... Et j'ai vraiment une grande pause dans le planning entre midi et seize, et quand j'ai l'interne j'arrive à peine à prendre ma pause alors je sais pas pourquoi... Bon, on termine la consultation plus tard, on fait des topos, les visites sont plus longues, enfin tout prend quand même plus de temps que quand j'suis seule. Là ce matin je m'disais que c'était très agréable quand même en fait quand j'pouvais aller à mon rythme mais c'est surtout ça en fait... c'est le planning des visites qui est aussi perturbé parce que quand j'l'ai pas je pars de chez moi et j'fais mes p'tites visites alors que là j'suis obligée d'le ramener au cabinet parce qu'on ne mange pas ensemble et oui ça chamboule un peu l'organisation quand même. Et je n'arrive pas à faire les papiers le mois où il y a l'interne. Donc quand il y a l'interne, il y a un mois de retard dans tous les papiers, absolument tous. Parce que globalement je le fais entre midi et deux mais quand il y a l'interne j'ai pas le temps d'le faire entre midi et deux, j'y arrive pas ...

E : Et le soir quand l'interne est là tu finis plus tard ?

P : Quand l'interne finit le soir, j'finis aussi et j'rentre.

E : Et au niveau de ton temps de travail quand l'interne est là, c'est plus rallongé en fin de journée ?

P : Nan, on ne termine pas forcément beaucoup plus tard parce que quand j'vois que ça commence à trainer, j'reprends la consulte. On repasse en consultation active en fin d' journée pour un peu aller plus vite et l'interne n'a pas forcément envie de sortir à vingt et une heure non plus donc... Le soir on ne termine pas forcément plus tard mais c'est plutôt la pause de midi qui est plus courte quoi.

E : D'accord. Et quand tu reprends la consultation de façon active comment cela se passe justement ? L'interne intervient quand même au cours de la consultation ?

P : Ouais j'essaie vraiment vraiment qu'ce soit très très actif. Euh... On échange juste de place en fait mais après j'lui pose les mêmes questions : « qu'est-ce que t'aurais dit ? qu'est-ce que t'aurais demandé ? qu'est-ce que t'aurais fait ? qu'est-ce que tu prescrirais ? ». Enfin, j'essaie que ce soit pas un stage « pot d' fleurs ».

E : Et dans ce cas-là, il te répond à toi ou il répond au patient ?

P : Nan il me répond à moi mais euh... oui... j'essaie comme toujours de veiller aussi à c' que le patient soit pas exclu quoi ou même j'dis au patient : « là on parle de choses très très sérieuses mais on va vous réexpliquer après », si on est en train de discuter d'un truc précis.

E : D'accord... Donc il arrive quand même que vous fassiez des topos pour trouver une orientation diagnostique ou thérapeutique avec le patient en face ?

P : Ouais... Mais j'essaie de les limiter parce que les gens... j'ai toujours peur qu'ils retiennent que... que l'hésitation ou la... des mots qu'ils vont retaper sur Google. Donc j'essaie de limiter un peu et on débrief plutôt après... Ouais mais aussi un peu en consulte.

E : Et au moment de l'examen clinique, comment ça se passe quand vous êtes tous les deux ? Est-ce que vous examinez ensemble ?

P : Alors, en début de stage j'examine et l'interne examine après. Enfin, les deux, on examine. C'est pas qu'j'veux l'vérifier mais je contrôle qu'il sache faire tout, même la prise de tension, enfin voilà. Et quand j'sais que... Quand j'vois qu'les oreilles, il me dit : « c'est bon », c'est bon et quand il me dit : « c'est pas bon », c'est pas bon. Après j'le laisse... En fin de stage j'peux l'laisser complètement faire. J'ai tendance à pas laisser complètement faire pour les enfants par crainte que les... même si j'fais totalement confiance à l'interne j'revérifie juste pour rassurer les parents en fait. Mais... en fin de stage ils peuvent examiner tous seuls.

E : Parce qu'en fin de stage ils sont..., tu es encore présente au moment de la consultation ?

P : En fait techniquement j'ai pas encore déménagé du coup là j'ai pas d'bureau. Si j'veux les laisser seuls faut qu'j'aille en salle d'attente. Alors j'le fait parfois. Mais j'les laisse faire

ouais une dizaine de consultations sur la fin du stage, tous seuls, et sinon j'suis là. C'est un p'tit peu un handicap pour le moment pour eux mais...

E : Parce que quand tu es en salle d'attente les patients réagissent comment ?

P : Ils me demandent c'que j'fais là mais on rigole. J'dis que j'me repose, qu'j'ai un autre médecin qui travaille. Mais c'est un p'tit peu bizarre.

Rires

E : Et une situation où tu as été en désaccord avec le patient ?

P : Avec le patient ?

E : Euh non avec l'interne. Tu aurais un autre exemple ? Au cours de la prise en charge, par exemple, l'interne fait la consultation, le patient discute avec l'interne et puis tu te rends compte que tu n'aurais pas forcément fait ça. Comment est-ce que tu vas amener les choses pour en discuter avec l'interne ?

P : C'est un patient qui a un cancer de la prostate mais qui est en rémission là, mais toute récente. Là il vient de terminer sa chimio. L'oncologue dit que c'est en rémission... Il venait pour une douleur thoracique mais totalement atypique, enfin pas du tout inquiétante, vraiment pas. Alors c'est pas vraiment un désaccord, c'est plutôt une question de point de vue différent et l'interne était quasiment en supervision directe totale, il faisait tout seul et donc lui il préconisait pas de consultation cardio et en fait il avait raison sur la question précise des plaintes du patient sauf que qu'il avait pas forcément vu qu'il y avait une cardiopathie hypertensive qui avait pas été réévaluée depuis plus d' cinq ans, chez un patient cardiaque. Et donc du coup pour moi c'était une très belle occasion de demander une consultation cardio et le patient en plus était très demandeur : « est-ce qu'il faut pas retourner chez le cardiologue ? ». Du coup une fois que l'interne avait dit non, j'ai fait : « bon tu le vois comme ça, effectivement c'est possible maintenant vu qu'il y a eu une chimio, vu qu'il y a eu ci, vu qu'il y a eu ça, on peut quand même proposer une consultation cardio de réévaluation ». Le patient était assez content et quand il est ressorti j'ai expliqué à l'interne, voilà, qu'il y avait aussi un antécédent qu'il avait pas forcément vu et que ça n'aurait pas été une faute de pas l'demander à cause des symptômes du patient mais qu'c'était bien de prendre le contexte global en compte mais qu'c'est aussi dur pour lui vu qu'il le connaît pas forcément comme moi.

E : Et au moment de la consultation, tu penses qu'il l'a pris comment l'interne ? T'as senti quelque chose de particulier ?

P : Non. Il l'a bien pris. J'pense qu'il s'est dit que je faisais un peu dans l'excès aussi avant d'avoir la justification mais... nan, il est pas du genre à se vexer lui.

E : Et au moment du débriefing après il t'a dit ...

P : Il m'a dit je pensais bien qu'il y avait autre chose et du coup il m'a demandé après.

E : D'accord...

E : Quels seraient selon toi les inconvénients d'une consultation à trois ?

P : Les inconvénients ? Il peut y en avoir plusieurs ? Le patient peut se sentir vraiment mis à part si on n'y fait pas attention à la façon de communiquer entre nous, à le prendre en compte et en utilisant des termes hyper techniques ou en parlant de lui comme d'une maladie et pas comme d'un malade quoi, mais ça, ça dépend vraiment des deux médecins, de moi et d'l'interne.

E : Ça dépend de quoi ?

P : Ben des mots qu'on utilise quoi. On va pas dire : voilà euh... si on a une femme enceinte qui contracte on va pas dire c'est une MAP quoi, non « c'est Mme truc qui a des contractions et qui... ». Enfin, contrairement à c'qui est fait à l'hôpital par exemple ou si on a... Enfin... Voilà, donc les... c'est... Les mots qu'on va utiliser sont importants. On va pas dire son « néo », enfin on va essayer d'utiliser... On peut dire la même chose mais avec des mots plus doux et un peu adaptés au patient. Voilà.

E : C'est quelque chose qui se fait naturellement ? Là avec les deux internes que tu as eu il n'y a pas eu ce genre de soucis ?

P : Nan. Pour le coup nan. Mais ça peut arriver c'est vrai mais là j'ai pas eu le cas avec les deux. Euh... Qu'est-ce qui pourrait être problématique dans une consultation à trois ? Euh... Après j'ai pas eu l'cas où l'interne la ramène à fond sur un truc où j'suis pas d'accord. Peut-être que ça peut arriver... Après tu peux aussi avoir je pense le maître de stage qui la ramène à fond et qui n'intègre pas c'que dit l'interne, qui peut avoir des idées meilleures parfois. Un autre problème, oui j'pense c'est quand on n'est pas d'accord, faut trouver une façon de se dire... Si la vie du patient n'est pas mise en jeu dans l'immédiat, on peut toujours différer de 5 minutes quoi la discussion.

E : Pendant le débriefing ensuite ?

P : Oui voilà, pendant le débriefing plutôt que d'avant le patient quoi.

E : Et les avantages d'une consultation à trois ?

P : Franchement c'est d'avoir quelqu'un d'autre à côté qui a d'autres idées hein. C'est assez intéressant et puis vraiment ça pousse à ne pas renouveler une ordonnance mais à la réévaluer et à se réinterroger sur chaque traitement puisque chaque fois j'fais voilà il y a de l'antihypertenseur pour la tension, y a le Kardégic pour les problèmes coronariens, y a... j'sais pas l'IEC parce que y a une néphropathie... Enfin je n'en sais rien... Et du coup ça amène à s'dire : « ah tiens y a pas de statines, pourquoi ? » ou « y a un somnifère ». Ça ils adorent faire les internes : « pourquoi tu leur enlèves pas le somnifère ? ». Et on en a enlevé, sur des trucs comme ça. Donc c'est très bien, ça évite de rester planqué dans des attitudes...

E : Donc tu préfères que l'interne interagisse directement au moment de la consultation si il a une question ?

P : Oui, sauf si... Oui. Oui... Enfin, disons quand la question elle va pas... C'est sûr, si y en a un qui me dit : « et ça ne pourrait pas aussi être un cancer pulmonaire ? » alors qu'on est sur une bronchite, c'est un p'tit peu embêtant quand même. Mais si c'est des p'tites choses comme ça, oui ça va.

E : D'accord...

E : Est-ce qu'il y aurait un moment idéal selon toi pour faire le débriefing ?

P : Je sais pas... Actuellement j'le fais après chaque consulte. Ça a l'avantage que tout est frais, donc on n'oublie pas forcément... Y a certaines choses qu'on aurait oublié en fin de journée de débriefer. Et inversement j'en fais pas en fin de journée, du coup je trouve que c'est pas forcément terrible. J'suis en recherche d'idées sur le moment idéal, je sais pas ...

P : Mon problème c'est que j'peux pas faire de débrief le soir parce que le train part à dix-neuf heures trente-cinq, après y en plus et on finit généralement à trente, vingt-cinq, donc que ... Là actuellement il a une voiture, ça poserait pas de problèmes, mais la première n'avait pas d'voiture du coup si on faisait pas de débrief, on en faisait pas du tout... Alors le lendemain matin j'avais pas forcément trop envie de repartir c'qui avait été dit la veille mais... Mais à midi, ouais c'est une idée ouais.

E : Selon toi, quels sont tes qualités de Maître de Stage Universitaire ?

P : J'sais pas.

Le téléphone sonne

E : Quelles sont tes qualités selon toi de Maître de Stage ?

P : Alors... Je sais pas. L'enthousiasme pour le faire. Nan, mais c'est important..

P : Oui mais je pense effectivement : l'enthousiasme... Qu'est-ce que j'pourrai dire encore ? Des qualités...

Silence

P : J'sais pas, j'trouve que l'fait de faire de l'addicto et d'la pédiatrie ça peut être intéressant pour eux. P't'être un peu la variété de c'qu'on voit à la campagne aussi. On voit quand même des abcès, on fait d'la p'tite chir. On fait quand même pas mal de trucs. Voilà...

E : Et par rapport au fait que tu sois un jeune médecin, tu penses que c'est justement un « plus » ?

P : Ben j'pense pas que soit forcément un plus. Ça peut être... C'est, c'est... Par rapport à un... Non, non c'est pas forcément un plus. T'as d'autres Maîtres de Stage plus anciens, enfin... moi j'avais des anciens Maîtres de Stage... C'est génial. J'pense pas qu'un jeune ça aurait été plus ou moins... tu vois ?

E : Et tu penses pouvoir lui apporter quelque chose de différent comparé à un maitre de stage plus ancien ? Sur les choses pratiques par exemple.

P : Nan, j'pense qu'on peut faire la même chose entre les générations. C'est une question de personnalité. Mais la personnalité et... comment dire... valeur équivalente on f'ra pareil quoi. J'sais pas si tu vois c'que j'veux dire ?

E : Oui. Ma question porte plus pour la gestion de la vie personnelle.

P : Ben moi j'suis tombée sur des Maîtres de Stage qui m'ont aussi enseigné ça mais ils étaient un peu anciens mais... c'est pour ça que j'dis ça. J'pense que c'est une question de personnalité. Le médecin qui voudra travailler comme un fou, y a aussi des jeunes hein qui travaillent comme des tarés, qui font soixante consultations par jour et qui ne mangent pas à midi. Donc c'est pour ça que j'dirais que c'est pas forcément une question de générations mais oui moi j'essaie de leur enseigner la qualité de vie, le fait de manger, que c'est important. C'est peut-être plutôt par rapport à l'hôpital où... Souvent quand ils arrivent, ils me disent : « ah mais si on mange pas c'est pas grave ». J'fais : « nan mais si c'est grave. Si t'as l'cerveau avec une glycémie à zéro, ça marchera pas quoi ». Plutôt par rapport à l'hôpital que j'leur apprend à se préserver aussi, à s'reposer.

E : D'accord.

E : Est-ce que tu as des confrères avec qui tu peux discuter de l'interne que t'as eu en stage ? des situations complexes ou non ?

P : Liées à la présence de l'interne ?

E : Oui.

P : Bon y a le trinôme de stage, mais pour le moment j'ai pas eu forcément besoin de faire appel à eux. J'ai un autre collègue... ouais, mais on va pas forcément en discuter. Euh... En groupe de pairs... On est quelques-uns à avoir des internes maintenant dans l'groupe de pairs où j'suis...

E : Et donc vous en discutez ?

P : Ben disons qu'il y a eu un p'tit flottement dans l'groupe de pairs donc on n'a pas trop eu l'occasion mais on pourrait, oui, tout à fait.

E : D'accord.

Silence

E : Est-ce que tu as des attentes particulières par rapport à la maîtrise de stage ? Par rapport à la formation ? Des attentes ou des besoins particuliers ?

P : C'que j'aimerais c'est une sorte de... comment dire, pas de check liste mais de... de grille de choses à faire avec l'interne. Comment expliquer... qui... par exemple, moi j'ai une p'tite liste que j'ai faite pour moi parce que j'pense que ça c'est un important qu'un interne à la fin du stage niveau 1 il l'ait acquis mais ce s'rait bien si tous les maitres de stage avaient la même quoi. Par exemple sur ma liste j'ai : savoir quoter une feuille de soins, savoir prescrire un arrêt de travail/maladie pro. Enfin, tout c'truc paperasse. Lui avoir parlé d'la caisse retraite, de l'Urssaf. Qu'est-ce qu'il y a encore dedans ? Accueillir un patient toxico, enfin « usager des drogues ». Euh... qu'est-ce que j'ai dedans encore ? Les grandes bases de la gynéco, c'est à dire savoir un petit peu ce qu'il en est des pilules, oublis de pilules... Ah oui, lui avoir montré le sac d'urgence. Ça ce serait bien que ce soit un peu homogène entre les maitres de stage et

que ce soit pas juste moi ou... d'autres en ont d'autres... Ce serait bien que ce soit un peu... homogène... je trouve que ça serait pas mal.

P : Sans que ce soit trop théorique non plus. Pas un outil de quarante pages mais un outil de... c'qui tient sur une A4 quoi. Un truc utile en pratique, utilisable...

E : Mais pour le Maître de Stage ?

P : Pour le Maître de Stage . Enfin, à la rigueur à voir avec l'interne... « Est-ce qu'on a vu tous ces points ? Est-ce que je t'en ai parlé ? » Parce que là c'est le deuxième interne et je vois déjà que par exemple les traitements de substitution nicotiques, j'pensais lui en avoir parlé et c'était pas avec lui... Un truc où on coche juste pour vérifier que tout a été abordé, qu'il puisse passer en SASPAS. J'pense ça serait pas mal.

E : Et donc sur tes deux stages tu as pu déjà élaborer une ébauche ?

P : J'l'avais fait avant qu'ils arrivent et j'ai complété au fur et à mesure.

E : Et ce sont des choses que tu arrives à remplir alors au fur et à mesure ?

P : Ouais j'le fais ouais. Pour vérifier qu'on n'ait pas oublié un truc... Et on vérifie encore quinze jours avant la fin du stage s'il y a encore des points à voir et si oui, on les voit.

E : D'accord.

E : Et par rapport aux formations qui se déroulent ?

P : A la maîtrise de stage ?

E : Oui, à la maîtrise de stage . Est-ce que tu penses que les formations soient suffisantes ? Est-ce qu'il y a d'autres formations que tu voudrais avoir ? Est-ce que tu ne sais pas/ne connais pas tout ce qu'il y a de disponible ?

P : Nan c'est bien qu'il y en ait. J'aime bien les p'tits groupes de... On a des ateliers pratiques de réflexion, des jeux de rôles, ça c'est assez intéressant. Un peu moins de théorie peut-être et parfois on aimerait aussi avoir plus le retour des membres du CNGE qui encadrent. De leur propre... Parfois j'aimerais bien plus entendre un p'tit peu c'que les gens ont fait, même si ça reste de l'expérience individuelle, mais c'est quand même toujours intéressant. Ça, ça manque un peu j'trouve.

E : Parce que comment se passe une formation ?

P : Il y a d'abord généralement un petit topo sur un point et après on passe sur des p'tits ateliers de groupe et après il y a une restitution et finalement, je sais plus si c'est l'expert ou l'organisateur qui fait une synthèse. Mais finalement on n'a jamais forcément des retours des membres du CNGE et ça, ça serait assez sympa je trouve, plutôt que d'avoir que les retours des participants, avoir les retours de ceux qui encadrent les formations... Moi j'trouve ça chouette... Mais, à discuter quoi...

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 4^{ème} entretien

Présentation de l'étude

E : Pour commencer je voudrais savoir comment t'es venue l'envie de devenir Maître de Stage ?

P : Euh... Ben en fait j'étais... j'étais vraiment intéressé par les stages chez le praticien que j'ai fait et donc très rapidement j'ai voulu, une fois installé, devenir Maître de Stage pour justement avoir le même échange que j'avais eu à l'époque en tant qu'interne mais du côté installé.

E : D'accord. Et cela fait combien de temps que tu reçois des internes ?

P : Euh... ça va faire deux ans... Deux ans les internes et un an de plus les externes.

E : D'accord. Et tu t'es installé il y a combien de temps ?

P : Quatre ans.

E : Il y a quatre ans... Donc tu as très vite pris des étudiants ?

P : Oui.

E : Et tu ressens une différence entre les internes et les externes ?

P : Ça n'a rien à voir ouais ouais... J'ai plus d'externe là d'ailleurs, parce que... ben j'ai une interne de niveau un. Fin, interne de niveau un et SASPAS et déjà rien qu'ça c'est c'est... Ya déjà le planning qui est complet quoi. Euh, mais au-delà de ça c'est vrai qu'c'est une approche qui n'a rien à voir avec ... Fin en termes de pédagogie entre l'externe et une interne. L'externe est plus là pour la découverte et puis on va dire vraiment découvrir le monde de la médecine générale et l'interne c'est vraiment de la formation pratico-pratique...

E : Est-ce que tu as été formé avant de commencer justement la maîtrise de stage ?

P : Euh oui, j'avais dû faire la formation juste avant ouais...

E : Est-ce qu'avant de commencer la maîtrise de stage tu avais des attentes particulières dans cette fonction de Maître de Stage?

P : Ben c'qui... Alors j'avais pas forcément d'attente particulière avant d'aller en formation mais c'que j'ai découvert en formation c'est plus le côté supervision et le côté justement enseignement. Euh... parce que c'est vrai qu'on voit beaucoup le côté compagnonnage on va dire ... médecin-interne, mais euh... mais en fait, on découvre par la... enfin moi j'ai

découvert par la suite que c'était tout un travail finalement de pédagogie qui allait avec, pour faire progresser l'interne dans ... Enfin, au cours du stage. Et ça c'est probablement quelque chose que moi j'ai pas eu quand j'étais interne. Les maîtres de stage étaient très sympathiques et la relation était très bonne mais euh... mais en termes de supervision... voilà ça s'arrête à : « bah tiens tu connais pas c'médicament là, ben il s'appelle comme ça, il fait ça » et puis voilà... Mais ça n'allait pas beaucoup beaucoup plus loin...

E : D'accord... Et là en termes de supervision qu'est-ce que tu penses avoir appris justement dans ces formations ?

P : Bah déjà m' rendre compte du rôle du maître de stage, qui n'est pas que faire d'la médecine, qui est aussi un rôle de... ben j'dis enseignant mais c'est même pas l'bon terme parce que on est pas là pour enseigner aux internes... mais en tout cas de formateur et euh... et du coup... du coup aussi les outils qui vont avec... ben la suite, qu'ce soit en supervision directe ou en supervision indirecte... La grille de Calgary... euh... les p'tites choses qui permettent de débriefer c'qui vient d'être fait et d'avoir le côté réflexif qui permet d'avancer.

E : Est-ce que tu aurais à ce stade des besoins particuliers encore en formation ?

P : Non si c'n'est effectivement de... d'en faire régulièrement et de suivre toutes les évolutions... Fin Mme J. fait pas mal de pédagogie et on a encore eu des interventions sur la pédagogie, là, au dernier séminaire et c'est super intéressant parce que à chaque fois ça fait évoluer aussi un peu le regard qu'on a sur tout ça et ça incite à s'investir toujours plus dans l'côté enseignement et... et du coup de pas rester sur la pratique de médecin avec l'interne.

E : Est-ce que tu arriverais à me dire comment ton regard justement a progressé depuis le début de la maîtrise de stage ?

P : Euh... Comment il a progressé ?

E : Sur la pédagogie.

P : Ben... On a forcément au départ une relation qui est plus... Oui, dans la thérapeutique ou éventuellement dans le diagnostic mais en fait, ben... quand on parle par exemple de diagnostic on... enfin si on creuse un peu, on va tomber sur... « Qu'est-ce que c'est que le raisonnement clinique ? Comment ça marche ? Est-ce que l'interne qui est à côté de moi il a le même mode de raisonnement que moi ? ». En fait pas du tout... Du coup, c'qui paraît logique au Maître de Stage, ben l'est p't'être pas... Et du coup ça suppose aussi de... de prendre ça en compte, de l'expliquer et de faire progresser l'interne pour qu'il arrive justement à avoir un raisonnement le meilleur possible.

E : Est-ce que tu aurais un exemple de situation concrète avec un interne qui te viendrait en tête ?

P : Ben le grand classique c'est l'interne qui arrive les premiers jours et qui tombe sur des céphalées fébriles et qui tout de suite est paniqué et qui le montre plus ou moins et qui euh... Mais on s' rend rapidement compte que là il est pas... il est pas à l'aise alors que la personne a juste un syndrome grippal et qu'elle va rentrer chez elle avec du doliprane mais... mais lui il est déjà dans la projection d'aller aux urgences et donc il part dans un autre raisonnement et si ça on l'a pas intégré, ben... c'est compliqué de s'dire... bah on s'dit : « mais en fait non c'est

pas c'qui faut faire, c'est ça qu'il faut faire ». En fait non faut... Enfin... ce regard-là, moi, a changé sur le fait que je comprenne que l'interne avait ce mode de gestion-là de ces cas-là parce qu'il avait appris à l'hôpital et en fait en reprenant ensuite les carrés de White et en réexpliquant un peu comment... comment on fonctionne nous, en médecine générale, quel recrutement on a, on arrive à faire converger les points de vue et du coup à faire évoluer... ben le Maître de Stage aussi, mais l'interne, sur une prise en charge qui est la meilleure possible en médecine générale mais qui est pas du tout la même que celle qu'on aurait ailleurs, aux urgences notamment...

E : Et pendant la consultation, comment ressens-tu la pensée de l'interne dans ces cas-là ? Comment on ressent que... ben il n'est pas forcément très à l'aise ?

P : Ben en fonction de ce qu'il va demander, les questions qu'il va poser, on peut déjà avoir une idée du raisonnement qu'il est en train d'avoir puis après on voit bien aussi au niveau...

Le téléphone sonne

E : Je te demandais comment peut-on ressentir au cours de la consultation que l'interne n'est pas à l'aise ?

P : Les questions qu'il pose, ça donne déjà une idée des hypothèses qu'il est entrain de générer, voilà... du raisonnement. Et puis après il y a le langage verbal mais para-verbal aussi. On voit quand même assez rapidement s'il est plutôt à l'aise ou si euh... il est en train de se dire : « oulala qu'est-ce que je fais là quoi ?! ». Donc ça suppose d'être à côté, de regarder c'qu'il fait et de pas être... Fin d'être concentré sur c'qui s'passé et pas être sur autre chose quoi. Ça ce n'est pas toujours évident non plus...

E : Est-ce que tu pourrais me raconter la dernière consultation que tu as fait en binôme avec ton interne actuel ?

P : Ouais. Euh la dernière... Alors c'était... Euh... Est-ce qu'on en a fait une ce matin en binôme ? Euh oui on a dû en faire une mais j'me souviens plus qui c'était...

Silence

P : Euh... C'était... J'me souviens plus de la toute dernière. J'me souviens d'elle... Fin d'une d'hier où on était... Qu'on a pas mal débriefé derrière parce que c'était une dame qui venait pour des douleurs diffuses, accompagnée par sa fille et son beau-fils, pour un deuxième avis. C'est une dame que j'avais jamais vu mais dont j'avais entendu parlé souvent parce que la fille et le beau-fils me disaient : « mais vous voudriez pas aller la voir ? », alors qu'elle est à S... Euh... Et j'ai toujours refusé, donc elle a fini par venir et en fait c'est une dame qui se plaint de douleurs, voilà du p'tit orteil jusqu'à l'oreille, avec des choses qui sont pas très systématisées et qui vient pour un diagnostic d'un autre médecin parce que son médecin traitant n'allait pas assez loin dans les investigations et dans la prise en charge on va dire. Et du coup l'interne a géré la consultation toute seule et au final elle a très bien fait parce qu'elle l'a écouté quand même assez longuement, elle l'a examiné aussi assez longuement et elle a fait ce que j'aurais fait, c'est à dire au final demander l'avis à un rhumatologue, qu'elle avait pas encore vu. Et du coup on en a reparlé assez longuement ensuite hier soir.

E : D'accord. Et au moment de la consultation, est-ce que tu as eu besoin d'intervenir ?

P : Non, je ne suis pas intervenu. Les enfants m'ont p't'être posé une question une fois mais pas directement dans la consultation, dans la relation...

E : D'accord. Et au moment de l'examen clinique, donc c'est l'interne qui l'a fait ?

P : Elle a tout fait, ouais.

E : Est-ce qu'il y a une consultation avec un interne qui un jour t'a particulièrement marquée ? Et si oui, peux-tu me la raconter ?

P : Euh....

Silence

E : Ça peut être autant positif que négatif.

P : Euh...

P : Bah il y a pas très longtemps, c'était le semestre précédent, j'avais mon interne qui était en fin de stage. On voyait une p'tite dame que je vois régulièrement et qui a la trentaine et qui était tombée enceinte et elle en était à sa quatrième ou sa cinquième fausse couche et du coup elle était très inquiète. Et donc là elle venait parce qu'elle avait depuis le matin... elle avait plus les sensations de douleurs dans la poitrine qu'elle avait les semaines précédentes. Elle était au tout début de sa septième semaine ou huitième semaine et elle avait eu des pertes la veille. Et donc elle était persuadée que... qu'elle avait refait une fausse couche et donc elle venait pour ça, pour un arrêt, en attendant de revoir le gynéco le lendemain ou deux jours après. C'était une consultation qui n'a pas duré très longtemps mais j'sentais que l'interne n'était pas à l'aise du tout alors qu'elle était plutôt à l'aise sur les questions de gynéco jusque-là. Et j'l'ai pas interrogé plus que ça après coup. Enfin, on a rediscuté de la consultation mais ça s'est arrêté là et en fait 15 jours après elle m'apprenait qu'elle était enceinte. Et donc j'pense que du coup émotionnellement c'était fort pour elle et elle devait avoir appris quelques jours avant qu'elle était enceinte et qu'elle devait projeter des choses là-dessus et ça, ça m'a marqué et on en a rediscuté à la fin du stage. Mais voilà, j'suis pas allé au bout d'la démarche, à lui poser la question : « pourquoi tu t'es sentie mal à l'aise ? » ou ... Mais j'avais senti qu'il y avait quelque chose quoi.

E : Et si tu n'es pas allé « au bout de la démarche » c'est parce que tu n'étais pas à l'aise avec ça ou parce que tu pensais que ce n'était pas forcément utile étant donné que ça avait l'air d'aller mieux ?

P : Bah j'sentais bien que c'était plutôt quelque chose de personnel parce que au niveau médico-médical elle avait bien géré la consultation, donc il y avait pas eu d'autres questions en plus à s'poser mais... voilà... je voulais pas l'interroger plus que ça... en plus sur sa vie privée.

E : D'accord. Est-ce qu'il y a une consultation où tu as été en désaccord avec la prise en charge de l'interne ?

P : Oui. Régulièrement.

Sourire

E : Pourrais-tu m'en raconter une ?

P : Euh, bah y a pas si longtemps avec mon interne qui est en SASPAS. Il était en consultation avec une jeune femme d'une vingtaine d'années qui a... premier rapport... enfin, parmi les premiers rapports qui... non protégés du coup... Qui vient parce que elle avait... Donc les rapports avaient eu lieu quinze jours, trois semaines avant et elle avait eu la semaine d'avant des pertes, non... des douleurs abdo... Oui elle avait commencé par des douleurs abdo pendant une semaine puis des pertes, des p'tits saignements pendant trois, quatre jours jusqu'au jour où elle arrive. Et donc la consultation apparemment a duré assez longtemps. Euh... moi j'étais pas là. Donc c'est lors de la supervision indirecte après où il m'a raconté tout ça. Euh... Et du coup il y avait aussi une barrière de la langue parce que elle, elle parlait pas français et c'était son copain qui traduisait, qui parlait pas français très bien non plus. Une personne qui n'était jamais venue au cabinet avant. Et du coup au moment de la supervision il m'explique qu'il a hésité longuement à l'envoyer en gynéco tout de suite ou à faire une prise de sang d'abord. Moi j'lui ai demandé rapidement qu'elle était son hypothèse diagnostique et il me dit : « bah c'est une grossesse extra-utérine ». Euh... moi j'étais pas forcément là-dessus, j'pense que ça faisait partie des hypothèses effectivement à avoir en tête mais qu'c'était pas la seule et l'unique, mais pour lui c'était ça... Et il avait fini par... Fin, il avait demandé une bio et donc il me dit : « nan mais t'inquiètes pas, j'appellerai après, quand il y aura les résultats de la bio pour la prendre en charge ». J'fais : « oui bah il y a pas de soucis, oui... ». Mais effectivement pendant la supervision il y a la bio qui est arrivée et la bio était évidemment négative, b-hcg négatifs. Et il en démordait... Enfin, avant la bio on en a discuté longuement, j'pense qu'on a dû débriefer 30 minutes la situation et il était persuadé que c'était une grossesse extra-utérine. Il était passé en gynéco... Et j'lui fais : « mais t'en as vu beaucoup avec des douleurs abdo une semaine avant puis plus rien puis des p'tits saignements et qui... ? », « Ah oui oui oui ». Et donc au final quand la bio est tombée il m'a dit : « ah oui ». Et j'lui dis : « bon bah c'est quoi maintenant ton hypothèse diagnostique ? » et là il était complètement désemparé, il avait plus d'hypothèse en fait, et en rappelant la dame pour lui dire, pour lui donner le résultats il en savait pas plus et on a pas la fin de l'histoire parce qu'elle est pas revenue depuis mais là pour le coup, je pense que j'aurais été en consultation avec lui..., la consultation j'aurais dû l'interrompre ou enfin en tout cas intervenir un moment où un autre, parce qu'au final on a pas de diagnostic pour ses douleurs abdo et voilà elle est repartie dans la nature... Bon a priori y a rien de grave mais bon...

E : Et est-ce que tu aurais justement un exemple de consultation où tu étais présent à ce moment-là avec l'interne, où tu as pu justement interagir au moment de la consultation sur le diagnostic, ou la prise en charge ?

P : Bah ça, ça arrive quand même assez souvent avec l'interne de niveau 1 parce que bah elle est interne en deuxième semestre donc elle n'a pas encore une grosse expérience et du coup justement quand on voit les trucs... J'sais pas... hier on voyait une jeune fille de cinq ans, cinq ou six ans, qui s'était coincée les doigts dans la porte et qui avait une grosse articulation. Bon la mère qui demande : « qu'est-ce qu'on fait ? est-ce qu'on fait quelque chose ? ». Bah là pour le coup... enfin là je l'aurais laissée seule elle aurait fini par faire quelque chose mais elle se retourne naturellement pour me demander c'qu'on fait quoi. Donc là effectivement on intervient et j'lui dis c'que j'prévois mais... mais ça, c'est quand même assez fréquent. Et du coup, là cet après-midi c'est un peu nouveau qu'elle soit toute seule.

Sourire

E : Et comment l'interaction se passe justement entre l'interne et toi ? C'est dans le regard ? Plutôt du non verbal ? Du verbal ?

P : Ben moi j'me mets toujours en retrait. Euh... Je ne suis jamais à côté au moment de l'examen ou au moment de l'interrogatoire... Enfin on est l'un à côté de l'autre mais j'suis vraiment en retrait, j'suis pas à égalité. Et du coup elle est obligée de se retourner vers moi pour me demander quelque chose donc euh... Enfin voilà, quand elle se retourne c'est que vraiment y a quelque chose sinon elle ne se retourne pas et elle fait sa consulte seule... Donc, bon bah là c'est facile. Quand elle a besoin d'aide j'peux intervenir assez facilement quoi...

E : Sans forcément qu'elle te pose directement la question ?

P : C'est ça... ouais ouais... A ce moment-là en général j'lui demande : « bon bah qu'est-ce tu ferais ? Qu'est-ce que t'en penses ? ». Et donc ça ouvre la discussion...

E : Et justement quand vous êtes à trois, comment est-ce que vous organisez la consultation ? Est-ce que chacun a des rôles prédéfinis ? Est-ce que ça se fait comme ça ? Est-ce que c'est l'interne qui fait tout ?

P : L'interne fait tout ouais. Tout ce qui est côté..., tout ce qui est médical. Moi en général j'discute un peu avec les patients, soit pendant qu'ils sont en train d'être examinés soit après, ou si y a un élément... Bah s'ils sont venus deux consultations en arrière pour un problème de genou ou j'sais pas quoi, j'vais leur demander comment va leur genou, parce que ça elle va p'tête pas... Enfin elle l'aura p'tête pas en tête ou elle l'aura pas vu dans l'dossier mais... Mais ça s'arrête à peu près là... Sur le motif de consultation en lui-même, j'essaie de pas intervenir, sauf quand effectivement on en discute quand le patient est présent, quand y a des questions ou qu'c'est un cas on sait pas trop... voilà ou ça prête à discussion, là y a un temps de discussion entre l'interne et moi... Là on essaie de se mettre d'accord et ensuite, ça j'suis un peu obligé de le faire systématiquement, j'explique au patient c'qu'on vient de faire... Enfin, les hypothèses qu'on a, c'qu'on essaie d'éliminer et pourquoi on fait c'qu'on va faire... Enfin pourquoi on va lui prescrire, on va lui faire faire c'qu'on va lui prescrire, parce que ça pour le coup l'interne le fait pas spontanément... Le côté explications au patient, ça j'suis quand même souvent obligé d'le faire moi.

E : Et c'est quelque chose que tu attends justement des internes ? Qu'ils l'expliquent directement au patient ? Qu'ils prennent l'initiative de le faire ?

P : Bah je... C'est en tout cas quelque chose auquel je suis vraiment attentif et j'essaie que durant le semestre il développe ça effectivement, parce que ils ont pas cette habitude-là et c'est super important parce que, surtout mes patients à moi qui sont d'un niveau socio-économique, on va dire, assez bas, qui ont pas une grosse éducation, si on leur parle un peu avec des mots compliqués, ils comprennent plus rien quoi, donc faut vraiment expliquer c'qu'on fait, pourquoi on l'fait et du coup ils adhèrent tout d'suite et ils sont très contents et c'est ça qui fait qu'ils vont suivre ou pas un traitement. S'ils ont pas compris, ils risquent pas de le suivre...

E : Et au moment de la consultation, par exemple quand tu n'es pas d'accord avec l'interne au moment où il prescrit un traitement, comment est-ce que tu intervies dans la consultation en essayant de ne pas brusquer l'interne ou de le mettre mal-à l'aise et en même temps de ne pas prendre trop le pas sur la consultation ?

P : Bah en général je lui demande à quoi il pense. Bon j'dis rarement « pourquoi », mais :
- « A quoi tu penses ? quelle est ton hypothèse, là, à ce moment-là, pas pour mettre des anticoagulants ?

- « Ah bah j'pense à une phlébite... »

- « Ok mais est-ce que t'as fait ton score de Genève ou ton score de Wells pour savoir si ça en est vraiment une ? »

- « Ah bah non »

- « Ah bah on va faire ça »

Et puis en fait en reprenant le score, voilà il se rend compte que la probabilité est faible et qu'en fait non c'est pas ça qu'il faut faire quoi...

E : D'accord...

E : Est-ce qu'il y a un moment selon toi qui est le plus adéquat on va dire pour faire un débriefing sur la journée ?

P : On essaie de la faire à la fin des temps de consultations à chaque fois, donc matin et après-midi, parce que si on le fait qu'une fois par jour on oublie pas mal de choses. Après, au début je notais pas mal de choses au fur et à mesure de la consultation pour en reparler ensuite mais en fait on a forcément envie de parler de plein de choses et du coup on noie l'interne dans l'détail donc au final ça sert pas à grand-chose, donc en général on s'concentre sur... bah sur une matinée de consultations p't'être sur deux cas qui ont posé plus de problèmes que d'autres et puis après y a deux trois autres cas ou bien un p'tit détail technique : « bah tiens pour télétransmettre, enfin pour faire la facture, c'est comme ça » et voilà... mais en vrai, un vrai débriefing ouais c'est un ou deux cas et c'est par demi-journées.

E : Et comment ça se passe alors pour ces un ou deux cas ? Vous reprenez tout l'cas en entier ?

P : Moi j'lui demande c'qui lui a posé problème ou ce dont elle veut qu'on parle et si moi j'ai du coup un cas particulier à évoquer ... voilà j'lui dis : « j'voudrais bien qu'on parle de ça » et puis voilà.

E : D'accord.

Silence

E : Quels sont selon toi les avantages d'une consultation à trois ?

P : Euh... Les avantages d'une consultation à trois... Bah, alors pour le médecin c'est quand même assez confortable d'être à trois parce que du coup déjà on est moins seul quand on prend une décision. Si nous même on a un doute on peut aussi se rassurer en discutant avec d'autres médecins et puis ça donne aussi un peu plus de poids souvent quand le patient veut des antibiotiques et qu'on est deux à lui dire que bah non c'est viral et que ça sert à rien. Voilà c'est... j'trouve que ça aide aussi à faire un peu changer de point de vue le patient. Côté

patient, c'qui m'a été retourné très rapidement quand j'ai commencé c'est : « Ah bah c'est que vous devez être un bon médecin si vous avez des internes ». Mais c'est vrai que j'ai l'impression quand même que ça permet de sélectionner certains patients, en tout cas plus avoir forcément les plus chiants.

Rires

P : Parce que ceux-là n'acceptent pas forcément d'avoir une prise en charge en équipe, ils préfèrent avoir une relation médecin-patient un peu plus exclusive, j'ai l'impression... Donc là c'est bien aussi...

E : Là, à l'heure actuelle tu penses que tes patients sont à l'aise justement avec la maîtrise de stage ? Avec le fait que ce soit l'interne qui consulte ?

P : Ouais.

P : Bon j'ai droit de temps en temps à des questions : « ah bah... » Quand j'les revois parfois après ne pas les avoir vu deux, trois fois, ils m'disent : « ah bah les dernières fois j'veus ai pas vu docteur ». Donc... Non non mais ça va globalement. Des refus, par exemple de faire sortir l'interne, j'me souviens même plus quand est-ce que j'ai eu l'dernier. Ça fait... J'ai p'têtre dû l'avoir au tout début, une fois, mais ça s'arrête là quoi. J'en ai eu plus avec les externes... Avec les externes j'en avais régulièrement, mais pas avec les internes.

E : Parce qu'ils ressentent une différence ?

P : Bah c'est eux qui mènent la consulte. Enfin les internes mènent la consulte tout d'suite, enfin je... A part les deux, trois premiers jours, le temps de poser ses valises mais... mais sinon j'les mets rapidement derrière l'ordinateur pour qu'ils mènent l'interrogatoire et qu'ils mènent la consultation et du coup bah... c'est eux le médecin. Enfin ils sont identifiés comme tel et quand j'suis là, bah les patients sont rassurés par le fait qu'leur médecin est là aussi et voilà...

E : Et donc tu arrives à garder, au moment de la consultation, cette distance avec le patient quand même ? Parce que tout à l'heure tu disais que tu discutais de choses, mais un peu plus anciennes, pour laisser la place à l'interne du moment présent. Mais du fait de parler au patient de choses un peu plus anciennes, est-ce que le patient arrive à comprendre que le « meneur » reste l'interne, ou a tendance justement à dévier un p'tit peu et à plus te parler ?

P : Bah c'est un peu pour ça que moi j'interviens quand l'interne a par exemple fini la consultation ou vient de finir l'examen, que les patients sont en train de se rasseoir et que lui il est en train de noter par exemple ou euh... Fin voilà, j'le fais pas au milieu de la dynamique de la consultation. J'essaie de faire attention à ça ou alors j'vais discuter avec... j'sais pas avec la compagne par exemple, mais pas avec le patient lui-même.

E : D'accord. Est-ce qu'il arrive parfois pendant les consultations à trois qu'il y ait des périodes de flottements ? Par exemple si l'interne est sur l'ordinateur...

P : Ouais. Ben y en a qui... Enfin il y a des patients qui... qui spontanément vont s'adresser à moi et vont pas regarder l'interne oui. Mais bon y a un moment quand j'leur réponds pas ils finissent par tourner la tête.

Rires

E : Donc dans ces cas-là tu as tendance justement à leur faire comprendre que...

P : J'fais pas mal de non-verbal au début et puis si ils comprennent pas j'leur dis : « le médecin est là, moi j'travaille pas là, je regarde ».

E : D'accord...

E : Donc on a parlé tout à l'heure des avantages d'une consultation à trois mais est-ce que pour toi il y a des inconvénients aussi à la consultation à trois ?

P : Non j'en vois pas vraiment... Euh...

E : Ça peut aussi être du point de vue logistique...

P : Si... Là quand on est en période épidémique et que effectivement y a une grosse activité au cabinet, c'est vrai que... Alors c'est pas tellement le fait d'être trois mais le fait de laisser consulter l'interne à la place de... Ben forcément il va moins vite et forcément on perd plus de temps et du coup c'est dans ces cas-là où je reprends parfois la main et puis je consulte moi et puis... et puis voilà... c'est assez ponctuel mais ça, c'est vrai qu'c'est... Enfin moi ça m'va bien de pas faire cinquante consultations par jour et d'en faire que vingt à vingt-cinq mais ça pourrait être un inconvénient pour quelqu'un qui consulterait plus par exemple.

E : Et dans ces cas-là, donc tu reprends la main sur la consultation et vous changez de place ? L'interne reprend ta place derrière le bureau ?

P : Ouais. Par contre elle fait l'examen clinique.

E : D'accord. Et ça c'est bien pris en général de la part des internes ? Ils comprennent ?

P : Oui... Oui oui. De toute façon, en général... alors il y en a encore aucun qui m'ait remercié, mais on sent que le fait que la salle d'attente soit pleine ça les stresse quoi. Et c'est normal... On a tous été comme ça.

Sourire

E : Est-ce que tu verrais d'autres inconvénients à la maîtrise de stage, en dehors des journées qui sont plus longues si je comprends bien ?

P : Oui alors c'est sûr que bah il faut faire le temps de supervision et ça effectivement ça prend du temps. On termine forcément plus tard que ... qu'avec le dernier patient qui quitte le cabinet.

E : D'accord...

E : Est-ce que en fonction de la personnalité de l'interne la consultation s'organise différemment ?

P : Ah oui oui. Oui. Ouais chaque interne organise un peu différemment sa consulte avec sa propre sensibilité, ouais.

E : Comment ça se passe justement ? Tu peux m'en dire un peu plus ?

P : J'les laisse faire en général. Bah, par exemple l'interne actuellement elle fait beaucoup d'interrogatoire au moment de l'examen. Enfin moi j'ai tendance à faire mon interrogatoire au bureau on va dire et de ... une fois que l'interrogatoire est terminé d'aller faire l'examen clinique. Elle, elle ne fonctionne pas comme ça. Elle fait l'interrogatoire et puis quand elle a une idée, une hypothèse on va dire, elle va examiner et puis elle va éventuellement préciser plus l'interrogatoire au moment de l'examen.

E : D'accord.

P : Moi ça m'gêne pas plus que ça qu'elle fasse comme a ou qu'elle fasse comme moi mais c'est vrai que chaque interne fait un p'tit peu différemment.

E : Donc dans ces cas-là tu les laisses faire ?

P : Oui, à partir du moment où il y a pas d'erreur, voilà...

E : D'accord.

E : Quels seraient selon toi les qualités pédagogiques indispensables on va dire au Maître de Stage ?

P : Euh... J'sais pas si on peut parler de qualité mais en tout cas la base pour moi c'est quand même de se former parce que c'est pas inné et que c'est pas parce qu'on est un bon médecin qu'on est un bon maître de stage. Donc c'est vraiment un autre métier. Ben quand on est maître de stage on fait de la médecine mais on fait aussi de l'enseignement et ça ça s'apprend. Enfin pas... C'est loin d'être inné et donc la première qualité c'est p'tête d'avoir un peu d'humilité, d'accepter de se former à ces questions-là et j'trouve que c'est là où on en tire une satisfaction de s'dire : ben là on a réussi à faire progresser l'interne qui était soit..., on a vu la différence entre l'début et la fin. Et c'est pas... Pour moi la différence c'est pas : « ah bah ça y est, il arrive à faire vingt consultes en deux heures comme moi... », c'est autre chose, c'est plus au niveau du raisonnement, au niveau du dialogue avec les patients et ça c'est pas une question de temps ou de rendement... Enfin voilà, c'est autre chose...

E : Et quel est ton ressenti alors dans ces cas-là, quand tu vois que l'interne progresse ?

P : Ah bah j'suis super content.

Rires

P : Super content parce que... Ben parce que on ressent qu'on a servi quoi... Enfin p't'être qu'il y serait arrivé tout seul hein...

Rires

P : Probablement...

Rires

E : Que penses-tu pouvoir apporter aux internes que tu as en stage de niveau un ?

P : Bah p't'être le fait de réfléchir à leur pratique, le côté un peu réflexif. Parce que j'ai... Enfin on a p't'être pas tendance à l'faire... A avoir ce côté réflexif assez souvent et pour le coup j'ai l'impression que les internes se posent vraiment pas la question de comment on aurait pu faire différemment. Enfin, ils ont vu une fois et puis ils reproduisent le schéma et qu'ce soit bien ou mal... Enfin, c'est pas le bon qualificatif mais ils s'posent pas d'questions sur comment faire autrement et du coup moi j'hésite pas à les titiller là-dessus en disant : « Ok. Là on fait comme ça mais est-ce qu'on aurait pu faire autrement ? » ou bien : « là par exemple moi j'aurais p't'être fait comme ça, qu'est-ce que t'en penses ? » Voilà... Donc ce côté-là de questionnement, lors de la supervision, c'est assez souvent un des sujets qu'on aborde.

E : Et tu sens qu'au cours du stage, c'est quelque chose qu'il commence à acquérir un p'tit peu ?

P : Ben après ça vient parce que... Euh, ils s'parlent à eux-mêmes du coup... : « Ah oui non mais ça j'peux..., oui mais non..., alors on va faire comme ça... ». Et du coup on sent que voilà ça mouline et que ben du coup ils ont une autonomie parce que du coup ils réfléchissent, ils s'adaptent au contexte et ça c'est là que c'est gagné, où on fait une vraie prise en charge globale du patient quoi.

E : D'accord...

P : Est-ce que tu as des confrères à qui justement tu peux discuter de la communication que tu as avec l'interne et de son évolution aussi dans son apprentissage ?

P : Oui bah les personnes du DMG, enfin voilà... lors des formations, lors des séminaires. Après mon collègue accueille par exemple des externes et ne veut absolument pas avoir d'internes... Euh... Bah on en parle quasiment jamais. J'ai essayé une fois d'aborder un peu l'sujet mais en fait il est dans une vision de la maîtrise de stage où l'étudiant qui est présent il est observateur et point... ça s'arrête-là quoi. Enfin il veut bien répondre à des questions, voilà... mais il est dans un rôle de médecin, il est pas dans un rôle d'enseignant.

E : Est-ce que tu ressens le besoin de parler un p'tit peu de tout ça avec des confrères ?

P : Bah ouais. On avait fait l'an dernier des groupes de pairs de maitre de stage qui étaient vraiment très intéressants parce que du coup on est un peu avec des situations compliquées où parfois on sait pas trop quoi faire avec l'interne, comment l'faire progresser et du coup on peut en discuter entre maitres de stage et ça c'était vraiment intéressant. On n'était pas très nombreux et ça s'est pas pérennisé mais c'est vrai que c'est quelque chose qu'il faudrait p't'être développer.

E : Et que penses-tu de l'élaboration d'une grille avec les différents objectifs pédagogiques ?

P : Ah ça c'est important ouais. Parce qu'aujourd'hui... on n'sait pas...

Rires

P : Alors si... j'dis : « on sait pas... », j'suis aussi tuteur donc on a aussi la grille des compétences, donc on voit un peu où est-ce qu'on veut les amener mais c'est vrai que on a pas forcément de gap quand on reçoit un interne. On n'sait pas trop où on va au début. Donc ouais ce serait pas mal aussi en termes d'autoformation pour l'interne, d'avoir effectivement une p'tite grille d'évaluation et derrière de progression sur le stage.

E : Est-ce tu as des choses en tête avant l'arrivée de l'interne, des points sur lesquels tu veux faire travailler l'interne ? Des choses à ne pas oublier ?

P : Bah moi j'suis assez branché sur tout c'qui est communication donc c'est effectivement beaucoup là-dessus que j'les embête.

Rires

P : Donc on utilise pas mal la grille de Calgary par exemple, et là du coup on s'en sert à plusieurs moments du stage et ça, ça permet de justement voir tout ce qui est possible de faire sur une consultation, voir aussi où est-ce qu'on en est par rapport à ça et ensuite de voir la progression au fur et à mesure du stage quoi.

E : Est-ce que tu as déjà été confronté à une situation où la communication semblait fermée avec l'interne ?

P : Pas en tant que Maître de Stage. En tant que tuteur oui, mais pas en tant que Maître de Stage.

P : Mais c'est vrai que moi... Ben par exemple l'externe avec qui ça s'est l'moins bien passé, c'était une externe qui, où on sentait que y avait pas de discussion vraiment possible quoi. Ça l'intéressait pas et du coup on pouvait pas discuter de grand chose à part de la pluie et du beau temps et quand elle était arrêtée sur son idée, elle était arrêtée sur son idée...

E : Et cela se ressentait comment justement ? Parce qu'elle n'était pas forcément à l'écoute ou... ?

P : Oui c'est ça. Elle n'écoutait pas c'qu'on lui disait. Elle en avait rien à faire et cette externe j'ai jamais réussi à l'accrocher avec quelque chose pour essayer de la faire changer ou essayer de poser des questions quoi, l'interroger.

E : Et selon toi, comment peut-on réussir à apprécier les compétences d'un interne, ou d'un externe, lorsque la communication semble fermée avec ?

P : C'est compliqué mais... Bon après ça n'empêche que... Enfin, j'imagine qu'un interne, même si on n'est pas d'accord sur un point ou qu'on n'arrive pas à discuter d'un point, il peut très bien mener une consultation tout à fait bien ou tout à fait mal, donc j pense que c'est quand même... qu'ça reste quand même centré sur un aspect et qu'il ne faut pas en rester à ça mais... Mais bon, en général quand ils viennent chez nous, ils sont quand même assez ouverts et... Enfin, j'imagine...

Rires

P : Après j'pense que c'est aussi le rôle du... Enfin si j'étais dans cette situation-là de Maître de Stage avec qui ça passe pas, j'pense que c'est aussi... Enfin c'est p't'être aussi au Maître de Stage de s'poser les bonnes questions et p't'être de passer la main à un autre Maître de Stage ou de se débrouiller pour que ... Enfin pas attendre la fin du semestre pour s'dire : « c'était nul ces trois mois, j'y allais avec l'envie de pas l'voir ». Bon ben voilà, c'est quand même long quoi...

E : Donc dans ces cas-là tu penses que le mieux ce serait peut-être de donner la main à un confrère ?

P : Oui... Bah après, à mon avis, on peut trouver... Enfin, vraiment si ça s'passait pas bien... Ben en tout cas j'demanderais au DMG si y a éventuellement quelqu'un... Enfin si on peut intervertir les internes ou avoir un autre regard ou j'sais pas... On peut très bien tout imaginer, mais c'est sûr qu'il faut pas rester seul dans ces cas-là et attendre que ça s'passe quoi...

Fin

E : *Enquêteur*

P : *Praticien*

Retranscription du 5^{ème} entretien

Présentation de l'étude.

E : Alors pour commencer je voudrais savoir comment vous est venue l'envie de devenir Maître de Stage ?

P : Alors comment m'est venue l'envie ? Ben déjà parce que j'ai toujours eu une envie de... depuis de... d'éducation on va dire... si j'avais pas pu passer ma P1 j'me serais réorienté en biologie pour faire prof, c'étaient mes deux voies initialement : médecine ou éducation. Donc déjà j'avais toujours un peu cette envie-là et puis j'ai été tellement influencé en positif par mes Maîtres de Stage que j'me suis dit que j'pouvais peut-être apporter aussi quelque chose au suivant.

E : D'accord... Ça fait combien de temps que vous êtes Maître de Stage ?

P : Euh bah deux ans..., trois ans..., deux ans et demi on va dire.

E : Là actuellement vous avez un interne ?

P : Ouais, une interne de premier niveau.

E : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation avec l'interne ? Une situation concrète...

P : Euh oui... C'est à quel niveau ?

E : Alors une situation où vous étiez ensemble derrière le bureau, ou non. La dernière consultation que vous avez faite ensemble. Ce n'est pas forcément une situation qui vous a marqué...

P : Alors là on est en tout début de semestre. Enfin non, pour moi je suis en tout début de semestre parce que l'interne a fait deux mois chez un autre prat' donc j'suis avec elle depuis une semaine et demi environ. Donc on est encore beaucoup en binôme. Donc on a fait une consultation à deux avec moi en directeur de consultation et en échangeant tous les deux et elle, en effectrice au niveau examen, on va dire examen clinique...

E : D'accord.

P : Donc c'était... C'était pas ce matin parce que j'étais en visite, ni hier parce qu'elle était pas là, donc c'était mardi après-midi. J'vais juste me reprendre un nom, ça va m'permettre de m'remettre la consulte en tête... (*en regardant dans l'ordinateur*). Ok, donc c'était un... Euh juste, on parle médicalement ou peu importe ?

E : Comment cela s'est déroulé...

P : Donc on a accueilli comme à l'habitude le patient à deux en salle d'attente. J'ai présenté l'interne comme ma collègue, comme je fais souvent. D'ailleurs dans notre salle d'attente on a une affiche qui donne le nom et les fonctions de l'interne. Les gens sont habituellement, quand ils ont eu le temps d'attendre cinq-six minutes, ils ont eu le temps de lire l'affiche, donc la plupart du temps ils sont au courant. Maintenant mes patients le sont aussi donc en gros j'leur présente l'interne en donnant son nom, en disant qu'elle est médecin en formation. Ils m' disent : « oui oui on sait, on a l'habitude ». Donc ça s' passe plutôt bien. Et donc c' était un monsieur qui venait pour des douleurs abdominales, que j' avais déjà revu à plusieurs reprises pour c' même motif. Donc on n' a pas repris ensemble tout l' examen mais donc il m' a raconté c' qu' il y avait de nouveau et donc du coup moi j' ai fait en parallèle le reste de l' histoire pour B. qui était à côté, pour pas qu' elle soit complètement pommée, parce que quand c' est un nouveau patient ou une nouvelle plainte c' est facile, c' est une consulte normale, quand c' est qui vient d' avant... Euh, on évite... : « vous savez docteur, oui comme la dernière fois... ». Et on peut vite être décroché donc on a ... Bon moi j' les encourage aussi habituellement à poser des questions aux patients ou à moi si y a besoin, donc pendant la consulte... donc elle a pu aussi d' mander des précisions sur ses douleurs abdominales parce que ... des choses que j' avais pas demandé parce que je m' en doutais ou parce que j' avais oublié, qu' elle a demandé à côté. Et puis ensuite pendant qu' j' écrivais un p' tit peu tout ça, elle a fait l' examen clinique : auscultation, prise de tension, palpation abdominale... que je suis venu faire en double avec, après, pour voir si il y avait quelque chose de changé en gros. Disons que j' fais pas forcément de façon systématique mais là...

E : Vous avez examiné alors à deux le patient ?

P : Au niveau abdominal oui, pas le reste. Alors c' était pas forcément un contrôle, c' était plus parce que comme c' était justement un suivi, voir si y avait quelque chose de neuf quoi. Et puis ben les explications, la prescription... Il se trouve qu' elle est ... que mon interne est très orientée sport et diététique donc vu que c' était en plus des problèmes un peu fonctionnels abdominaux elle a pu expliquer certaines règles hygiéno-diététiques au patient, que je n' fais pas forcément ou que j' aurais pas fait ou que j' avais pas les... Je sais qu' elle est... Euh, j' ai pas l' habitude de faire... et comme j' sais qu' elle est assez versée, je lui ai laissé cet espace-là et en plus venant de quelqu' un d' autre à côté, ça passe bien.

E : Et donc naturellement elle en est venue à parler des règles hygiéno-diététiques ?

P : Non j' l' ai ... Sur le coup bah... elle a posé des questions dessus et du coup... oui elle a posé la question elle-même sur l' alimentation et du coup j' me suis physiquement reculé un p' tit peu histoire de laisser, de montrer que la discussion partait de ... ben entre eux deux et que je me mettais en arrière et qu' on n' était pas en train de parler à trois là.

E : Et à ce moment-là, est-ce que le patient a compris justement que... ?

P : Oui. Oui mais c' est pas tout l' temps le cas. Mais il se trouve que là, là c' était clair. C' est un patient qui parle avec la personne avec qui il parle. C' est pas toujours le cas effectivement. Des fois j' ai... C' est pour ça que j' parlais de recul physique. Bon y a pas trop trop de recul ici mais c' est que j' essaie, quand c' est pas moi qui dirige, de m' mettre physiquement en arrière, voire... pas de siffloter mais de pas rechercher le regard avec le patient sinon il écoute c' que

demande l'interne et m'répond à moi. Ça c'est souvent un peu l'problème mais on essaie... Là sur c'coup-là, y avait pas de soucis.

E : D'accord. Et dans ces cas-là justement où le patient cherche toujours votre regard, comment est-ce que vous arrivez à rediriger un p'tit peu la consultation vers l'interne ?

P : Ben si y a pas de... Quand effectivement les questions que pose le patient me sont adressées et que l'interne ne peut pas y répondre, parce qu'elle a pas les antécédents ou les choses, j'essaie de répondre à ces questions-là. Mais c'est toujours le problème. C'est réussir à s'taire. C'est difficile... C'est difficile mais des fois je dis..., physiquement je dis : « répondez à ma collègue ». J'le dis pas forcément mais je fais un signe physique et les patients se réorientent à ce moment-là.

E : Ils arrivent à rester alors ... ?

P : Le plus souvent oui. Des fois ils ont besoin de p'tits recadrages et puis des fois ça marche pas du tout. C'est très rare mais ça arrive. A ce moment-là on reprend la consultation.

E : Vous ?

P : Je reprends la consultation, enfin l'interrogatoire. Mais c'est plus souvent parce que le... c'est le patient qui... certains patients qui n'arrivent pas à faire abstraction de moi quoi.

E : D'accord.

E : Est-ce que l'interne reste toujours, justement, de ce côté du bureau ou bien il ou elle prend votre place à un certain moment du stage ?

P : Ça dépend de c'qu'on convient. On essaie de varier un p'tit peu. En gros celui qui est à côté de l'ordi et à ma place c'est celui qui dirige la consultation et celui qui est à côté c'est celui qui va aller examiner, en gros. Donc en fonction de comment on commence, on s'met d'accord avant... D'ailleurs quand c'est l'interne « qui fait la consultation » je préviens l'patient en disant que : « c'est ma collègue qui f'ra la consultation » si ça le dérange pas et que moi j'resterai assis à côté en observateur. C'est dit oralement en rentrant et à ce moment-là moi j'me mets sur la chaise de côté, en arrière.

E : Et là dans ce cas-là, vous participez encore un p'tit peu à la consultation ?

P : J'essaie le moins possible d'intervenir. En fonction de ma capacité à m'retenir et d'la capacité du patient en face à faire abstraction de moi.

E : Vous sentez que c'est difficile des fois de ne pas intervenir dans la consultation ?

P : Oui. Oui parce que des fois on a... Mais c'est le même problème qu'avec les patients, on dit qu'on a du mal à laisser parler les patients. Justement lors de ma thèse on avait vu que en moyenne on laisse cinq secondes parler un patient avant de l'interrompre pour une précision ou n'importe quoi d'autre. Et on voit c'est la même chose, c'est que on a l'impression qu'en posant une question on va accélérer les choses et pas s'perdre dans des consultations à rallonge alors que quand on fait pas attention, on la pose cette question. Quand on fait

attention, on la ravale. Mais on attend la fin. Si elle a pas été posée ou si ça n'a pas été éclairci dans les... souvent dans les dix à quinze secondes suivantes...

E : Et vous en tant que maître de stage et observateur vous arrivez à faire pareil ? C'est à dire que si vous avez une question vous avez tendance plutôt à attendre la fin de la consultation ou intervenir tout de suite ?

P : Oui c'est ce que j'disais là. En fait, là j'parlais de moi...

E : Ah oui d'accord.

P : Mais finalement de moi en tant que consultant et de moi en tant qu'observateur c'est la même chose j'veux dire. Autant c'est dur de laisser parler un patient, autant c'est dur de laisser faire... de laisser l'interaction interne-patient alors qu'on a une question à poser mais voilà ça demande un effort mais ça marche bien. Et on voit tout d'suite que ça aide de pas intervenir parce qu'on coupe... j'veux dire que nous en tant que consultant on a l'habitude, on peut s'faire interrompre et reprendre là où on en était. Un interne qui a pas encore l'expérience ou l'habitude, si on le coupe... il faut r'démarrer quoi.

E : Ça vous est déjà arrivé justement ? Est-ce que vous avez un exemple de situation où... disons que le patient était vraiment tourné vers vous, vous avez dû intervenir au cours de la consultation et que... ?

P : Alors oui. Un patient que... quand l'interne lui pose une question, il me répond à moi : « vous savez Docteur, comme la dernière fois ce mal de jambes... », en regardant clairement... en m'regardant clairement moi , en tournant quasiment la chaise et là à ce moment-là en lui disant : « mais c'est pas moi qui vous ai posé la question. Répondez à la personne qui vous a posé la question ». Et aussi une fois que la relation s'est bien mise en place entre eux, en consultation, lorsque l'attention est fixée, si moi à côté j'interviens, je perturbe... et c'est difficile de dire : « j'veux poser une question, ok vous m'avez répondu, maintenant faites de nouveau comme si j'étais pas là ». C'est c'qui faut é... C'est ce que j'pense qu'il faut éviter de faire mais c'est c'qui est dur d'éviter de faire...

E : Et est-ce que justement vous sentez aussi que l'interne est perturbé dans ces cas-là ?

P : Ben disons qu'il a du mal à reprendre la main et donc si j'ai fait le « boulet » il faut que j'répare ma bêtise c'est-à-dire que si j'ai repris l'attention du patient il faut que j'me débrouille pour la redonner. C'est difficile pour l'interne d'aller la rechercher après.

E : Vous avez une situation justement où l'interne n'a pas réussi du tout à reprendre la main et où vous avez dû finir la consultation ?

P : C'est arrivé souvent que en reprenant la main, comme c'est un chemin plus facile, la communication est plus habituelle... donc une fois qu'on a repris la main, c'est très compliqué de la relâcher quoi. Parce que ça va plus facilement pour le patient, ça va plus facilement pour nous, on arrive là où on veut arriver. C'est le chemin de facilité quoi.

E : Et en débriefant avec l'interne, vous avez déjà senti un... ?

P : Un reproche ?

E : Oui éventuellement...

P : Habituellement, comme j'me rends compte, j'me le reproche avant que l'interne le fasse. Je lui dis : « tu vois là j'ai pas réussi à m'retenir, j't'ai coupé, je suis désolé », par exemple. Pour pas qu'il y ait de malentendu quoi et montrer que... en disant : « la prochaine fois je ferai attention », histoire que ce soit cool quoi.

E : D'accord.

E : Est-ce qu'il y a une consultation qui vous a particulièrement marqué un jour lors du binôme avec l'interne ?

P : Euh oui. Une consultation justement sur un thème que j'm'attendais pas trop. Surtout une consultation sur une personne dépressive et en demande d'écoute surtout, que je voyais régulièrement et avec qui j'avais laissé l'interne commencer la consultation sans être physiquement présent, c'que j'fais aussi des fois, où j'dis au patient : « elle va commencer, je vous rejoins ». Alors à ce moment-là soit en fonction de comment c'est... soit j'me fais expliquer qu'est-ce qui s'passé soit j'attends de voir la fin. Et quand je suis revenu, j'ai dit bonjour, le patient m'a dit bonjour du coin de l'œil et j'me suis assis à côté et c'était comme si j'existais pas et c'était d'un côté bizarre mais d'un autre côté réjouissant parce que ça prouvait que l'interaction était bonne et ça m'a marqué parce que au bout des deux-trois minutes où j'les voyais discuter, où j'n'ai eu aucun regard, aucun appel du patient ni rien, j'suis ressorti physiquement de la pièce en faisant juste un signe de tête comme ça et la consultation s'est terminée, j'ai fait un signe à l'interne en disant appelle-moi si besoin. Elle n'a pas eu besoin. Elle a terminé sa consultation et le patient est parti et ensuite la fois d'après on a même programmé... j'ai croisé la patiente dans le couloir, qui m'a dit qu'elle était très contente de sa consultation et je lui ai d'ailleurs proposé de revenir la semaine suivante comme c'était prévu mais de la programmer directement avec l'interne. Et c'est arrivé une fois et ça fait plaisir.

E : Et c'est une patiente que vous avez l'habitude de suivre ?

P : Oui. Que je suis toujours mais qui a très bien accroché et j'ai eu l'impression que ça lui faisait beaucoup de bien premièrement de parler à quelqu'un d'autre et qu'elle avait... on ne peut jamais savoir... ça colle avec une personne ou une autre et là pendant les deux mois où l'interne a été là, c'est l'interne qui a vu cette patiente-là.

E : Et que pensez-vous avoir apporté justement à cette interne-là par rapport à...

P : Par rapport à cette consultation ?

E : Oui.

P : Ben euh... d'avoir été capable de lui laisser un espace de totale liberté, c'qui est pas forcément facile. Et que je pense c'est gratifiant. D'ailleurs je lui ai dit et je pense que ça lui a fait plaisir de voir que cette patiente... voilà, qu'elle avait travaillé vraiment complètement et que quelqu'un revenait pour soi, c'qui s'passé en médecine générale après c'est-à-dire qu'les patients, finalement, ils ont le choix d'leur médecin traitant donc si ils reviennent nous voir c'est pas que pour des bobos c'est aussi... parce que sinon ils iraient voir quelqu'un d'autre.

Et ça c'est difficile en tant qu'interne et en tant que remplaçant de pas avoir cette certitude de confiance on va dire.

E : C'est gratifiant pour l'interne mais aussi est-ce que ça l'est pour vous dans ces cas-là ?

P : Ah moi je l'ai pris.... Oui. Après le p'tit pincement en s'disant : « ben... c'était mon patient... », voilà... après le p'tit pincement d'égo, qui je pense est logique, après c'est gratifiant parce que quand on travaille avec quelqu'un et qu'on travaille justement sur la relation avec les gens, qu'on essaie de lui montrer comment on fait, de discuter de ces choses et de voir que la personne qu'on est en train de former est totalement sur une bonne... sur un bon feeling là-dessus, ça fait plaisir.

E : Vous avez fait un débriefing pour cette consultation-là ?

P : Oui oui.

L : Et qu'est-ce qui en est ressorti ? Est-ce qu'il y a eu quelque chose de particulier ?

P : Nen. Ben d'ailleurs j'crois que sur le moment elle était contente de sa consultation sans plus, comme d'une consultation normale. Mais c'est pour ça que j'ai aussi insisté sur le fait que j'avais proposé qu'elles se revoient toutes les deux la fois d'après et que la patiente était totalement d'accord. J'ai senti quand même un...une... pas une joie mais le fait d'une conscience du travail accompli. J'sais pas...

E : Est-ce que cela reflétait justement une évolution vers l'autonomie de l'interne de manière générale selon vous ?

P : Nen j'pense que... j'pense c'était... Il s'est trouvé que c'était une... c'était quelqu'un de déjà assez autonome donc il y avait... elle n'était pas en recherche de confiance ou quelque chose comme ça. C'était une interne qui se débrouillait très bien et qui était déjà bien mais c'était un bonus quoi on va dire. Ça a rien entraîné par la suite d'autres, si ce n'est que, comme nous, quand on sort d'une consultation qui s'est bien passée où on a l'impression d'avoir aidé et que les deux ressortent contents d'une consultation, et ben... Là elle avait pas à partager son sentiment. C'était pas : « oui bon était deux et c'est toi qui a mené la consulte ». Là c'était une vraie consulte, entière, pleine et satisfaisante ».

E : Comment est-ce que la consultation en binôme a-t-elle modifié la relation que vous avez avec vos patients ?

Silence

P : J'ai pas l'impression que ça l'ait grandement modifié... dans l'interaction que j'ai avec eux quand j'suis tout seul... Par contre j'ai déjà discuté avec des patients qui me... Y en a beaucoup qui... Y en a quand même... Oui y en a quand même certains qui me disent que ça les dérangent pas mais qu'ils préfèrent quand même quand j'suis tout seul, donc je vois que c'est pas anodin pour les gens en face mais j'ai pas l'impression qu'il y ait de défiance ou quelque chose... et c'est assez rare que quelqu'un refuse, d'ailleurs, la présence de l'interne pendant la consultation.

E : Et est-ce que certains patients ont tendance à venir justement quand l'interne n'est pas là ?

P : Euh non... parce qu'ils le savent pas trop... à l'avance... Et puis bon après j'essaie aussi de limiter au maximum le risque de... de sentiment de... j'sais pas... qu'ils soient floués d'avoir toujours quelqu'un d'autre... Quand on est deux c'est pas pareil mais quand je laisse l'interne consulter toute seule, ou tout seul, je regarde avant le dossier pour être sûr que la fois ou les deux fois d'avant c'était pas déjà un autre interne et j'essaie aussi de... j'fais un tri un ptit peu avant. C'est pas... du patient... je vois qui... qui pourrait... pour que ça s'passe le mieux possible on va dire.

E : D'accord...

E : Avant de le laisser seul en consultation ?

P : Nan nan quand... Disons quand ils sont seuls... quand on fait seul en consultation je regarde... j'ai ma... en fait on travaille sur rendez-vous donc j'ai la liste des patients en fait. Je sais qui est le suivant et qui sont ceux d'après. Donc en gros quand j'ai ma liste de patients de l'après-midi ou du matin je... quand j'ai un interne avec moi je regarde sais assez rapidement qui je pourrai laisser ou pas... Pas par crainte que le travail soit mal fait mais vraiment pour avoir des consultations qui se passent le mieux possible en fait... Et pour l'interne et pour le patient et pour moi par la suite aussi.

E : Plutôt au niveau du contact alors avec le patient et l'interne ?

P : Bah oui voilà, je sais en gros les gens gentils... Voilà je fais attention de pas... de temps en temps... au bout du stage je mets quand même un ou deux patients qui sont un peu compliqués dans la relation pour pas que ce soit toujours trop facile mais disons que dans l'absolue je fais attention de pas mettre en consultation l'interne avec quelqu'un qui risque d'être désagréable ou de la mettre mal à l'aise quoi. Pas du tout médicalement. Pas les problèmes médicaux clairement les problèmes relationnels quoi.

E : Et ce sont des patients justement avec qui ça vous arrive « d'avoir du mal » aussi ... ?

P : Oui. Ben clairement c'est les gens avec qui moi j'ai des... ou que moi j'ai du mal à supporter ou que j'ai beaucoup de mal à obtenir une conversation ou bien que ... En gros c'est les gens que je suis pas très content de voir sur ma liste d'attente. Euh je suis pas encore... j'espère que je ne deviendrai jamais... mais je suis pas encore à dire : « bon bah celui-là je veux pas le voir je le laisse à l'interne quoi ». Je prends encore sur moi ce qui est des fois un peu difficile parce que du coup les gentils sont chez l'interne et les plus embêtants chez moi.

Rires

E : Et par rapport à la relation que vous avez avec vos internes, est-ce qu'il y a déjà eu un interne avec qui la communication semblait un petit peu fermée ?

P : Nan. En fait on est deux Maîtres de Stage dans le cabinet. J'suis avec ma collègue qui est... on est dans le même trinôme donc on a les mêmes internes et donc ça fait du coup pas très longtemps qu'on est Maîtres de Stage. On a commencé ensemble et notre grosse crainte c'était un jour de se foutre avec quelqu'un à côté qui est insupportable ou avec qui on n'arrive pas à communiquer et pour l'instant on a eu que des gens avec qui ça se passait très bien donc nan j'ai pas eu... on a pas eu de soucis pour l'instant.

E : D'accord.

E : Et donc vous pouvez discuter avec votre confrère de comment se déroule le stage avec l'interne ?

P : Oui. Parce qu'on l'a l'un après l'autre en gros. Donc il reste même dans le cabinet donc... c'est la salle juste d'à côté donc en fait même quand l'interne n'est pas avec nous..., en gros sur les six mois ils sont quatre mois au cabinet et donc sur c'est quatre mois on se croise tout le temps et ça arrive aussi assez régulièrement qu'on aille chercher l'interne chez le collègue pour... par exemple quand il y a un suivi d'un patient qu'on a vu ensemble, quelque chose d'intéressant ou d'en cours, on va le débaucher à côté pour lui dire : « écoute viens, je vais voir Mr un tel, on l'a vu semble la dernière fois, ce serait bien qu'on continue », par exemple.

E : Vous fonctionnez pareil avec votre collègue lors de la consultation ?

P : J'sais pas... J'sais pas comment elle fonctionne mais j'pense qu'on a la... j'ai l'impression qu'on a... qu'on est assez... oui dans l'même registre. J'sais pas si elle est plus ... si elle est plus stricte on va dire dans les périodes que moi. Moi j'sais que... c'est vrai que les premiers jours j'essaie... les premiers jours, la première semaine j'essaie vraiment de faire... elle est plus... l'interne est plus en observation et c'est moi aussi en observation pour voir un p'tit peu qu'est-ce qu'il en est et puis après on essaie de varier pour pas s'ennuyer quoi... entre consultations seul, consultation où l'un mène, où l'autre mène... dans la même journée je veux dire, d'un patient à l'autre. Parce que j'ai aussi des souvenirs moi en tant qu'interne de longues consultations où malgré l'intérêt posé, au bout d'un moment c'est difficile d'être en plein dedans en étant passif donc si on bouge un peu tout le temps, si on change un peu tout ça ... j'ai l'impression que ça maintient l'éveil.

E : Comment ça se passe dans ces cas-là ? Quand est-ce que vous déterminez justement la place de chacun au moment de la consultation à venir ?

P : Entre deux patients. C'est l'avantage, encore une fois, d'avoir les rendez-vous et de savoir qui est là, c'est que quand le patient sort on dit : « bah maintenant qui on a ? ». On essaie de... si y a besoin de débriefer rapidement entre deux consultes on en parle vite et puis on voit qui est le suivant. Souvent je fais un mini topo pour savoir qui est le patient qui vient et j'lui dis : « ben est-ce que ça te dit de le voir toi ? », des fois j'pose la question, ou des fois j'dis : « ben écoute, là, ce coup-ci c'est toi qui fait et moi j'reste derrière » ou bien « moi j'vais prendre un café ou remplir des dossiers, tu commences, j'vous rejoins dans cinq minutes... », enfin on se met d'accord.

E : D'accord. Est-ce que vous avez déjà eu un interne justement qui éprouvait de la réticence un petit peu à consulter seul ou à mener un début de consultation... ?

P : Nen. Ils étaient toujours très contents de... de... le plus d'autonomie. Ils avaient tous envie d'être tout seul et de faire. Sans jamais être réticents à ma présence, ou en tout cas ils ne le montraient pas, mais j'ai jamais ressenti... Si un peu d'anxiété chez certains au début, surtout les internes de tout début de cursus, se demandant ce que ça allait donner mais... je veux dire, l'avantage c'est qu'on est vraiment juste à côté et puis j'ai toujours dit que si à un moment il y a une question ou un avis je viens et puis c'est tout quoi. Sans que ce soit péjoratif. C'est comme ça. De mener la consultation jusqu'au point où ça semble aller et puis si c'est trop... si y a... si c'est difficile de synthétiser ou de refaire et ben on fait à deux quoi.

E : Dans ce cas-là l'interne vous appelle ?

P : Oui.

E : Donc vous êtes dans un bureau à côté ?

P : Soit j'suis au secrétariat, soit dans un bureau à côté. Je dis où j'suis. On est relié par téléphone donc il suffit de dire : « là j'ai besoin de toi ». Au début. Et puis après par contre quand ils sont vraiment plus autonomes ça m'arrive souvent, comme on est six dans le cabinet y a toujours une salle de libre, on voit à deux. Moi je consulte pendant que l'interne consulte aussi, ce qui n'empêche pas d'être, pareil, reliés par téléphone.

Silence

E : Quel est selon vous le meilleur moment pour faire un débriefing ?

P : Moi le meilleur moment je trouve c'est tout de suite après.

E : Entre deux patients ?

P : Ouais. Ça veut pas dire qu'un débriefing après coup n'est pas intéressant, ça permet de réfléchir un petit peu mais j'trouve que... comme toute à l'heure quand vous me demandiez de raconter une consultation, j'trouve que les sentiments et les... l'impression est plus nette au moment « M » et plus diluée après. Donc une consultation, surtout une consultation qui a posé des problèmes relationnels, une heure après ou deux après, à la fin des consultes, on a relativisé, on a réfléchi à tout ça et c'est pas..., c'est posé et juste après on est dans cette..., on a encore ce sentiment de... éventuellement de consultation incomplète ou de quelque chose de manqué et de... et j'trouve que si on en parle pas tout de suite et ben pendant les quatre consultes qui suivent et ben ça va continuer à..., et l'internet et nous, allons continuer à penser, à réfléchir à cette consultation qui aurait... qui était pas au top on va dire et du coup être moins concentré sur la suite et pas profiter du reste, donc que...

E : Parce que vous avez l'impression que l'interne vous apporte aussi quelque chose lors du débriefing ?

P : Ah ben oui. Ouais, parce que le débriefing il va pas forcément que... c'est pas une leçon de morale. C'est un échange... c'est comment tu... la question souvent c'est : « comment t'as senti la consultation ? » ... Assez ouvert... et c'est marrant parce que souvent l'interne, il va directement dans le problème médical, parce que c'est ça qui le stresse le plus mais des fois on voit que... « oh purée... ben c'était dur avec celui-là, je vois pas comment j'aurais fait... ». Et moi mon parti pris dès le départ c'est que si j'suis maître de stage c'est aussi pour que quelqu'un ait un regard sur ma pratique et donc je pose régulièrement la question de savoir : « est-ce que ça t'allait comme consultation ? », « est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a paru bizarre ? », sans forcément attendre de réponse. C'est pas parce que... Alors des fois il y a clairement eu quelque chose que je veux noter : « est-ce que t'as remarqué à un certain moment que j'étais énervé ? Que le patient il écoutait plus ? que ... », ben j'sais pas des fois, mais aussi juste essayer de l'encourager à critiquer.

E : Et les internes arrivent justement à critiquer ?

P : Ça dépend... A la fin du stage oui, parce qu'ils ont vu que j'étais capable de me critiquer, que j'étais pas psychorigide et que quand un patient m'énervait j'étais capable de le dire aussi et tout... donc quand on se connaît bien on peut se dire des choses. C'est sûr qu'au début ils vont pas dire : « ah c'était bizarre comme vous aviez dit ça au patient, moi j'aurais jamais fait ça ».

Silence

E : Qu'est-ce que vous pensez que les internes vous apportent ?

Silence

P : Alors, de la compagnie... (*rires*)... c'qui n'est pas négligeable... Mais non, ça c'est pour rigoler, mais c'est surtout au niveau pratique, un regard extérieur et j pense que ça empêche beaucoup, et moi j me considère encore comme jeune, comme un jeune médecin, ça évite de tomber dans des mauvaises habitudes et dans des..., parce que quand on consulte on a tendance au bout d'un moment à... des fois à faire des choses, à prescrire des choses qui ne sont pas forcément dans les recommandations, qui ne sont pas forcément clairement médicalement justifiées. Quand on l fait tout seul on peut s mettre un voile et le faire, quand on a quelqu'un à côté il faut l expliquer. Et j pense que quand on peut expliquer c qu'on a fait, que ce soit top reco ou totalement freestyle, quand on arrive à l expliquer c'est que c'est pas totalement idiot. Et ça permet à moi de voir : « ben oui là c que j'ai fait c'est pas si..., finalement j'ai l'impression d'avoir bidouillé mais si j'arrive à lui expliquer c'est que c'est correct » et aussi aux internes de voir qu'on est pas... que c'est pas simple... c'est pas : « ah ben, ouais : cystite on met du Monuril », c'est... c'est : « mal au ventre, ah ben oui, ce patient là, qu'est-ce qu'on a fait, on a appelé le spécialiste, on l'a adressé la veille pour le lendemain ». Le patient d'après, pour les mêmes symptômes on a... on lui a donné du Spasfon et on lui a dit de rentrer chez lui... C'est... pour les mêmes symptômes mais ça permet aussi de voir que y a pas que le dossier d'internat quoi...

E : Et ça arrive que l'interne soit en désaccord avec vous, au moment du débriefing, sur la prise en charge et que vous arriviez à en discuter ?

P : Alors souvent quand c'est à discuter, quand je vois que ça peut être discuté, ça m'arrive des fois de le faire même pendant, de lui dire : « est-ce que tu as une autre idée ? », pendant la consulte..., *silence*..., avant... Et oui c'est arrivé que... enfin en désaccord... il a pas exprimé sur ce ton là mais en disant... j lui dis : « est-ce que toi t'aurais fait autre chose ? », « ben ouais moi j pense que j'aurais prescrit une biologie, ou j'aurais... « et dans ces cas-là on en discute... quitte à changer les choses, si il faut...

E : Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'être en désaccord avec la prise en charge de l'interne ?

P : Oui. Ouais, bien sûr ouais...

E : Et au cours de la consultation, comment est-ce que vous lui en faites part ?

P : Ben... ça dépend. Si j vois que c'qui me plait pas est lié au fait qu'il a du mal à s'en sortir et qu'il a du mal à se dépatouiller de la consultation et ben j'interviens dans la consultation et je pose deux ou trois questions au patient pour essayer de reprendre un p'tit peu le contrôle. Si c'est parce que c'est plus quelque chose qui me convient pas au niveau médico-médical et que

sa consultation est bien fait, à la fin, quand il arrive à la fin de la consultation j’lui demande : « est-ce que tu penses pas qu’on pourrait p’têtre faire ci ou p’têtre faire ça en plus... Je sais qu’on pourrait le faire a posteriori et après recontacter le patient mais ça me plait pas trop... tamps... j’préfère le faire devant... peut-être que c’est... bon c’est pas taper sur les doigts, c’est plus : « est-ce qu’on pourrait pas aller... » et en plus ça montre aussi aux patients qu’on est actif et que l’interne il est en formation... ou bien en disant : « moi j’ai tendance à faire plutôt ça..., p’têtre que quand t’étais à l’hôpital ils faisaient plutôt ça..., moi j’pense que dans ce cas-là on pourrait p’têtre faire ça, est-ce t’es d’accord ? ». On se met d’accord. Mais devant le patient oui.

E : Et comment l’interne le prend généralement ?

P : Ah j’ai jamais eu quelqu’un qui boudait après.

Rires

P : Parce que du coup, clairement, oui ! Mais avec débrief tout de suite après. Je veux dire... de toute façon l’interne il va pas dire non. Si j’lui dis : « tu crois pas qu’il faudrait plutôt faire ça »... en tout cas j’en ai encore eu aucun qui me dit : « non non j’pense pas, c’est pas... on va faire comment moi j’ai dit et puis basta » et ils vont se ranger, à mon avis, clairement j’pense, d’un point de vu hiérarchique... enfin moi c’est ce que je ferais aussi... Mais ça a toute sa valeur si on est capable après, une fois que le patient est parti, d’en rediscuter et de dire : « ben du coup qu’est-ce que t’en penses ? est-ce que finalement t’es quand même d’accord avec c’que j’ai dit ou est-ce que t’étais clairement dans l’autre ? », quitte à aller rechercher les... parce j’ai eu plein d’internes qui connaissaient beaucoup mieux les reco que moi ou qui sortaient de médecine interne et qui avaient des connaissances beaucoup plus fraîches... Euh voilà... on s’met d’accord et si c’est lui qui a raison, il a raison.

E : Dans ces cas-là vous recontactez le patient ?

P : Si y a besoin oui. Bon après on n’a jamais eu le cas où on s’était complètement planté, où j’l’avais repris et qu’après... Parce que bon moi j’suis assez « compromis » donc... souvent on s’en sort en faisant ce que moi je voulais plus ou moins ce que lui il voulait, même si je laisse prescrire des choses qui, pas forcément thérapeutiques, mais au moins en examens, même si j’considère que moi ça me sert à rien, j’vais pas l’barrer de l’ordonnance qu’il a fait... on en discute après : « pourquoi tu voulais prescrire ça ? » est-ce qu’il y avait une bonne raison ? est-ce qu’il y en avait pas : « ah ben parce qu’on fait toujours ça », bon bah... d’accord, si on le fait toujours, ça me dérange pas qu’il y ait ça sur la prise de sang mais je vois pas trop l’intérêt... « Ah oui c’était pour chercher ça », bon d’accord c’est bien.

E : Donc ça c’est plutôt au moment du débriefing ?

P : Ouais. Ouais on va pas rentrer en grande discussion devant l’patient mais d’avoir une p’tite discussion devant ça pose...

silence

E : C’est bien compris en général de la part des patients aussi ?

P : Oui. Ben oui parce que c'est cordial. C'est pas du tout... Pour l'avoir déjà vécu à l'hôpital, c'est..., de s'faire rabrouer par son « supérieur », c'est totalement... c'est inconcevable devant le patient donc c'est... Premièrement j'ai jamais eu envie d'le faire et même si j'avais eu besoin j'l'aurais jamais fait non plus. Ça reste au niveau de la discussion médicale. D'ailleurs en essayant d'être le plus possible d'égal à égal.

E : Avec l'interne ?

P : Avec l'interne. Pas d'lui dire... Si on peut aussi faire de l'enseignement clair. A ce moment, là, on s'met un peu en position d'enseignement, pas sur des discussions. Quand c'est des discussions médicales, chacun... on parle de médecin à médecin...

E : Est-ce que vous avez des attentes ou des besoins particuliers en ce qui concerne la maîtrise de stage ?

Silence

P : Pour l'instant c'est plus... ouais... Au niveau de la formation y a c'qui faut et c'est à nous de nous inscrire aux formations et d'les faire et elles sont bien faites y a pas de souci. C'est plus au niveau de... plutôt au niveau de l'information sur le cursus, qui est en train de changer et sur l'évaluation des internes.

E : Comment est-ce que vous évaluez les internes justement ? Est-ce que vous avez des objectifs que vous essayez de remplir à chaque stage ?

Silence

P : Nen... Il faudrait... D'ailleurs je sais même pas comment évaluer les « nouveaux internes ». Les anciens avaient un carnet de stage où il fallait cocher certains items mais bon moi j'reste assez... vu que d'ailleurs en plus on n'a pas de compte-rendu à faire c'est un peu ça : on valide ou on valide pas. Et donc on nous demande pas trop d'expliquer les choses. Donc moi ça reste au niveau de la... très empirique on va dire... intuitive plutôt effectivement. Et j'pense qu'il devrait y avoir, même si c'est important, j'pense qu'il devrait y avoir des critères clairs et une obligation de remplir une évaluation de stage, clairement. J'pense qu'il faudrait clairement quelque chose qui découle directement du stage. Parce que là les internes, même sur l'ancienne évaluation, ils partaient et puis au bout de six mois ils disaient : « ah en fait il faudrait remplir mon carnet de stage que j'ai oublié d'amener » et six mois après, c'est difficile...

Silence

E : Quelles sont vos qualités selon vous en tant que Maître de Stage ?

Silence

P : J'pense que..., je sais pas si c'est répandu ou pas, j'essaie en tout cas, et ce que je pense être une qualité, c'est d'avoir une relation le plus détendue possible et une position ouverte... Voilà c'est ça. Surtout une position ouverte par rapport aux discussions, aux critiques, aux remarques. De montrer qu'en fait j'pense que c'est important pour un médecin d'être, pas que en tant que maître de stage mais en général, de rester... on va dire humble sans vraiment...,

d'arriver à avoir un équilibre entre la confiance en soi et la remise en cause. Et j'essaie, premièrement de faire ça pour moi et du coup de le montrer aussi.

E : Et donc de l'enseigner ?

P : Ouais voilà. Et de montrer qu'on a le droit de se planter, qu'on a le droit de pas savoir, qu'on a le droit de dire aux gens qu'on ne sait pas mais que l'important c'est finalement de répondre aux questions même si... enfin je sais pas comment dire... de dire aux gens : « ben écoutez... » et de dire à l'interne « ben je sais pas... là sur le moment je sais pas, on va aller voir ça, on regardera... », qu'il faut pas aller voir antibioclac ou le vidal sous le bureau parce que c'est une marque de faiblesse. « Nen... bah... écoutez, vous me parlez d'un médicament... jamais entendu parlé, on va regarder. Ah oui c'est un médicament qui fait ci qui fait ça » ou bien « cette maladie que vous avez et que vous entendez parler depuis dix ans, p't'être moi c'est la première fois que j'en entends parler, vous en savez plus que moi ». Effectivement qu'on n'est pas tout puissant et qu'il faut pas ni le croire, ça c'est pas trop dur, ni ... y a des patient qui l'attendent mais que moi j'me refuse à faire croire que j'sais des choses que je n'sais pas.

E : Et ça au cours du stage, l'interne y arrive ?

P : Faudrait leur demander. Mais j'essaie clairement de... j'trouve que c'est important de... On n'est pas Dieu, on sait pas tout et si on fait croire qu'on sait tout, on nous reprochera de pas l'savoir après... Faut montrer qu'on réfléchit. Que c'est pas une honte au contraire, c'est bien de réfléchir...

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 6^{ème} entretien

E : Actuellement vous avez un interne ?

P : Donc là j'ai un interne qui est en quatrième semestre. Donc un ancien... un ancien régime.

E : D'accord.

P : Voilà...

E : Comment est-ce que cela se passe ?

P : Et bien ça se passe plutôt bien. Bah du coup... Enfin j'vais p't'être d'abord parler du premier, parce que le premier que j'ai eu c'était en novembre dernier et donc c'était un nouveau régime pour le coup. Donc lui il était en premier semestre et moi c'était mon premier interne. Et mon binôme, enfin l'autre maître de stage, c'était aussi son premier interne. Donc c'était vraiment notre première expérience à tous les trois.

E : D'accord.

P : Donc ouais c'était une découverte totale. Ça s'est vraiment très bien passé. On était tous les trois très contents de la façon dont ça s'est passé, si ce n'est qu'en fait il ne se destinait pas du tout à la médecine générale et que en fait il est parti faire autre chose. Voilà. Mais le stage en lui-même s'est vraiment bien passé.

E : Donc vous étiez deux confrères du même cabinet ?

P : Non alors pas du même cabinet. En fait on s'est... Donc moi j'ai fait la formation à la maîtrise de stage donc en 2017 et puis mon binôme a fait la même formation et puis on s'est bien entendus et on s'est dit qu'on allait se lancer ensemble et du coup ce qu'on a fait... moi l'idée d'avoir un interne deux mois à plein temps et puis... ne collait pas forcément tellement à mon organisation et donc j voulais avoir un truc fixe à deux jours par semaine et donc voilà mon binôme était d'accord avec ça et du coup on a monté un stage où on a en fait chacun l'interne deux jours par semaine sur six mois. Donc on a expérimenté à partir de novembre. Ça s'est très bien passé et puis là ça continue à bien s'passer du coup avec une interne cette fois dit « ancien régime », quatrième semestre, qui veut toujours pas faire d la médecine générale donc... euh voilà... c'qui... le p'tit point négatif de notre expérience pour le moment c'est qu'on... les deux internes qu'on a eu pour le moment ne se destinent pas à faire d la médecine générale.

E : D'accord. Mais ça c'est quelque chose qu'ils savaient déjà avant de faire le stage ?

P : Oui oui, ouais ouais, on ne les a pas dégoûté...

Rires

E : Donc vous m'dites que ça s'est plutôt bien passé. Vous pouvez m'en dire un petit peu plus ? Qu'est-ce qui s'est bien passé ?

P : Alors bon moi j'avais... j'ai forcément pas mal d'interrogations sur la, sur la façon dont l'interne s'intégrerait dans mon fonctionnement quotidien, dans le fonctionnement du cabinet, comment ça se passerait avec les patients et il a vraiment très facilement trouvé sa place. J pense que y a p't'être aussi une question de caractère, j pense qu'on est tombé sur un interne particulièrement dégourdi et investi. Fin ça s'est vraiment passé à peu près idéalement et puis la patientèle a très bien accepté les choses mais j'étais pas trop inquiet à ce sujet-là. C'était plus que je me demandais comment se passerait... ouais ben l'organisation du travail et ouais il a bien trouvé sa place, on a trouvé un rythme de fonctionnement assez satisfaisant.

E : Est-ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus sur sa place ? Justement quelle était sa place ?

P : Euh... alors bon, bah du coup c'était son tout premier semestre donc on a commencé par quelques jours d'observation pure. Parce que bon, finalement la chose qui prend du temps au début c'est d'acquérir un peu les automatismes de fonctionnement du cabinet et puis en particulier l'informatique et puis la façon dont se déroulent les consultations. Donc y a forcément un peu d'observation au début mais très vite, très vite il a pu faire des... fin, prendre une part de plus en plus importante dans la consultation. Alors on a essayé d'alterner, de faire... Les premières choses qu'il a faites c'étaient des actes cliniques parce que finalement c'est ça qui est le plus facile à faire faire à un interne au début. Examiner les patients finalement c'est le plus simple mais c'est pas forcément le plus intéressant et puis après, assez vite j'ai essayé de le mettre derrière l'ordinateur pour qu'il maîtrise cette partie-là. Alors ça... j pense que... bon j'l'avais deux jours par semaine donc j pense que, ouais, à partir de deuxième/troisième semaine il commençait à s'débrouiller à peu près correctement avec l'informatique et du coup j'ai pu me mettre de plus en plus en retrait et c'est p't'être ça qui était le plus compliqué et ça c'est ce que j'ai vécu aussi avec la deuxième interne. J trouve que bah au début c'est facile parce que on explique comment ça marche, c'est de l'acquisition de choses techniques... euh voilà, ça va bien... et puis après quand il faut se mettre en retrait de la consultation, ben c'est plus compliqué... parce qu'on a assez naturellement tendance à reprendre la main sur pleins de choses et puis que les patients ils ont le réflexe quand même de s'adresser au médecin qu'ils sont venus voir.

L : Donc c'est compliqué plutôt pour vous ? L'interne ? Les deux ?

P : Euh... Nen j pense pour les deux mais p't'être plus pour moi encore que pour l'interne. J'ai vraiment eu l'impression finalement que moi j'avais un peu d'mal à trouver ma place dans les consultations sur le premier interne qu'on a eu, au point que je m'suis vite rendu compte, enfin en tout cas c'est l'impression qu'j'ai, que ma meilleure place c'est en dehors du bureau et très vite j'suis parti.

L : C'est à dire ?

P : D'abord j'partais un peu en début d'consulte et puis j'revenais quand j'voulais ou quand il m'appelait et puis ensuite on a mis en place un fonctionnement où il m'appelait quand il considérait qu'il avait besoin de moi ou qu'il avait terminé la consulte. Alors forcément on ne peut pas, enfin..., il faut qu'il y ait un premier temps où on consulte ensemble parce que lui il a besoin de voir comment j'travaille et moi j'ai besoin d'voir comment il travaille mais une

fois qu'on est à peu près d'accord sur la façon de fonctionner j'trouve que c'est assez intéressant de partir.

E : Et ce temps-là dure combien de temps ? Le temps où vous travaillez ensemble...

P : Euh sur le premier semestre que j'avais... euh... donc moi j'mettais dit avant... j'avais pas cette idée qu'un premier semestre on peut rien en faire parce que j'pense que c'est pas vrai. Les internes en premier semestre à l'hôpital ils font pleins de choses tous seuls et puis personne ne se dit qu'ils sont pas capables de les faire. Donc j'avais, j'avais dans l'idée de l'autonomiser petit à petit mais c'est allé quand même plus vite que j'pensais. J'pense qu'il a fallu... il a fallu deux mois à peu près pour que... pour que j'puisse... fin..., lui faire faire la consultation et arriver juste à la fin pour valider quoi.

E : Et qu'est-ce qui est allé plus vite que ce que vous pensiez ?

P : Ah ben moi j'pensais que si sur les deux derniers mois j'arrivais à l'faire consulter un petit peu seul ça serait pas mal. C'était à peu près ça l'idée que j'avais et puis, et puis au final il a réussi à faire plus de choses seul plus vite que c'que j'pensais. Il était demandeur pour le faire et ça j'pense que c'est... enfin ça joue aussi le fait de voir que l'interne a envie de s'autonomiser, ça... enfin c'est rassurant aussi... on a p't'être un peu besoin d'ça... Et même, enfin il m'l'a dit, on en discutait beaucoup, de ça... et puis lui il me disait qu'il aimait bien ça, qu'il aimait bien que j'le laisse un peu tranquille et ouais, ça a bien continué comme ça. Ouais donc y a pas de critères objectifs hein. C'qui m'a... Du coup j'étais très content, je trouvais qu'il s'était super bien débrouillé, voilà, enfin c'était vraiment un bilan très positif du stage et j'ai eu après un quatrième semestre où en fait ça allait encore beaucoup plus vite. Donc là aussi, encore plus vite que c'que j'pensais. C'est sûr que... un premier semestre, il avait tendance à faire des consultations très longues. Moi je l'laissé le temps qu'il voulait, j'lui disais tu m'appelles quand t'as fini et puis moi j'ai la chance d'avoir un deuxième bureau, au cabinet, donc y avait pas de stress de temps, je voyais d'autres patients pendant c'temps mais assez souvent... fin il lui arrivait assez souvent d'passer une demi-heure/trois-quarts d'heure sur une consultation... et voilà du coup moi je lui laissais prendre ce temps-là et il faisait des trucs parfois un peu trop exhaustifs, alors que c'est vrai que mon interne quatrième semestre que j'ai maintenant, ben dès l'début elle a fait des consultes beaucoup plus rapides, beaucoup plus efficaces... voilà. Parfois j'suis un peu vexé parce qu'elle consulte plus vite que moi quand j'fais ma consulte à côté...

E : Et pendant les consultations où vous étiez à deux, par exemple avec le premier interne que vous avez eu, ça s'passait comment justement ?

P : Sur les premières consultations ?

E : Oui.

P : Euh... Alors bon on accueille, fin ça c'est une habitude qu'on a gardée, on accueille... quand on consulte à deux on accueille toujours le patient ensemble. On va l'chercher ensemble.

E : Dans la salle d'attente ?

P : Dans la salle d'attente. Et quand je suis avec, c'est moi qui appelle le patient et c'est moi qui explique au patient que j'ai un interne avec moi.

E : Et pourquoi vous l'accueillez à deux en salle d'attente ?

P : Euh... bon pareil on avait... c'est des choses qu'on avait un p'tit peu discuté sur les formations à la maîtrise de stage. On s'était rendu compte que tout l'monde voit pas les choses de la même façon... moi c'est c'qui m'satisfait l'plus comme façon de présenter les choses. J'aime pas trop l'idée de l'interne assis dans l'bureau qui attend que le patient entre, voilà, mais après c'est une conception personnelle.

E : Pourquoi ?

P : Ben j'trouve que ça met d'emblée une position très passive alors que voilà le fait qu'on vienne chercher l'patient à deux, ça montre d'emblée qu'on... que sa consultation elle sera faite par nous deux et qu'il y a pas... enfin voilà, j'trouve que c'est plus actif.

E : D'accord.

E : Donc vous allez chercher le patient ensemble en salle d'attente, et après comment ça se passe ?

P : Et après... Quand j'ai des internes c'est sur des plages de consultations libres donc les gens n'ont pas rendez-vous, mais par contre je... donc j'ai une secrétaire au cabinet et donc je sais qui est le patient suivant. Donc avant de chercher le patient, j'touche toujours deux-trois mots à l'interne sur qui est le patient qu'on va chercher et je sais qui on va chercher. J'ai tendance à choisir l'organisation de la consulte selon le patient. C'est vrai que si c'est un d'mes chroniques, que j'connais par cœur, je ne vais pas forcément, sur une consulte qu'on fait ensemble, mettre l'interne derrière l'ordinateur, parce que bon je sais qu'il va passer très longtemps à s'imprégner du dossier, donc voilà dans ces cas-là j'vais p't'être plutôt lui donner... fin lui faire faire l'examen. A l'inverse, si c'est un patient que j'connais pas, là j'vais plus facilement lui faire faire le maximum de choses tout seul et moi me mettre en retrait le plus possible.

E : D'accord. Et pour les patients que vous connaissez déjà et pour lesquels vous prenez la main, comment cela se passe par rapport à l'interne ? Est-ce que vous lui en touchez un petit mot au moment de la consultation ou avant ?

P : Oui, avant de consulter... donc il y a deux fauteuils, enfin en l'occurrence il y a un fauteuil et un tabouret hein, enfin ça aussi c'est un truc qu'on avait un peu discuté avant l'stage sur la place de l'interne sur l'tabouret était pas forcément très gratifiante, mais en l'occurrence le tabouret ça peut être pour lui ou pour moi selon les consultes et ça on l'décide avant. Voilà, on sait qui sera derrière l'ordinateur, qui sera sur le tabouret et quand moi j'me mets en retrait j'me mets sur le tabouret et souvent d'ailleurs je le recule un p'tit peu, j'essaie d'me cacher un p'tit peu... mais ça on l'décide avant de commencer.

E : D'accord. Est-ce qu'il vous arrive justement de parler du patient devant lui ? Pour expliquer son histoire de la maladie...

P : Quand le patient est là... Alors ça m'arrive quand c'est des patients compliqués ou que j'ai des choses que j'trouve que c'est utile de donner des infos avant la consulte, il m'arrive de donner un peu des informations avant qu'on aille chercher le patient, bon, sans le patient. Et ensuite j'hésite pas quand le patient est là, quand y a des choses à expliciter sur l'histoire médicale du patient, à le faire devant le patient à l'interne.

E : Est-ce que c'est quelque chose qui est compliqué pour vous ?

P : Non, ça pas du tout. J'trouve que... fin ça s'fait très naturellement et c'est très bien perçu par les patients, les gens ils aiment bien qu'on parle d'eux, fin ce côté... Du coup c'est toute une réflexion qu'on fait pas à voix haute d'habitude dans une consulte et les gens ils sont contents d'avoir ces éléments qui ressortent. Alors c'est sûr il faut faire un p'tit peu attention à c'qu'on dit mais on a pas été trop gêné par ça et j'ai trouvé ça, sur les deux internes que j'ai eu que y a pas eu trop de soucis, c'est à dire que les choses qu'il faut pas forcément dire devant l'patient, sur le ressenti de la consultation, sur le comportement du patient, sur des comportements qui sont pas toujours adaptés de la part du patient, fin...j'trouve que l'interne a toujours bien perçu la façon...fin c'qu'il fallait dire et pas dire quoi. Ça, ça s'passe bien.

E : D'accord.

Silence

E : Donc on est toujours dans la consultation à deux. Donc vous varier en fonction du patient que vous avez dans le cabinet, comment ça se passe ? Les rôles sont définis ? Y a quelqu'un qui fait l'examen clinique, y a quelqu'un qui reste derrière le bureau, ou bien ça vous arrive de faire un peu des deux ?

P : Ça arrive de faire les deux et c'est pas forcément... j'essaie quand même de définir avant, donc par exemple... on découpe beaucoup plus les tâches en début de stage, donc sur les premières consultes où j'laisse un p'tit peu la main à l'interne ben j'vais lui dire : « ben écoute là j'prends l'ordi ou là j'fais l'examen ou là toi tu fais l'examen ». Donc ça parfois on le définit avant mais il m'arrive aussi parfois, selon le déroulé de la consulte, de dire : « ben écoute, voilà, moi j'vais l'examiner ».

E : Pendant la consulte ?

P : Pendant la consulte et ouais du coup parfois la répartition des tâches elle peut évoluer pendant la consultation. Y a bien sûr le... le facteur temps joue aussi. Selon le taux de remplissage de la salle d'attente on prend plus ou moins le temps et il m'arrive parfois de reprendre un peu la main, surtout au début quand on consulte tous les deux où là ça allonge un p'tit peu la durée de consultation. Quand j'sens que ça commence à devenir vraiment trop long voilà c'est sûr que j'reprends plus la main.

E : Et le patient comprend dans ces situations ?

P : Ouais j'ai vraiment eu... j'ai pas le souvenir d'avoir un patient qui était réticent. Quand l'interne l'examine, ça se fait naturellement, j'ai personne qui dit non, y a pas de patient qui me demande de repasser derrière ou quoi. Fin... c'est vraiment pas un problème. Et quand l'interne a besoin que moi j'réexamine quelque chose ou que moi j'ressens le besoin de réexaminer parce que j'ai envie d'avoir mon sentiment personnel, ben pareil, ça ça s'fait

naturellement. Si l'interne fait appel à moi ou que moi j'dis : « ben écoutes j'vais réexaminer ce ventre », j'trouve que ça... ça s'passe naturellement, par rapport au patient.

E : Et par rapport à l'interne ?

P : Et par rapport à l'interne, ouais... c'est pas... en tout cas aucun des deux ne me l'a rapporté comme l'avoir vécu de façon inconfortable.

E : D'accord.

Silence

P : Et moi de toute façon j'leur dis dès le début du stage que de toute façon, au début ben j'vais réexaminer les choses qu'ils ont examiné et j'insiste beaucoup sur le fait que quand eux ils ont un doute ou même juste par curiosité qu'ils veulent confronter leur examen je les incite fortement à m'poser la question.

E : D'accord. Devant l'patient ?

P : Devant l'patient ouais. Et après quand j'suis moins présent dans la consultation j'insiste beaucoup sur le fait que j'veux qu'ils m'appellent si y a un doute à l'examen.

E : Vous n'examinez pas systématiquement à deux le patient en début de stage ?

P : Non. Non, non. Si l'examen auquel j'ai assisté me paraît satisfaisant je repasse pas derrière.

E : D'accord.

Silence

E : La suite de la consultation se passe comment ?

P : Alors j'trouve que quand j'suis là, c'est à peu près toujours moi qui conclue la consulte et c'est ça que j'trouve pas forcément hyper satisfaisant, fin, en termes de formation...

E : Pourquoi est-ce que c'est vous qui concluez la consultation ?

P : Ben très souvent, et particulièrement avec l'interne en premier semestre que j'avais, un p'tit peu moins avec l'autre interne, qui était un peu plus..., qui est forcément plus avancée donc plus sûre d'elle. Mais avec le premier interne y avait toujours un moment où il se tournait vers moi et où du coup... fin j'me retrouvais... fin... il faisait, voilà, l'examen, le bilan du truc mais la conclusion, la décision thérapeutique, finalement il me les remettait quand même beaucoup en mains, en tout cas au début. Après y a la demande... fin... le patient qui regarde un peu... voilà... et puis moi j'ai tendance, quand j'suis présent, quand j'suis présent dans l'bureau, à... ouais à un moment forcément j'interviens et puis une fois que j'ai commencé à intervenir j'continue quoi...

E : D'accord... Est-ce que ça vous arrive de redonner la main à l'interne dans ces cas-là ?

P : Ouais, ça m'arrive aussi. Y a des fois où quand j'me rends compte que j'suis intervenu et que p't'être ça serait intéressant de le conclure lui, j'me retourne vers l'interne et j'lui demande devant l'patient : « alors qu'est-ce que t'en penses ? ou qu'est-ce que tu ferais ? » ... Voilà... ça c'est un truc que j'fais. Bon ce n'est pas forcément hyper confortable pour l'interne parce que du coup ça fait un peu interrogatoire comme façon d'faire mais au moins ça ouvre la porte à ce qu'il propose quelque chose.

E : Et l'interne réagit comment dans ces cas-là ?

Silence

E : Vous sentez qu'il est inconfortable ?

P : Ça dépend de la situation mais... oui j'trouve que c'est pas hyper confortable... parce que du coup il y a un côté... fin... moi j'vais lui demander ce qu'il veut faire et du coup il va me proposer une prise en charge, mais du coup elle est immédiatement soumise à ma validation... et devant le patient... enfin... du coup y a un peu un côté examen que j'trouve pas idéal et j'ai pas... alors y a des consultations où j'arrive à vraiment rester en retrait et où du coup l'interne va au bout d'la consultation... et voilà, j'interviens pas. Mais ça ce n'est vraiment pas le plus fréquent. Et après, là où vraiment ils ont la possibilité de gérer toute la consultation, ben c'est quand j'les laisse tous seuls quoi.

E : Quelle serait alors la situation idéale selon vous ?

P : Et ben... après, j'pense que la... enfin si vraiment, si vraiment on voulait faire un gros travail très abouti, j'pense que la... fin... pour évaluer la façon dont l'interne se comporte, j'pense que la vidéo s'rait pas inintéressante. Bon après c'est plus lourd, alors à la fois en logistique et en temps...

E : La vidéo ?

P : De filmer la consultation et puis après coup d'aller débriefer...

Silence

P : J'suis vraiment convaincu que la phase initiale est intéressante sur la transmission de la façon de fonctionner et des compétences un peu techniques, mais après sur le, sur la maîtrise de la consultation j'trouve que c'est l'autonomie qui est la plus intéressante et moi j'trouve que le stage, enfin là où il est le plus intéressant, c'est une fois que je peux sortir et qu'après ben l'interne il me... fin... Alors ce que... quand je le laisse consulter seul, soit j'lui dis de m'appeler et j'le rejoins dans l'bureau et puis on débriefe ensemble devant l'patient, soit on débriefe en dehors du bureau. Ça dépend un peu des situations. J'dirais plus on avance dans l'stage plus on débriefe en dehors du bureau, et j'revois pas forcément l'patient.

E : Et pourquoi vous débriefez plus en dehors du bureau ?

P : Ben parce que si... Bon déjà ça permet de parler beaucoup plus librement et puis ça permet à l'interne de parler vraiment de son ressenti dans la consultation, de ce qui lui a posé problème, ce qui l'a mis en difficultés... ce qui n'est pas possible de faire devant l'patient et puis... ça... ça responsabilise l'interne dans la gestion de sa consultation puisque il a vu le

patient tout seul de A à Z et le patient n'a vu que lui et je le sens bien que c'est une étape qui est satisfaisante pour l'interne quand le patient repart et qu'il a vu que l'interne.

E : Vous avez l'impression que ce sont des débriefings plus complets en dehors du bureau ?

P : Alors oui, j pense que c'est plus complet dans la mesure où on peut dire plus de choses... enfin où l'interne peut dire plus de choses sur le raisonnement qu'il a suivi et sur la façon dont s'est déroulée la consultation. Après par contre, moi j'ai p't'être ... j'ai un peu moins d'éléments parce que ben je n'ai pas vu l'patient, j'l'ai pas examiné, j'ai pas vu l'interne faire. Donc... c'est toujours intéressant de remettre de temps en temps des moments où on est à deux pour que moi je le vois faire.

E : Tout à l'heure vous me disiez que vous n'aviez pas trouvé votre place dans la consultation en binôme avec l'interne...

P : Ouais. Ouais, ouais, ouais... disons j pense que j'la cherche toujours... Ouais...

E : Qu'est-ce qui vous amène à dire ça ?

P : Je... j pense que c'est pas naturel pour moi... Enfin c'est quand même ma consultation et... les gens ils viennent me voir... Alors ils acceptent très bien le fait qu'il y ait un interne. J pense vraiment que c'est pas un problème vis à vis du patient... c'est moi, me retrouver dans une consultation en tant que spectateur... que je gère pas, alors que voilà c'est mon bureau, c'est mes patients, fin d'habitude c'est moi qui suis à la manœuvre et là c'est pas moi... donc ouais ça fait bizarre quoi...

E : Quel est votre ressenti justement quand vous voyez que l'interne commence un peu à prendre les rênes et à réussir à diriger une consultation ?

P : Ben c'est l'but, moi c'est satisfaisant, enfin...moi plus l'interne s'autonomise, plus j'suis content mais après...fin... justement moi j me sens plus à ma place, enfin à ma place je sais pas mais euh... en tout cas c'est plus confortable pour moi de débriefier la consultation avec l'interne que d'y assister.

E : D'accord...

Silence

E : Est-ce que ça vous arrive d'intervenir au milieu d'une consultation ? Par exemple l'interne commence seul et il fait appel à vous...

P : Oui oui, mais même s'il fait pas appel à moi, si ça part dans une direction qui m'convient pas ou si j'ai l'impression qu'il y avait un truc important sur lequel l'interne n'a pas réagi ou j'ai le sentiment que le patient a besoin que je recentre les choses sur un point ou un autre, j'interviens volontiers...

E : Comment est-ce que vous faites dans ce cas-là ? Vous intervenez directement face au patient ?

P : Euh oui... j'pense que j'ai plus tendance à m'adresser au patient dans ces cas-là mais il m'arrive aussi de dire à l'interne, notamment s'il s'agit de reprendre la main sur l'examen clinique, de dire à l'interne : « bah écoute j'vais faire ça ». Mais ça... j'dirais, ça s'passe bien, c'est pas un truc qui est..., ça s'fait assez naturellement dans le déroulé de la consultation, par contre j'trouve que chaque fois que j'interrompt le processus, ça rend les choses moins intéressantes pour l'interne...

E : Pourquoi ?

P : Ben parce que c'est moi qui fait... fin... si c'est moi qui fait, j'fais à ma façon... moi j'suis content de ce que j'ai fait parce que c'est moi qui l'ai fait mais c'est beaucoup plus intéressant de... de laisser l'interne mener la consultation le plus loin possible et ça c'est un truc auquel on avait réfléchi aussi en amont, notamment avec mon binôme, sur notre capacité à laisser la consultation aller dans une direction qui serait pas forcément celle qu'on aurait prise... voilà ça j'espère, fin, j'pense que j'arrive à l'faire à peu près... Quand on est présent on est forcément tenté d'intervenir à un moment ou un autre.

E : Et une fois qu'on est intervenu c'est difficile justement de re-déléguer ?

P : Et ouais... Ça ouais, ouais... clairement... j'trouve que une fois que c'est lancé c'est difficile de s'arrêter après... Comme j'disais avant, quand j'm'en rends compte j'essaie de rouvrir un peu la porte à l'interne mais du coup ça vire beaucoup plus à une situation de... ouais d'examen.

E : Est-ce que vous pourriez me raconter une consultation ? votre dernière consultation avec l'interne ?

P : Ouais... euh... j'reviens de vacances mais j'vais réfléchir... Alors bon, là, mon interne elle consulte actuellement beaucoup, fin... elle consulte seule et puis elle m'appelle quand elle veut. Hum... donc une consultation entière avec l'interne ?

E : Pas forcément, ça peut être aussi une consultation où elle a commencé seule...

P : Donc là... j'pense la dernière fois... Alors la dernière fois qu'elle m'a appelé c'était... où du coup elle m'a appelé assez tôt dans la consultation, c'était sur un abdomen chirurgical chez un gamin... Donc là c'était une situation médicale où elle considérait que c'était utile qu'on fasse la prise en charge ensemble.

E : Et du coup comment est-ce ça s'est passé ?

P : Et du coup donc moi j'étais donc dans mon bureau, elle a un téléphone direct donc elle m'a appelé dans le bureau. Elle m'a dit qu'elle voulait... on ne s'éternise pas au téléphone dans ces cas-là, elle me dit qu'elle veut que j'viens, elle me dit pas pourquoi, voilà je viens et puis quand j'rentre dans l'bureau elle m'explique un peu c'qu'il en est. Et du coup dans cette consultation-là bah finalement elle m'appelait parce que elle était... j'pense qu'elle avait besoin que je valide sa prise en charge mais au final on était tout-à fait d'accord sur la façon dont ça devait se dérouler, c'est un gamin qui allait aux urgences, amené par les parents. Du coup j'ai repris un p'tit peu l'historique avec elle. J'ai réexaminé le gamin rapidement. Elle l'avait laissé sur la table d'examen et puis comme on était parfaitement d'accord ben en fait j'suis reparti. J'lui ai dit, ben voilà qu'elle pouvait appeler les urgences, faire le courrier...

E : Donc quand vous êtes arrivé, elle vous a donné son diagnostic avec la suite de la prise en charge ?

P : Euh... non pas sûr... J pense qu'elle l'avait en tête, la suite de la prise en charge, elle en avait pas parlé encore au patient parce que justement elle voulait quand même que j'l'examine d'abord et du coup si j'me souviens bien après l'avoir examiné c'est... fin... c'est moi qui ai évoqué le fait que ça relevé d'une prise en charge hospitalière et puis c'est là qu'elle a dit qu'elle était... fin... que c'était c'qu'elle pensait aussi... et voilà...

E : Et les parents, ils étaient tout à fait au clair avec ça ? Ils ont compris le fait que...

P : ... Oui. Oui oui. Et là c'était... fin...c'était vraiment très naturel aussi vis à vis des patients, j'ai pas ressenti, ni dans cette situation-là ni dans les autres, que le patient trouve ça bizarre ou inapproprié que j'intervienne, que je valide la prise en charge de l'interne. Après je sais pas, j'ai pas énormément interrogé les patients sur le ressenti de ces consultations mais mon impression c'est que... c'est bien accepté.

E : Les parents du patient avaient des questions à vous poser ?

P : Non je ne crois pas avoir eu à répondre à des questions. Ça leur a paru cohérent comme prise en charge et j'crois pas qu'il y ait eu de questions... y en a p't'être eu après mais pas à moi...

E : Parce qu'après vous êtes reparti ?

P : Après j'suis reparti et j'ai laissé l'interne terminer la consulte, appeler les urgences, faire le courrier et puis donner les consignes aux parents.

Silence

E : Tout à l'heure on parlait aussi de la formation que vous avez eue avant de débiter la maîtrise de stage.

P : Ouais.

E : Est-ce que ça vous arrive justement de repenser à ce que vous avez appris en formation pendant les consultes ?

P : Oui... oui oui, j'y repense assez souvent... j'y repense d'autant plus que j'l'ai refaite en tant qu'animateur cette année. Du coup c'est assez frais. Moi j'ai vraiment bien aimé. J'en ai fait plusieurs. J'ai fait une formation à la maîtrise de stage, j'ai fait une formation à la supervision directe et du coup j'ai refait la formation initiale mais en tant qu'animateur mais du coup je l'ai fait une deuxième fois. J'ai bien aimé le déroulé de ces formations. J'trouve qu'elles laissent vraiment la possibilité de se poser les questions... des questions utiles sur la façon dont ça va se dérouler et on s'en compte, après, en pratique, ben que le questionnement qu'on a eu en amont ben il permet de faire... fin... que les choses se déroulent...

E : Parce que vous avez eu des réponses à vos questions pendant les formations ?

P : Nen j'pense que c'est pas des formations qui apportent tant de réponses que ça mais par contre elles soulèvent les problématiques qui vont se poser et du coup, ben, quand on est préparé à quelque chose ça s'passe forcément mieux...

E : Est-ce que vous avez un exemple concret ?

P : Euh oui bah tout simplement dans la formation à la maîtrise de stage il y a un moment un atelier où on s'pose la question de comment on accueille l'interne à son premier jour. En fin d'atelier on s'met autour d'une table et puis tout l'monde dit c'qu'il pense de la façon dont on accueille l'interne le premier jour. Enfin voilà c'est... ça donne pas une réponse type mais ça oblige à s'poser la question, à s'mettre en situation et ouais... ça fait émerger plein de choses et la dynamique de groupe est hyper utile dans ces formations parce que les autres ils soulèvent des problématiques auxquelles on a pas forcément pensé. Et puis toutes ces choses dont on parlait avant sur la relation triangulaire et tout, ben tout ça c'est des questionnements qu'on a en amont... enfin... j'pense que c'est important d'avoir ces questionnements-là avant d'commencer.

E : Et ce sont des choses dont vous pouvez discuter lors de ces formations-là ?

P : Oui c'est vraiment des ateliers qui sont animés et c'est ce que j'apprécie dans ces formations qui sont faites par le CNGE, où en fait on crée un espace d'échanges et puis on laisse le groupe produire des choses et j'suis convaincu que c'est la façon la plus pertinente de former.

E : Et par rapport à la formation des internes, vous pensez qu'en créant aussi un espace d'échanges... Enfin est-ce que pour vous le débriefing ça entre aussi dans ce cadre-là ?

P : Ah...euh...si ça rejoint...si on forme l'interne de la même façon qu'on a formé les Maîtres de Stage ?

E : Voilà...

P : Oui j'pense... En tout cas j'ai l'impression d'avoir réalisé pendant ces formations du CNGE, qu'effectivement c'était une pédagogie qui me convenait bien, d'essayer de faire émerger des choses... et oui c'est une chose que j'essaie d'appliquer à la formation de l'interne et j'suis convaincu, oui, que c'est une façon de former qui est efficace.

Silence

E : Quel est selon vous le moment idéal pour débriefer avec l'interne ?

P : Alors c'est une bonne question.

Rires

P : Oh bah j'pense qu'il y a deux... fin... y a plusieurs types de débriefings, mais, y a un débriefing un peu... un peu pratique et nécessaire qui est immédiat après la consulte, ou en tout cas que moi j'fais systématiquement. Donc après chaque consulte et avant que le patient parte, soit en présence du patient soit sans patient, l'interne me raconte ce qu'il s'est passé et ça pour moi c'est une sécurité. Avant que le patient parte, même si j'l'ai pas vu, je sais

pourquoi il est venu et comment il a été pris en charge et ça c'est un moment de débriefing puisqu'on échange sur la conduite à tenir, parfois on modifie un p'tit peu les choses mais ça c'est p't'être un débriefing un peu plus technique même si parfois il y a des choses qui ressortent.

E : Donc ça c'est systématique avant... ?

P : ... Ça c'est systématique ouais, j'débriefe vraiment chaque consulte et ça peut aller assez vite. Et souvent quand il y a une consultation ou y a vraiment beaucoup de choses qui émergent et quand il y a des consultations où ben justement l'interne me dit qu'à tel moment il a été un peu perdu, qu'il s'est laissé embarqué dans une direction où il ne voulait pas aller et ben ça j'essaie de le garder dans un coin et puis en fin de journée de revenir dessus. On débriefe aussi toujours la journée et ce débriefing-là il est p't'être plus riche...

E : Vous revenez sur tous les patients ?

P : Non non on ne revient pas sur tous les patients. On essaie de ressortir ce qu'il y a à ressortir de la journée. Souvent j'pose la question à l'interne de savoir un peu c'qu'il a... fin... voilà c'qu'il retient, si y a des consultes... si y a des choses qui l'ont mis en difficulté, si y a des choses qu'il a remarqué, des questionnements qui sont apparus. Et selon ce que lui me dit, après moi c'est à ce moment-là que j'amène ce que j'ai gardé sous l'coude, sur les consultes qui ne se sont pas forcément super bien passées pour l'interne, j'essaie plutôt de le garder à ce moment-là où on n'est pas pris par le temps.

E : Et ça c'est quelque chose que vous faites pendant les six mois, même quand vous n'assistez plus à la consultation ?

P : Oui oui. Ça on le fait à la fin de la consulte à chaque fois.

E : Dans ces cas-là c'est l'interne qui, au moment du débriefing, vous dit qu'il n'était pas très à l'aise là-dessus ?

P : Ben, il peut me l'avoir dit au moment de la consulte, juste après la consulte, il me dit : « bon voilà j'ai été en difficultés avec tel truc », j'vais lui dire : « bon ok t'as été... » voilà... mais là on va rester sur le... sur le fait que ben on conclut cette consulte et qu'on passe à la suivante mais par contre on va volontiers revenir dessus en fin de journée... voilà, reprendre cette consulte qui a été compliquée, voir pourquoi elle a été compliquée et qu'est-ce qu'on peut faire.

Silence

E : Et ça vous arrive dans ces cas-là de conclure à la consultation différemment ?

P : C'est-à-dire de faire changer ... ? euh oui, oui, si l'interne... donc quand on débriefe une consultation immédiatement après la consultation, si j'suis pas d'accord, on change la façon dont ça se termine et si il faut je... fin... si j'pense qu'il faut que j'men justifie moi-même auprès du patient à ce moment-là je rejoins le bureau de consultation et je m'justifie moi devant l'patient. J'trouve que les internes se laissent plutôt moins que moi embarquer dans des demandes abusives. Donc ça c'est pas trop le problème, mais assez souvent quand la demande est abusive ou que le patient est un peu compliqué, ben là souvent l'interne il

m'dit : « moi j'pense qu'il faut faire comme ça » mais si j'ai l'impression que le patient va pas forcément bien réagir ou quoi, à ce moment-là je viens conclure avec l'interne pour renforcer un peu le poids de c'qu'il dit.

E : Par rapport à ces « demandes abusives » ?

P : Ouais sur des demandes abusives. Sur des demandes de traitement qui sont pas justifiées... j'en ai pas des masses hein... ou une demande d'arrêt de travail qui serait pas adaptée... fin... on a eu deux-trois trucs là avec les derniers internes... voilà, il y avait une fois une patiente qui voulait un traitement pour son chien, une patiente qui voulait du Viagra pour son conjoint... Enfin voilà, des trucs comme ça... Parfois quand il faut dire non j'trouve que c'est plus... fin... y a parfois des consultations où l'interne arrive très bien à dire non tout seul et puis parfois ça renforce un peu l'truc quand j'viens.

E : Vous avez l'impression que justement ils ont tendance à avoir plus de « demandes abusives » envers l'interne ?

P : Peut-être ouais... peut-être que les gens ils tentent un peu plus avec l'interne qu'avec moi, ça c'est possible aussi. Mais inversement j'pense que les internes refusent un certain nombre de choses que j'refuse pas et notamment les arrêts de travail. J'ai souvent des internes qui, quand ils viennent..., quand on débriefe en dehors du bureau, eux ils quittent le bureau de consultation, ils laissent le patient tout seul, ils viennent me voir et me raconter, et puis ils m'disent : « oui bah oui son arrêt de travail j'vais pas lui faire » et puis assez souvent c'est moi qui dit : « ben écoute on peut lui faire quand même ». J'trouve que finalement ils sont souvent un peu plus stricts que moi.

E : Que pensez-vous que les internes vous apportent ?

P : Ben ça m'oblige à remettre ma pratique en question. J'le faisais déjà avant mais voilà ça apporte un regard extérieur sur ma consultation et j'trouve que c'est intéressant. Et puis sur les prises en charge ils m'apportent p't'être des... des orientations auxquelles j'aurais pas nécessairement pensé... et puis j'trouve que c'est un échange qui est agréable, ça rompt un peu l'isolement de la pratique de médecine générale, même si j'ai besoin aussi de retrouver régulièrement ma pratique solitaire, c'est aussi pour ça que j'ai des internes que deux jours par semaine. J'trouve que c'est quand même une fatigue.

E : Et en termes de mois, est-ce qu'au bout des six mois vous êtes contents de renouveler, de voir un autre interne ?

P : Pas forcément...

Rires

P : Nen j'étais pas forcément pressé que ça change. J'pense que c'est très très variable d'un interne à l'autre. J'pense qu'il y en a qu'on est triste de voir partir et puis... j'attends... là c'est ma deuxième interne, ça s'passe très bien aussi. J'pense qu'un jour ou l'autre j'aurai un interne avec qui ça s'passera pas bien et puis les six mois s'ront longs. Voilà, on essaiera de faire en sorte que ça s'passe le mieux possible, mais j'pense que ça, ça dépend de la relation personnelle qu'on met en place quoi... on accroche ou on n'accroche pas...

E : Et, justement, comment faire en sorte que ça s’ passe le mieux possible ?

P : Oh ben il faut verbaliser les choses au maximum. Il faut prévoir des temps d’échanges quand il y a des... j’ pense qu’il faut laisser à l’ interne, et ça c’ est pas facile, un espace pour qu’ il puisse dire c’ qui lui convient pas dans la façon dont ça s’ passe et c’ qu’ il aimerait comme déroulement, et ça c’ est vraiment pas facile parce que ben si on demande à l’ interne s’ il est satisfait, en général il dit oui... ils sont polis... Donc voilà, il faut arriver à créer un climat d’ échange qui permette à l’ interne de dire ses attentes et de dire ses difficultés. Et quand moi j’ ai des difficultés ou des trucs qui m’ conviennent pas dans la façon dont ça se déroule ben j’ essaie de le dire aussi, c’ qui n’ est pas toujours facile non plus. C’ est toujours plus facile de dire que c’ est très bien, que ça s’ passe très bien. Ouais c’ est une attitude à essayer de garder et puis d’ autant plus quand c’ est pas satisfaisant c’ est là qu’ il faut échanger encore plus.

E : Vous avez un exemple d’ une situation où ça n’ était pas satisfaisant ?

P : Hum... Ma deuxième interne, qui était beaucoup plus autonome, était aussi plus expéditive et donc bah il a fallu que j’ lui dise que ben là elle était plus à l’ hôpital et qu’ il fallait pas qu’ elle se débarrasse des gens et que... il fallait peut-être qu’ elle aille un peu plus au fond des choses... voilà... donc c’ est jamais évident de remettre quelqu’ un en question sur sa façon de travailler mais... j’ crois qu’ elle l’ a à peu près entendu...

E : Et vous l’ avez vu évoluer au cours de sa pratique ?

P : Oui, oui ça va mieux...

Rires

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 7^{ème} entretien

Présentation de l'étude.

E : Alors pour commencer est-ce que vous pouvez me dire depuis combien de temps vous êtes Maître de Stage Universitaire ?

P : A mon avis, entre dix et quinze ans, je sais pas combien...ouais... entre dix et quinze ans ouais...

E : Et comment vous est venue l'envie de le devenir ?

P : Euh... en rencontrant d'autres Maîtres de Stage. J'avais rencontré M. L et M. K lors d'une formation, lors d'une formation médicale sur le... à l'époque c'était des bilans de compétences. Donc on s'était retrouvé-là et puis la conclusion du bilan de compétences c'était qu'il fallait que je devienne maître de stage.

Rires

E : Comment en êtes-vous venu à dire ça ?

P : Bon ça faisait un p'tit moment que j'y pensais et puis l'occasion s'est présentée à ce moment-là d'en parler et puis, et puis voilà après j'me suis inscrit tout d'suite et j'ai eu un interne le mois suivant.

E : D'accord.

E : C'est quelque chose que vous aviez toujours eu en tête en commençant médecine ?

P : Non parce que quand j'ai commencé mes études de médecine, ça n'existait pas. Hein, le terrain de stage chez le médecin généraliste...euh... je ne sais pas, c'est apparu en quelle année ?

E : Il est devenu obligatoire en 1997.

P : 1997 voilà. Moi j'me suis installé en 85. Donc 97, donc j'ai dû commencer à mon avis en 2003-2004 peut-être...

E : A l'époque on parlait de compagnonnage ?

P : Oui. Alors moi j'l'ai toujours conçu comme un compagnonnage. Un compagnonnage, donc on est censé apporter notre expérience à notre interne et puis notre interne il nous apporte aussi son vécu et puis c'est aussi enrichissant dans un sens comme dans l'autre.

E : Vous avez l'impression que ça va au-delà du partage de la technique médicale parfois ?

P : Oui. Oui, parce qu'on discute de beaucoup de choses, hein j'veux dire. En plus moi mes internes, on mange ensemble donc... ils viennent manger avec moi à midi, donc c'est aussi un moment d'échange, hein, en dehors de la consultation.

E : Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation avec un interne ?

P : Avec un interne ? Ben... actuellement j'ai un interne qui a fait sa propre maquette et qui fait de la médecine manuelle et comme j' fais de la médecine manuelle donc j'l'ai pris pendant deux mois, enfin un mois en fait, parce qu'il y a eu les congés, euh voilà.

E : Donc c'est dans le cadre de son DU ?

P : Dans le cadre de son DU hein. Elle a déjà validé tous ses stages de médecine générale et j'crois qu'elle a déjà fait son SASPAS aussi, donc là c'est simplement pour essayer de trouver des patients qui relèvent de la médecine manuelle, pour... voilà...

E : Donc vous avez aussi des internes en médecine manuelle ?

P : C'est la première fois que j'ai un interne en médecine manuelle. Pourquoi ? Parce qu'elle a fait sa propre maquette et puis comme j'avais deux mois de libres... donc elle a trouvé trois maitres de stage qui faisaient de la médecine manuelle et puis on s'est partagé chacun deux mois.

E : Et qu'est-ce qui diffère par rapport à la formation des internes en médecine générale ?

P : Ben là on essaie de plus axer ça sur la médecine manuelle. Voilà, y a aussi de la médecine générale, parce que moi j'fais pas... j'fais pas d'la médecine manuelle exclusive hein. Mes consultations de médecine manuelle c'est quoi, c'est p't'être trois-quatre consultations par jour. Donc c'est pas la majorité des consultations mais ça lui permet de voir aussi...

E : Et est-ce que vous divisez ça aussi en trois phases comme dans le stage praticien de niveau un ?

P : Non, là pour la médecine manuelle j'fais plus du compagnonnage, j'reste avec elle et puis j'la laisse manipuler quand... et puis éventuellement j'repasse derrière si elle a l'impression que c'est pas concluant et puis voilà.

E : Et par rapport au stage praticien de niveau un, est-ce que vous pouvez me raconter une situation avec un interne ?

P : Alors le, le niveau un donc ça a changé, parce que maintenant les niveaux un c'est des internes de première année, hein, donc avec beaucoup moins d'expérience, donc là ils découvrent... ils découvrent complètement, alors qu'avant ils avaient déjà un p'tit bagage un peu plus conséquent en médecine générale, même si ils avaient pas fait forcément le stage de médecine générale.

E : Donc vous avez fait l'expérience avec un interne ?

P : Ouais. Voilà. Alors, bon, j'préfèrais l'ancien système parce que là on les avait en deuxième année, donc ils avaient un p'tit peu plus d'expérience mais fin... ça... c'est autre chose. C'est différent quand même...

E : Qu'est-ce qui diffère ?

P : Ah bah ils ont beaucoup moins, ils ont beaucoup moins d'expérience, fin en particulier dans le contact avec le patient, avec ... Là ils sortent vraiment de l'hôpital, avec toutes les mauvaises choses que ça comporte.

Rires

E : Donc vous sentez qu'il y a un travail ...

P : Ouais beaucoup plus de travail. Ouais voilà. On ne peut pas les laisser, j'pense, travailler tous seuls.

E : Et donc, comment est-ce que cela s'est passé avec votre interne ?

P : Les deux derniers internes ? Bah j'suis resté la plupart du temps avec eux, j'leur ai laissé éventuellement en fin de stage... j'leur laissais de temps en temps des consultations, hein. On a la possibilité, on a plusieurs bureaux donc la possibilité de... hein... quand ça bourre un peu en salle d'attente, ben j'lui dis : « écoute, continue tout seul à côté et si t'as besoin de moi, j'suis là », et puis on consulte en parallèle.

E : D'accord. Donc ça c'était plutôt vers la fin du stage ?

P : Ouais vers la fin du stage.

E : Et comment est-ce qu'au début cela se passait ? Donc vous étiez tous les deux ensembles en consultation ?

P : Ouais toujours. Ouais moi j'insiste hein. Parce que je vois beaucoup de stages où ils sont... euh, ils sont lâchés tous seuls très tôt, beaucoup trop tôt à mon avis.

E : Que pensez-vous de cela ?

P : Ah bah on perd tout l'aspect compagnonnage, même si y a éventuellement un débriefing après... Moi je suis, je suis toujours resté beaucoup avec mes internes... hein... j'ai du mal à les laisser tous seuls... j'le fais à la fin du stage hein... en sachant que le stage prat', moi, pour moi, c'est pas un stage en autonomie. Le but éventuellement c'est à la fin, c'est qu'ils deviennent autonomes hein. Moi ça m'arrivait de temps en temps, quand j'ai par exemple quelque chose à S, un truc avec mes tutorés, les réunions de tutorés, ben j'les laisse éventuellement une matinée, comme un SASPAS dans c'cas-là...

E : Quel est pour vous le but de ce stage de niveau un ?

P : De niveau un ? Ben d'leur faire découvrir la médecine générale, parce que là ils ont tout à découvrir, euh... avec tout c'que ça comporte, le suivi longitudinal des patients, euh... c'est des patients qu'on suit au long cours, qu'on peut voir sur plusieurs consultations... euh voilà,

la différence de l'hôpital ou c'est très ponctuel. La seule expérience de médecine générale qu'ils ont en fait, avant d'arriver, en fait, c'est l'service des urgences, qui est un stage un p'tit peu lamentable, hein, pour moi, c'est affreux... J'veux dire, ils sont tous seuls, ils ont pas de retour, ils savent pas c'qu'ils font, ils savent pas c'que d'viennent les patients, donc ça c'est tout à fait burn-outant. Pour moi le stage d'urgence c'est un des stages les plus, les plus compliqués à gérer par les internes. Parce qu'ils sont amenés à faire de la médecine générale, hein, ils font de la médecine générale, dans les services d'urgence c'est devenu... y a cinquante pourcents de médecine générale, mais d'la mauvaise médecine générale... Pour moi...

E : Est-ce que vous voyez une différence entre un interne qui est là en premier semestre et un interne en deuxième semestre qui sort justement du stage de médecine d'urgence ?

P : Ouais j'pense oui, parce oui, parce que là c'est le... hein, c'est leur tout tout premier stage. J'vais en avoir un le mois prochain, c'est un stage de première année...

E : Et donc, comment les choses se passent ? Par exemple, dans une consultation en binôme, est-ce que....

P : Ben dans une consultation en binôme en général au début moi j'leur dis vous faites de l'observe... vous observez, vous me regardez faire et puis p'tit à p'tit j'les laisse faire, mener l'interrogatoire, examiner les patients.

E : Et ça en général ça se passe au bout de combien de temps ?

P : Ben ça dépend, ça dépend des internes... Parce qu'il y a des internes, ça c'est un p'tit peu plus compliqué.

E : Qu'est-ce qui est compliqué ?

P : Bah ils ont du mal à interroger correctement les patients. L'examen clinique, souvent, est assez... est assez sommaire. J'trouve, ils ne sont pas très clinique... ils sont pas très cliniciens. Donc moi j'insiste un p'tit peu sur l'examen clinique. J'leur dis voilà... hein...

E : Et dans ces cas-là, par exemple l'interne commence la consultation, l'interrogatoire, l'examen clinique, comment intervenez-vous lorsque vous n'êtes pas d'accord ?

P : Moi j'interviens quand je vois qu'ça part... qu'ça part un p'tit peu en vrille et puis que hein...

E : Et vous sentez que c'est bien perçu de la part des patients ? Des internes ?

P : Oui j'pense... oui. Bon mes patients maintenant ils s'y sont fait, ils ont l'habitude maintenant de... hein... c'était un p'tit peu compliqué au début mais maintenant ils s'y sont fait, ils savent maintenant que... hein... qu'il y a des stagiaires et que ça s'passe bien. Bon ils sont bien acceptés hein.

E : Est-ce ça a changé votre pratique, le fait d'avoir des internes avec vous ?

P : Ouais beaucoup. Ah bah beaucoup parce qu'on est, on est plus seul. On est plus seul... moi ça m'a fait énormément de bien, hein, parce que j'veux dire on est obligé de faire un r'tour sur sa pratique, hein. Parce que on sait qu'on a un œil... l'interne, c'est un œil critique hein... il critique aussi hein. Il ne dit pas forcément toujours c'qu'il pense mais... voilà... on est censé quand même lui montrer l'exemple.

Rires

P : Lui montrer la bonne pratique...

E : Est-ce que cela a occasionné des situations durant lesquelles vous n'étiez pas forcément très à l'aise avec ce regard extérieur ?

P : Non, non... non, non. Moi je... non en général ça s'passe bien... Sauf si l'interne a des problèmes... moi ça m'est déjà arrivé d'avoir des internes qui avaient, qui avaient de sérieux problèmes, manifestement burn-outés, qui avaient des difficultés... dans la relation avec les patients, ça m'est déjà arrivé ça.

E : Vous pouvez justement me raconter une situation ?

P : Ah bah j'ai eu..., oui j'ai eu une expérience un p'tit peu douloureuse, où j'ai eu un interne qui... bon... ça c'était... bon ça c'était relativement bien passé, on avait bien échangé, on s'entendait bien, mais je sentais qu'elle était pas... qu'elle était pas autonome... Et puis au moment du changement de truc, bah... quand elle est passé chez un autre médecin, ça a clashé... Ça a clashé et le médecin a dit « non ». Donc il a fallu en catastrophe réorganiser parce qu'il en voulait plus. Il en voulait plus donc... voilà...

Rires

E : Donc c'était au bout des deux mois de stage ?

P : Ouais... Oui j'pense qu'il y a des médecins qui sont plus ou moins bien préparés à la maîtrise de stage de temps en temps. Et puis de temps en temps quand ils ont des internes qui ne sont pas forcément ... hein... pas forcément compétents ou bien à l'écoute des patients, bah ça coince.

E : Et par rapport à cette interne, vous l'avez revue ou elle a changé de stage ?

P : Non, alors du coup elle a, elle a refait son... elle a continué son stage avec... avec un autre maître de stage qui l'a repris deux mois puis moi j'l'ai repris un mois.

E : D'accord. Et avec vous comment est-ce que cela s'est passé ?

P : Alors du coup, ben ça... ben après le mois où j'l'ai reprise, là ça a été l'occasion d'échanger beaucoup et de faire beaucoup de psychothérapie...

E : De l'interne ?

P : Oui voilà.

E : Et vous sentez que cela l'a aidé ?

P : Je pense. Je pense que ça l'a... en tout cas elle m'en a, elle m'en a gardé... reconnaissance... elle me l'a dit à la fin... elle m'a remercié, elle m'a dit... Voilà...

Silence

P : Je sais pas si j'ai résolu tous ses problèmes... j'en suis pas sûr...

E : Qu'est-ce qui vous a poussé à ne pas faire comme votre confrère ?

P : Ah bah moi je... moi je suis... moi je suis très cool avec mes internes. J'suis pas là pour les sanctionner, ni... hein... voilà... J'leur fais des remarques gentilles mais voilà, c'est pas... hein... j'ai jamais eu de clash avec un interne, même si ça aurait pu éventuellement, j'suis assez... j'suis assez souple, j'm'adapte, moi j'm'adapte facilement à tous les internes...

E : Donc vous avez l'impression que s'il n'y a jamais eu de... pour reprendre vos mots... « de clash » avec les internes, c'est parce que vous avez une capacité d'adaptation ?

P : Oui d'adaptation, moi j'pense, voilà...

E : Vous sentez que c'est réciproque ? Que l'interne vous le rend ?

P : Bah on essaie... voilà moi je... on essaie, parce que on ne sait pas après c'qu'ils deviendront par la suite, si le stage de médecine générale leur aura permis de d'venir autonomes et... hein...

E : Tout à l'heure vous me parliez de Maîtres de Stage qui seraient plus ou moins mieux formés que d'autres. Selon vous ça dépend de quoi ?

P : Ben ça dépend, ça dépend de... de l'esprit dans lequel est fait le... j'trouve qu'il y a beaucoup de maitres de stage, encore, qui considèrent les internes un p'tit peu comme des « super-remplaçants », et ça c'est un peu gênant... parce que c'est pas leur rôle hein... j'veux dire, il y a le SASPAS pour ça. Le SASPAS c'est bien parce que ça permet de ... hein... Alors ceci dit le SASPAS on a moins de, on a moins de prise sur nos internes, parce qu'on fait toujours du contrôle a posteriori, donc on ne sait pas vraiment comment ils s'comportent, hein forcément... Bon si on a des retours de temps en temps de patients quand ils reviennent par la suite mais pas autant qu'avec ... parce que le compagnonnage est moins... moins important.

E : C'est plus des débriefings que vous faites... ?

P : Voilà c'est des débriefings. Bon l'débriefing c'est utile, ça permet de... de voir des pistes pour se perfectionner... voilà, leur dire comment moi j'aurais fait. On est plus, un p'tit peu maintenant, dans l'échange de pratique, groupe de paires. Le SASPAS c'est un peu ça. L'interne vous raconte la consultation et puis vous lui dites par exemple c'que vous auriez fait... Donc c'est vraiment de l'échange de pratique du groupe de paires.

E : Est-ce que le niveau un vous considérez aussi que... que ça peut aussi être considéré comme un échange de pratique ?

P : Oui... bon ceci dit ils sont encore très hospitaliers... ils sont pas du tout formés, c'est un peu la catastrophe. C'est un peu dommage d'arriver en sixième année et de ne pas avoir plus de... plus de contact avec les patients... Ils devraient de temps en temps leur apprendre à dire bonjour... Voilà non mais j'veux dire y a des... hein...

E : C'est plus dans le relationnel ?

P : Voilà. Dans le relationnel.

E : C'est assez fréquent que vous ayez ce sentiment-là, en début de stage praticien de niveau un ?

P : Ah ouais. Ouais. Parce qu'ils sont très... oui ils sont encore très... observation, tac-tac-tac, ils sont devant l'ordi, ils sont collés à l'écran...

E : Est-ce que vous, vous intervenez au cours de ce stage sur cette manière de faire justement ?

P : Ah bah ouais j'essaie de leur montrer un p'tit peu comment, comment on fonctionne en médecine générale, l'interrogatoire, pas trop aller farfouiller dans le... dans l'ordinateur essayer de... et puis de causer de choses et d'autres, y compris de choses extra-médicales... C'est ça l'intérêt de la médecine générale, c'est qu'on échange sur beaucoup de sujets et pas forcément en rapport avec le...

E : Et vous sentez qu'il y a une évolution dans ce sens-là au bout des six mois ?

P : Ben j'trouve qu'ils sont, ils sont de moins en moins bien préparés à la... j'trouve que mes internes... étaient un p'tit peu plus... j'les mettais plus rapidement en autonomie y a quelques années que maintenant.

E : Selon vous c'est dû à quoi ?

P : J'sais pas. C'est... J'pense que c'est... A mon avis c'est la formation hospitalière qui colle pas. Qui colle pas parce que, aussi, vous avez aussi maintenant une génération d'assistants, de chefs de clinique, tout ça..., qui n'ont aucune expérience de la médecine générale... Moi j'explique souvent à mes internes, moi quand j'me suis installé, tous les patrons, chefs de service, assistants, qu'ils soient spécialistes en libéral ou qu'ils soient spécialistes à l'hôpital, ils avaient tous fait des remplacements de médecine générale. A l'époque ça se faisait, tous les internes de spécialité, pour arrondir leur fin de mois, ils faisaient des remplacements pendant leurs vacances, pendant leurs congés, voilà... Donc ils savaient ce qu'on faisait. Maintenant à l'hôpital ils savent plus du tout c'qu'on fait. Et c'est dramatique parce que j'trouve que les relations entre l'hôpital et le médecin généraliste c'est deux mondes maintenant. C'est deux mondes et qu'on n'arrive pas à... qu'on a de plus en plus de mal à... De temps en temps moi j'ai des réactions de spécialistes ou de chefs de service qui me, qui m'horripilent j'veux dire...

E : C'est quelque chose que vous essayez d'enseigner aussi aux internes ?

P : Alors j'leur dis, oui... Moi je dis à mes internes : « on est médecins généralistes, on est l'médecin du patient ». J'veux dire... ils ont éventuellement... oui ils peuvent être par

exemple suivis pour une chimiothérapie, pour une... mais moi j'essaie de continuer de les suivre, pendant toute la durée, de pas couper les ponts. Parce que c'est c'qui se passe souvent... A partir du moment où un patient a une pathologie chronique sévère, avec une prise en charge hospitalière ou uniquement spécialisée, ben... on les perd de vue hein, un p'tit peu. De temps en temps on les r'prend, on les voit de temps en temps, on est obligé de reprendre un p'tit peu : « ouais, où est-ce que vous en êtes ? ». Euh... Moi j'exige par exemple, à chaque fois qu'ils font des prises de sang pour leur chimiothérapie, j'demande toujours : « vous dites au laboratoire de m'faire envoyer une copie. Pour mettre dans l'dossier ». Qu'on ne découvre pas tout d'un coup à six heures du soir quand il y a plus personne de joignable que y a un problème quoi...

E : D'accord.

Silence

E : Pour en revenir un p'tit peu à votre rôle de Maître de Stage, est-ce que vous avez l'impression que ce sont deux métiers différents, qu'être médecin et Maître de Stage ?

P : Différents... Oui ça c'est sûr que ça a changé ma pratique... hein. Ça a changé ma pratique parce que moi ça me permet d'échanger. Moi j'dis toujours, c'est le meilleur remède contre le burn out. Pourquoi les médecins sont burn-outés ? c'est parce qu'ils sont seuls. Bon le fait d'avoir quelqu'un d'autre, ça permet d'échanger sur les sujets, d'avoir éventuellement un point de vu supplémentaire. Ce n'est pas désagréable, de temps en temps, d'avoir un point d'vue, un autre point d'vue...

E : Est-ce que vous êtes en attente justement du point de vue de l'interne ?

P : Oui, oui. Moi de temps en temps ils m'apportent des trucs hein. De temps en temps, ben y a certains sujets où, où ils connaissent mieux les réseaux que nous par exemple, les réseaux hospitaliers. Donc ça, ça peut être une aide, parce que ça permet éventuellement de mieux orienter le patient.

E : Est-ce que vous avez une situation concrète à me raconter sur ce sujet ?

P : Récente ? Euh ...

E : Pas forcément... Mais celle qui vous vient en tête.

P : Non mais ça m'est déjà arrivé par exemple de voir des internes... de voir des internes, ouais, qui abordent certains problèmes... Ah tiens, y a une semaine comme ça j'ai découvert que j'avais un d'mes patients qui était venu voir un d'mes internes pour une consultation un petit peu ardue, c'était... ça concernait... pour ce qu'on appelle une transition de genre. Bon c'est un patient que je connaissais. Bon je ne le voyais pas souvent, je le voyais une à deux fois par an. Et puis c'est un problème qu'il a abordé avec mon interne. Voilà. Donc ils ont discuté et puis moi c'est un sujet que j'avais jamais abordé. J'l'ai découvert avec mon interne. Voilà. C'est intéressant.

E : Il était venu pour cette raison ?

P : Ouais il était venu exprès pour ça.

E : D'accord.

Silence

E : Il savait qu'il allait voir l'interne ? Vous pensez que c'est quelque chose qu'il n'a pas osé vous dire ?

P : Ah ça, je sais pas. Non pas forcément. Non non moi j'pense que ... il est tombé sur l'interne. Voilà. Ça s'est bien passé parce que il a vidé son sac.

Rires

P : Il a abordé l'problème sans aucune retenue ni ...

E : Et l'interne par rapport à tout ça était ...

P : Alors bon elle était un p'tit peu en difficultés là, parce que c'est pas un sujet auquel on est habitué sur sa pratique, mais bon elle s'est pas trop mal démerdée.

E : Et donc vous étiez pas du tout en consultation en binôme cette fois-ci ?

P : Nen ça c'était l'SASPAS. Donc on en a parlé au débriefing.

Silence

E : Quand vous êtes en binôme, vous êtes tous les deux derrière le bureau médical ?

P : Oui on est tous les deux derrière le bureau. Y en a un à l'ordinateur puis un éventuellement à côté puis l'inverse. Voilà. Et puis de temps en temps moi j'ai des trucs à faire, des coups de téléphone, donc je laisse l'interne faire la consultation à côté, on a un p'tit bureau donc on est un p'tit peu isolé. Donc il bosse à côté, il l'examine, il fait l'interrogatoire et puis mon j'continue de... hein...

Silence

E : Ça vous arrive d'intervertir les rôles ?

P : Ouais. Ouais.

E : Au cours d'une même consultation aussi ? Ou en général tout est prédéfini avant ?

P : Nan nan... C'est : « ah bah tiens, prend la partie... que j'aime pas » (*en mimant le clavier*). Ils aiment ça.

Rires

P : Moi j'aime beaucoup moins...

E : Donc dans ces cas-là, l'interne est derrière le bureau et vous êtes à côté ?

P : Voilà. Voilà j'suis à côté.

E : Et votre rôle dans ce cas-là, c'est... c'est plus l'examen ou... ?

P : Ah, euh... c'est de l'observation. C'est de l'observation. Voilà.

E : D'accord... Et donc ça peut varier au cours du stage ? Ça ne commence pas forcément par l'interne qui vous regarde, ensuite vous qui le regardez faire... ?

P : Nan. Nan de temps en temps moi je... et puis ça dépend des patients aussi. Parce que je sais qu'il y a des patients qui sont... hein... un p'tit peu réticents vis à vis de l'interne, donc dans ce... quand je sens que ça... que ça va coincer un p'tit peu je prends plutôt la... la partie médicale et puis j'laisse un p'tit peu l'interne observer et puis de temps en temps quand je sais que ça va bien se passer j'lui dis : « tu te débrouilles ».

E : Tout en étant...

P : Tout en étant là, derrière, et puis j'lui dis : « tu te débrouilles et puis je n'interviens pas ».

E : Quand vous êtes à deux, au moment de l'examen clinique... quand il commence la consultation, c'est l'interne qui examine ? Ou vous examinez à deux aussi ?

P : On examine à deux... De temps en temps, j'laisse l'interne, examiner, et puis si j'vois que l'examen est un p'tit peu trop sommaire j'repasse derrière, en disant : « bah il faudrait faire ça, ça... », rajouter un petit peu des... hein.

Silence

P : J'vois de temps en temps, y a des internes qui oublient encore de prendre la tension, ou qui... les gens viennent pour une pharyngite, ils pensent pas à regarder les oreilles. Alors moi j'suis très systématique, j'suis très... hein... moi pour un patient qui vient me voir, même si c'est pour simplement une angine, j'fais un examen complet, je l'ausculte, hein. J'lui prends sa tension. Eventuellement il peut y avoir aussi d'autres choses à évoquer parce que je sais que dans les consultations passées y a eu un problème d'épaule ou un problème de genou. Je réexamine, je vois un p'tit peu où on en est et puis voilà...

E : Et dans ces cas-là, quand c'est l'interne justement qui commence et qui ne fait pas tout ça, qui ne prend pas la tension, etc., vous intervenez au cours de la consultation ?

P : Oui. Dans ce cas-là j'interviens au cours de la consultation...

E : C'est en général bien compris de la part des patients et... ?

P : Oui oui je pense. Petit à petit après ils deviennent un p'tit peu plus systématiques et ...

Silence

E : D'accord. Est-ce que vous pouvez me raconter une situation qui vous a particulièrement marquée avec un interne ?

Silence

P : Là où on a le plus de surprise j'pense, c'est dans les visites à domicile. Parce que ça c'est quelque chose qu'ils découvrent, voilà qu'ils découvrent complètement et pour lesquelles ils font des découvertes... Moi j'l'ai vu avec une de mes tutorés qui avait fait un RSCA sur ça, sur la visite médicale. Sur justement les difficultés de la visite médicale, sur le rôle important de la visite médicale, où elle y a découvert qu'on ne pouvait pas faire de médecine générale sans faire des visites. Ça elle l'a bien compris. C'est bien. Elle m'avait fait un p'tit travail de recherche. J'étais soufflé un p'tit peu de découvrir par exemple que il y a encore des médecins généralistes qui ne font pas de visites... beaucoup plus qu'on croit... Alors que...

Silence

E : Est-ce que vous avez un exemple avec un de vos internes ?

P : Sur les visites ?

E : Ou bien une situation au cabinet qui vous a marquée. Alors ça peut être marquer de manière positive ou négative.

P : Ben de temps en temps... moi j'découvre aussi, de temps en temps, des choses... des choses qu'ils savent pas faire. J'trouve que c'est grave. Je... j'ai eu un coup un de mes internes qui était en stage prat' et puis j'l'avais laissé faire les visites parce que j'avais un empêchement et puis fallait que je vois quelqu'un... donc j'l'ai laissé faire et puis elle m'a appelé, c'était une pyélonéphrite, donc je lui ai dit, écoute dans le sac tu as tout ce qu'il faut, tu peux faire un prélèvement d'urines y a un petit flacon, tu peux démarrer une antibiothérapie et puis éventuellement probabiliste, tu peux éventuellement lui faire une injection de Ceftriaxone. Alors là, j'ai découvert qu'elle ne savait pas faire une intramusculaire... Donc il a fallu que j'dise au téléphone : ben écoutes tu... Alors elle a sorti le flacon mais me dit « comment j'fais », ben j'dis : « y a un solvant et puis y a un soluté et ben tu mélanges les deux et puis tu prélèves dans ta seringue et puis après tu fais ton intramusculaire dans le quadrant supéro-externe de la fosse iliaque externe et puis ben voilà... Elle a découvert ça... Elle était passée aux urgences...

P : Alors maintenant j'dis à tous mes internes et puis à mes tutorés : «si vous passez aux urgences, le but des urgences c'est pas que vous sachiez prendre en charge OAP ou un truc comme ça, c'est de savoir poser une perfusion, savoir faire un prélèvement veineux, une intraveineuse, une intramusculaire, poser une voie d'abord, voilà, faire des gestes... C'est ça. Mais ils ne le font pas. C'est les infirmières qui le font. Alors j'leur dis, ben dans ce cas-là vous demandez à l'infirmière : « le prochain patient, la prochaine perf à poser, ben tu me laisse faire ». Hein... faut qu'ils apprennent. C'est ça qu'il faut qu'ils apprennent...

E : Et par rapport à cette interne-là, vous avez ensuite fait un débriefing ?

P : Ah oui, oui oui j'lui ai expliqué. Y a une époque... bon là j'ai un laboratoire qui est juste à côté, avant j'étais dans un autre cabinet, y avait pas de laboratoire, donc on faisait énormément de prises de sang. Bon y avait certains internes au début, fallait leur réapprendre à faire des prises de sang. Donc voilà, il faut... et j'leur disait : « ben ici c'est comme ça, le laboratoire passe avant quatorze heures prendre les prélèvements et puis tous les gens qui sont diabétiques, hypertendus, si y a une surveillance ils viennent me voir, ils viennent à jeun avec

leur p'tit flacon d'urines et j leur fait la prise de sang en même temps que la consultation. Voilà, c'est comme ça.

E : Donc vous leur apprenez aussi des gestes techniques ?

P : Voilà, des gestes techniques, voilà. Mon interne hier j lui ai appris à faire une incision d'une thrombose hémorroïdaire, il en avait jamais fait... il a jamais vu... il savait pas que ça pouvait se faire d'ailleurs. Voilà. Donc c'est bien, quelque chose... hein... Cette semaine on a eu de la chance, on a eu ça et on a eu un ongle incarné, donc des petits gestes techniques, qu'il est bon de savoir en médecine générale.

E : Dans ces cas-là, c'est vous qui pratiquez ? C'est l'interne qui pratique ?

P : Ah bah le premier coup c'est moi qui pratique et puis j lui dis : « bah le prochain c'est pour toi ».

E : Il y a eu « un prochain » depuis ?

P : Ben j'espère qu'il y en aura d'autres.

Rires

P : Bon on n'en a pas tous les jours. Non mais des petits gestes comme ça de temps en temps. Je sais pas, j'ai eu une infiltration de canal carpien ou ne serait-ce qu'une infiltration ou une ponction de genou... enfin voilà. Des sutures en général ils savent faire, parce que ça ils ont fait ça aux urgences. Donc voilà, il y a des petits gestes techniques qu'ils vont faire eux.

E : C'est quelque chose que vous aimez apprendre aux...

P : Bon moi j'ai appris sur le tas. Moi j'ai pas eu la chance de faire des stages de médecine générale pendant ma formation, j l'ai fait à l'hôpital... j'avais fait... A l'époque, bon c'est assez vieux, j'ai fait mon internat... j'ai fait l'internat ,ce qu'on appelle de région sanitaire, c'était un concours séparé de l'internat de CHU, donc ça m'a permis de faire trois ans dans un hôpital périphérique où j'ai fait quasiment la maquette de la médecine générale qu'il y a là actuellement, ça veut dire que j'ai fait six mois de gynéco, j'ai fait six mois de pédiatrie et puis j'ai fait quatre mois de médecine générale dans des services hospitaliers, de périphérie, donc où il y avait de la médecine polyvalente, plus les gardes d'urgence donc... plus les gardes où on faisait des gardes de chirurgie, des gardes de... où on faisait un peu de tout.

Silence

E : Selon vous quel serait le moment idéal pour faire un débriefing avec l'interne ?

P : Ben le plus vite possible.

E : Donc directement après la consultation ?

P : Nen en fin de journée. Non c'est pas possible... Sinon on y... sinon on y passerait la journée. Non non, moi mes SASPAS... Là par exemple, elle est en train de faire les visites. Aujourd'hui, là, c'était son jour... Ben elle va revenir, j'sais pas, dans trois-quatre heures et

puis on va faire le débriefing de la matinée, de ce qu'elle a vu ce matin et puis des visites qu'elle a faites.

E : Et par rapport aux internes de niveau un ?

P : Là il y a pas de débriefing parce que... le débriefing il se fait au fur et à mesure parce que, alors soit éventuellement tout de suite après la consultation, hein, de temps en temps j'ferme la porte et puis on fait un débriefing avant de prendre le client suivant, hein, à condition de pas être trop à la bourre. Ou alors j'le fais en fin de matinée ou quand on mange. On a une heure ensemble pour manger, donc on peut parler de...

E : Et pour vous ça serait quoi le moment idéal si vous deviez choisir un moment ?

P : Oh, à la fin de la journée c'est bien. Quand ils sont en SASPAS ils notent tout hein. Il fait sa p'tite liste de c'qu'il a fait pour les différents patients et on voit aussi le dossier hein. Autrement j'revois l'dossier. De temps en temps y a des patients que j'connais pas forcément très bien ou bien ils ont eu des clients de mon épouse que j'connais pas bien donc voilà... J'r'ouvre le dossier et puis je... on revoit l'dossier ensemble.

E : Ça vous arrive de reprendre la prise en charge de l'interne lors d'un débriefing, toujours dans le cadre du stage praticien de niveau un ?

P : Euh... Ouais de temps en temps. Bon ça m'est arrivé deux ou trois fois d'avoir à téléphoner au patient pour éventuellement préciser deux-trois p'tites choses, voilà, mais en général j'laisse l'interne le faire. On en discute et puis j'dis: «tu retéléphones à la patiente. Si tu penses que tu as oublié quelque chose hein... ».

E : Qu'est-ce que la maîtrise de stage vous apporte en dehors d'une forme de « protection contre le burn-out » ?

P : Euh... bah ça permet d'avoir un p'tit carnet d'adresse de remplaçants et ça c'est pas négligeable. Hein, quand je vois de temps en temps les confrères qui ont des difficultés pour trouver des remplaçants. Moi je n'en ai pas trop encore.

E : Et dans votre vie de tous les jours, en dehors de la pratique médicale ?

P : Ça permet de rencontrer des... moi j'aime bien... ouais, moi la formation permanente c'est pour rencontrer des gens. J'ai jamais pu faire de formation en ligne. A chaque fois on m'en propose, j'leur dis : « non attendez, moi de la formation c'est pour rencontrer des gens ». Si c'est pour faire ça en ligne, derrière un ordi, c'est pas la peine, ça m'intéresse pas.

E : Est-ce que ça vous arrive de garder contact avec les internes ?

P : Ouais. Ouais ouais, parce que de temps en temps il y en a qui me remplacent, y en a qui me remplacent régulièrement. Voilà.

E : D'accord. Et donc tous les midis vous mangez avec l'interne de niveau un ?

P : Ouais, on mange ensemble.

E : Vous discutez d'autres choses... ?

P : Ah on discute aussi d'autres choses, hein oui c'est ça, ça permet aussi d'échanger, ben sur leur carrière professionnelle, sur ce qu'ils envisagent de faire plus tard, sur des choses qu'ils ont rencontré éventuellement sur d'autres terrains de stage...

E : Est-ce vous avez déjà été confronté à des situations où la communication semblait un p'tit peu fermée avec l'interne ?

P : Parfois oui. Oui de temps en temps y en a... Oui oui y en a de temps en temps avec lesquels on a des difficultés. Bon j'suis pas là pour les descendre, hein, j'ai jamais invalidé de stage, hein. J'aurais pu, peut-être...

E : Qu'est-ce qui vous a poussé à ne pas le faire ?

P : Oh bah j'pense... j'me dis que de toute façon s'ils ont des difficultés, il faudra qu'ils les résolvent eux-mêmes, donc...voilà... après ça sera leur vie professionnelle... hein... Moi j'veux dire j'ai appris beaucoup de choses sur le tas aussi... Quand j'me suis installé, j'étais loin de tout connaître et de tout savoir. Tant au point de vue bagage scientifique qu'au niveau contact, écoute empathique, entretien motivationnel, etc.

E : Donc vous considérez que les internes sont toujours des étudiants en formation et que... ?

P : Ouais. Voilà...

E : Et vous avez un exemple d'une situation ?

P : Non bah j'ai un tutoré par exemple qui a de réelles difficultés, qui arrive de P. et qui a visiblement un bagage scientifique insuffisant et qui s'est fait invalidé son stage de... son premier stage de médecine hospitalière... Donc en première année de médecine hein, voilà. Et puis qui a fait... bon alors celui-là je ne m'en occupe pas hein, un tutoré, il est pas chez nous hein, on le suit à distance hein, on se met éventuellement en relation avec les gens qui... avec leur sénior... Mais j'en ai un par exemple qui a de réelles difficultés donc sa phase socle n'a pas été validée. Et puis qui m'a fait des RSCA dégueulasses hein... bâclés... voilà.

E : Comment peut-on selon vous aider l'interne dans ces cas-là ?

P : Ben c'est parfois difficile parce que de temps en temps il y en a qui ont des réels problèmes... alors soit burn-out, soit... Ou alors qu'ils découvrent qu'ils sont pas forcément fait pour ça. Ça, ça arrive encore malgré...

E : Est-ce que ça vous est arrivé justement ?

P : Ben j'pense que ouais ouais y en a quelques-uns... Je sais moi, moi je sais pas ce qu'ils sont devenus mais y en a qui ont des réelles difficultés à mon avis qui...hein... Il faudra qu'ils s'orientent peut-être différemment après par la suite, je sais pas...

Silence

P : Parce que je veux dire, on peut très bien faire ses six ans de médecine, avec des troubles psychologiques graves et puis passer entre les mailles du... entre les mailles du filet... Ça, moi, je... Bon de tout temps ça a été fait... j'me souviens à l'époque où j'étais étudiant, y en avait qui étaient pas fait pour ça...

E : Alors, dans ce cas-là, comment le dépister en stage ?

P : Ah bah alors-là il faut... il faut après essayer de les orienter vers autre chose hein... vers de la médecine éventuellement... de la médecine où y a pas trop de patients... *Rires*. Ça existe...

E : Comment est-ce qu'on le ressent justement... ? Quand on est maître de stage, comment est-ce qu'on ressent que l'interne n'est pas fait pour ça ?

P : Ah bah on le voit quand ils ont des problèmes de contact avec les patients, où ils ont visiblement une démarche qui est pas très empathique... où ils engueulent éventuellement, pas engueuler mais, où ils sont pas... voilà ils se mettent pas à la place du patient... La démarche empathique c'est se mettre à la place du patient et puis de... hein... Du renforcement du positif... hein... de pas être là toujours à dire : « fais pas ci, fais pas ci, fais pas ça », c'est pas l rôle du médecin.

E : Ça vous est déjà arrivé justement d'assister à une situation comme ça, quand vous étiez là en tant qu'observateur ?

P : Oh bah de temps en temps oui, y a des internes qui sont très... hein...

E : Comment est-ce que vous intervenez dans ces cas-là ? Enfin, est-ce que vous intervenez ?

P : Pas forcément. Pas forcément dans ces cas-là mais j'interviens après. P't'être pas forcément en présence du patient, hein, mais après. En leur disant que, bah voilà... on est là pour donner des conseils au patient, pour le rendre autonome, capable de gérer sa maladie lui-même. On est que là pour, pour encadrer, pour diriger un p'tit peu mais c'est...

E : L'accompagner... ?

P : Accompagner le patient... Et accompagner le patient parfois contre l'avis d'autres médecins. Ça m'est déjà arrivé de temps en temps d'intervenir en disant maintenant ça suffit, où je vois des patients qui sont malmenés, qui vont de services en services et où y a... voilà... où chacun met son grain d'sel et le problème est pas résolu... C'est ça la beauté de la médecine générale, on est là pour faire la synthèse de tout ça et puis de protéger les patients de temps en temps, contre les dangers de la médecine. *Rires*. Parce que la médecine c'est parfois dangereux.

E : Et ça les internes le comprennent bien ?

P : Nan. Nan parce que ils n'ont pas été formés comme ça. Ils ont été formés avec des patients, euh, des patients dociles et passifs... A l'hôpital, c'est des patients souvent qui sont souvent en mauvais état donc... puis qui sont dans leur lit, qui discutent pas... Ça c'qu'ils découvrent, c'est qu'un patient en médecine générale, ça discute hein... Ça discute et ça...ça discute et ça vous... ça vous... de temps en temps ça vous... ils vous remettent en place aussi

en disant : « attendez... euh, c'que vous me proposez là, attendez c'est quoi ça ? ». De temps en temps y a des patients, il faut de temps en temps leur redonner des objectifs, qui soient à peu près, qui tiennent un peu la route hein... J'dis souvent... moi je pose de temps la question au patient : « mais quel est l'objectif ? », on leur dit : « mais qu'est-ce que vous avez comme objectif ? » mais souvent ils sont... ils sont complètement à côté de la plaque. Un patient à haut risque cardio-vasculaire, les objectifs c'est les chiffres, et ça c'est l'hôpital qui les a formés comme ça. L'objectif c'est les chiffres hein. Donc c'est pas ça en médecine générale. Quand on suit un patient à haut risque cardio-vasculaire, l'objectif c'est de lui éviter les complications cardio-vasculaires. Ça les patients en sont pas du tout conscients, ils sont là, accrochés à leur 14/8mmHg de tension, ou à leur cholestérol qui baisse pas. Attendez non, c'est pas ça. Vous avez une statine, vous avez un traitement antihypertenseur, vous êtes cardio-protégés, voilà. L'essentiel est fait.

E : Ce sont des choses que les internes apprennent au cours du stage ?

P : Ouais voilà. La prise en charge globale du patient...

Entretien interrompu par la venue d'un patient.

P : Le rôle du médecin généraliste, le rôle du médecin généraliste, qui est de plus en plus, j'trouve, malmené... Euh...

E : Par qui ?

P : Ben par le... ben par tout. Par la fac, par l'hôpital et peut-être aussi par le département de médecine générale. J'trouve que les objectifs de la médecine générale c'est les soins primaires, hein... Ça c'est quelque chose qu'il faut pas oublier. On est là pour faire des soins primaires et de plus en plus, ben ce domaine, ce domaine est amputé... est amputé par... on voit plus de... pourquoi ? parce que les gens vont directement aux urgences. Parce que les gens vont directement chez le spécialiste, parce que... Voilà... hein... Ben parce que par exemple les... les patients... les médecins ne font plus de visites, parce que... voilà... ils s'écartent. Il y a une petite partie de la population qu'ils ne prennent pas en charge. Alors moi j'suis un petit peu... j'suis p't'être un vieux con hein, de la vieille école, mais j'trouve que voilà... On devrait, on devrait encore avoir des urgences en médecine générale. Quand je vois des médecins généralistes qui ne travaillent que sur rendez-vous et puis... où c'est la croix et la bannière pour... pour avoir une consultation non programmée... Moi j'dis : « attendez, là c'est plus de la médecine générale ».

E : Vous pensez que c'est une situation qui va évoluer comment ?

P : Ben... je sais pas. Ça c'est politique hein... Moi j'suis désolé, j'étais de garde ce week-end... j'étais de garde ce week-end, euh... j'ai vu deux patients... Un patient samedi, deux patients dimanche. Et... je suis sûr qu'il y a plein de gens qui se sont retrouvés aux urgences à l'hôpital parce que la permanence des soins leur a dit : « allez hop vous vous taillez aux urgences et puis voilà ». Il suffisait de dire qu'il y avait un médecin de garde. Qu'il y avait un médecin de garde qui pouvait très bien... alors y a des p'tites mamies qui s'retrouvent aux urgences alors qu'elles n'ont rien demandé. Des nourrissons qui se retrouvent aux urgences pour une pathologie bénigne et qui vont chopper plein de saloperies aux urgences parce qu'ils vont côtoyer des gens vraiment malades... Voilà...

E : Ce sont des choses aussi que vous enseignez à vos internes ?

P : Ah ben moi oui, j'essaie de leur montrer qu'il faut... hein... Qu'un patient qu'on voit comme ça en urgence, on a l'temps, il faut pas tout de suite dire : « oh ben c'est pour les urgences ». Non. Il faut aussi... on fait d'la médecine longitudinale, on a le temps hein. On a le temps, de temps en temps. On peut très bien voir un patient le matin, faire une biologie de débrouillage et puis revoir le patient l'après-midi ou le lendemain sans qu'ça porte atteinte à sa sécurité et puis que... voilà... Médecine de premier recours mais... mais la médecine de premier recours est de plus en plus malmenée...

P : J'vois par exemple... j'vois encore des médecins qui refusent de prendre des nouveaux patients, dans leur patientèle... Moi j'ai jamais pu le faire... Moi... Je peux pas l'faire ça...

E : Vous pouvez pas parce que vous voulez pas l'faire ?

P : Nan je veux pas l'faire. Je trouve que c'est... Je peux pas refuser un patient de v'nir me voir. Hein ? J'peux éventuellement l'engueuler et puis lui dire : « vous vous êtes trompés d'adresse » ou... voilà... mais j'peux pas lui r'fuser l'accès au cabinet sous prétexte qu'il n'a pas de médecin traitant. Moi j'vois dans certaines zones maintenant y a des patients qui arrivent et qui me demandent timidement : « Docteur est-ce que vous voulez bien devenir mon médecin traitant ». Alors j'leur dis : « ouais bien sûr y a pas de problèmes, mais pourquoi ? ». « Ah ben parce que j'ai essayé plusieurs refus ailleurs ». Hein... donc ça va pas là... Bon je sais qu'on a un problème de démographie médicale mais...

E : Et là vous sentez que votre charge de travail...

P : Elle augmente. J'aimerais bien lever le pied... mais les médecins, les jeunes médecins ne veulent pas s'installer. Bon ça pareil... De temps en temps j'ai envie de leur dire au Département de Médecine Générale : « attendez, on forme des médecins... on a trois années de DES et on forme des médecins qui ne s'installent pas. Alors à quoi on sert ? ». Ben j'me suis déjà posé la question, moi, plusieurs fois à m'dire : « à quoi je sers ? ». C'est bien de faire partager son expérience, d'avoir un jeune interne à côté mais... si c'est pour pas... pour qu'à la fin il s'installe pas euh... on a tout raté... on a tout raté là...

P : Bon après ils se complaisent dans les joies du remplacement... hein... C'est facile. C'est de la médecine facile les remplacements. Vous avez tout le bon côté sans les emmerdes.

Rires

E : Est-ce que justement vous discutez de tout ça avec votre interne en lui parlant de l'installation, ...

P : Souvent. Ben souvent moi j'leur dis : « moi j'essaie de faire de la médecine de premier recours. Et c'est à ça qu'il faut que vous vous formiez ». Normalement, je veux dire, en médecine générale, vous devez normalement satisfaire une demande de consultation dans la journée. Vous vous démerdez mais... Hein ? Il suffit de s'organiser, c'est tout. De se ménager de temps en temps des petits créneaux. Bon c'est sûr que de temps en temps ça fait terminer le soir à 20H30 ou 21H. Ça c'est des choses qui arrivent aussi. Bon c'est pas toujours le cas. Bon j'pense que la médecine de campagne on est plus formé à ça parce que... on est loin de tout hein.

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 8^{ème} entretien

Présentation de l'étude.

E : Depuis combien de temps êtes-vous Maître de Stage Universitaire ?

P : Depuis 2004, donc ça fait quatre... trois ans.

E : D'accord... Actuellement vous avez des internes de niveau un ?

P : J'ai deux internes de niveau un et un SASPAS.

E : D'accord.

E : Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulée la dernière consultation avec votre interne de niveau un ?

P : Alors... la dernière consultation... Euh... Alors je pense qu'elle était à l'ordinateur et qu'elle posait... qu'elle notait surtout... euh... c'est moi qui ai fait l'examen clinique et elle a noté... euh... les... les données de l'examen clinique...

E : D'accord...

P : Euh... voilà...

E : Comment est-ce que ça se passe en début de stage ou même en début de consultation avec les internes de niveau un ? Vous définissez un peu le rôle de chacun avant la consultation ?

P : Oui. Alors là c'est son deuxième jour de stage avec moi parce qu'en fait le mois dernier j'avais mon autre interne et là j'ai changé et donc c'est comme si c'était le tout début du stage.

E : D'accord...

P : Donc c'est pas forcément représentatif de c'qui s'passe ensuite... Au départ, les premiers jours j leur demande d'être plus observateurs et de se familiariser avec le logiciel. Du coup... euh... c'est... euh voilà, ils sont plus sur l'ordinateur et ils ont moins de contact avec le patient.

E : C'est une phase qui dure combien de temps ?

P : Ça dure pas longtemps parce qu'en fait j'trouve que généralement le... l'informatique ça s'passe... enfin y a pas trop de problèmes...

E : D'accord...

P : Ils arrivent vite à maîtriser l'outil donc...

E : Cette phase sert plutôt de phase d'adaptation de l'interne par rapport à l'informatique ?

P : Oui et puis bah... pour voir un peu ma façon de travailler, de tenir les dossiers... euh... voilà et puis comme ça il peut bien relire le dossier...

E : D'accord...

P : J leur demande... comme j consulte que sur rendez-vous, j leur demande de venir à l'avance, avant les consultations, pour déjà voir les dossiers, repérer... enfin... et puis avoir l'habitude de vérifier que le dossier est bien complet, qu'on a les dates des derniers vaccins, des derniers dépistages. Vérifier si il n'y a pas une question en cours qui a pas été réglée...

E : Donc ça c'est quelque chose que vous faites systématiquement avant la consultation ?

P : Ben j demande à l'interne de venir en avance pour justement faire ça...

E : D'accord. L'interne est à ce moment-là seul ?

P : Oui. Disons que je ne suis pas devant l'ordinateur. Il commence seul, enfin il regarde seul, j suis pas forcément même présente dans le cabinet, ça dépend si c'est le matin ou l'après-midi...

E : D'accord... Et donc pendant les phases de consultations où vous êtes ensemble, comment ça se passe ? Est-ce qu'avec tous les internes c'est la même chose ou d'un interne à un autre c'est...

P : J m'adapte un peu en fonction de l'interne. J m'adapte aux patients également, parce que je sais qu'il y a des patients qui souhaitent que ça soit plutôt moi qui les examine, d'autres je sais que ça leur est égal donc... voilà... donc au moment de l'examen je dis pour certains patients : « ben là j'y vais » alors que l'interne y serait p't'être allé...

E : Et ça vous l'savez comment ?

P : Je le sais parce que les patients m'ont dit : « oh je préfère quand vous êtes tout seul, j'aime mieux que ça soit vous qui m'examiniez » ...

E : Et vous pensez que c'est ressenti comment de la part de l'interne ?

P : Oh j'sais pas, en général j pense qu'il comprend...

E : D'accord... Et de la part du patient ?

P : Après y a pas énormément de patients qui demandent à ce que ça n'soit... enfin que ça soit moi systématiquement donc... J'essaie d'épargner aussi un peu mes patients parce que c'est pas toujours facile pour eux de nous voir tout l'temps avec quelqu'un. Surtout là depuis que

j'ai un double binôme, donc... En fait je suis tout l'temps accompagnée, ça ils trouvent... ils m'ont quelque fois des remarques...

E : Et comment est-ce que votre relation avec vos patients a-t-elle évoluée depuis que vous avez justement des internes ?

P : Ben j'pense que... je pense que le fait d'avoir... d'être formateur pour des jeunes médecins c'est valorisant pour le médecin, enfin c'est valorisant pour le praticien et que du coup les patients sont plutôt contents de participer à la formation des jeunes médecins et du coup donnent aussi une... une idée... enfin, comment dire ? Ont d'une idée plus... peut-être plus favorable vis à vis de leur médecin...

E : Vous avez eu des retours justement de la part de patients sur ce sujet ?

P : Alors quelques fois y a des patients qui disent à mes internes : « oh vous avez de la chance, vous allez être bien formé. Donc bon ça fait plaisir quand même... et puis du coup eux j'pense qu'ils se rassurent en s'disant : « bon ben voilà, effectivement ça doit être un bon médecin puisqu'elle forme d'autres médecins. Et puis j'ai aussi des patients qui disent quelques fois : « oh c'est bien que vous preniez des jeunes médecins, c'est important » ...

E : D'accord... Est-ce que vous avez déjà ressenti des difficultés lors de la consultation à deux avec l'interne ?

P : Alors oui... Ça arrive quelques fois que j'ai l'impression que je ne comprends pas les choses comme l'interne. Parce que par exemple quand c'est lui qui prend les données sur l'ordinateur, j'pense plus au niveau de l'interrogatoire. Quelques fois j'ai l'impression qu'il a compris quelque chose et que moi j'ai compris autrement et ça, ça me perturbe.

E : Comment vous procédez dans ce cas-là ?

P : Ben en fait on en discute après avec l'interne, mais moi j'aurais tendance à corriger et à écrire ce que j'ai ressenti moi de c'qu'a dit l'patient plutôt que ce qu'a écrit l'interne. Alors après j'pense que c'est parce que quelques fois j'connais bien les patients et que... j'ai un... enfin j'intègre ma consultation dans un contexte que l'interne ne connaît pas et que du coup il peut interpréter différemment. Mais j'ai p't'être tord quelques fois, peut-être que j'ai cru comprendre quelque chose que disait l'patient mais que j'ai mal compris ou que j'ai interprété et que du coup... j'vais l'retranscrire à ma façon alors que c'est p't'être faux, je ne sais pas... Mais c'est vrai que... j'avoue j'prends pas toujours le temps d'en rediscuter après avec l'interne mais...

E : Est-ce que vous avez un exemple concret ? Une situation ?

P : Ben là non pas vraiment, parce que là je trouve qu'en ce moment ça ne s'est pas produit avec mes derniers internes, donc j'peux pas trop vous dire...

E : Alors, dans ces cas-là comment ça se passait ? C'est lors de l'interrogatoire, mais quand vous étiez en train de faire l'interrogatoire ou au moment...

P : Voilà. Quand... bon c'est souvent au final... enfin, soit c'est l'interne qui fait l'interrogatoire et qui note en même temps, soit c'est moi qui fais l'interrogatoire et l'interne

qui note et donc quelques fois... euh... il a p't'être du mal à prendre les notes en même temps et... ça va p't'être trop vite, du coup il interprète... Et d'autres fois c'est lui qui fait l'interrogatoire et moi qui note donc c'est vraiment... Y a pas de rôle fixe... Ça dépend. C'est un peu, j'improvise un peu chaque fois. Quelques fois j'ai tendance à prendre la main sur l'ordinateur quand je suis un peu pressée parce que... j'trouve qu'on a pris du retard mais... au début, en général j'laisse... les premières consultations l'interne est au clavier, il fait l'interrogatoire ou pas selon l'cas...

E : Et lorsque vous avez l'impression justement que vous avez interprété différemment les choses, c'est lors de la consultation ou c'est plutôt lors du débriefing après ?

P : Ah ben c'est pendant la consultation. J'me dis : « mais il écrit ça mais moi j'ai pas compris ça, de c'qu'a dit le patient ».

E : Et vous en parlez au moment de la consultation ?

P : Non pas au moment de la consultation. Pas forcément après non, plus parce que bon... au fur et à mesure de la demi-journée de consultation je pense pas toujours : « ah bah oui il faudrait que je rediscute de ça après avec l'interne ». Ça n'a pas forcément... disons que c'est pas forcément là-dessus qu'on débriefera quoi...

E : D'accord... Quel est le moment idéal selon vous pour faire un débriefing de qualité ?

P : Oh bah à la fin de la demi-journée de consultation. Et puis... on discute beaucoup aussi quand on fait des visites à domicile, dans la voiture.

Silence

P : Et autant aux repas... Enfin ça dépend des internes parce que y en a qui mangent pas forcément avec moi...

E : Ça vous arrive de discuter de cas aussi entre deux consultations ? D'éclaircir quelques points ?

P : Alors quelques fois oui, j'prends l'temps, quand c'est des cas un peu particuliers, que l'interne n'a pas forcément... enfin soit, comme j'travaille sur rendez-vous je sais qui va venir, donc je peux déjà expliquer un peu l'histoire du patient à l'interne pour que il soit un peu au courant, soit à la fin de la consultation, avant de prendre le suivant je lui dis deux trois mots : « ah bah tu vois là j'ai fait comme-ci parce que c'est un cas particulier » ou j'donne un p'tit mot sur l'contexte familial ou le vécu d'autres pathologies...

E : Ça vous arrive aussi de faire des, d'avoir une réflexion à voix haute avec l'interne au cours de la consultation devant le patient ?

P : Oui... ça j'aime pas toujours... j'essaie d'éviter quand même. J'dis aux internes : « bon si on a une discussion à avoir c'est mieux en dehors de la présence du patient. Par exemple si l'interne n'est pas trop d'accord avec ce que j'fais, j'préfère que ce soit quand même après... Par contre, quelques fois... ben j'bute sur un truc, je sais pas... je demande à l'interne si il a des idées, si il sait... Après... j'pense pas que ça gêne forcément les patients ça...

E : Vous ne ressentez pas de... Enfin il n'y a pas de ressenti particulier de la part des patients ?

P : Ben ils m'ont jamais dit... enfin après j'pense qu'ils ne le disent pas en face : « ah mon médecin est nulle il faut qu'il demande à son interne », bon... j'espère qu'ils ne réagissent pas comme ça... mais j'pense... parce que ça fait plus partie de ma façon de voir ma maîtrise de stage, ma façon d'exercer ce métier de maître de stage... c'est plus un travail en commun, c'est plus un compagnonnage que la descente du maître vers l'élève... le maître sachant tout et l'élève ne sachant rien, au contraire j'trouve que c'est un échange.

E : Et comment justement est-ce que vous procédez à ce compagnonnage au cours de la consultation avec l'interne ?

P : Ben justement en l'interrogeant sur bah ce qu'il sait que je ne sais pas ou sur... euh... sur son expérience sur une donnée précise, qu'il a peut-être plus que moi, ou au contraire si bah je vois qu'il bute sur un truc qu'il connaît pas j'dis : « bah si tu veux on en reparlera si tu sais pas trop » ...

E : Comment est-ce que vous le voyez justement quand il bute sur quelque chose ? Comment est-ce que ça se ressent ?

P : Ben ça dépend des internes mais... par exemple au moment de la prescription quand ils savent pas trop comment orienter la... comment faire l'ordonnance, j'leur dis : « bah tu connais p't'être pas ce médicament, on va le prescrire-là et puis j't'expliquerai après son intérêt dans ce cas précis » ...

E : D'accord. C'est lui qui vous regarde, qui vous demande de l'aide où vous intervenez spontanément dans ces cas-là ?

P : Ben c'est l'un ou l'autre... Après y a des internes qui... j'pense qu'il y en a qui osent pas trop demander mais quand j'les vois hésiter ben je les aide.... Et puis y en a d'autres au contraire qui foncent et j'dis : « oh stop-là ». J'en ai pas eu beaucoup des comme ça, heureusement, mais « hop ! attends on va p't'être réfléchir un peu, j'suis pas d'accord avec c'que tu fais ». Euh voilà...

E : Est-ce que justement vous avez une situation concrète avec un interne, où vous n'étiez pas d'accord avec sa prise en charge ?

P : Ben j'en ai eu un l'année dernière, au premier semestre... un interne de premier semestre, j'ai trouvé ça très très dur. Cette année j'ai une huitième et une neuvième année, donc elles ne sont pas en premier semestre du coup et j'trouve que c'est beaucoup mieux...

E : En niveau un ?

P : Oui.

E : D'accord. Qu'est-ce qui était difficile avec l'interne de premier semestre ?

P : Enfin j'pense que ça tenait plus à sa personnalité. C'était un... un tout fou, qui fonçait sans réfléchir. J'disais : « mais attends, poses-toi un peu ».

E : Comment se sont passés les six mois justement avec cet interne ?

P : Ben il était très sympathique donc ça s'est bien passé mais j'ai quand même un peu souffert... un peu souffert parce que en fait j'étais pas sereine, parce que j'étais obligée de le surveiller tout l'temps quoi, je... j'arrivais pas à lui laisser tellement d'autonomie parce que je... il partait dans tous les sens et j'arrivais pas à l'cadrer et c'était vraiment... c'est la première fois que ça m'est arrivé alors que j'en ai quand même eu pas mal des stagiaires donc... en quatorze ans...

E : C'est quelque chose que vous avez ressenti dès le début du stage avec cet interne ?

P : Ouais... très vite...

E : Et comment ça... comment lui a évolué sur les six mois ?

P : Ben pas forcément très bien...

Silence

E : Il a fait des consultations seul ?

P : J'l'ai laissé en autonomie... alors bon j'pense qu'il s'en est pas mal sorti et à la limite il valait p't'être mieux que je vois pas comment il faisait parce que...

Rires

P : Voilà, ça me stressait...

E : Et comment justement vous... vous vous sentiez au moment où il consultait seul et où vous n'aviez pas ce regard... ?

P : Ben en fait j'étais dans un autre bureau et puis je suivais un peu ce qu'il mettait sur l'ordinateur, voilà...

E : D'accord... Donc il y avait toujours un contrôle mais un peu plus indirect... ?

P : Oui voilà...

E : Et les consultations avec lui...

P : J'l'ai jamais laissé tout seul au cabinet en fait. J'suis jamais allée faire une visite ou autre en le laissant tout seul...

E : Et les consultations avec lui se passaient comment justement ?

P : Bah j'étais complètement stressée...

Rires

P : Parce qu'il me stressait... Parce que je le trouvais incontrôlable... et je lui ai dit... Si c'est moi qui menais la consultation, ben il était complètement déconnecté, j'avais l'impression qu'il suivait plus et si... ou alors il essayait d'intervenir mais comme il n'avait pas suivi il partait dans une direction qui était pas... forcément celle que j'aurais voulu... mais bon c'était... c'était compliqué...

E : Vous en avez discuté ensemble ?

P : Oui j'lui ai dit : « écoutes, t'es pas concentré... il faut que tu fasses vraiment un effort, c'est pas un manque de connaissance mais... et puis tu veux aller trop vite, tu réfléchis pas... ». Le patient arrivait, il se précipitait pour l'examiner, j'dis : « mais attends, y a un interrogatoire quand même ».

E : Et vous avez senti un changement après cette discussion ?

P : Ouais... à la fin j'pense, quand même, il a fait un p'tit peu plus attention... euh... en fin de compte j'l'ai eu que trois mois parce qu'il a fait trois mois chez l'un, trois mois chez moi, trois mois chez un autre maitre de stage...

Silence

E : Donc votre ressenti de ce stage-là avec l'interne ? Si on devait résumer...

P : Ben c'est que j'avais peur de retomber dans une même situation quoi... Maintenant on peut avoir des internes de premier semestre donc c'est un peu... enfin pour moi ça me pose vraiment problème... premier semestre... Alors, parce que j'ai ce vécu-là... Apparemment ça se passe mieux avec d'autres maitre de stage. Quand j'en discute avec des maitres de stage qui ont eu des internes de premier semestre, ça s'est bien passé donc j'pense que c'était quand même un peu... ça tenait à la personnalité de cet interne-là...

E : Est-ce que maintenant, avec un petit peu de recul vous avez une idée de comment agir dans cette situation ?

P : Ben, j'pense qu'il aurait p't'être fallu que j'le cadre plus vite quoi... Là j'l'ai laissé p't'être un peu trop... trop se débrouiller au début et finalement trop prendre des choses... enfin j'l'ai lassé faire... trop prendre des initiatives qu'il n'aurait pas dû prendre quoi... donc après c'était plus difficile de reculer...

E : C'est-à dire... ?

P : Euh...

Silence

P : Euh comme ça j'arrive pas, j'pourrais pas dire...

Silence

E : Des initiatives dans la prise en charge ?

P : Non ben par exemple le fait de commencer l'examen avant d'avoir fini l'interrogatoire... J'dis pas qu'il faut... j'dis pas qu'il faut pas continuer l'interrogatoire en examinant le patient, c'est utile, mais j'avais l'impression... Ça j'aurais dû dès le départ lui dire : « non, poses-toi ». Interroge le patient et après tu vas l'examiner avec un peu une idée de ce que tu vas faire ». Peut-être qu'il avait encore trop l'habitude de l'hôpital où on examine les gens de la tête aux pieds, alors que en consultation on cible quand même sur le motif de la consultation et on se limite à l'examen qui... qui voilà, justifie ce motif-là. Peut-être que j'aurais dû, dès le départ lui dire : « attention, ici c'est pas l'hôpital, on a pas toute sa matinée pour examiner le patient. On a vingt minutes de consultation ». Enfin c'est le temps que je me donne... euh... c'est déjà pas mal... mais...

E : Est-ce que vous pensez qu'après c'est plus compliqué de « recadrer », pour reprendre vos mots, l'interne une fois qu'on l'a laissé prendre quelques habitudes ?

P : Ben oui, certainement ouais...

Silence

E : En quoi est-ce que c'est plus compliqué ?

P : Ben une fois qu'il a pris ses habitudes et ses libertés c'est plus difficile de dire : « bon ben maintenant, mon gars, c'est moi qui dit c'qu'il faut faire et puis t'as tant de temps pour amener... tant de temps pour faire l'interrogatoire, tu respectes ». Enfin, faut pas être trop rigide non plus...

E : La discussion était possible ? La communication était ouverte ?

P : Ah oui, il était très sympa... aucun souci... on discutait bien mais...

E : Est-ce que vous avez un exemple de situation avec un interne avec qui la communication était difficile ?

P : Ben y a des... Ça m'est arrivé d'avoir des internes un peu introvertis... qui peut-être ne voulaient pas trop parler, je sais pas... Moi j'ai jamais ressenti la communication comme étant difficile...

E : D'accord... Et avec un interne un p'tit peu introverti, comment est-ce qu'on arrive à faire une consultation à trois, à le rendre un p'tit peu plus à l'aise on va dire, lors des consultations à trois ?

P : Ben en fait en le laissant faire quoi... En essayant de s'effacer le plus possible...

Rires

P : Mais c'est difficile parce que le patient a... Alors y a des patients qui... bon quand ils voient que c'est l'interne qui mène la consultation, ils jouent le jeu et répondent à l'interne. Mais y en a d'autres, y a pas moyen, si j'suis à côté ils s'adressent à moi... et l'interne fait figuration, secrétaire...

Rires

L : Est-ce que vous arrivez justement à rediriger un p'tit peu le patient vers l'interne dans ces cas-là ?

P : Oui, plus ou moins... Pas toujours... Ça marche pas toujours...

E : Comment vous faites dans ces cas-là ?

P : Ben je demande à l'interne de... quelques fois il le fait tout seul... c'est lui qui intervient dans la conversation et puis du coup j'pense que le patient va se tourner quand même un p'tit peu plus vers l'interne si il voit que c'est lui qui mène la conversation...

Silence

E : Durant ces quatorze ans de maîtrise de stage, comment est-ce que vous ressentez que votre façon de faire ce métier de maitre de stage a évolué ?

P : Comment est-ce que je ressens ? Ben... Déjà quand... quand j'ai commencé j'avais pas de formation, parce que ça n'existait pas à l'époque... Donc... mon binôme ma' dit : « ben écoutes, vas-y... voilà... ». Il avait dû me donner quelques conseils mais pas trop donc c'était un p'tit peu... j'me suis lancée... En plus à l'époque c'était moi qui prenais l'interne pendant trois mois, enfin j'ai fait ça pendant dix ans hein... J'prenais l'interne pendant trois mois et ensuite il passait trois mois chez mon binôme...

P : Et donc... et ben c'était bien parce que... au bout de trois mois et bien je pense que je l'avais bien habitué à une certaine pratique et puis il se sentait un peu à l'aise et un peu mon clone...

Rires

P : Et puis il était bien prêt à aller dans un autre cabinet avec des habitudes qu'il avait prises, pas forcément les mêmes que les miennes, mais déjà... au bout de trois de stage on se sent un peu plus à l'aise même si on est pas dans le même cabinet avec les mêmes patients et le même maitre de stage... Et bon... finalement je regrette... J'pense que j'étais pas au top de... Enfin j'dis pas qu'je le suis maintenant mais j'étais pas au top du Maître de Stage dans mes premières années... Après il y a eu des séminaires auxquels j'ai participé pour la formation des Maître de Stage, c'est pour ça, ça m'a appris pas mal de choses...

E : Les séminaires vous en faites depuis combien de temps ?

P : Je sais pas... Euh franchement je sais pas... Je sais plus quand j'ai fait les premiers... Après j'en ai fait pas mal parce que j'ai fait des séminaires sue la recherche qualitative, sur la direction de thèse, sur l'accueil des SASPAS...

E : C'est quelque chose que vous avez débuté longtemps après le début de la maîtrise de stage ?

P : Ah oui, peut-être bien cinq-six ans après...

E : D'accord...

Silence

E : Selon vous quelles seraient justement les qualités d'un bon Maître de Stage ?

P : Euh...

Silence

P : Ben déjà qu'il ait... que ça soit un pédagogue, qu'il sache bien expliquer pourquoi il fait telle chose, comment... Par exemple refaire l'examen clinique si l'interne n'est pas trop à l'aise, pour bien lui montrer...

Silence

E : D'accord...

P : Euh... Et puis bon, savoir mettre en valeur ce que fait l'interne quand c'est bien et puis savoir lui dire quand c'est pas bien...

E : Comment est-ce qu'on peut mettre en valeur justement les...

P : Ben rien qu'en disant : « c'est bien. J'trouve que c'est bien c'que tu fais, t'as une bonne vision des choses. T'as de bonnes connaissances ». Enfin ça c'est quelque chose que je fais peut-être pas tellement... J'ai eu une interne qui ensuite avait dit à mon binôme que... je sais plus... enfin elle me faisait des reproches... et je l'avais fait pleurer il paraît... bon elle a pas pleuré devant moi mais... parce que je lui disais jamais que c'était bien ce qu'elle faisait... Alors après je me suis dit : « mince, ben faudrait p't'être que je dise ça... que c'est bien c'qu'ils font »...

Rires

E : Et depuis vous le dites ?

P : Ben j'essaie de faire... ouais, de faire des efforts pour le dire, mais c'est vrai que spontanément ça ne m'était pas forcément venu à l'idée, parce que moi on ne m'a jamais dit que c'était bien ce que je faisais donc...

Rires

P : Ou j'ai pas le souvenir ou on me l'a p't'être dit mais pas... après, j'ai affaire à des adultes quoi, c'est pas comme des enfants où il faut les encourager en disant : « c'est bien ».

E : Et avec cette interne-là justement ça se passait comment ?

P : Ben moi j'avais pas l'impression que ça se passait mal mais... Mais bon...

E : D'accord...

Silence

E : Quels sont selon vous les inconvénients de... les avantages ou les inconvénients d'une consultation à trois avec l'interne ?

P : Alors, ben ça peut être quelques fois gênant pour le patient qui nous avoue après que... en présence de l'interne y a des choses qu'il a pas osé dire ou pas voulu dire... Pour l'examen clinique quelques fois effectivement ils veulent pas que ça soit l'interne...

E : Ils vous le disent sur le moment ?

P : Alors y a des gens qui le disent à la secrétaire qu'ils veulent pas que l'interne soit présent... Alors soit c'est ponctuel parce qu'ils viennent pour un motif de consultation qui fait que ils veulent pas être en présence de l'interne ou soit c'est toujours les mêmes qui disent qu'ils ne veulent pas l'interne... Y en a quelques-uns comme ça...

E : Comment vous procédez dans ces cas-là avec l'interne ?

P : Ben j'lui dis : « voilà, c'est une patiente qui ne veut pas avoir les internes. Écoutes on s'était posé une question tout à l'heure, tu vas dans un autre bureau, tu vas y réfléchir, ou tu fais c'que tu veux. Une fois que la consultation est terminée, tu reviens » ou alors si le stage est assez avancé et que j'ai du retard, ce qui arrive souvent, je lui dis : « bah écoutes tu vas voir Mr et Mme Y pendant que je vois Mme X... ».

E : Vous avez d'autres bureaux de consultation ?

P : Oui.

E : Et c'est quelque chose qui est bien perçu de la part des internes en général ?

P : Ah ben j'pense. Enfin après j'les mets pas... tout d'suite... oui ils comprennent qu'il y a des patients qui veulent pas les voir, après c'est pas... ça doit arriver... p't'être une fois par mois, ou maximum deux fois dans l'mois quoi, mais c'est vraiment pas très fréquent...

E : Est-ce que vous voyez d'autres inconvénients à la maîtrise de stage ?

P : Oui. Alors j'ai dit pour... euh... l'interne, donc il peut... Alors du côté de l'interne, bon c'est mon idée à moi, c'est p't'être faux, mais bon j'pense quand même que c'est vrai parce que j'aurais pas aimé... j'aurais pas forcément aimé être en stage avec un maître de stage comme ça en permanence à côté... et j'trouve que ça doit être très difficile de s'sentir observé dans tout c'qu'on fait, surtout au début quand on s'connait encore pas bien. Après j'pense que les relations font que... moi j'suis pas là pour les juger, j'suis là pour leur apprendre leur métier donc voilà... Euh... j'pense que ça doit être très difficile de se sentir observé.

E : Et c'est quelque chose que vous ressentez vous aussi en tant que Maître de Stage ?

P : De me sentir observée ? Ben oui... Mais c'est pas c'qui me gêne le plus. En fait c'qui m'gêne le plus c'est que j'maitrise plus vraiment le suivi de mes patients. J'me rends compte que l'interne a fait des choses, par exemple sur le dossier ou qu'c'est lui qui a examiné le patient. Après il l'a retranscrit dans le dossier mais y a un truc que j'aurais bien aimé noter... euh... et puis ben on l'a pas noté et puis après j'ai oublié. J'ai l'impression que j'maitrise moins les choses... Alors d'un côté c'est bien parce que quelques fois l'interne il pointe le

doigt sur quelque chose que j'aurai laissé passer mais d'un autre côté quand je reprends les dossiers j'me dis : « ah ben oui mais là ça va pas. Toute seule j'aurais pas fait comme ça... ».

E : C'est plutôt a posteriori que vous vous en rendez compte, au moment de la prochaine consultation avec le patient ?

P : Oui, comme par exemple je suis toute seule et que je reprends le dossier, des fois l'interne n'est pas là...

E : Est-ce qu'il vous arrive encore d'avoir des moments où vous consultez seule ?

P : Oui. Ben pendant... Euh donc là c'est ma deuxième année où j'ai des internes en permanence. J'ai eu quelques jours par ci par là quand ils sont en cours ou quand eux étaient en congés, pas en même temps que moi du coup. Donc là ça m'est arrivé d'être seule, par exemple les deux dernières semaines d'octobre j'étais toute seule... mais... en même temps j'trouve que c'est difficile de se retrouver toute seule, parce que... j'suis d'accord que d'être à deux c'est quand même souvent bien, on peut faire des... on peut faire les choses plus à fond, je trouve... Et en même temps... comme j'maitrise pas tout j'ai l'impression d'être...

Entretien interrompu par l'arrivée de l'interne dans le bureau médical, reparti ensuite.

E : Donc on parlait sur les avantages d'être à deux, en binôme, en consultation...

P : Les avantages... Alors... Euh... Oui donc c'est qu'on peut faire les choses plus à fond. Que... ben quand on est deux, y en toujours plus dans deux têtes que dans une...

E : C'est plutôt dans la réflexion que l'on peut faire les choses plus à fond ?

P : Oui ben c'est à dire que... j'ai remarqué que par rapport à mon associé qui ne prend pas d'interne de niveau un, elle, elle note moins de choses. Quand ça m'arrive de voir ses patients, j'me dis : « ben elle n'a rien écrit, il n'y a pas de conclusion ». Tandis que moi j'dis aux internes : « moi il me faut une conclusion avec éventuellement une prévision pour les prochaines consultations, enfin les directives pour mon interne SASPAS qui verra le patient la prochaine fois ou pour ma remplaçante... ».

E : D'accord. Donc c'est quelque chose que vous faites ensemble, en même temps lors de la consultation ou bien c'est l'interne qui pense aux perspectives déjà...

P : Ça dépend... C'est l'un ou l'autre... Enfin moi j'leur apprend à faire ça, après bon... au début c'est plutôt moi qui le fais et puis après une fois qu'ils ont compris c'est eux qui le font... Mais il y a pas vraiment de directives... Enfin j'trouve... peut-être que j'ai tort mais c'est un peu improvisé à chaque... pour chaque consultation.

E : Ça se fait naturellement... ?

P : J'ai l'impression... après p't'être pas...

E : D'accord... Chacun trouve sa place ?

P : Oui. J'espère.

E : Est-ce que vous voyez d'autres avantages ?

P : Ben... un gros avantage c'est que ça m'oblige à être rigoureuse et à être... et à... ben... à me former quoi, à rester à la pointe... J'crois que j'ai beaucoup progressé depuis qu'j'suis Maître de Stage ...

E : Est-ce que c'est justement quelque chose qui vous a mis mal à l'aise au début, d'avoir ce regard extérieur ?

P : Non pas forcément parce que j'suis pas sûre que j'me rendais compte...

Rires

P : Mais bon, a posteriori j'me dis que j'étais vraiment nulle au début...

Rires

E : Qu'est-ce que la maîtrise de stage vous a apporté ?

P : Ben ça justement. Une... bon j'le faisais déjà, j'me formais déjà avant mais là ça m'oblige... et puis à être rigoureuse. Avant d'être Maître de Stage je notais pas grand-chose dans les observations... Du coup c'est bien aussi d'être avec des internes qui ont l'habitude de l'hôpital, tout n'est pas à rejeter à l'hôpital, au contraire... De voir comment ça se passe à l'hôpital et de voir comment ils transposent ça à... en libéral, c'est pas mal...

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

Retranscription du 9^{ème} entretien

E : Pour commencer je voudrais savoir depuis combien de temps vous êtes Maître de Stage Universitaire ?

P : Pour les internes ?

E : Oui.

P : Quatre ans.

E : Depuis quatre ans... Et donc depuis quatre ans vous recevez des internes de niveau un et de SASPAS ?

P : Non. Niveau un.

E : D'accord.

P : Enfin je suis MSU aussi pour les externes.

E : Depuis quatre ans également ?

P : Cinq ans.

E : D'accord...

L : Comment vous est venue l'envie de devenir Maître de Stage Universitaire ?

P : Comme ça...

Rires

E : Vous en avez entendu parlé par la fac ? Par des confrères ?

P : J'avais un ancien associé qui avait un stagiaire... mais sinon non... ça faisait longtemps que je l'avais quitté quand j'ai voulu l'faire... j'sais pas... ça m'est v'nu comme ça.

E : Ça vous est venu après combien de temps d'installation ?

P : Quinze ans... quinze ans...

E : Quels sont vos besoins dans la maîtrise de stage ?

P : Besoin en quoi ?

E : Qu'est-ce que vous attendez de la maîtrise de stage ? Est-ce que vous avez des attentes particulières ?

P : Euh... une écoute attentive de la fac peut-être... du DMG peut-être... euh... parce que ça on ne l'a pas.

E : C'est à dire ? Vous pouvez m'en dire un p'tit peu plus ?

P : Euh... c'est à dire...

P : C'est à dire que par exemple les deux dernières stagiaires, enfin oui les deux, peut-être même les trois dernières stagiaires que j'ai eu, pour moi n'avaient pas l niveau. Euh... et on travaille en binôme hein, ils sont deux jours ici, deux jours chez un autre maître de stage. Et j'l'ai contacté à plusieurs reprises parce que j'étais en difficultés avec ces stagiaires-là, parce que justement elles n'étaient pas au niveau, à mon avis au niveau, et euh... et on les a validé quand même et euh... j'ai pas été à l'aise au moment de la validation parce que on nous demande de certifier que en sortant d'ici ils sont capables de remplacer tout seuls... et quand on a pas pu les laisser une seule fois en consultation, gérer une consultation seule, j'vois pas comment j'ai pu signer ce genre de choses...

Rires

P : Donc c'est plutôt... euh... je suis aussi tuteur pour les groupes de GEP et c'est pareil... c'est à dire qu'on nous demande de juger, d'évaluer... d'évaluer, de juger des étudiants avec des critères particuliers notamment les GEP on a des grilles, on a des grilles aussi pour les internes avec des acquis à obtenir en fin de stage et euh... souvent les acquis et ben ils sont pas là et, et... on valide quand même. Et moi ça me met mal à l'aise. Donc ça fait trois fois que j'suis mal à..., enfin deux fois... peut-être que la troisième ça va être cette fois-ci. Je suis mal à l'aise par rapport à ça. Alors je n'appelle pas la fac, j'appelle mon co-binôme mais... parce que je vois bien que pour les GEP, par exemple, même quand on alerte nos... nos référents au DMG, ben... c'est validé derrière, ou c'est... d'ailleurs on sait même pas si c'est validé, si les internes ont été vus, si ... On n'a pas de retour...

E : Vous pouvez m'en dire un petit peu plus sur les GEP ?

P : Les GEP c'est euh... donc on a un groupe de quatre à six, ça dépend... de quatre à six étudiants, de niveau un, deux, trois, qui doivent faire un travail écrit à partir d'un cas, une... un RSCA, donc un résumé de situation complexe et authentique et donc sur une difficulté particulière par rapport à un cas. Et ben là c'est pareil, on s'retrouve avec des niveaux très très différents, avec des gens euh... certains super motivés où on passe finalement des bons moments d'échange, où y a vraiment un échange entre vous, entre les internes, et puis entre nous, MSU, finalement. Et puis certains qui viennent en retard, qui viennent sans avoir préparé quoi que ce soit ou qui n'viennent pas et qui euh... Alors on signale, puisqu'on est quand même... on doit signaler ce genre de choses puisque c'est obligatoire mais y a pas d'retour. Y a pas d'retour sur... voilà est-ce que notre rôle est vraiment important ? Moi c'qui m'pose problème c'est ça. Est-ce que mon rôle finalement il est important ? Est-ce que mon avis a une valeur quelconque ? Est-ce que euh... alors on n'est jamais tout seul hein, en RSCA on est deux, mais on est assez d'accord, alors on a... on pratique pas du tout la même

médecine j' dirais mais euh... on est très complémentaires. J' suis p' t' être plus clinique, lui il est très... hein. Et euh... ben on a souvent les mêmes idées, les mêmes ressentis sur les personnes. On transcrit, on transmet hein... on envoie un mail, on téléphone et derrière ben... on sait pas.

Silence

P : Et même pour les internes en difficultés, pour moi en difficultés parce que... euh j' les juge en difficultés parce que je sais que j' les ai pas mis en situation seuls et que si ils sont en situation seuls, à l' hôpital ou même en remplacement, ils vont s' planter hein. Et euh... si elles se plantent et ben c' est un peu moi qui m' suis plantée parce que j' ai pas réussi à l' amener à... Et euh... et moi les deux dernières, j' suis sûre qu' elles vont s' planter ou qu' elles ne feront pas de médecine générale. Qu' elles sont pas dans la bonne filière.

E : Est-ce que vous pouvez justement me raconter une consultation qui..., concrète avec une des internes-là, avec qui vous n' étiez pas à l' aise ?

P : Alors c' est pas qu' j' suis pas à l' aise. Moi les consultations elles se passent toujours bien mais je n' ai jamais pu... par exemple ça nous arrive, même si on n' a pas l' droit d' les laisser en autonomie, euh... on a une visite urgente à faire, elle peut faire une ou deux consultations pendant qu' on va faire la visite. Jamais avec les deux dernières. Jamais. Parce que déjà... alors peut-être on va dire l' accueil, l' examen OK, prescriptions impossibles toutes seules et puis euh... des fois la manipulation de l' ordi... Six mois ici, j' sais pas, au bout d' un moment c' est toujours la même chose qu' on fait, ça... ça doit fuser quoi, à mon avis, et ça fuse pas. Ben moi j' peux pas partir en visite et les laisser là en consultation seules. Donc j' ai pas d' exemple précis... Des exemples précis de consultation j' en ai une. Un monsieur qui vient pour la première fois, j' le connais pas, problème de troubles du sommeil. Si... j' le connaissais. Troubles du sommeil : « euh... bah ok... qu' est-ce qu' on fait quoi... ? Vas-y ».

E : C' est l' interne à ce moment-là qui menait la...

P : Oui. Alors vite on est bloqué. Euh... voilà, troubles du sommeil. J' lui dis : « ben on fait quoi ? Tu veux savoir quoi ? T' as besoin de quoi ? Tu veux faire quoi ? ». Monsieur il dit : « j' veux pas d' somnifères ». « Ah bah... » déjà là j' suis sèche. « Ben je sais pas quoi faire ». Donc « toi toute seule tu fais quoi ? Si j' étais pas là tu fais quoi ? ». Ben j' pense qu' il repart quand même avec un somnifère qu' il prendra pas et puis il partira mécontent.

E : Comment la consultation s' est passée justement ?

P : Ben j' ai repris la main quoi...

E : Parce que vous avez vu que l' interne était en difficultés ou...

P : Ben je lui ai dit : « qu' est-ce qui te pose problème ? ». « Ben en fait je ne sais rien d' autre que de prescrire des somnifères ».

E : C' est quelque chose qu' elle vous a dit ?

P : Oui.

P : Sauf que la demande c'était : « j'veux autre chose que des somnifères ». Bon ok... Après tout c'est pas grave, revenez voir votre Docteur demain s'il est là. Donc pas d réponse...

E : Donc dans cette consultation, initialement c'est l'interne qui menait la consultation et ensuite ç'était vous ... ?

P : Ben oui parce qu'on n'a pas toute l'après-midi non plus pour chercher une... une solution hein... on a quand même que le quart d'heure. Alors c'est certain que... elles me disent : « y a beaucoup de travail ». Ben oui... beaucoup de travail et puis que... ben dans l' quart d'heure il faut avoir tout fait. Alors tout pensé et... parce qu'on rappelle pas les gens quand ils sont sortis d'ici et on n'a pas de deuxième chance quoi. « Ben j'ai pas pensé à... ». Oui ça m'arrive aussi mais hyper rarement. On fait tout... on essaie de penser à tout dans l' quart d'heure. C'est compliqué. On l'a vécu. Mais c'est compliqué aussi de s'dire : « alors il vient pour un motif mais en même temps je vois la prévention et je... ». Ben oui mais ça c'est un entraînement et au bout de six mois on doit être capable de... Et y en a qui arrive très bien. Et y en a qui arrivent pas du tout.

E : Et vous pensez que c'est dû à quoi ?

P : Y a tout. Y en a une c'était un manque de travail. Et ça... un truc que je ne supporte pas c'est qu'on soit pas capable de connaître le nom des vaccins. Ça c'est le béaba du médecin généraliste, c'est la vaccination du nourrisson, la vaccination des ados, la vaccination à n'importe quel âge. « Quand on connaît pas le nom des vaccins moi j'suis désolée j'peux pas les apprendre à ta place. Donc tu prends un bouquin, tu révises ». Et ben j'en ai eu deux comme ça qui ne connaissaient pas le nom des DT-polio. « J'vais prescrire un DT-polio ». « Oui bah si tu mets DT-polio dans ton logiciel il ne le trouve pas. T'as deux langues à apprendre, t'as la DCI et t'as ton... t'as les marques et puis c'est comme ça et t'as deux langues à apprendre en même temps ». Ben ouais... Donc euh... oui ça... une c'était un manque de travail et j'ai beau la... elle se cachait derrière une timidité qui existait peut-être mais la timidité n'explique pas les problèmes de lacunes en thérapeutique. Euh j'veux bien, à l'hôpital on prescrit pas les mêmes médocs... oui, d'accord, mais les vaccins c'est universel, donc là y a un moment c'est un manque de travail et la deuxième elle était enceinte donc elle a pensé qu'à son ventre tout le long du stage... euh « on fait pas d'visite hein, parce qu'il ne faut pas faire de voiture » mais j'rentre à Strasbourg voir mon mari tous les week-ends... fin vous voyez... Ça c'est un manque de conscience j'dirais. C'est à dire que si j'peux partir de bonne heure et arriver plus tard... bon ben voilà... Sur les huit, c'est ce que je disais ce matin à ma secrétaire, sur les huit y en a que trois et demi qui étaient bien quoi... Ce que j'appelle bien c'est des gens qui ont envie d'apprendre, qui sont fait pour la médecine générale, qui rataient aucune consultation, qui étaient là à huit heures alors que je leur disais heures trente... qui euh... vraiment ne me laissaient pas la place pour parler pendant les consultations, qui étaient vraiment à leur place. Et aujourd'hui elles remplacent, y a aucun souci. Les autres, alors j'avais une urgentiste ok, elle ne vibrait que quand elle entendait les pompiers ok... mais y avait pas de problème de compétences derrière, y avait pas d problème de connaissances non plus, pas d'soucis. Problème après de rapports humains, c'est pas toujours évident, on s'entend pas avec tout l'monde. OK... pas d'soucis. Une gériatre, qui en avait rien à faire de la médecine générale, pourtant la gériatrie si c'est pas de la médecine générale la personne âgée moi j'ai rien compris, j'suis gériatre aussi donc... Et la première très bien : urgentiste aussi mais qui a apprécié son stage chez le prat' même si on n'a pas fait d'urgences toutes les cinq minutes. Et puis les autres ben... pfff... ils sont là parce qu'il faut

être là quoi. Elles sont là parce qu'elles ont eu pas d'autre choix que d'faire médecine générale.

E : C'est quelque chose que vous avez ressenti ou qui est ressorti... ?

P : Oh oui, oui oui. Et puis qui... qui est... alors bon j'fais un petit peu... j'suis un peu dans l'mouvement, moi faut qu'ça pulse, faut qu'ça bouge, faut... fin... y a du boulot, y a du taff, faut qu'ça pulse et moi j'peux... fin si on reste assise les bras croisés pendant que j'ai d'jà fini d'examiner la personne ça va pas quoi.

E : Comment se passe une consultation à deux avec l'interne ?

P : Bien. En théorie bien. C'est à dire que, moi dès l'premier jour je mets... je mets les internes au bureau. C'est à dire que... il faut soi-disant faire un stage où, alors, pendant les deux premiers mois ils sont là comme des potiches à r'garder et puis après on peut commencer à faire toucher et puis après ils doivent être autonomes. Moi c'est tout d'suite. Je fais pareil avec les externes, c'est à dire que les externes ils voient quelques consultations puis ils sont là tout d'suite (*en montrant le fauteuil où la praticienne est assise*). Parce que si on est là comme des potiches, on ne fait rien, on regarde pas ce qu'il y a sur l'écran, on r'garde pas les antécédents, on r'garde pas les traitements, donc « toi tu viens là ». Et... ben on voit tout d'suite qui est à l'aise ou pas quoi. Et que ce... ça dépend... j'sais pas d'quoi ça dépend parce que j'ai eu des un... non j'ai pas eu d'premier moi, d'premier semestre. J'ai eu deuxième et troisième semestre et là les dernières que je viens d'avoir c'était des quatrième semestre... ben j'ai des externes qui s'débrouillent mieux que ça quoi... avec beaucoup moins de connaissances. Qui sont beaucoup plus à l'aise avec les gens, qui sont plus à l'aise... avec tout d'ailleurs. Avec des aiguilles, avec des seringues, avec des... Et alors il y a des différences de niveaux...

E : Qu'est-ce que vous attendez de l'interne ?

P : Qu'est-ce que j'en attends ? Ben qu'il soit à sa place et qu'il soit... qu'il s'épanouisse dans l'boulot quoi.

E : A votre avis comment l'interne peut trouver sa place derrière le bureau médical ?

P : J'lui laisse... Quelques heures après il a la place, c'est à lui d'en faire ce qu'il en veut. Franchement...

E : Vous en discutez ?

P : Je suis là sur la chaise du... là, hop. J'suis sur la p'tite chaise, c'est lui qui est là. C'est lui qui va chercher les patients, c'est lui qui les accueille, c'est lui qui... Il peut tout gérer de A à Z, du premier jour qu'il est là jusqu'au dernier jour... J'ai mon mot à dire bien évidemment mais si il a envie de bosser il bosse. Si il a envie de faire des gestes, on fait des gestes. Moi j'fais plein de gestes. Euh... je fais plein de psy. Je fais plein de... bébés, plein de personnes âgées, fin vraiment c'est très varié. J'fais d'la gynéco... Euh... Donc y a... plein de choses à faire, plein de choses différentes. On n'aime pas tout hein. Mais euh... ils peuvent tout faire. Mes externes font les frottis et... fin... Mon externe a posé des implants... J'veux dire, si on est motivés on peut vraiment tout faire.

E : Et c'est quelque chose dont vous parlez ou ça se fait naturellement au cours des consultations ?

P : Naturellement. « Tu veux faire tu peux faire. J'te montre, le prochain tu fais », enfin, franchement j'fais rien en cachette où les gestes sont faits avec... Après je sais pas... Je vois mon collègue euh... j'les emmène en formation avec moi. J'les sors. Ils peuvent vraiment tout faire hein... d'ailleurs les deux qui me remplacent actuellement et avec qui ça s'est super bien passé, ils font d'la mésothérapie, ils font d'la gynéco, ils font des infiltrations...

E : A votre avis comment on en vient justement à établir une relation où ça fonctionne avec l'interne ?

P : J'suis facile à vivre moi... ça n'a pas l'air comme ça... J'suis facile à vivre mais j'aime pas les tire-au-flanc. C'est à dire que les deux dernières c'était des boulets. Alors-là pour nous c'est dur. Les gens l'sentent déjà. Les gens nous l'disent. Les gens nous disent...

E : Ils vous disent quoi les gens, les patients ?

P : Euh... bah déjà ils viennent plus les gens où ils sont là.

Rires

P : « Ça n'a pas l'air d'aller Docteur ». « Ben non ça n'a pas l'air d'aller... ». Parce qu'il y a des jours c'est tellement fatiguant que... ça m'est déjà arrivé de les renvoyer avant l'heure. Parce que... on nous met en retard... parce que... Et on nous met en retard pas parce que un geste a été compliqué ou qu'on... c'est souvent parce que... ben ça pulse pas. Alors j'sais pas sept heures de consultations d'à filer c'est p't'être lourd... mais... c'est l'boulot quoi... A moins de sept heures par jour on n'gagne pas sa vie. Alors on nous dit faut pas faire plus de trente actes ou j'sais pas plus de vingt actes par jour pour laisser l'temps. Moi j'veux bien mais avec vingt actes par jour tu gagnes pas ta croûte. Ça aussi c'est une... faut bien vous dire que... ouais trente tu commences à gagner ta vie, trente-cinq quarante euh... bah oui mais quarante ça veut dire dix heures... A moins d'faire... ou tu majores tes actes mais... c'est... Donc c'est aussi montrer ben la vraie vie... Hein... La vraie vie c'est pas l'hôpital, c'est... Y a... Y a à faire... Et euh je suis à cheval sur les horaires... Si j'veux qu'les gens soient à l'heure, faut que j'le sois... C'est un manque de respect de prendre les gens avec 1h de retard. Et je ne supporte pas d'avoir une heure de retard si c'est parce que à côté ça traîne, on met 2h à choisir un traitement... Souvent j'le laisse... souvent c'est moi qui consulte le matin, enfin moins souvent maintenant... J'faisais bureau l'matin et c'est eux qui faisaient l'examen. L'après-midi c'est l'inverse, c'est moi qui examine, c'est eux qui font les traitements, les renouvellements, les choses comme ça. J'le fais moins maintenant parce qu'on prend énormément de retard. Donc quand j'prends du retard c'est moi qui fais tout et puis...

E : Alors maintenant comment vous faites justement ? Comment vous commencez, avant qu'il n'y ait du retard ?

P : Ben là on n'a pas d' retard. Avec la nouvelle ça s' passe bien. Alors euh... c'est une étudiante roumaine qui maîtrise pas complètement l'français. Ça aussi c'est... c'est pas toujours simple mais finalement ça s' passe pas si mal que ça.

E : Vous pensez que ça s' passe mieux qu'avec les deux dernières étudiantes ?

P : Oui parce qu'il y a une envie... Ça c'est clair qu'il y a une motivation. Alors peut-être pas ces jours-ci parce que... elle aurait été malade... peut-être... Enfin bref. Peu importe. Mais y a quand même derrière l'envie d'être ici, progresser... Y a cette envie-là que j'ai pas du tout senti chez les deux autres.

E : Comment on ressent justement cette envie au cours de la consultation ? Comment ça se traduit de la part de l'interne ?

P : Ben dans la façon de s'exprimer. En non verbal. Quand vous êtes avachi comme ça sur votre fauteuil, vous ne donnez pas envie aux gens. Quand on commence à bailler à deux heures de l'après-midi, pareil. Quelle est l'attitude à avoir ? Euh... les consultations faut être là. C'est pour ça que j'les mets-là (*en montrant son fauteuil*). Parce que quand on est à côté et qu'on ne fait rien et qu'on écoute juste on a vite fait de... ici on est obligé d'être-là, d'être avec les gens, d'être à l'écoute...

E : Quand c'est l'interne qui mène la consultation et que vous êtes sur le fauteuil à côté, comment est-ce que vous vivez justement cette consultation ?

P : Bien. Bien. Moi ça ne me... Alors c'est un truc qui ne me dérange absolument pas... d'être à l'écoute... parce que il raconte autrement. C'est qui est aussi rigolo c'est de rester ici et d'les laisser là-bas tout seuls (*montrant la table d'examen*). Parce que il a une autre façon d'exprimer. Moi c'est que j'aime avec les... les gens ont du mal au début en disant : « oh vous n'êtes pas toute seule ». J'dis : « vous avez quatre oreilles ». « Quatre oreilles, quatre façons de... enfin deux façons de poser les... les questions, euh... des points de vue différents, des... ». C'est que j'leur dis, moi, c'est que c'est l'échange qui est important. Moi ça fait vingt ans qu'j'suis sortie d'la fac, y a des choses qui ont changé. C'est bien aussi qu'on apporte son point de vue. J'ai pas la science infuse hein. J'peux m'planter. J'peux passer à côté d'un truc, j'peux oublier quelque chose. Euh... c'est un échange. Euh l'échange aussi c'est de dire : « tiens ben d'accord, toi tu fais comme ça, moi j'aurais fait comme ça », essayer d'expliquer aux gens ben pourquoi on aurait fait comme ça. Les gens ne savent pas comment on réfléchit, comment... ça vient pas comme ça un traitement. Si on a pris des trucs c'est parce qu'on a senti quelque chose, c'est parce que... Et ben c'est... c'est pédagogique... pour la personne qui est là. C'est pédagogique entre nous... fin... tout le monde apprend quand on, quand on échange...

E : Parce que justement l'échange se fait au moment de la consultation, avec le patient ?

P : Ah oui. C'est au moment de la consultation. Ouais. J'débriefe pas après. J'débriefe quand ils sont là : « qu'est-ce que t'aurais fait ? qu'est-ce que tu ferais ? ». Euh... « moi je préfère plutôt ça ». « Pourquoi ? ». « Bah parce que c'est un gamin il avale pas les cachets » ou « parce que tu lui a pas demandé si... si il préférerait un sirop qu'un comprimé ». C'est des fois des p'tits rien mais c'est aussi savoir demander aux gens, ben... j'ai prescrit un sirop de fer l'autre jour à une gamine qui... ben qui l'prend pas... voilà. Si j'avais demandé, « ben j'préfère les cachets » et ben elle aurait pris son traitement. Donc c'est des p'tites choses comme ça, c'est... c'est pourquoi on fait plutôt une écho plutôt qu'un scanner, ben pourquoi... « moi j'voudrais un scanner ». « Oui le scanner tu l'auras pas avant quinze jours, moi j'téléphone à l'échographie, j'ai l'échographie dans l'heure qui suit ». Euh... « Pourquoi on fait une écho ? », « ben peut-être parce que j'ai envie d'éliminer une appendicite vite fait » ou « j'ferais un bilan ». « Bon bah tu fais quoi dans ton bilan ? ». « j'fais un X21 ». Mais ça

n'existe pas. « Qu'est-ce que tu ferais ? et pourquoi tu demandes ça ? ». Ben les gens écoutent, les gens se disent : « ah ». Y a une réflexion derrière c'qu'on fait...

E : Vous... vous sentez un... ?

P : Oui parce que les gens aujourd'hui me demandent : « Ah bah vous êtes toute seule aujourd'hui ? ». Ça les choque maintenant quand j'suis toute seule, parce qu'ils ont aussi pris l'habitude d'avoir quelqu'un d'autre, de pouvoir s'adresser à l'autre et puis de pouvoir raconter une nouvelle fois leur histoire. Euh... d'avoir peut-être une oreille plus attentive que moi qui les ai entendu depuis quinze ans raconter la même chose et puis... ils aiment, finalement. J leur ai dit qu'finalement c'était une chance pour eux...

E : Pourquoi ?

P : Parce que y en a plus dans deux têtes que dans une et que bah ouais c'est une vision neuve, une vision nouvelle...

E : Est-ce que vous pensez aussi que c'est une chance pour vous ?

P : Oui.

Silence

P : Oui. Parce que j'suis obligée de faire attention à c'que j'dis parce que si j'dis quelque chose c'est que j'ai vérifié mes sources. Parce que si on a un doute on va vérifier. Parce que... ouais parce que ils ont aussi des nouvelles recommandations, parce que... ouais, bien sûr... et puis c'est la jeunesse qui est là. On est plus tout seul aussi, parce que tout seul toute la... toute l'année c'est... Autant c'est difficile quand y a quelqu'un qui bosse pas, autant c'est plaisant quand il y a quelqu'un qui est là et qui a envie d'apprendre et d'échanger. On le voit beaucoup plus avec les externes d'ailleurs, qui découvrent des tas de trucs et qui disent : « ah bah on peut faire ça ou on peut faire ça » ou pour la médecine générale c'est renouveler les bonbons toute la journée, et ben non c'est pas que ça la médecine générale. Donc du coup ils ont envie de faire et comme on fait plein de technique et ben : « ouais j'apprends à piquer, j'apprends à préparer des choses, j'apprends à... ». Et là y a vraiment... y a de l'échange... de l'échange quoi...

E : Est-ce que vous... est-ce qu'à certains moments vous pensez qu'il y a une certaine collaboration avec l'interne ?

P : Oui...

E : A quel moment par exemple ?

P : A quel moment ?... Bah, quand on réexamine l'un après l'autre. Quand je dis... ben... j'les laisse faire... une épaule, un ventre : « Ok t'en penses quoi ? », je r'garde. Bon ben : « Oui. Non. T'as raison. Ok. Et ben allez vas-y qu'est-ce que tu fais ? A toi d'faire. A toi d'jouer ». Oui c'est de la collaboration. Et puis euh... c'est... alors c'est pas du tout péjoratif mais y a des journées très chargées où c'est aussi intéressant d'avoir quelqu'un qui va examiner, parce que c'est p't'être un... c'est quelque chose qu'on fait tous les mois ou tous les trois mois, qui est... c'est bien d'avoir une oreille attentive. Est-ce qu'il y a un souffle

apparu ou j'sais pas quoi, au lieu de faire : « tuc tuc tuc tuc » (*en mimant l'auscultation cardiaque*) et moi ça m' permet de remettre les dossiers à jour par exemple, pendant que la personne va être examinée, de faire le courrier du cardio, du néphro, de l'ophtalmo. De vérifier que les vaccins sont à jour... ou inversement de dire : « bah écoute vérifie où on en est, qu'est-ce qu'il y a à faire... ». Ça c'est, oui... chacun a son rôle. Ça... ça avance plus vite, on peut faire plus de choses... dans une consultation...

E : C'est quelque chose que vous avez réussi quand même à faire avec les deux dernières internes ?

P : Bah... c'est à dire... c'que j'aime chez l'interne, enfin c'que j'aime chez l'étudiant c'est la... l'initiative... c'est pas : « et t'as pensé à... ? t'as pas oublié de... ? ». C'est ça qui était pénible avec les dernières : « t'as regardé ? t'as pensé, », « ben non j'ai pas pensé » alors que j'ai le nez dessus quoi... Alors que le logiciel est quand même prévu, y a des alertes... Je... Pour moi l'outil informatique, autant c'est pénible quand ça ne marche pas, autant quand ça marche... tout quasiment... allez c'est jamais parfait... chez les diabétiques et l'hypertendu tout est prévu... le rappel des vaccins est prévu, les... les cardio, les bilans sanguins, tout est prévu... y a un post-it qui s'affiche. C'est pas compliqué. Donc même si j'ai pas dans ma tête... euh... il a pas vu l'cardio depuis un an, faut qu'il y aille, euh, il a pas fait son hémoglobine glyquée depuis trois mois faut qu'il y aille, c'est affiché. Donc si on n'a pas l'initiative de... ben j'sais pas c'qu'il faut quoi...

E : Est-ce que vous avez pu en discuter avec ces internes ?

P : Oui ben une c'est la timidité, l'autre... pfff... y avait rien quoi... Et euh... comme vous avez pu le remarquer j'suis assez franche, donc quand il y a quelque chose qui va pas je leur dit tout de suite quoi : « qu'est-ce que tu veux ? qu'est-ce que tu veux apprendre ? qu'est-ce que tu cherches ? qu'est-ce que tu veux approfondir ici ? est-ce que c'est l'examen clinique ? est-ce que c'est les prescriptions ? est-ce que c'est... est-ce que c'est la gynéco ? est-ce que tu veux voir plus de psy ? ». Moi je décale même des rendez-vous pour qu'ils puissent faire... des infiltrations, pour m'arranger pour qu'ils soient là... Yen a... les deux dernières j'ai pas réussi à... à savoir c'qui les intéressait... J'veux dire on fait médecine générale... enfin moi j'l'ai pas fait par dépit... ou peut-être... j'en sais rien... mais on a l'impression qu'elles sont arrivées là parce que... elles sont arrivées là, mais derrière y a pas l'envie... Y a des gens... C'est ce que je disais à mon urgentiste : « Ecoutes, toi tu sauves des vies en temps réel, moi j'sauve des vies à vingt ans. Si j'ai bien pris en charge mon diabétique, vingt ans après il est toujours là, il n'a pas de complications » ... C'est vrai. Si j'ai bien suivi mon hypertendu, dans vingt ans il n'a pas fait d'accident coronarien. Si j'ai fait gaffe à ses... à quand il vient, à vérifier que au boulot ça va et que dans sa vie perso ça va, j'ai pas de burn-out dans vingt ans... J'ai... « Donc moi j'l'es sauve à vingt ans, toi tu les sauves en immédiat... chacun son boulot ». Et ben les deux dernières, tiens je vais te tutoyer on est collègue maintenant... on n'avait pas l'impression qu'il y avait cette empathie si chère au corps médical ou cette sympathie vis à vis des gens. Quand on les découvre pour la première fois c'est... et même nous, nous remettre dans la situation je ne vous connais pas et je vous vois pour la première fois et j'vous écoute, c'est des fois la situation dans laquelle j'me mets, c'est à dire que les gens, enfin nos internes les voient pour la première fois, nous on sait qu'ils ont un truc comme ça, de douleurs, de pleins de machins... et ben je les laisse... s'exprimer. Parce que je leur dis : « voilà je me mets dans la position, c'est moi aussi je vous vois pour la première fois, allez-y racontez moi encore une fois ou une nouvelle fois ou avec des mots différents cette fois-ci et puis on va voir si y a quelque chose de différent, et si j'suis passée à côté de quelque

chose ou si y a quelque chose qui me vient... Et ben cette posture-là où on va découvrir les gens, où on est content d'les rencontrer, où on est content de cette rencontre et ben y a pas... y a pas le truc qui fait que... on est content d'les revoir le mois d'après, ou... et moi j'l'ai vu avec les deux... les deux internes avec qui ça s'est super bien passé, elles connaissaient le nom des gens. Elles se souvenaient de les avoir vu : « mais si on s'est déjà vu ». Ils se sont même croisés des fois à l'extérieur, ils ont pu échanger... Ben voilà, elles ont tout compris... c'est la relation, j'leur ai dit nous on ne fait pas du technique... quoique... mais le relationnel, si t'as pas été habitué au relationnel... ben tu passes à côté de tout dans notre boulot, parce que nous on n'est pas des techniciens, même si on a toutes les connaissances derrière, même si on... oui on a la connaissance mais y a... y a tout c'qui est relationnel. Quand on a compris qu'on fait du fonctionnel en médecine générale, pfiou, déjà on a plus grand chose à... C'est fonctionnel... ça va pouvoir passer hein... et si ils reviennent la semaine d'après on n'a pas perdu d'temps... Ouais mais on les a écouté, on les a rassuré... qu'est-ce qu'ils font ici ? Rassurer les gens... les gens ils viennent, ils sont tristes, ils sont perdus, on les rassure et ils repartent avec le sourire... Et là t'as fait ton boulot... Quand t'as pas établi ça... ben t'as raté... t'as raté... et les deux derniers stages, pourtant je... j'me suis vraiment remise en questions en m'disant : « c'est moi ? c'est moi qui sait pas ? » ou j'appelle les collègues quand c'est comme ça, j'dis : « écoutez, est-ce que j'suis vraiment... c'est moi qui suis le problème ? » ... Non non, souvent on est d'accord. Et c'est pareil, on a pas du tout la même clientèle et la même façon d'pratiquer. Les internes disent souvent qu'on est complémentaire et... et ben on a quand même la même difficulté... Ma... ma stagiaire, qui avait un problème avec l'insomnie, j'me suis inscrite à une formation avec S., dans les quinze jours qui ont suivi, j'dis : « écoutes, tu viens avec moi » ...

Silence

P : Je sais même pas si j'ai eu un merci...

Silence

P : Alors que ça répondait... ça répondait à sa problématique et j'lui ai dit : « ça c'est un bon... un bon cas de RSCA, parce que t'as été sèche sur s'coup-là ». Quinze jours après j'l'emmène à une formation, on était huit, avec S., sur les troubles du sommeil, donc là on a pu progresser, revoir des choses, revoir les phases du sommeil, les calendriers, machins... tout ça. Moi j'apprends des choses, le score d'Epworth, je sais même pas comment ça s'écrit... je le pratiquais pas, je l'ai maintenant... enfin... donc on... j'ai payé son repas, mine de rien, la formation était gratuite pour elle, on est sortie du cabinet, elle a vu d'autres collègues, elle a pu partager à midi avec des professeurs... J'ai pas de merci et j'ai pas eu : « ouais ça va m'aider ou... ». J'ai pas eu ça... Alors j'travaille la méditation. Pas d'attente. Tu l'as fait de bon cœur parce que tu sentais qu'elle était sèche. Elle a des outils maintenant. Mais y a pas eu... un truc en disant merci ou... tu vois... pas grand-chose... Mon interne enceinte-là elle veut faire d'la... qu'est-ce qu'elle veut faire ? d'la gériatrie ou j'sais pas quoi. Ça tombe bien on est invité à participer à... comment ça s'appelle ? à la mise en place d'un pas et repas sur le territoire. On est invité parce que je suis gériatre et parce qu'ils ont invité tous les... les... tous les intervenants sur les EHPAD. Voilà. Moi j'dis : « écoutes, on sort du cabinet, on mange avec eux à midi, enfin vraiment on rencontre des gens et tout ». C'est pareil... j'ai l'impression qu'elle aurait préféré rentrer chez elle (*en rigolant*) alors que c'est c'qu'elle veut faire. J'ai pas su du tout les motiver, j'ai pas su... vraiment... j'sais pas...

E : Vous me dites « j'ai pas su les motiver » ...

P : Ah oui parce que j'me dis c'est moi. Euh... mais... qu'est-ce que j'aurais pu faire de plus pour ? En même temps quand on leur demande ben : « j'sais pas » ...

E : Parce que vous leur avez demandé justement ?

P : Ah bah j'leur ai posé la question : « tu veux quoi ? Tu veux apprendre quoi ? Tu veux te perfectionner en quoi ? tu... ». J'attends encore... Donc je pense qu'elles sont pas du tout à leur place et qu'elles feront pas médecine générale... Elles vont s'planter... Et c'est pas leur rendre service que de les avoir validé. Et mon collègue me dit : « mais c'est pas parce qu'elles vont refaire six mois... », peut-être que si, peut-être que si elles refont six mois en médecine générale peut-être que... avec quelqu'un d'autre... voire autre chose, autrement. Mais là elles ont quand même deux visions déjà différentes. J'lui ai dit à la dernière, j'ai dit : « tu te rends compte que le stage prochain t'es possiblement en SASPAS avec cinq maitres de stage différents, comment tu fais ? » ... J'sais pas... je sais pas comment elle va faire. Parce que là en SASPAS vous êtes tout seul. Elle peut pas avoir le téléphone branché en direct, c'est pas possible...

E : Comment ça se passait justement avec votre binôme ?

P : Ça se passe bien avec mon binôme...

E : Par rapport à ces internes-là justement...

P : Il avait les mêmes difficultés. Quand... quand j'ai emmené... on s'est rencontré à une formation, j'sais plus où et... et j'lui dis : « alors ça se passe comment ? », « bah... rien... ». Alors en fait lui il a réglé le problème, il a plus d'expérience... enfin d'expérience... disons que ça fait plus longtemps que moi... il est un peu blasé... Donc il me dit : « ben elle reste sur sa chaise » ...

Silence

P : Ben j'dis : « moi j'l'ai emmené à la... ». Il me dit : « ben t'as bien du courage... ». Ben j'essaie. J'ai p't'être encore le feu sacré comme j'dis toujours, à vouloir les amener vraiment là où on doit les amener. C'est notre rôle... on nous a demandé quand même de les amener à quelque chose et c'est une chance... On n'a pas eu cette chance-là. Nous on sortait de l'hosto, on avait... Notre stage chez l'prat' ça correspondait p't'être à dix journées et on était sur le terrain. Et ben j'pense qu'on a pris des risques avec les gens, franchement... Euh... et puis on commençait souvent par des gardes, donc là on est vraiment tout seul à s'démerder avec son petit Dorosz hein et puis... moi j'me souviens encore d'ma première sortie, morsure de chien, et ben : « merde qu'est-ce que je lui donne, qu'est-ce que je fais ? ». Mais vous, vous avez la chance de pouvoir faire trois stages maintenant, dont un complètement en autonomie, mais... profitez d'ça quoi... Les externes j'leur dis : « mais c'est super de pouvoir venir voir votre futur métier, car la moitié de l'amphi s'ra médecin généraliste quand même. De venir voir ce qu'on peut faire ici. Et y en a qui... qui sont exceptionnels dès l'départ. Qui sont vraiment faits pour ça. D'autres ils sont là parce qu'ils étaient bons à l'école mais y a pas le... le p'tit machin... le p'tit machin qui fait qu'ils vont accrochés les gens et qu'ils vont avoir des informations parce qu'ils ont réussi à les accrocher. Si ils travaillent pas la relation, et ça on la travaille pas, j'dirais qu'c'est inné. C'est inné... ça s'travaille, parce que moi j'ai fait pas mal de formations aussi qui m'ont beaucoup aidé j'pense à changer ma façon d'faire...

E : La relation avec le patient mais aussi avec le Maître de Stage vous pensez ?

P : J'sais pas... Oui je pense que y en a qui sont faciles à vivre. Les deux dernières qui étaient pas supers, étaient très faciles à vivre... J'ai eu plus de mal à vivre avec mon urgentiste qui savait mieux que moi. Mais on a aussi besoin d'une assurance, d'être en confiance, d'être... Et moi j'leur dis : « c'est pour ça qu'il faut profiter de votre stage, parce que vous n'êtes pas tous seuls... vous n'êtes pas tous seuls, on est là et on récupère les bêtises si y en a et on récupère les ratés si il doit y en avoir et puis nous on rate aussi ». Nous on rate aussi. Une fois qu'on a compris qu'on n'est pas des super-docteurs, parce qu'on n'est pas des super-docteurs on est juste des docteurs, avec nos défauts, avec nos qualités. Les gens nous choisissent aussi pour ça, pour nos défauts et nos qualités. Après... on en fait pas des clones hein. Moi j'dis : « faites votre médecine. Moi j'fonctionne comme ça, vous ferez la votre ». Mais c'est rigolo parce que j'ai revu une ancienne stagiaire qui m'a dit : « j'pense souvent à vous quoi. J'vous entend des fois. Y a des trucs qui reviennent ». Ouais ben on laisse notre, on laisse notre marque... bien ou pas bien, peu importe. On leur montre une façon d'faire. On leur dit toujours, comme Ericsson : « faites du vous quoi. Faites pas du moi ». Moi j'ai une façon d'aborder les gens qui est ma façon et vous vous le faites autrement et c'est pas parce qu'elle est mauvaise la vôtre, c'est votre façon d'le faire... le but aussi c'est qu'ils soient eux, que... J'dirais qu'il y a plusieurs choses dans le stage. Il y a à savoir mettre en place les connaissances qu'on a apprises pendant des années et savoir les utiliser au jour d'aujourd'hui, parce qu'on est un boulot de prévention, et ça la prévention c'est mon dada. Euh... la vaccination j'suis au top, euh... les hémoglobines glyquées j'suis au top, les antibiotiques j'en mets pas... enfin... y a tout un... c'est vrai que je suis, je suis très carrée sur certaines choses et en même temps je fais beaucoup de psy donc j'fait beaucoup d'hypnose et de méditation, donc ça m'laisse beaucoup de liberté. Donc y a une rigueur dans la liberté mais y a des connaissances on peut pas y échapper. C'est savoir comment les utiliser. Donc ça c'est la première partie. Comment j'fait avec tout c'que j'ai appris pendant six ans, comment j'les utilise au jour d'aujourd'hui, comment je régule un problème de diabète, comment je régule... comment j'traite une rhino, comment j'examine un gamin, comment j'examine un nourrisson, comment j'amène les vaccinations chez la maman qui est contre... ok... et puis y a tout c'que j'peux mettre en place de relationnel. Ça j'peux pas faire à leur place. Il faut qu'elles s'imposent dans leur façon d'être, faut qu'elles... Et y en a qui arrivent très bien dès l'départ à être là (*en montrant sa place derrière le bureau médical*).

E : Est-ce que c'est quelque chose qu'on peut justement apprendre à l'interne qui n'est pas à l'aise avec ça ?

P : Oui. Oui. Mais euh... combien de fois j'leur ai... d'ailleurs j'leur ai même montré dans une, dans une consultation où c'est moi qui ai merdé... mais vraiment j'me vois encore, j'étais là et c'était un problème psy, j'sais plus c'que c'était... c'était une dame qui venait pour la première fois... Et donc j'la laissais dérouler. Quand c'est la première fois c'est bien aussi qu'ça s'passe en dehors de moi, ça me permet d'avoir une écoute différente. Et... Et j'mettais affalée... et je me vois encore... et j'l'ai mise mal à l'aise et euh... et j'lui ai dit après : « t'as vu, rien que ma position a mis mal à l'aise la personne, elle a dû s'dire elle ne m'écoute pas ».

E : Comment vous avez ressenti que la patiente était mal à l'aise ?

P : Elle a ralenti son débit de paroles. Alors moi j'suis très attentive à ça parce qu'en hypnose on utilise beaucoup la respiration, le ton d'la voix, ... Et je l'ai vu, elle s'éloignait. Alors moi

j'mettais éloignée physiquement et elle c'est pareil. Elle s'éloignait... en non verbal et euh... à un moment j'me suis dit : « rapproche-toi » et elle est revenue, et... elle (*en montrant la place de l'interne*) l'a pas vu ...

E : L'interne n'a pas vu ?

P : Nan. Et... y a fallu que je me remette dans la conversation sinon on la perdait, j'pense qu'elle partait... on n'aurait pas fait c'qu'on a fait. Je sais plus comment est-ce qu'elle s'appelait cette dame. Et j'lui dis à la fin, enfin après la consultation, « t'as vu ? rien que ton non verbal ça... ben ça pose problème aux gens ». Si t'es là (*en mimant quelqu'un d'assis correctement sur sa chaise*), si t'es là-bas avec ton grand ventre qui était comme ça (*en mimant un grand ventre*), y a pas de lien ». Et ça on peut l'travailler et ça après... Quand a... Il faut être attentif, attentif à l'autre, à c'qu'il fait, à c'qu'il dit, à comment il est. Ça on l'apprend pas à la fac...

E : Et c'est quelque chose que vous avez travaillé justement sur les six mois après ?

P : Oui.

E : Et vous avez senti une amélioration ?

P : Non.

P : C'est pour ça que j'aurais préféré qu'elle refasse six mois...

E : Comment se sont passés justement..., quel a été votre vécu sur ces six mois ?

P : Pour moi je dis que c'était un boulet... parce qu'elle n'est jamais passée d'avant. Autant C., l'urgentiste, elle était devant longtemps... Les deux avec qui ça s'est super bien passé, elles ont souvent été à mon niveau et très rapidement devant. C'est ça qu'il faut, c'est qu'elles soient devant. Qu'elles soient... Pour être autonome faut être devant... Moi j'suis là, j'suis... si y a un souci, si on a oublié quelque chose j'suis là. Là elles sont tout le temps restées derrière. J'ai jamais réussi à les amener à mon niveau. Toujours aller les chercher. C'est fatigant... c'est fatigant...

E : Mais à votre niveau sur le plan... ?

P : Autant sur le plan relation que sur le plan mise en place des connaissances. Je ne suis même pas sûre aujourd'hui qu'elles connaissent le nom des vaccins... Et ça, ça fait chier quand même. Ça c'est... j'ai raté... enfin j'ai raté. Oui j'ai raté parce que notre objectif c'est quand même de les amener à être des bons médecins, des bons... A être des médecins généralistes à leur place. A pas regretter d'avoir fait ce choix et à être bien. Moi j'dis toujours : « j'suis à ma place ». J'aurais pas été bien en spécialiste. L'avantage ici c'est qu'on fait d'tout, à n'importe quel moment, c'est jamais dans l'même sens. C'est... y a des urgences, y a des... y a des décisions à prendre rapidement, y a des gens avec qui... voilà, on établit des choses. J'veux dire c'est tellement varié qu'on ne s'ennuie pas. Et ben si on n'a pas pigé ça, ben on s'est p't'être trompé de voie quoi... Un médecin généraliste, voilà, il est droit. Il est droit mais en même temps il est avec les gens quoi... J'sais pas comment dire. Il est là mais souvent il est là-bas... Ben nan, j'suis pas que là. Quand j'fais d'la psy souvent j'suis là-bas (*en montrant la chaise à côté de celle du patient*), j'suis à côté d'eux, j'suis avec eux.

J'suis pas à leur place, c'est fini ça. C'est trop fatiguant. J'suis pas à leur place mais on aide les gens à aller mieux et ça j'ai pas réussi à... Et je pense vraiment que elles sont pas à leur place en médecine générale. Donc y en a une qui s'ra p't'être femme de chirurgien orthopédique, c'est p't'être bien aussi. C'est dommage d'avoir fait tout ça pour être là. Je trouve dommage parce qu'elle est capable de faire et qu'elle ne s'est pas donné les moyens, on va dire qu'elle était p't'être les hormones. OK c'était sa grossesse mais la... la première avec qui ça s'est mal passé j pense que vraiment c'est un problème de connaissances et qu'elle va avoir du mal à rattraper. Et que si elle n'a pas les connaissances elle peut pas être sûre d'elle. Si t'as pas l'cadre, tu peux pas sortir du cadre et là tu vas faire des conneries et tu vas passer à côté, tu vas perdre du temps. Tu vas t'enfoncer...

E : Vous pensez que c'est quelque chose justement qui peut... qui peut s' résoudre ?

P : Il faut qu'elle bosse. C'est du travail perso. C'est que du travail perso. Ça on ne peut pas l'faire à la place... Autant on peut essayer d'arranger les relations, montrer une façon d'être, une façon d'accueillir, une façon de parler euh... une façon de poser les questions. Autant sur les connaissances... « ouais ben écoutes, bosse. Revois le calendrier vaccinal, revois tes recommandations. Y a quand même plein de choses accessibles ».

E : Est-ce que vous en avez reparlé justement du calendrier vaccinal à la fin des six mois ?

P : Oulala. Oulala... Il est accessible tout l'temps. Euh : « ah au fait c'est quoi l'nom du vaccin ? » ... (*En mimant l'interne*).

E : Comment vous faisiez dans ces cas-là ? Vous donniez la réponse ou vous attendiez d'elle qu'elle la trouve seule ?

P : Des fois on ne peut pas non plus attendre des plombs que on trouve le nom des vaccins... les gens ont aussi autre chose à faire. Et puis les gens sont pas rassurés quand on... « Tu sais pas ? bah t'as tout c'qui faut là. T'as google ». Mon ami google quand même. Là, les gens ne voient pas qu'on cherche. « Tu cherches un DT-polio ? bah tu tapes google, DT-polio, il va te les ressortir les noms. Ça va te revenir ». Mais même ça... c'est l'initiative. Y a pas d'initiative. « Ah au fait comment ça s'appelle ? ». Y a rien de pire qui m'énerve...

E : Comment a évolué votre relation avec l'interne ?

P : Bien. Moi je reste quand même très courtoise et puis les gens n'ont pas à sentir que y a un problème non plus hein...

E : Est-ce que votre relation allait au-delà de l'échange de pratique de la médecine ?

P : Nan. Nan. C'est d'ailleurs une discussion qu'on a eu ce matin avec la secrétaire, qui est quand même un peu mon... échappatoire. C'est à dire que on est deux, donc on arrive le matin... j'les fais venir le mardi et le jeudi. Moi j'commence à huit heures. J'les fais venir à neuf heures et demi, dix heures... dix-sept heures, ça fait sept heures de consulte, on mange ensemble. On mange ensemble, ça veut dire c'est un moment de partage, on boit l'café le matin en arrivant. C'est aussi convivial, on peut discuter d'autre chose avec P., de la pluie et du beau temps. On raccroche les consultations. L'après-midi on va boire un café... on fait des pauses régulièrement, où on peut parler d'autre chose. Et ben... en fait on en sait très peu. Si on ne va pas poser des questions... on en sait très peu. Par exemple celle qui était enceinte on

n'a même pas eu de faire-part... C'est rien. C'est rien, mais ça nous aurait fait plaisir. E. qui va passer sa thèse, donc qui fait une thèse sur la méditation, elle a participé avec moi parce que je suis formatrice en méditation, euh, gratuitement les huit semaines... enfin j'veux dire on a fait le parcours, elle l'a fait en tant que patiente... patiente entre guillemets, en tant que participante mais aussi avec un regard extérieur de futur médecin qui va pratiquer la méditation, qui est devenue formatrice elle également. Elle a... et ben elle doit faire sa thèse... elle a fait sa thèse sur la méditation et les bienfaits de la méditation pour les médecins, éviter le burn out chez les médecins, et... j'ai pas eu d'épreuve à lire, j'ai pas eu de... je devais ou je devrais être invitée et je lui ai même proposée d'être jury, mais j'ai pas de nouvelle... Donc ouais c'est des fois un p'tit peu décevant aussi de pas savoir ce que ils deviennent, de pas savoir... c'est un peu frustrant.

E : Et ça c'est quelque chose que vous ressentez justement au moment du stage ? Et qu'avec certains internes la relation se poursuivra probablement par la suite ?

P : Ben là, ben j'en ai deux qui m'remplace, mais... y a rien de plus quoi, y a rien de plus... Pour certains j'ai l'impression, voilà j'fais six mois ici et puis voilà j'passe à autre chose quoi... C'est... Y a pas forcément de relation particulière... Celle qui vient d'arriver là, euh... D. c'est euh... c'est encore particulier parce que y a un problème de langue. J'pense que ça lui pose problème parce que... elle a pas la finesse des échanges. Si tu fais d'la psy, y a quand même un niveau... Donc ça lui passe un p'tit peu... Elle mange pas avec moi... Elle sort, un quart d'heure, vingt minutes, donc y a pas non plus ça...

E : Vous lui avez déjà proposé de manger avec vous ?

P : Bah bien sûr... « Pourquoi tu vas manger dans ta voiture quoi ? » J'veux dire que mon bureau il est pas très... peut-être... Voilà. Donc... j'sais pas... Bon après, elles, faut que j'en prenne mon parti aussi hein. Par exemple, elles sont... Bon moi j'ai pas d'bol parce que les cours c'est les mardis et les jeudis. Donc c'est sur mes heures à moi. Et ben jamais on récupère. Jamais on va m'dire : « bah j'vais v'nir vendredi », par exemple... jamais, jamais, jamais. C'est juste normal qu'elles soient pas là parce qu'elles ont autre chose à faire. C'est pas... Y en a très peu qui... y en a que deux d'ailleurs, toujours les mêmes, qui se sont investies et qui viennent par exemple en disant : « ah mais vous avez vu, mardi vous commencez, vous faites la maison de retraite à huit heures, moi j'viens » ... Ok... Sinon nan... C'est pas... je pense qu'elles ne, qu'elles ne voient pas peut-être aussi le côté aide qu'elles peuvent me donner. C'est aussi une aide, c'est aussi... y a une contrepartie : « Ok j't'apprends des trucs mais en contrepartie, t'as p't'être aussi un travail à effectuer ». Et ça pour certains, certaines, ben y a pas de retour sur investissement... y a pas : « ben, j'vais rester un peu plus parce que y a du boulot » ou « j'peux p't'être vous faire ça » ou... y a pas...

E : Vous avez pu en discuter justement, de ce manque de...

P : Des fois j'me dis, j'en ai marre d'aller chercher quoi. Si ne elles voient pas... Et puis après tout, est-ce que j'ai aussi envie de perdre mon temps et de m'investir en leur disant : « eh ben écoutes t'es pas venue mardi, viens vendredi » ? Après tout, les relations sont déjà assez compliquées comme ça. Reste chez toi... Est-ce que j'ai une raison valable de m'enquiquiner sept heures alors que j'peux être libre. Des fois j'me pose la question. Comme là elle est pas venue mardi parce que elle aurait une gastro, j'veux bien la croire... tu s'rais à ton compte, tu s'rais venue bosser avec ta gastro... Là tu viens pas bosser, ok, tu me préviens de bonne

heure, ok, mais est-ce que tu vas me proposer de venir vendredi à la place ? Ben... j'pense pas non. Est-ce que moi j'vais lui dire : « est-ce que tu viens vendredi ? ». Bah... à la limite pourquoi ?

P : C'est donnant donnant...

E : Est-ce que vous sentez que vous, votre vision de la maîtrise de stage a évolué depuis les deux derniers stages justement avec ces internes avec qui...

P : Nan. Alors autant... C'est pas beau c'que j'vais dire, c'est pas beau... quand elle m'a téléphoné et qu'j'ai compris qu'c'était une roumaine, j'me suis dit ça y est je touche le fond, voilà c'que j'ai pensé : je touche le fond. C'est à dire que j'viens d'passer déjà un an à galérer et là on va pas parler pendant... d'ailleurs on parle très peu parce que y a peu d'vocabulaire... on parle très peu. J'me suis dit : « là j'touche le fond » et j'me suis dit : « si tu commences à l'accueillir en disant qu'tu touches le fond, tu pourras pas tenir six mois... y a ma survie aussi, hein » et j'me suis dit : « ben écoute c'est simple, tu fais comme avec les autres et tu lui laisses sa chance ». Finalement elle est pas si mal que ça. Bien sûr qu'il y a les problèmes de langage mais elle a envie, euh... elle est pas maladroite. On va même dire elle est très adroite. J'lui fais faire des prises de sang. Je... voilà... « t'as envie d'faire... ça te dit ? et ben on y va, on fait ». Et finalement ça s'passe pas si mal que ça mais tout d'suite, hop... Elle vient donc depuis novembre, ça fait quand même cinq semaines, elle est venue trois fois, en cinq semaines parce que il y a eu des cours... Ben comment on peut établir une relation ? trois fois en un mois et demi... c'est pareil. Comment on peut travailler ? On peut pas... Elle vient une fois par semaine. Comment on peut créer du lien ? avec moi ? avec les gens ? Une fois par semaine... c'est pas assez. C'est pas... nous on fait du régulier quoi, enfin du... du quotidien, et là on est une fois par semaine...

E : Quelle serait la solution selon vous ?

Rires

P : Il n'y en a pas. Et puis moi j'ai besoin qu'elle me montre qu'elle a envie aussi et si elle veut venir vendredi elle viendra vendredi. Mais là elle va se retrancher en m'disant : « ouais y a des gilets jaunes et moi j'viens de..., y a une heure de route le matin et une heure de route le soir ». C'est pas mon problème. J'veux bien l'entendre. Ben ok... tu veux... tu... tu décides pas de v'nir, je n't'invite pas non pas non plus... Donnant donnant.

E : Est-ce que vous éprouvez toujours du plaisir à...

P : Bien sûr. Oui. Oui. Et puis j'ai eu... Heureusement j'ai eu mes p'tits externes entre temps, qui avaient envie, qui m'ont choisi. Et mes p'tits externes de sixième année, une qui a fait un stage supplémentaire et qui m'a dit : « moi je veux être au top pour l'année prochaine, parce que c'est mon métier et que j'ai envie ». Ça a été super. Mais on est pas du tout dans la même... dans le même état d'esprit. Elle a fait un stage supplémentaire pendant son temps de vacances pour être au top. Donc forcément elle est v'nue, elle est v'nue à la maison de retraite. Elle est v'nue même les jours où c'était pas son jour, parce qu'elle me l'a demandé. Donc elle a appris plein de choses. Elle a fait de la gynéco, qu'elle avait jamais fait. Elle a fait d'la mésothérapie. Elle sait préparer des s'ringues, elle sait vacciner les bébés. J'veux dire, elle a fait plein de trucs qu'elle avait jamais fait auparavant. Mais c'était son choix. C'était pas la même chose. Elle était pas obligée de l'faire. C'était pas une obligation, c'était un

choix. Et là c'est pareil, j'ai un sixième année qui vient en janvier, qui m'a dit : « écoutez, moi j'ai regardé, vous avez des supers appréciations, les externes sont super contents. Moi j'ai besoin d'une remise à niveau, je viens... si vous m'acceptez », « ben oui quoi, si tu m'as choisi, ouais d'accord tu viens, ok ».

E : Vous avez l'impression de ne pas avoir ce même retour de la part des internes ?

P : Nan. Alors qu'c'est une chance pour eux. Une chance pour eux... une chance de pouvoir faire ça, d'être... c'est ce que je leur dis aux externes quand ils commencent, parce que ça fou les j'tons quoi, ils savent rien faire... Et effectivement ils savent rien faire... Et ben c'est bien parce qu'ici on est que deux donc tu peux apprendre à faire... Et là tu peux pas te planquer... Et oui... Je leur dis hein... comme ça. Et moi j'leur dis surtout je veux des... des gens qui sont là quoi. « Si t'as pas envie d'être là, tu pars ». On en a un comme ça qui m'a plombé mes séances d'hypnose, il soupirait pendant les séances. « Tu t'emmerdes, tu t'en vas, mais tu viens pas euh... ». Les gens le ressentent. Ils disent : « oh ben dis donc votre stagiaire... ». « Ben oui mon stagiaire... mais c'est que six semaines, ça va ». L'avantage c'est que c'est plus court quand ça va pas, mais les externes, à part vraiment un qui... j'lui ai dit : « change de voix, parce que là t'es pas à ta place. J'pense que c'est pas... c'est pas le métier là qu'il te faut ». Il y avait rien qui le convenait de toute façon, pas de prédisposition particulière pour quoi que ce soit. Et donc... et il le reconnaissait d'ailleurs. J'lui dis : « écoutes en sixième année c'est p't'être le moment d'changer, c'est pas la peine de t'embourber dans un truc qui va te... ». Sinon les externes ils sont supers, parce qu'ils ont envie. Parce qu'ils ont envie de découvrir. Ils le savent qu'il est obligatoire, mais c'est pas du tout la même mentalité...

E : Tout à l'heure vous disiez que les externes vous choisissaient, mais vous avez l'impression que les internes...

P : Les sixièmes... les sixièmes années ils me choisissent parce qu'ils sont pas obligés de le faire. Donc là c'est vraiment un choix. Et j'ai une bonne réputation de maitre de stage chez les externes. Je suis la même pour les internes. Les internes je ne sais pas parce qu'on a pas accès aux...

E : Aux carnets d'évaluation ?

P : Oui voilà. Donc... Mais les externes, moi je sais même pas si il y a un truc, parce que ma fille est en quatrième année et j'lui ai dit : « mais t'as entendu quelque chose sur moi ? », on n'sait jamais. Et elle me dit : « non je sais pas où ils vont chercher », mais euh... lui, j'lui demandais rien. Il veut v'nir en stage, il vient en stage, y a pas de soucis, j'ai de la place il peut venir. Il me dit : « vous avez une bonne réputation ». Mais oui mais je vais avoir... j'suis franche du collier mais une fois qu'c'est dit c'est dit quoi...

E : Qu'est-ce que vous ressentez justement quand vous entendez ça ?

P : Bah d'la fierté. On est content... J'veux dire... c'est c'est... c'est justement ça qu'on veut, c'est qu'les étudiants soient à l'aise, qu'ils ressortent d'ici plus aguerris, que... les externes sachent faire un examen clinique. Qu'ils aient plus peur d'la médecine générale. Il y en a beaucoup qui ont peur, en disant : « mais vous vous rendez compte tout ce qu'il faut connaître, sur tout... ». « On fait du fonctionnel coco, c'est pas grave. Faut juste pas passer à côté de l'urgence quoi... ». Mais euh... une fois qu't'as compris ça... c'est quoi notre métier à part rassurer les gens ?

E : Et à votre avis, quel... pourquoi avec les internes les choses se passent différemment ?

P : J'sais pas... Trop formatés... j'pense... peut-être. Trop formatés...

E : Les internes ?

P : Ouais.

E : Est-ce que vous aussi vous avez des attentes différentes envers les internes par rapport aux externes ?

P : Ah non, pas vraiment non. Je traite mes... En fait je traite mes externes comme des internes. C'est à dire qu'ils peuvent tout faire, du début de l'accueil à la prescription. Ils font les ordonnances ici. « Ben ouais mais j'sais pas... ». J'dis : « t'auras déjà entendu les médicaments, tu les auras écrits, tu les auras... c'est déjà un langage que t'as appris quoi ». Pourquoi les cantonner à rester sur une chaise dans un stage d'observation alors qu'ils peuvent faire ? D'ailleurs moi ça me prive... j'fais beaucoup moins de gestes... depuis qu'ils ont là puisque ils font tout, les frottis, les implants, ils font... Pas les stérilets encore mais... Ils font... J'trouve même des cobayes pour les prises de sang. Les infiltrations c'est eux qui font... Si ils veulent apprendre, y a aucun souci. Ils veulent... Si ils veulent... J'suis prête à partager moi, c'est pas l'souci.

E : Qu'est-ce qui vous a poussé à aller jusqu'au bout des deux stages avec les internes ? Les deux internes dont on a parlé.

P : Parce que je pars du principe que si j'y suis pas arrivée c'est de ma faute. J'ai pas trouvé le moyen de les amener à... Mais peut-être qu'il y avait pas à les amener à... ? La seule fois où j'ai vu mon interne enceinte épanouie c'est le jour où elle est venue me ramener un classeur que je lui avais prêté quoi. Elle est pas à l'aise ici. Elle est pas à l'aise. Et ben c'est pas forcément... Ça aussi... Faut qu'j'arrête de m'dire : « c'est d'ma faute ». C'est pas forcément d'ma faute. D'ailleurs si mon collègue me dit que c'est la même chose, c'est qu'c'est pas forcément d'ma faute. C'est qu'elle est pas à sa place. Et peut-être qu'il fallait qu'elle passe par ici, que je lui dise qu'elle n'était pas à sa place... Mon collègue ne le dit pas mais moi j'leur dis. Et peut-être que... elle s'ra mieux à l'hôpital où elle n'est pas toute seule, où il y a une équipe... ben peut-être, il en faut aussi hein. Ou peut-être qu'elle sera que femme de chirurgien orthopédique, parce que je pense que ça finira comme ça... Et puis moi j'ai plus de craintes, alors pas pour elle parce qu'elle a une bonne place, son mari a une bonne place, c'est pas un souci. Mais euh... celle d'avant, moi j'ai des craintes pour elle, parce qu'elle va se faire peur... C'est... Et nous on n'a pas envie, enfin moi j'ai pas envie que vous vous fassiez peur. J'ai pas envie qu'vous soyez pas à votre place. On fait un métier super, il faut être à sa place. Mais peut-être que... Alors ou elle est... elles est pas bien préparée et il lui fallait six mois d'plus, peut-être que elle va s'faire invalider après, ou il faudra qu'elle trouve un stage hospitalier justement, enfin un boulot hospitalier ou un truc en PMI où il y a pas de responsabilités à prendre. On n'est peut-être pas tous prêts à prendre des responsabilités tous les quarts d'heure... Et elle voilà c'est ça, c'est... j'espère en tout cas qu'cela les a fait réfléchir à : « est-ce que je vais m'installer en médecine générale ou pas ? ».

E : Est-ce que ça a changé aussi votre pratique dans la maîtrise de stage ?

P : Non. Non... moi je... on repart à zéro avec le nouveau. On essaie d'effacer ce qu'il s'est passé et... et... Parce que ils sont tous différents, ils viennent d'horizons différents, ils ont des aspirations différentes. Ils savent... Ils ont des niveaux hyper différents quoi. Enfin... Y a des niveaux... Y en a ils sont excellents en tout, y en a les connaissances... ils sont arrivés là, ils savent pas... Y en a qui ont fait que des stages de planqués pendant leur externat pour pouvoir bosser l'ECN... moi je leur ai dit : « arrêter de bosser l'ECN. Commencez à faire de la médecine. Quand est-ce que vous faites de la médecine ? Quand ? C'est pas dans les bouquins qu'on fait de la médecine, c'est en stage ». « Ben ouais mais j'suis allée en radio, en anapath... ». Euh... Comment te dire ?... Comment te dire ? J'suis étonnée moi, parce que par exemple, ma fille qui est en quatrième année, pas parce que c'est ma fille hein. Elle est en quatrième année. Et là ils ont la répartition de stage vendredi. Elle me dit : « tu te rends compte, les D4, ils sont... ». Alors les D4 doivent faire six semaines... trois mois de stage. Il y avait les D... j'sais pas quoi, les D3... la première partie et puis eux ils font la deuxième partie. Les D4 se sont arrangés pour faire toutes leurs heures la première partie et donc là ils sont plus que des quatrièmes années en stage. Ok. Ils ont leur répartition... à la même heure, tous... donc il y aura personne en stage vendredi. Elle me dit : « ouais mais le bloc il va pas tourner si on n'est pas là ». J'lui dis : « attends, c'est pas à toi d'organiser l'travail. Toi t'es là, ok ». « Oui mais on nous a dit qu'il fallait... Donc comment on va s'arranger puisqu'on doit tous être au même endroit en même temps, il n'y aura personne ni au bloc, ni en consultation, comment est-ce qu'ils vont faire ? ». Elle se pose la question de : « comment est-ce que le service va tourner sans moi ? ». Bah ça c'est bien. C'est bien. En même temps j'lui dis : « c'est pas ton boulot. Toi t'as prévenu, vous avez prévenu les D4 qu'il fallait quelqu'un vendredi matin. Tu fais une lettre, vous faites un courrier au chef de service en indiquant qu'vous serez absents, vous les D4, enfin que les D2 sont absents et que les D4 devraient être là. Et comme vous les avez informés de la situation. Maintenant les D4 ils viennent pas c'est pas ton problème ». Mais déjà elle se dit : « si j'suis pas là, comment ils vont faire pour... ? ». Bah elle, elle a déjà de l'initiative et de la conscience dans son travail et de la présence là où je suis. On les voit trop : ils viennent parce qu'il faut qu'ils viennent. C'est ça qui m'désole. Comme les GEP. Il faut qu'ils viennent et pourtant les GEP... bah ouais, bah on s'rend compte que finalement vous avez tous les mêmes problèmes quoi, « ah bah ça peut p't'être vous être utile d'en parler et puis trouver des solutions. Et puis vous vous sentez moins seul quand vous avez tous les mêmes problèmes. Et puis du coup ça remonte à la fac donc ils sont en train de remettre des cours de thérapeutique : « ah bah voilà... ». Donc ça sert à quelque chose. Quand vous avez un premier semestre qui a son porte-folio à remplir et qu'il doit valider son RSCA, et qui vient en GEP et qu'il l'a pas fait... parce que j'ai fait des remarques comme quoi ça correspondait pas : « bah oui, quand tu m'traites, moi j'veux bien qu'tu m'traites une ischémie mésentérique et que tu peux me parle des thrombophilies, j'vois pas l'rapport ». Donc oui effectivement on va te dire que ça correspond pas à ce qu'on te demande. Et ben comme ça a pas plus à mademoiselle, elle est v'nue en r'tard, elle est v'nue en bouffant, elle a joué avec son portable toute la séance et elle n'a même pas écouté c'que ses co-internes racontaient... « Ben merde, qu'est-ce que tu fais là ? ». Bien sûr c'est obligatoire mais en même temps si tu partais du principe que ça peut t'être utile, et puis d'toute façon t'es obligée de le valider pour passer. Et je sais pas si elle est validée hein. Moi j'ai pas... Nous avons, parce que c'était collégial, nous avons décidé de n'pas la valider. D'ailleurs elle nous a pas rendu d'travail. On va pas valider quelqu'un qui ne rend rien. Et là vous dites ben là t'as pas conscience, t'as pas... C'est comme les internes, quand j'dis c'est donnant-donnant, j'veux dire si on vient pas travailler l'mardi ça veut dire que... ben on est pas concerné par le travail de la journée. Ben ouais mais en même temps si, tu devrais être concerné parce que c'est aussi ta journée de travail et ça bah... non... on le sent très peu... « Ben j'suis pas là, j'suis pas là. De toute façon j'suis pas là mais le cabinet va tourner quand

même et puis de toute façon moi ça m’rapporte rien ». Bah si, normalement ça devrait te rapporter quelque chose. C’est ça qu’je reproche...

E : J’rebondis juste un p’tit peu par rapport aux difficultés. Est-ce que vous sentez que vous avez une écoute quelque part, en dehors de votre binôme, quand vous êtes en difficultés avec l’interne ?

P : Nan...

E : Vous aviez essayé d’en parler à quelqu’un d’autre que votre binôme ?

P : Oui. Parce qu’on a un référent territorial. C’est la mode. Et j’l’avais rencontré justement en formation en lui disant : « j’suis... je sais pas comment on va faire, parce que... c’est compliqué », « oui ben c’est compliqué quoi ». Voilà, c’est compliqué...

E : Vous n’avez pas eu de solution ?

P : Nan mais en même temps je ne sais pas si il y en avait... Quoique des fois p’t-être un coup de pied aux fesses de la fac, ça peut être utile aussi... mais j’sais pas... On n’a pas d’retour. Euh... on fait des appréciations, moi j’ai mis des réserves quand même... parce qu’on a une case à remplir : « est-ce que vous avez laissé votre interne en autonomie ? », « non ». « Est-ce que vous le laisseriez remplacer ? », « non ». Donc c’est validé avec réserve hein... Moi j’ai validé avec réserve. Ben même ça, ça déclenche pas un coup d’fil. On a l’impression quand même que vous êtes des inconnus hein au DMG et que... nous aussi hein... parce que on prend n’importe qui, on n’est pas validé... on n’est pas évalué hein. On nous juge pas. On sait pas qui on est. Si on a de quoi recevoir, deux chaises et puis un p’tit peu de médecine générale derrière soi. On n’a pas de critères de valeur pour nous, par exemple... Sur quoi on est choisi, à la fac ? Faut avoir fait les quarante-huit heures de formation et puis c’est tout... Donc si hein, les critères... est-ce qu’on est de bons médecins généralistes ? D’ailleurs j’ai une copine, qui est plus jeune que moi et qui dit : « Oh écoutes t’as l’air bien avec tes stagiaires, tout ça. Tu sors avec, tu les emmènes en visites, tout ça... ». Et puis me dit : « oh ben t’es mieux, moi j’aimerais bien faire tout ça ». Et puis elle m’appelle l’autre jour, elle me dit : « bon là j’vais quand même faire la d’mande mais... t’as fait quoi ? t’es... ? non parce que quand même faut être un super docteur, faut être au top avec les recommandations, faut être... ». J’lui dis : « lâches du lest hein. C’est quoi être un super docteur ? c’est quoi être un bon docteur déjà ? t’as une définition pour être un bon docteur ? tu fais ta médecine générale. T’as des patients qui viennent te voir, tu les rassures, tu les soignes, ben t’es un bon médecin généraliste. C’est quoi un bon médecin ? c’est quoi le référentiel pour être un bon médecin ? j’en sais rien moi...

E : Est-ce que vous attendez quelque chose de la part du DMG ?

P : Ben des fois des retours quand même quand on met des réserves, quand on invalide ou qu’on valide pas... J’ai pas invalidé. J’ai pas validé parce que j’ai pas eu d’tavail. C’est pas une invalidation, c’est une non validation. On n’a pas d’retour quoi... pas d’retour. Le seul retour que j’ai eu c’est un... c’est un interne qui avait fait son RSCA et qui a dû en faire un mémoire. On lit. Mais rien à voir avec c’qu’on demande dans un RSCA. J’veux dire on a des grilles hein... rien à voir. J’dis : « t’en penses quoi ? », « j’suis d’accord avec toi, ok ». On fait un p’tit courrier à la fac. J’ai même appelé j’crois. J’dis : « voilà écoutes j’suis embêtée avec ce truc parce que il veut en faire son mémoire. Pour son mémoire c’est p’t-être bien mais

pour le RSCA c'est pas ce que vous nous demandez alors qu'est-ce qu'on fait ? », « Ah mais t'en occupes pas, il va avoir un poste d'assistant. Il est déjà validé ». Et ben ouais, elle est où l'égalité des chances dans tout ça ? Donc lui il fait un mauvais travail entre guillemets, en tout cas il ne correspond pas aux critères, mais on va le valider. Alors j'dis qu'est-ce que j'fait avec l'autre qui m'rend pas, j'la valide aussi ? parce que je ne vais pas l'emmerder pour son cursus, ou c'est un travail qui vraiment est intéressant et qui est utile pour l'étudiant, ou c'est juste un truc de plus que vous allez leur demander ; Comme vous supprimez le mémoire il faut des RSCA. Mais c'est un travail qui a de la valeur ou pas ?

Silence

P : Parce que ça sert à quoi que j'perde trois heures de... consultations pour un travail qui finalement, vous validez, vous validez pas, on s'en fou vous les connaissez pas de toute façon...

Silence

P : C'est ça qui est un p'tit peu désolant avec la fac. C'est quand même un panier d'crabes la fac hein, quand on voit c'qu'il se passe dans les SASPAS... Moi on m'a refusé le SASPAS... deux fois. Sous prétexte que j'avais pas d'expérience et sous prétexte que les projets des internes n'étaient pas valables... Ok... D'accord...

E : Le projet des internes ?

P : Oui parce que j'ai deux internes qui m'ont demandé de faire le SASPAS chez moi parce que comme j'pratique l'hypnose et qu'ils avaient fait la formation d'hypnose ils voulaient pouvoir pratiquer... On leur a dit que c'était pas assez solide... La fac, c'est un milieu particulier. Et puis nous on est autour et on fait d'notre mieux. En s'donnant des objectifs. On a quand même des objectifs. Que vous soyez bien, que vous soyez de bons médecins, sans être péjoratif. En tout cas des médecins à leur place et qu'ils s'épanouissent dans leur métier. Qui ont envie de s'installer, qui ont envie d'aider les gens. C'est ça l'objectif. Il est p't'être pas toujours atteint.

E : Et dans votre futur, la maîtrise de stage vous l'envisagez toujours ?

P : Oui, moi j'continue. Parce que financièrement c'est super intéressant.

Rires

P : On n'a pas été payé de l'année, mais c'est super intéressant. Euh... non parce que c'est un échange et qu'il y a quand même des... disons qu'ils valent le coup quoi... Franchement...

E : Si on devait, pour conclure un p'tit peu, résumer en quelques mots votre vécu de la maîtrise de stage ?

P : Moi, il reste positif malgré tout. Même si la moitié pour moi sont perdus pour la cause de médecine générale. Bon, il y avait deux urgentistes, un gériatre, maintenant c'est plus l'cas, on aura plus que des médecins généralistes. Mais... moi j'aime bien, j'aime bien l'échange, j'aime bien... j'avais peur au début d'montrer ce que je faisais, c'est ce qui fait peur à ma collègue qui me dit : « il va juger ». J'lui dis : « écoutes... il peut juger, mais autant toi tu sais

c'que tu fais à peu près, donc y a pas d'raison d'avoir peur d'être jugé ». Faire un geste par exemple, en étant regardé... au début tu te dis : « comment j'vais faire ? Si ça merde, qu'est-ce qu'il se passe ? Ben si ça merde, ça merde... Et ben c'est juste que ça doit merder et puis que ben ça arrive que ça merde et puis que ben ouais on n'est pas des superdoués et que des fois ben on merde. Ben oui, ben on accepte qu'on merde. Ça aussi c'est bien d'voir qu'on peut merder. C'est bien d'voir qu'on fait des erreurs, qu'on... des erreurs diagnostiques, des erreurs... de voir nos difficultés pour joindre les co-internes hospitaliers, qui ont oublié aussi des fois qu'ils vont venir ici. Remonter les informations. Des fois c'est bizarre hein, les urgentistes c'est des médecins généralistes aux urgences. Et ben c'est bizarre parce qu'ils ne se comportent pas de la même façon quand ils sont là que quand ils sont aux urgences... J'dis : « ça aussi c'est bien de voir les relations entre vous parce que... j'sais pas, vous sortez de la même école, vous avez le même âge. Vous sortez du même stage d'ailleurs. Vous avez vu comment vous vous comportez ? entre nous et entre vous ? ». Ça aussi c'est la vraie vie quoi. C'est leur montrer la vraie vie. Après, avoir peur du jugement dans les actes, et ben on oublie. Ça nous remet aussi à notre place d'humains. Ils peuvent merder des prises de sang... ben oui, ben tant pis, « ben tu recommences. Tu t'excuses et tu recommences ». J'pense que ça leur apprend, à prendre leurs responsabilités vis à vis du patient. Y a pas d'équipe là... « T'as merdé ta prise de sang, ben excuses-toi et puis tu demandes si tu peux faire à l'autre bras ». Et puis en général ça s'passe très bien. Ben ça aussi c'est prendre confiance en soi, en s'disant ben j'peux rater mais en même temps j'peux réussir de l'autre côté... et puis j'peux rater parce qu'il était mal piqué ou parce que j'ai... foiré ou parce que c'est comme ça... y a des fois les veines elles ont peur de nous aussi hein... Ben voilà, c'est la vraie vie, on apprend la vraie vie. On ne peut pas se cacher... Moi j'trouve ce stage génial hein... perso... Après il faudrait leur poser la question. Faudrait leur poser la question : « qu'est-ce qui les a bloqué, elles ? qu'est-ce qui a fait que... ? est-ce que c'est juste un problème relationnel ? ça c'est tout à fait possible... J'ai quand même des doutes parce qu'on était quand même deux à l'avoir ressenti... Ou est-ce que c'est vraiment un problème : elles avec la médecine générale ? elles avec le cabinet ? est-ce qu'elles seront mieux elles et l'hôpital ? ou elles et la PMI ? ou elles... C'est possible aussi.

E : Maintenant que les stages sont finis, ce sont encore des réponses que vous aimeriez avoir ?

P : Ben je n'en aurais pas. Déjà j'ai même pas eu de faire-part de naissance donc je pense que... Peut-être aussi j'ai pas... Est-ce qu'on a besoin d'avoir une relation autre que professionnelle ? J'ai l'impression que les internes ne le demandent pas, ça...

E : Et vous ?

P : Bah moi... moi c'qui m'a fait plaisir c'est quand j'ai eu deux externes qui s'étaient suivis, qui sont venus avec les croissants un matin sans prendre rendez-vous et qui m'ont annoncé leur résultat à l'ECN. J'en parle encore avec émotions parce que... là vraiment c'était quelque chose de fort. Ça veut dire que leur stage ici ça a été quelque chose de... d'important... et ils seront pas généralistes... et en plus ils seront pas généralistes. Y en a un qui va être psychiatre et l'autre anesthésiste, donc rien à voir, ils pouvaient prendre ce stage par-dessus la jambe et c'qui a pas du tout été le cas quoi. Et ils sont venus eux, alors qu'il y avait pas eu plus que ça forcément au moment du stage sauf qu'ils en ont parlé, sauf qu'ils ont dit à leurs collègues de venir parce qu'on apprenait ici. Ouais ça ça fait plaisir. Ça ça fait plaisir. Mais les internes non. Non... Les externes par exemple ils ont un défi cuisine. Les externes je leur valide leur stage que si ils ont apporté quelque chose pour la pause-café, qu'ils ont fait eux-mêmes. Ça a l'air de rien mais c'est quelque chose... ils viennent et... c'qui est fou c'est que vraiment la

qualité de c'qu'ils apportent est proportionnelle à la qualité du stage, parce que... ils ont apporté un soin particulier, parce qu'ils ont été attentifs à ce que j'aimais bien, parce que... enfin ils... Et franchement je veux dire... J. m'a fait des macarons au beurre salé. J'veux dire J. on s'en souvient quoi... Y a des gens comme ça qui laissent des traces parce que... parce qu'ils ont été vraiment... ils ont aimé ce stage... ils ont aimé. Même si ils en feront pas leur métier. Les internes j'ai absolument pas l'impression qu'elles aiment ça. Si elles aimaient ça elles seraient là aujourd'hui...

E : Les deux dernières internes ?

P : Ouais ouais... C'est ça qui est dommage... C'est de pas... de pas... vraiment... « allez ce stage j'l'aime pas mais j'vais prendre tout c'qu'il y a à prendre ». Nan : « je viens le plus tard possible, j'arrive à 9H59 et je repas à 17h... ».

Silence

P : Et la dernière elle me dit : « j'aime pas rouler quand il fait nuit ». J'dis : « tu vas pas partir à 3h de l'après-midi quoi. Tu viens à 10h tu ne vas pas repartir à 15h... ». Bah à la limite j'vais finir par la laisser repartir à 15h... parce que si c'est pour me pourrir les deux heures qui suivent c'est pas la peine.

E : Parce que c'est le cas ? Vous ressentez ça ?

P : Pas encore, mais elle était déjà pas là mardi... j'veux dire... comment sur six mois on peut juger quelqu'un qu'on voit dix fois quoi ? Est-ce que c'est quelque chose de productif de v'nir dix fois ? j'en suis pas persuadée... parce que... Autant à l'hôpital vous pouvez créer des liens parce que vous y êtes tous les jours, vous connaissez les gens. Mais si tu viens une fois par semaine, ben... le lien il se créé pas, c'est difficile...

Fin

E : Enquêteur

P : Praticien

I : Interne

Retranscription du 10^{ème} entretien

Praticien interrogé à sa demande en présence de son interne

E : Alors, pour commencer j'aimerais savoir depuis combien de temps vous êtes Maître de Stage Universitaire ?

P : Depuis dix-huit ans.

E : Depuis dix-huit ans... Et comment vous est venue l'envie de l'devenir ?

P : Ah ça je ne me souviens plus... Je suis désolé mais je ne me souviens plus du tout...

P : Pourquoi ? J'ai su qu'ça s'faisait... Euh... et j'ai eu envie de transmettre... Ouais j'pense...

E : D'accord.

Silence

E : Quels sont vos attentes ou vos besoins dans cette fonction de Maître de Stage ?

P : Ben des attentes...euh...d'être un peu soutenu par le DMG mais ça c'est un peu compliqué, moi j'suis dans une position compliquée parce que j'suis un ancien enseignant du DMG et puis on m'a pas permis de continuer donc j'me sens pas hyper soutenu par le DMG en c'moment mais... j'veux pas rentrer dans c'genre de polémique. Mais les attentes... ben d'abord une formation régulière, ça c'est sûr... Euh... et puis... j'aimerais bien qu'il y ait une meilleure évaluation, moi, je voudrais que l'évaluation soit mieux faite.

E : L'évaluation des internes ?

P : Nan, l'évaluation des maitres de stage par les internes.

E : D'accord...

P : Y a des... y a des facs, comme à Versailles... euh... où les... les Maîtres de Stage craignent l'évaluation des internes et ils se donnent du mal pour être bien évalués parce qu'ils savent que sinon ils auront personne... Et ça inverse la relation... et du coup ça oblige les Maître de Stage à s'bouger un peu plus. J'trouve c'est pas mal, moi. Ici...on n'a jamais trop réussi à obliger les internes à évaluer. Alors pour éviter l'effet punition ou bien que les gens aient peur, les évaluations sont publiées avec un an de retard, comme ça il y a plus l'effet de : « tu sors de chez moi tu me mets un couteau dans l'dos, euh... ». Elles sont données tout de suite mais publiées avec un an de retard. Ça j'trouve c'est brillant comme idée.

E : Parce qu'ici comment ça se passe ?

P : Alors il y a théoriquement une évaluation obligatoire, je n'sais pas si elle est vraiment faite.

Le praticien se tourne vers l'interne.

I : Alors y en a une qui est faite par la faculté en fait, et une qui est faite par notre association en fait des étudiants. Donc celle de la faculté j'pense que nous on n'y a pas accès en fait. J'ai jamais eu accès aux commentaires qui ont été fait par les évaluations de la faculté, j'pense que c'est juste pour voir, voilà, si il faut intervenir dans des stages, si ça s'passe mal, si faut les fermer et donc les étudiants n'y ont pas accès pour choisir les stages et nous au niveau de notre association d'étudiants, euh... c'était aussi à une année après j'crois qu'c'était publié avec l'association mais euh... c'était fait euh... sur internet mais après publié dans une version papier et maintenant y a un site internet qui est fait et par contre là c'est... les évaluations sont faites en direct il me semble et publiées directement parce que moi j'ai eu accès à la... au commentaire qu'avait fait le précédent qui était en stage...

E : Et le site internet donc c'est l'association ?

I : Ben c'est l'association mais a priori nous on voudrait, fin... fin j'sais pas ils voudraient... je sais pas j'ai pas tout compris c'qu'ils veulent vraiment en faire du site, s'ils veulent vraiment le lier avec la fac...

P : Ben ils devraient ouais...

I : Parce que nous a priori c'qu'on nous a expliqué c'était qu'près les choix de stage se feraient via ce site en fait...

E : D'accord...

P : Ce s'rait bien... C'qui est certain c'est qu'pour le moment l'évaluation faite par la fac c'est une évaluation d'alerte pour voir si il n'y a pas de dysfonctionnement mais c'est pas une évaluation de qualité d'enseignement. Et moi j'aimerais bien qu'la qualité d'enseignement, stage par stage, soit évaluée parce qu'il y a de tout, on voit de tout dans les stages, du bon comme du mauvais...

E : Est-ce que vous auriez une idée de comment on pourrait évaluer justement ces stages ?

P : Et ben euh... déjà en utilisant des grilles qui existent déjà et qui sont validées par le CNGE et par... et par certaines facs... Celle de Toulouse est excellente, par exemple... Et puis effectivement que les... les... les Maîtres de Stage qui sont les plus déviants soient un peu délaissés par les étudiants quoi... ou sanctionnés par la fac. Par la fac c'est déjà arrivé, y a déjà eu des stages qui ont été supprimés... C'était vraiment déviant, il y a un type qui avait fait des propositions indécentes à une stagiaire, évidemment il a plus reçu personne mais j'pense que le côté évaluation manque un peu...

E : D'accord...

P : A cause d'la nouvelle réforme on a besoin de plus de Maîtres de Stage et par définition quand on veut du nombre on est obligé d'pas être trop regardant et c'est un peu dommage...

E : Est-ce que vous pouvez m'raconter une consultation qui vous a particulièrement marquée avec un interne ?

P : Oui mais j'sais pas si ça va être bien utile... Moi j'fais beaucoup de psy...

E : Oui...

P : Et une fois j'ai... j'ai expliqué à une patiente c'que c'était qu'la dépression, parce que j'explique aux gens c'que c'est la dépression et quand la patiente est partie, la stagiaire s'est mise à pleurer... Donc c'était assez bizarre... du coup une bonne partie des explications qu'j'ai donné au... que j'ai donné au patient sur c'que c'est la dépression, la stagiaire les a pris pour elle et s'est mise à pleurer. C'était vraiment un truc... et du coup ça m'a marqué parce que je m'y attendais tellement pas, j'me suis tourné vers elle et elle a fondu en larmes, c'était assez intense...

E : Et l'interne a participé comment à la consultation ? Elle était-là en tant qu'observateur ?

P : Elle était là en tant qu'observateur. Non les psy... euh... ils peuvent dire deux-trois mots mais c'est souvent un échange avec le patient et y a des patients qui acceptent parfaitement de faire des séances de psychothérapie avec l'interne mais là l'interne était en... en... elle était recroquevillée dans son coin, elle a rien dit, mais j'pense qu'elle a tout pris pour elle.

E : Et au moment de la consultation vous aviez rien ressenti de particulier ?

P : Nan... rien vu... j'étais tellement concentré sur l'patient, j'me suis pas rendu compte que c'était en train de lui... de la remuer...

E : D'accord...

P : Ça c'est curieux ça...

E : Donc vous étiez derrière... enfin sur votre fauteuil, l'interne était à côté ?

P : Oui... l'interne sur son fauteuil, exactement comme ici... L'idée que j'ai moi c'est que... euh... que j'essaie de dire aux patients, c'est qu'ils ont deux médecins pour le prix d'un. Donc je ne dis jamais : « mon interne », je ne dis jamais euh... je ne dis jamais : « l'interne », je dis : « collègue médecin stagiaire », « ma collègue stagiaire, médecin stagiaire », « j'vous présente P. qui est médecin stagiaire » euh... et quand elle a été vue en autonomie : « qu'est-ce qu'a dit ma collègue stagiaire ? » et du coup quand les gens viennent je demande aux stagiaires de se poser en médecin, c'est à dire il a le même fauteuil que moi, du même côté et euh... si j'prends la tension d'un côté il la prend de l'autre, si j'ausculte il ausculte... enfin il..., les gens savent bien qu'il est en apprentissage mais j'veux qu'ils aient l'impression d'avoir deux médecins pour le prix d'un. Des fois je demande son avis pour qu'ils aient l'impression que la décision est prise de façon collégiale et ça pour moi c'est... pour moi c'est pédagogique déjà et puis ça valide l'interne aux yeux du patient c'qui fait qu'après quand il faudra qu'il le voit en autonomie et bien il s'ra déjà validé un peu comme quelqu'un de compétent à qui on peut parler...

E : D'accord... Au niveau des places derrière le bureau médical, vous avez toujours votre place et l'interne sa place ?

P : Non. Non non non, euh... parfois tout au début, c'est à dire dans les premières consultations, quand j'mets les gens en autonomie, qu'ils l'ont jamais été, euh... c'est pas l'cas en c'moment puisque c'est souvent des internes qu'ont déjà fait leur SASPAS mais quand c'est des gens qui ont jamais été en autonomie euh... parfois on inverse les rôles, j'mets l'interne sur l'ordinateur et puis j'fait l'examen pour que ça puisse... qu'il puisse se familiariser avec l'ordinateur et puis aussi parfois j'le laisse en autonomie en faisant semblant de faire autre chose à côté mais euh... mais... non non on peut très bien intervertir les places, ça c'est déjà fait.

E : Comment est-ce que c'est perçu de la part des patients ?

P : Alors ils ont l'droit de dire non et certains s'en privent pas. Curieusement pas toujours pour les trucs qu'on croirait, c'est pas toujours pour d'la psy ou pour la gynéco euh... des fois c'est des trucs on sait pas pourquoi. Quand c'est d'la sexologie oui alors là ils disent toujours non, qu'la stagiaire ne soit pas là mais euh... généralement euh... alors y a des patients qui s'y sont résignés ou qui disent bon ben c'est comme ça et y en a même certains qui s'investissent dans... dans la formation et qu'on a l'impression qu'ils donnent leur avis. Ils disent euh : « ah ben elle est plus souriante que celle du mois dernier » ou bien euh « vous savez celle que j'ai vu mardi il faudrait qu'elle travaille sur sa communication ». Ils ont tellement l'habitude depuis dix-huit ans d'avoir des internes euh... que y en a qui s'investissent dans la formation et d'une certaine façon ils m'donnent leur évaluation. C'est assez rigolo. D'une façon générale j'la leur demande toujours mais euh... ils m'la donnent parfois et ils se sentent investis d'une mission pédagogique et y a aussi ceux qui essaient de la mettre à l'aise et qui disent... qui s'enquière de savoir en quelle année elle est, si tout s'passe bien et euh... moi j'ai pas des patients chiants, moi ils sont gentils...

E : Donc ils interviennent parfois au moment de la consultation directement ?

P : Oui bien sûr, bien sûr. Ça arrive que je leur demande leur avis. J'veux vraiment avoir une idée paritaire, c'est à dire une idée que le patient a deux médecins pour l'prix d'un. Un qui est là et qui connaît bien et puis un qui est en formation et que ils font partie, le patient fait partie du dispositif de formation. Et d'ailleurs souvent les patients disent, c'est une phrase qui revient souvent c'est : « si on veut des médecins plus tard, on a intérêt à participer à leur formation ». J'l'ai entendu plusieurs fois. « Ça vous gêne pas d'avoir des stagiaires ? », « Oh ben non, vous savez si on veut des médecins plus tard euh... on a intérêt à c'qu'ils soient bien formés ».

E : D'accord...

P : Faut dire aussi qu'moi j'ai fait partie d'la toute première génération, la toute première année où il y avait des stages prat' et le stage prat' c'était une journée par semaine chez un généraliste dans le cadre d'un stage prat', d'un stage euh... périphérique. Et donc on allait en stage et on avait une journée chez le... chez un généraliste. Déjà on n'apprenait pas grand-chose. Le généraliste n'était pas formé donc il nous posait comme une potiche et nous disait : « tu te tais, tu touches pas à mes patients et tu m'regardes faire » et puis en plus quand on rentrait à l'hôpital le patron faisait la gueule parce qu'il était privé de son interne pendant

un jour. Et donc ça m'a donné un petit peu l'idée de c'qu'il fallait pas du tout faire et j'essaie de faire exactement autrement quoi.

E : Alors selon vous qu'est-ce qu'il ne faut pas du tout faire ?

P : Qu'est-ce qu'il ne faut pas du tout faire ? Euh... Se servir de l'interne pour se grandir, ou s'donner des allures de... d'expert. Y a une... ça fait partie de la communication, les gens forcément, à un moment, se disent si j'ai... si mon médecin a un stagiaire c'est qu'il est compétent, forcément hein, y a un côté... mais faut pas s'en servir, pour pas s'grandir en s'drapant dans cette idée de... d'enseignant, c'est pas une bonne idée... Euh... qu'est-ce qu'il faut pas faire ? Rabaisser le stagiaire, surtout pas devant les patients et c'qu'il faut pas faire c'est d's'en servir comme remplaçant déguisé. Quand ils sont en autonomie y a deux faits, une part de remplacement ou de libération de temps hein ça ressemble un peu à un remplacement, la différence c'est le débriefing pédagogique qui est ce remplacement supervisé, c'est à dire que le soir on peut prendre une heure à tout pouiller c'que l'interne a fait et le débriefing c'est pas : « est-ce que t'as mis du Rhinofluimucil ou du rhinotrophyl ? » Le débriefing c'est travailler sur la communication, sur comment ça s'est passé, quelle stratégie on aurait pu faire pour que le patient accepte ou refuse, enfin vraiment des choses sur la communication, pas uniquement le... la médecine médicinissante, la médecine plus... en termes de professionnalisme, de communication et tout, ça c'est c'que j'essaie de faire... Tu confirmes hein ? *(En regardant son interne avec le sourire)*.

I : Oui oui. Nan mais c'est vrai...

P : Et c'qu'il faut... c'qu'il faut pas faire non plus c'est obliger les patients à se farder la stagiaire si ils veulent pas...

Silence

E : Comment vous leur en parlez justement aux patients ? C'est au moment où ils rentrent dans l'bureau de consultation, vous leur expliquez que...

P : Déjà j'présente la stagiaire si ils la connaissent pas et quand c'est des patients qui ont pas trop l'habitude du dispositif stagiaire, par exemple des... moi j'ai pas mal de gens qui viennent en expertise... j'leur dis : « vous avez de la chance vous avez deux docteurs pour l'pris d'un » et donc c'est, en apparence une petite vanne mais en fait c'est exactement ce que j'essaie de leur... j'leur dis : « vous avez deux docteurs pour l'prix d'un », les gens rigolent et puis ça passe comme ça. Et donc c'est vraiment l'idée que j'veux faire passer. Le double pour le même prix. Et euh... et ça c'est bien. C'qui faut pas faire non plus c'est euh... euh... être trop sur sa science, parce que notre science elle est... elle se périmé hein quand même et euh... et des fois il faut accepter que l'interne ne fasse pas comme nous et sache plus de choses que nous. Ça nous oblige à nous maintenir à... et puis des fois il vous sort des reco qu'on connaissait pas ou donne une idée qu'on a pas eu et euh... des fois après, alors qu'on aurait pu dire pendant, c'est arrivé une fois y a pas longtemps en psy mais il faut accepter aussi que les internes soient pas forcément de notre avis ou sachent mieux que nous...

E : Et qu'est-ce qu'on ressent dans ces cas-là, quand on se rend compte que sur un point l'interne sait peut-être mieux que nous ?

P : Moi j'suis content. Moi j'suis content. Moi j'suis pas vexé. J'suis content, parce que pour moi c'est un lieu d'apprentissage. La pédagogie elle est dans les deux sens mais ça c'est une, un vieux concile de la relation euh... de la relation entre le maître et l'élève, c'est à dire que c'est les deux qui apprennent hein... et... nan c'est bien que... je pense que si j'avais pas des stagiaires j's'rais un moins bon généraliste, parce que d'avoir des stagiaires ça m'a obligé à m'tenir à... à m'tenir au courant, à réviser les reco, à pas faire n'importe quoi... à pas m'laisser aller à balancer des antibio quand y a pas besoin, des choses comme ça par confort ou conformisme ou pour m'débarrasser... Parce que y a quelqu'un qui est en... qui est en situation d'apprendre, qui r'garde c'qu'on fait et faut lui montrer d'la bonne médecine et pas d'la mauvaise quoi. Et puis comme moi j'aime beaucoup dans la médecine la clinique et la recherche, avec le côté un peu Sherlock Holmes qui peut y avoir dans la médecine, euh... le faire à deux c'est bien, y a plus de... y a plus de... de... plus de... y a deux cerveaux quoi.

E : Et comment vous faites à deux justement ?

P : Et ben des fois ça arrive on s'y prend à deux et j'dis : « qu'est-ce que t'en penses ? », soit d'avant l'patient soit parfois après j'dis : « Là j'me suis senti mal à l'aise avec c'truc là, j'ai l'impression qu'on a loupé un truc, qu'est-ce t'en penses ? » et puis on cause et des fois y a... de la discussion jaillit la lumière, comme dit l'autre, et puis... et puis on... on met nos deux cerveaux dans l'idée ou alors des fois j'dis : « on fait telle prise de sang et qu'est-ce que t'en penses ? » et l'interne dit : « ben si on rajoutait la... j'sais pas quoi... les anticorps anti-bidule » ou des choses comme ça et « Pourquoi ? » « Parce qu'il y a ça », « Ah oui c'est vrai j'y avais pas pensé ». Et donc on a deux cerveaux qui s'complètent l'un l'autre.

E : D'accord...

P : Euh... Donc ça c'est assez agréable. Et puis un des... un des problèmes d'la médecine générale c'est qu'on est seul. J'l'ai constaté moi j'ai remplacé pendant dix ans et euh... y a des médecins qui deviennent quand même un peu cinglés ou un peu cons à force d'être tous seuls. Moi j'ai remplacé un médecin qui était devenu totalement obsessionnel et qui... et qui dévissait les ampoules pour pas les user dans la partie du couloir qui n'était pas utilisée par les... par les patients, avant que lui n'arrive et puis après au moment où il commençait les consultations il les revissait. Il découpait des... il était totalement obsessionnel et découpait des... des p'tits cartons pour le cas où un chien ferait ses besoins devant l'cabinet pour qu'on ait des p'tits cartons prédécoupés, des sacs prêts pour... il était totalement obsessionnel et euh... j'en ai vu un autre qui était assez raciste et qui ne mélangeait pas les dossiers des patients turques avec les dossiers des patients français. Moi je pense que quand on est dans un... dans un boulot... quand on commence à avoir une p'tite bizarrerie un peu... un peu névrotique, y a des contre-régulations. Quand on bosse dans un bureau les gens disent : « Ah ben c'est mort quoi, tu nous lâches avec tes obsessions. Arrête ! Tais-toi, etc. ». Quand on est médecin, on est tout seul, on s'voit pas dériver, on peut devenir un p'tit peu exigeant, un p'tit peu psychorigide ou un p'tit peu raciste quoi... j'sais pas quoi... et les patients qui sont toujours assez gentils vont se mouler sur c'qu'on leur demande et ils vont se mettre dans nos p'tits travers, etc., ou les supporter et on ne s'en rend pas compte. J'pense que demain des stagiaires... ben là aussi y a un côté... on est moins seuls donc y a des décisions qu'on prend plus facilement à deux... ou si des décisions d'hospitalisation ou de ne pas hospitaliser, c'est vachement sécurisant d'les prendre : « qu'est-ce que t'en penses là ? On l'envoie ? », « Roh non on peut quand même tenter l'coup d'la laisser, elle a quand même 94 ans, l'hôpital risque de lui faire plus de mal que d bien mais on r'passe », etc. Et donc ça c'est extrêmement pratique de prendre les décisions à deux parce que ça... ça... c'est une décision qu'on peut

argumenter l'un d'avant l'autre ou après dans la voiture pour s'dire pourquoi on l'a fait. Euh... et puis une autre idée qui m'est v'nue et qui m'a échappé mais ça va m'revenir... euh... Si. L'autre avantage c'est que des fois quand y a une urgence et ben on peut envoyer l'interne et puis on reste au cabinet et donc ça évite de prendre du retard ou l'inverse d'ailleurs j'peux laisser l'interne ici et puis aller faire l'urgence. On peut se dédoubler au besoin quand y a une urgence et c'est très très pratique, à condition encore une fois qu'il y ait une supervision après pour savoir c'qui a été fait, sinon c'est des remplacements déguisés mais... supervision ça... ça d'vient une autonomie supervisée...

E : D'accord...

Silence

E : D'accord. Pour en revenir un p'tit peu à la situation dont vous m'avez parlé tout à l'heure avec votre interne, sur le syndrome dépressif, est-ce que vous avez pu échanger un p'tit peu avec elle au décours ?

P : Oui. On a travaillé. Bon après elle n'était pas en dépression en fait c'est juste que la... le... la souffrance de la patiente lui a rappelé des gens dans sa famille et alors on a travaillé sur... ben comment éviter de... de s'laisser envahir par ses émotions, euh... en admettant qu'ce soit toujours possible, c'est pas forcément toujours possible hein, on peut... on n'est pas non plus des machines. On peut de temps en temps euh... raccompagner les patients et ensuite se mouiller deux ou trois mouchoirs parce que vraiment on était dans un truc super émouvant, ça m'est déjà arrivé... euh... pas souvent parce que avec l'expérience on arrive à mettre d'la distance, mais on a travaillé sur la bonne distance émotionnelle avec les émotions des patients et euh... et mon conseil dans ces cas-là j'lui dis c'est d'se réfugier dans l'cas clinique. Quand on sent qu'on est vraiment ému sur l'plan émotionnel, dans la psy ou dans quoi que ce soit d'autre c'est d'se réfugier dans un truc technique. Et d'la technique psychiatrique y en a. Y a une technique d'entretiens, y a des grilles d'analyse d'une dépression, les tests de Hamilton, les choses comme ça, qui sont des dispositifs techniques qui ont l'avantage de saucissonner la situation et d'éviter de s'prendre toute l'émotion brut, et ça c'est très très efficace. Donc on a travaillé là-dessus et puis après ça a été mieux. Et puis aussi on a travaillé sur le fait que, c'était quelqu'un d'assez émotif et quelqu'un d'assez émotif et ben forcément il le paie un peu cher parce que quand y a des émotions il le prend en pleine poire mais en revanche ça le rend plus... plus compétent pour décrypter les émotions des autres, une fois qu'il a trouvé la bonne distance. Comme il est assez émotif il ressent les émotions et dans l'empathie il peut mieux les analyser. Donc les gens émotifs sont favorisés en médecine si ils arrivent à bien mettre leurs... leurs émotions à la bonne distance.

E : Et c'est quelque chose que l'interne a compris ?

P : Ouais. J'ai... Tous les soirs moi j'ai une consultation qui dure une heure. Y a des internes que ça emmerde et qui s'en plaignent. Y en a que ça intéresse et ceux qu'ça intéresse généralement ils remportent toujours deux ou trois façon d'faire qui vont leur servir plus tard dans leur... dans leur carrière. Et puis y a des internes qui sont pas du tout fait pour la psy et ils trouvent que c'est pas la partie la plus exaltante et puis c'est long, c'est l'soir... mais euh... souvent quand même, même parfois des gens qui ont pas trop aimé la partie psy, quand j'les recroise deux ou trois ans après ils m'disent : « ben j'trouvais qu'c'était long, y avait mon homme qui m'attendait etc., mais finalement j'me suis aperçue que en remplacement ben ça m'sert tout l'temps c'que j'ai vu chez vous », donc c'est rigolo. Ça veut dire qu'il y a, quel

que soit notre effort pédagogique, on n'est pas maître de l'imprégnation qu'on donne et puis bon... peut-être aussi que les internes ils disent... ils apprennent en négatif de certains trucs en disant : « ben ça, il fait ça, mais jamais j'ferai comme lui ». On peut aussi apprendre en négatif en s'disant : « ah bah ça c'qu'il fait, jamais je le ferai » et c'est aussi un truc pédagogique. C'est arrivé que les internes par exemple renoncent à la médecine générale en venant chez moi. Euh... en m'disant : « ah bah j'croyais que j'étais fait pour ça mais j'me rends compte qu'on est trop seul, j'y arriverai pas » et j'pense à une en particulier qui est venue presque avec la corde au cou de peur que j'l'engueule parce que j'lui avais un peu proposé qu'on s'associe et puis elle est v'nue m'dire qu'elle ne pouvait pas du tout faire de médecine générale, toute seule ni associée et maintenant elle est chef de service dans un hôpital périphérique et euh... j'lui ai dit : « ben tant mieux si le stage sert à ça et à montrer que tu peux pas faire la médecine et ben le stage il a un objectif pédagogique atteint aussi. T'as vu la médecine comme elle est et t'as vu que... ben c'était pas pour toi ». Et elle m'a dit : « j'peux travailler que en équipe » et ben pour moi c'est un objectif pédagogique atteint. C'que... c'que j'trouverais vraiment dommage c'est... ouais tiens on peut dire ça aussi... je pense que un stage quand il est bien fait c'est assez important qu'il décourage pas les internes ou qu'en tout cas si ils choisissent de ne pas faire de la médecine ils le choisissent pour de bonnes raisons et pas pour de mauvaises. C'est à dire qu'ils ne prennent pas des décisions de peur, en disant : « j'vais jamais... j'vais m'faire bouffer tout cru, j'aurai pas d'vie d'famille, etc. » ou « je serai à cinq cent kilomètres du premier hôpital, tout seul, à faire mes plâtres » parce que ça en général c'est pas vrai, on peut s'organiser. J'veux pas non plus qu'ils prennent des décisions de préjugés parce que pendant six ans à l'hôpital on leur a dit : « être médecin généraliste c'est nul, c'est un métier pourri qui est pas assez payé, il vaut mieux être médecin de la sécu ». Des choses comme ça. Si ils prennent une décision, que ce soit une décision de faire de la médecine ou de ne pas la faire, qu'ils prennent une décision informée, une décision éclairée, un consentement éclairé, comme dans les essais. C'est à dire qu'ils viennent essayer la médecine mais la vraie médecine qu'ils... qu'ils voient un médecin généraliste qui... qui aime ça déjà parce que si c'est pour aller en stage chez un médecin qui aime pas c'est dur quand même. Et que les... ça leur montre la médecine telle qu'elle est et... et que ça... si ça les aide à prendre une décision, qu'ce soit une décision sincère et informée.

E : Comment justement selon vous on peut prendre cette décision sincère et informée ?

P : Et ben... j'pense que c'est... Fondamentalement j'pense que c'est une question de plaisir. C'est à dire si il voit le médecin avoir du plaisir à faire c'qu'il fait, et on parle beaucoup de plaisir ici. Travailler sur les plaisirs qu'il y a à faire de la médecine... pour moi y en a quatre des plaisirs à faire de la médecine. Y a le plaisir de l'enquête, dont j'ai parlé tout à l'heure, et ça je pense qu'il y a beaucoup d'internes qui le partagent, pas tous hein. Y en a qui sont plus tranquilles à envoyer chez l'spécialiste pour faire les examens et s'démerder, c'est leur problème. Donc le plaisir de l'enquête. Euh... le plaisir de l'organisation. Avoir un bon réseau, savoir à qui envoyer, faire gagner du temps, passer un coup d'fil, demander un conseil, toutes ces choses... donc ça c'est tout l'plaisir de... de faire tisser sa p'tite toile d'araignée de... d'hôpitaux et de spécialistes et d'faire des courriers de bonne qualité où tu poses une question et où le spécialiste répond à ta question, où on sait qu'il lit le courrier et euh... et qu'on a un échange de pair à pair. Ça c'est vraiment le deuxième plaisir. Le troisième plaisir c'est toute la fraternité qu'on reçoit des patients en échange, parce que on reçoit énormément de... de ... de... ouais de fraternité de la part des gens. Sans arrière-plan religieux hein c'est pas du tout le truc mais c'est vraiment de la fraternité ou de l'amour intérieur quoi, hein, c'est vraiment les gens... quand on est, quand on aime les gens et... qu'on les aide, les gens ils vous le rendent au centuple, c'est extraordinaire. Et le quatrième

plaisir c'est d'enseigner. Donc pour moi y a quatre plaisirs. Et si l'interne vient et qu'il... j'parle au moins pour les trois premiers plaisirs, si l'interne vient et qu'il ressent et voit le... le médecin avoir ces trois plaisirs à faire ces trois choses-là, faire l'enquête, actionner son réseau et puis... et puis communiquer dans la fraternité avec les gens et qu'il voit que lui prend le même plaisir ou se sent capable de prendre le même plaisir, j'pense que là il fait un choix qui est un choix méthodique, qui est pas un choix d'obligation, un choix forcé. Si il voit qu'c'est pas pour lui, moi j'aime autant qu'il aille faire médecin à la sécu ou bosser pour un labo ou bosser dans un hôpital et il aura sûrement raison de le faire. Et euh... j'pense c'est un critère le plaisir. On voit assez vite les internes qui s'éclatent.

E : Vous l'voyez comment ?

P : Ben ça s'voit. On voit... ils vous l'disent. On voit qu'ils s'intéressent. On voit si ils poussent des soupirs de bûcheron à chaque fois que le patient part, des choses comme ça, ou si ils traînent des pieds pour venir... J'ai eu des gens qui étaient vraiment pas fait pour ça hein... Pas beaucoup... Euh, j'en ai eu aussi qui avaient des gros trous dans leurs connaissances, pas beaucoup non plus. Mais dans la grande grande majorité des cas j'ai des internes qui sont partis d'ici avec... avec l'idée qu'c'était un métier pour eux quoi.

E : Pour en revenir aux plaisirs, vous m'disiez que le quatrième plaisir c'était d'enseigner. Donc pour vous c'est un plaisir qui fait partie du plaisir de pratiquer la médecine ?

P : Oui.

E : Donc vous considérez que le fait d'enseigner fait partie du rôle du médecin ?

P : Oui. Pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'on enseigne à nos patients déjà et que un médecin si... un médecin généraliste c'est quelqu'un qui doit être didactique parce que y a que comme ça qu'l'autorité qu'on a sur les patients est supportable. On peut plus faire de l'autorité à l'ancienne mais on a encore au moins une autorité didactique. On explique aux gens. Moi je passe mon temps à faire des métaphores, à faire des dessins, à leur expliquer, à dire, à trouver les bonnes façons pour faire comprendre, à accompagner, à faire des jeux d'mots pour qu'ils soient même mnémotechniques etc. Donc ça déjà j'le fais avec les patients et puis je le fais aussi avec les internes, parce que le fait que plus on explique les choses aux internes mieux on les comprend pour soi. Et puis c'qui est évident, bon tous les enseignants savent ça, c'est à dire qu'à force de répéter aux gens on l'sait mieux pour soi... et puis aussi un... on peut s'rendre compte aussi que y a des choses qu'on fait du premier coup avec les internes, ils rament pour le faire et on sait qu'ce sont nos points forts donc ça nous fait du bien et y a des choses à contrario que eux ils font du premier coup et nous ça, on rame pour le faire, comme lire les ECG, j'suis pas très bon et du coup ça m'dit c'qu'il faut qu'je travaille et ça m'dit mes points faibles et c'qu'il faut qu'je travaille. Donc c'est un dispositif pédagogique qui marche dans les deux sens d'une certaine façon et puis moi qui adore parler, théoriser, j'suis un grand bavard moi. Ça m'fait du bien d'avoir un auditoire...

Sourire

E : Donc quand vous exercez votre rôle de Maître de Stage Universitaire... vous avez l'impression d'exercer deux rôles, celui de formateur et de médecin ? Ou pour vous c'est le même rôle ?

P : Nan c'est une bonne question parce que je pense qu'on pourrait très bien faire exactement la même médecine sans avoir de stagiaires...euh... est-ce que c'est deux rôles ? Pour moi c'est l'même mais je me garderais bien d'en faire une loi générale pour les autres...

En tout cas, pour moi, l'un va pas s'en l'autre, parce que c'est le même rôle d'une certaine façon et la même fraternité qui va au patient doit aller au stagiaire, si on est pas fâché avec ou si c'est pas... quelqu'un qui fait pas l'affaire et puis qui vient pas ou qui arrive en r'tard, des fois faut être un peu disciplinaire hein. Certains stagiaires c'est même pratiquement jamais arrivé mais euh... mais euh... pour moi ça s'confond, c'est à dire que pour moi la... la... y a... j'les soigne pas les internes évidemment mais euh... je soigne leur formation... Enfin j'essaie...

Silence

E : Comment justement vous essayez de soigner leur formation ?

P : Alors... ben comme je fais avec les patients. C'est à dire en essayant de donner des métaphores, de donner des explications, de... de travailler euh... pas seulement la médecine mais la communication et la métacommunication euh... Travailler sur les émotions et essayer d'les... de leur donner des informations aussi les plus digestes possible en étant... en étant pas derrière un diaporama de soixante-douze diapos avec quinze lignes dessus mais en prenant l'interne dans un coin en disant : « tiens, là on va parler d'ceci ou d'cela », en donnant des façons d'faire...

E : Comment est-ce qu'on peut travailler sur la communication avec l'interne ?

P : Alors travailler sur la communication avec l'interne c'est presque toujours en regardant là où ça a foiré, c'est à dire en r'gardant euh... où y a eu un problème... d'incompréhension, soit entre moi et l'interne soit entre l'interne et l'patient, soit parfois entre moi et l'patient et puis l'interne l'a vu, mais euh dans tous les cas c'est presque toujours à partir de problèmes mais il faut que ce soit travaillé de façon non stigmatisant. Jamais j'vais engueuler l'interne devant le... devant le patient en disant : « ben on dit pas ça à un patient » ou « ne fais pas ça ». On en parle après bien sûr. Il s'agit pas d'le mettre en difficultés devant l'patient, mais euh... mais c'est quand même un peu à partir de problèmes, comme dirait notre amie E.S : « l'erreur est un gisement de qualités », c'est à dire qu'c'est un endroit, c'est quand ça va pas qu'on peut essayer qu'ça aille mieux, et euh... moi souvent sur des... des trucs... ou spontanément je dis : « tu vois là j'ai dit ça parce que je pense que ». Ça m'arrive d'le faire mais j'pense que c'est plus formateur d'ailleurs ça a été prouvé par des études, c'est plus formateur quand on parle du vécu d'l'interne.

E : D'accord...

P : Y a des études de pédagogie, c'est ça dont on avait parlé dans un congrès une fois...

E : D'accord.

Silence

E : Comment est-ce que la consultation en binôme a modifié la relation que vous entretenez avec vos patients ?

P : Ah il faudrait leur demander à eux. Euh... la relation, la relation... et ben y a... si y a quand même un p'tit truc qui est assez pratique, c'est que euh... les... les... comment est-ce que j'pourrais dire ça ? En fait on peut que gagner, c'est ça qui est bizarre. J'mettais rendu compte en fait, si on s'sent pas menacé on peut que gagner parce que si les gens aiment bien l'interne et disent : « Oh bah quand même vous choisissez de bons internes » et si les gens n'aiment pas l'interne ils disent : « Oh bah docteur il est quand même pas aussi bien que vous » donc de toute façon euh... Il paraît que nous, médecin généraliste, nous estimons le, l'impact et le... on apprécie j'crois auprès de nos patients, p't'être qu'on se rend pas compte, de quel point ils nous font confiance, ça c'est J.M qui m'a dit ça, il l'avait vu dans un article. Mais euh... donc de toute façon ça peut pas modifier la confiance que les patients nous accordent, je crois pas. Ça peut modifier l'articulation de la consultation dans son déroulé. Par exemple on peut très bien dire : « ben écoute là y a un patient à faire, ben j'vais faire l'papier et puis j'te délègue l'examen clinique », c'est une très bonne façon d'ailleurs de mettre l'interne en proximité géographique du patient en disant : « là j'vais faire la paperasse », des fois j'dis pour rigoler : « j'fais l'secrétariat, tu fais la médecine ». Euh... donc ça permet de déléguer sans avoir l'impression de délaisser et puis euh... et puis... et puis si, il y a plein de choses qui changent parce que parfois quand y a un patient qui risque de prendre mal une explication j'vais l'expliquer à l'interne. J'vais faire semblant de l'expliquer à l'interne pour que ce soit le patient qui l'entende. J'fais ça tout l'temps, c'est une grande règle de communication. Quand quelqu'un risque d'être vexé... Y a pas longtemps j'suis allé aider une patiente qui avait une expertise puisqu'elle avait très très peur, et euh... j'voyais que l'expert ne comprenait pas c'que la patiente avait. L'expert était un p'tit peu fiéro sur ses appuis de... sur sa dignité d'expert, donc pour qu'il comprenne j'ai expliqué à la patiente c'qu'il lui arrivait pour être sûr que lui le comprenne. C'est une vieille astuce de communication. Et c'est vrai qu'j'le fais assez souvent. J'dis aux gens : « tu vois y a ça » et en fait l'interne le sait déjà, c'que j'suis en train de lui expliquer, c'est pour que le patient l'entende.

E : Et le patient l'entend dans ces cas-là ?

P : Ah bah je pense oui. En tout cas, il l'entend ou il l'entend pas, mais en tout cas il ne s'en vexe pas parce qu'il se sent pas remis en question, donc ça c'est l'astuce que j'utilise assez volontiers. C'est... un exemple qui me vient en quoi c'est un peu...alors il faut quand même bien dire qu'avant j'étais à un quart d'heure et maintenant je suis à vingt minutes de consultation et donc ça ça... c'est plutôt l'inverse. C'est plutôt le fait de changer la consultation qui a changé... parce que j'ai plus de temps pour expliquer, on a plus de temps pour déléguer... ouais... Alors savoir... non c'est surtout parce que j'y arrivais plus en un quart d'heure, c'est pas à cause de la présence d'un stagiaire, c'est franchement à cause de moi j'crois.

E : D'accord...

Silence

E : Avec qui vous pouvez échanger de la relation que vous entretenez avec votre interne, dans votre entourage ?

P : Alors, avec qui j'peux échanger de la relation ? euh... et ben avec d'autres internes, ça m'arrive. Euh... quand j'étais au DMG j'en parlais aux autres enseignants du DMG. J'ai un médecin traitant à moi, avec qui... et qui reçoit aussi des stagiaires donc je peux lui en parler.

Avec les... donc y a des groupes de pairs aussi, pas des groupes de pairs, des... les GAP là, les... Ben vu qu'on s'connait avec le deuxième tuteur, les groupes tutorés voilà, on s'échange entre tuteurs et on s'aperçoit qu'ils ont pas toujours la même, la même... pratique. Euh... euh... et puis j'ai un superviseur pour la partie psy que j'fais, j'ai un superviseur avec qui j'parle quand j'suis en difficultés avec les patients et des fois il peut arriver que j'parle aussi du stagiaire quand il m'énerve. Bon c'est pas souvent arrivé hein...

E : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation justement avec un interne qui ne se serait pas bien passée ?

P : Oui oui. J'peux raconter parce que c'est un mauvais souvenir. Euh... c'est un interne qui arrivait et qui était vraiment pas très fort dans ses... dans ses apprentissages. On a... après plus tard on a regardé ses évaluations et on a aperçu que dans tous les stages on disait qu'il était incompetent mais qu'il était validé quand même donc ça c'est très très pénible. Le gros problème de l'invalidation qui n'est jamais perçue par les formateurs comme une... comme une action pédagogique mais comme une espèce de vexation ou une méchanceté. Ou alors la peur aussi de revoir l'interne pour refaire six mois de plus aussi je pense, alors que ça n'arrive pas. Et cet interne-là, visiblement, il y avait des trous dans sa consultation et euh... j'devais le laisser en autonomie... et après on reprend c'qu'il a fait... je regarde ce qu'il a mis dans son observation, déjà il n'était pas très bavard. J'vois sur l'observation : « la patiente est contente de son nouvel implant » et en-dessous : « métrorragies → NF » ... Moi j'dis c'est un peu télégraphique mais bon... « Effectivement elle a des métrorragies, tu as mis NF, donc oui on peut penser que à cause de ses métrorragies elle peut avoir une anémie, mais à ton avis elles viennent d'où les métrorragies ? », ben il me fait : « ... » (mimant qu'il ne savait pas). J'dis : « ben au-dessus t'as mis quoi ? qu'elle était contente de son nouvel implant ? ». Il me fait : « oui ». « Y a quoi dans les implants ? ». Il me fait : « des hormones ». J'fais : « oui des hormones, mais quoi comme hormones ? ». « Euh... un peu des deux ». J'fais : « ah non, y a deux hormones chez la femme principales pour les hormones gonadotropes y a les œstrogènes et les progestatifs, à ton avis y a lequel des deux ? ». Il me fait : « ... ». Bon ben j'lui dis : « ben voilà, gynécologie-endocrinologie du praticien, parce que là j'vais pas refaire tout ton apprentissage, tu vas réviser ça et puis on en reparle ». Deux mois après il revoit une patiente et il me redit encore une grosse bêtise. Donc visiblement il n'avait rien travaillé. Et euh... comme il était en SASPAS... ou en binôme ? non j'crois qu'c'était en binôme avec A., donc on s'est réuni avec l'autre... l'autre... l'autre maître de stage et on a dit ben on va lui dire que on va lui demander à la prochaine réunion SASPAS de v'nir en plus du SASPAS et d'nous faire un diaporama sur la... sur l'hormonologie et la contraception hormonale de la femme, bon pas les contraceptifs mécaniques etc. et on espère qu'il les connaît, mais la contraception hormonal et le cycle hormonal de la femme et on lui a dit : « si tu nous fait pas ça tu seras pas validé ». Et là j'pense qu'il a vraiment eu les mouillettes et il a vraiment bossé et le truc qui nous a fait était vraiment de qualité et il a été validé. Et après j'sais qu'il a fait sa thèse avec O., et ça s'est pas trop mal passé mais là pour le coup y a vraiment fallu qu'on le menace d'invalidation, en tant que mesure pédagogique hein... Et là vraiment c'est pénible quoi... parce que... qu'on repère un truc, ça arrive à tout le monde d'avoir des scotomes quand t'as un truc qu'il sait pas ça va mais qu'il ne bosse pas ce qu'on lui demande de bosser ça c'est pas admissible. Ça veut dire que plus tard quand il sera installé si il voit qu'y a un truc qu'il sait pas faire il va dire : « ouais ben c'est comme ça » et il f'ra à l'arrache. Ça c'est pas bien. C'est dangereux. Donc ça c'est peut-être un de mes pires souvenirs. Y a aussi une stagiaire aussi dont on va dire gentiment qu'elle était plus préoccupée d'elle-même que des patients. Elle était très pomponnée, très... très haute couture et les patients la surnommaient « Barbie ». Et j'lui avais demandé... euh... j'lui avais demandé : « tu sais si tu veux prendre le pouls à tes

patients il faut que tu changes de montre, que tu prennes une montre avec une trotteuse parce que sinon tu peux pas prendre le pouls du patient ». Elle me répond : « non surement pas c'est une Dior ». Donc... elle on peut dire que sur le plan... y a pas eu énormément de... d'apprentissage dans le stage, parce qu'elle s'intéressait pas vraiment aux gens, elle s'intéressait beaucoup à elle.

E : Vous étiez en niveau un avec cette stagiaire ?

P : Oui c'est à l'époque où je recevais des niveaux un. Elle... bon elle était... y avait pas vraiment de grosses fautes mais on a essayé de travailler sur le fait qu'il fallait être un p'tit peu plus proche des gens. A mon avis elle était bonne pour faire de la médecine chirurgie...comment le nom ? chirurgie esthétique et anti-âge... médecine esthétique et anti-âge. J crois d'ailleurs c'est ce qu'elle a fini par faire. C'était fléché pour elle.

E : Comment s'est passé le stage avec elle ?

P : Et ben il a fallu la pousser tout l temps. Pendant six mois il a fallu la pousser : « non là t'es pas allée assez loin », « là ben dis tu t'es pas intéressée, tu vas reconvoquer le patient, tu vas lui retéléphoner », « là ça ne me suffit pas », « là tu vas m'expliquer pourquoi », ... tout le temps, tout le temps...

E : Comment vous avez vécu ces mois de travail en binôme ?

P : Au début ça m'a un peu amusé et sur la fin ça m'a franchement barbé mais pas au point de m'rendre malheureux avec ça. Je suis quand même préparé à l'idée, c'est principalement les... disons bon allez ça fait... j dois être à quatre-vingt stagiaires, en comptant les externes, les internes de niveau un, les stages prat' et le SASPAS. Grosso-modo j'avais arrêté de compter mais j dois être à quatre-vingt stagiaires qui sont passés ici. Sur mes quatre-vingt j'ai eu trois qui étaient vraiment pas à la hauteur, donc c'est très très acceptable. C'est inévitable que forcément sur quatre-vingt y en a qui sont pas bien ou qui ne vont pas me convenir pour des raisons interpersonnelles hein, ça peut être autre chose, ça peut venir de moi aussi... j'ai pas trop l'impression mais... et euh... ah non j'vais pas me rendre malheureux pour ça, et puis surtout faut pas rester seul, faut en parler avec d'autres maitres de stage et... échanger...

E : C'est quelque chose que vous aviez fait justement ?

P : Ouais, ouais ouais. Ah oui quand on reste seul... Et puis j'en parle à ma femme qui...

E : Et vous échangez aussi au sujet des internes avec qui ça se passe bien ?

P : Ben oui. Oui oui, bien sûr. Ben faut dire aussi que les gens avec qui j'échange c'est souvent des gens avec qui je partage des internes. Soit le binôme soit le SASPAS. Mais du coup comme on a un projet de maison médicale on se voit une fois par semaine et... et on s'cause. On dit : « comment c'est chez toi ? comment ça se passe ? etc. Et on dit : « ben celle-là elle est plutôt désordonnée, est plutôt timide. Celui-là est plutôt... il est plutôt un peu fiéro avec les gens ». Et on voit si nos évaluations concordent comme ça à l'arrache et souvent c'est l'cas. Souvent on est assez d'accord. C'est arrivé des fois qu'on m'dise : « ah tu vois peut-être qu'avec elle tu devrais p't'être plutôt faire comme ça parce que là ça se passe mal, chez moi ça se passe bien, donc ça doit venir de chez toi » et que je change ma façon d'faire. C'est rigolo ça. On s'rend pas compte hein.

E : Vous changez votre façon de faire mais... comment ? Par rapport à quoi ?

P : Ben euh... Je sais pas si j'étais trop exigeant ou j'peux être intimidant moi... Quand j'pars dans mes grandes théories... enfin j'imagine... j'peux être un peu intimidant quand j'veux absolument demander aux gens le pourquoi du pourquoi ils ont fait ça, les entrainer sur le terrain de la communication et d'l'émotion... Tous les internes ne sont pas capables de... de s'livrer et des fois p't'être j'suis un peu intrusif, un peu inquisiteur. C'est déjà arrivé que je batte en retraite en m'disant : « celui-là on n'arrivera pas trop lui faire travailler sa communication parce qu'il est trop mal donc ça va le rendre malheureux quoi. On va le lâcher avec ça, on va rester plus dans la médecine médecinisante, la communication il est pas encore capable de s'intéresser à ça ». Et ça c'est ma collègue A. qui m'avait dit : « tu sais, vas pas trop le chercher là-dessus, il est pas bien quand tu parles de ça ». Bon...

E : C'est des choses qu'il n'a pas réussi... à dire directement ?

P : Ah oui apparemment elle n'a pas réussi. Et moi j'm'en étais pas rendu compte. C'est rigolo... c'est comme ça.

E : Et comment s'est passé la fin du stage avec cet interne ?

P : Ben beaucoup mieux forcément. Et là pour le coup c'est moi qui était trop... ou c'est moi qui était moi-même et lui qui était pas capable de supporter c'que j'étais. La responsabilité du pédagogue est aussi de s'adapter à celui qui est en face. J'ai eu aussi des gens qui sortaient d'une grosse dépression ou d'un chagrin d'amour, etc. Ça m'est déjà arrivé de leur épargner les consultations de psy où ils risquaient d'avoir des résonnances avec ce qui venait de leur arriver. Et je leur disais, comme c'est souvent les dernières consultations, j'lui dis : « bon ben tu rentres chez toi ».

E : Est-ce que selon vous la maîtrise de stage peut aller au-delà du partage de connaissances et de l'échange de pratique ?

P : Oui. Alors, de pleines façons. D'abord parce qu'il y a des internes avec qui on reste amis et... y en a encore avec qui je corresponds régulièrement, on s'téléphone. Y en a qui m'ont invité à leur mariage. Donc là ça... la relation pédagogique s'interrompt mais ça devient une relation d'une autre... d'une autre nature. Parfois il peut y avoir une relation pédagogique qui se poursuit, soit parce qu'on continue à les revoir euh... et puis de temps en temps ils téléphonent pour avoir un conseil, des choses comme ça. C'est toujours assez intéressant. Euh... ça peut aussi évidemment se prolonger dans le fait de diriger leur mémoire ou leur thèse, c'qui est toujours assez... Ça peut aussi se prolonger dans le fait que ils deviennent remplaçants et là c'est intéressant parce que je crois que les prendre comme remplaçants et leur permettre de remplacer dans un cabinet qu'ils connaissent déjà, ils connaissent déjà les patients, ils connaissent déjà le logiciel, j'pense que c'est un geste de fraternité parce que ça leur fait du bien de commencer dans un endroit sécurisant et puis l'autre idée qui m'était v'nue, que je n'ai plus... Euh... Euh... Bon y en a qu'on revoit en cours parfois... euh... c'est à peu près tout ce qui me vient mais ouais ça peut se prolonger de plein de façons différentes. Euh... j'aime bien... j'aime bien diriger des thèses des gens qui sont passés ici et surtout trouver un sujet de thèse à ceux qui en ont pas. Quand j'peux, j'le fais.

E : Et donc vous avez déjà été invité à un mariage d'un des internes ?

P : Oui. Oui oui.

E : Comment on en vient à avoir cette relation avec son interne ?

P : Ben parce qu'il y a une complicité particulière qui se fait. Déjà les internes ils mangent avec nous... C'est à dire que le cabinet est dans la maison médicale... euh dans la maison privée. Y a juste 2 portes différentes et puis c'est étanche pour pas que les patients puissent passer de l'un à l'autre. Donc la plupart du temps les internes viennent manger avec moi ou avec ma femme ou avec les enfants quand les enfants étaient plus petits, voilà maintenant ils sont quasiment partis tout l'temps. Et du coup les internes étaient un p'tit peu dans le dispositif familial et y en a chez qui ça accroche et... y en a chez qui on termine... j'ai des souvenirs de fous rires en commun avec les internes, la femme de ménage du cabinet qui est souvent assez proche des internes et puis tout le monde se retrouvait à rigoler comme des buses, avec ma fille et mes fils, etc. Et puis des fois c'est constructif d'une relation qui reste... où ça devient des amis parce que... ben comme on devient ami avec quelqu'un, parce que on a des choses en commun... après il peut y avoir des... des gens dont on croit qu'c'est des amis mais on est un peu déçus après... il peut y avoir de tout...

Fin

BIBLIOGRAPHIE

1. Serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://medecine-pharmacie.univ-fcomte.fr/download/ufr-smp/document/theses/11---serment-d-hippocrate.pdf>
2. Sommer J, Audetat M-C, Rieder A, Bideau M, Gillibert C, Meynard A. Le cahier pédagogique et administratif du CEC. Août 2018 [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: https://www.unige.ch/medecine/uigp/files/7415/3659/0534/cahier_cec-aout_2018.pdf
3. Irby DM. How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 1992;67(10):630-8.
4. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mai 1994;69(5):333-42.
5. Giordano Y, Jolibert A. Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Rev Int PME Économie Gest Petite Moy Entrep.* 2016;29(2):7.
6. Aubin-Auger et al. - Introduction à la recherche qualitative.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
7. Lefebvre S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2014;120.
8. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
9. J-C Régnier. Entretien_biais.pdf. [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
10. L'effet Hawthorne.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.laperformance-operationnelle.fr/wp-content/uploads/2018/10/29-LEFFET-HAWTHORNE.pdf>
11. Pourquoi devenir Maître de stage ? - CGEOI | Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cgeoi.fr/maitrise-de-stage-universitaire/pourquoi-devenir-maitre-de-stage/>
12. Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale: un référentiel pour le développement professoral. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2015. [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/FTA_GUIDE_MC_FRE_Apr_REV.pdf
13. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach.* sept 2006;28(6):497-526.
14. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
15. charte-msu-crgea.pdf [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://crgealsacedotorg.files.wordpress.com/2016/03/charte-msu-crgea.pdf>
16. Département de Médecine Générale Strasbourg. Outils pédagogiques [Internet]. DMG Strasbourg. 2015 [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/outils-pedagogiques/>
17. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique.

Pédagogie Médicale. 1 nov 2011;12:223-9.

18. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2011;12:7-16.

19. CNGE. Devenir Maître de Stage des Universités [Internet]. [cité 4 oct 2019].

Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/

20. Mclean M, Cilliers F, M. Van Wyk J. Développement professoral : hier, aujourd'hui et demain Guide AMEE n°36. *Pédagogie Médicale*. août 2014;15(3):183-237.

21. Les objectifs d'apprentissage [Internet]. Enseigner à l'Université Laval. 2017 [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/les-objectifs-d-apprentissage>

22. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale*. févr 2008;9(1):19-31.

23. Côté L, Perry G, Cloutier P-H. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. nov 2013;14(4):241-53.

24. Recent research on human learning challenges conventional instructional strategies [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/profile/Doug_Rohrer/publication/242631503_ReviewsEssays_Recent_Research_on_Human_Learning_Challenges_Conventional_Instructional_Strategies/links/55df27a708aeaa26af10a08f/Reviews-Essays-Recent-Research-on-Human-Learning-Challenges-Conventional-Instructional-Strategies.pdf

25. Canévet J-P, M G, Mauff P L, Bonnaud Antignac A. L'observation participante comme outil de formation à la relation médecin-patient. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 1 mars 2012;23:79-83.

26. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. août 2009;10(3):193-210.

27. Bordage G. Conceptual frameworks to illuminate and magnify. *Med Educ*. avr 2009;43(4):312-9.

28. Côté L, Bordage G. Content and conceptual frameworks of preceptor feedback related to residents' educational needs. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2012;87(9):1274-81.

29. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ*. janv 2010;44(1):101-8.

30. Pelaccia T. Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? De Boeck Supérieur. Louvain-la-Neuve; 2016. 477 p.

31. Peter J-M. « Les apprentissages informels », un concept à l'épreuve de la recherche en formation : les enjeux du débat. *Savoirs*. 2011;n° 26(2):123-33.

32. Caroline Jéhanno PR. Le rôle de l'enseignant clinicien dans la compétence communication/relation médecin-patient en stage praticien de niveau 1. Thèse de médecine. Université de Rennes. 2017;49.

33. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):98-111.

34. Côté L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. nov 2000;75(11):1117-24.

35. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med*. 31 déc 1998;339(27):1986-93.

36. Fortin B. Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie Médicale*. nov

2013;14(4):297-302.

37. Bandura_SocialLearningTheory.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf

38. Conference_Luc_COTE.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Journees_pedagogiques/20_mars_2018/Conference_Luc_COTE.pdf

39. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach.* sept 2013;35(9):e1422-1436.

40. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. 2005;(1):23.

41. Renault A, Renzo A. Etre maître de stage universitaire protege-t-il du Burnout? Thèse de médecine. Université d'Angers. 2014;64.

42. Pellet C. Impact de la présence de l'interne dans le quotidien du médecin généraliste maître de stage universitaire. Thèse de médecine. Université de Aix-Marseille. 2015.

43. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu: influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Nice-Sophia Antipolis. 2014;59.

44. Sarti R. Impact du statut de maître de stage Universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les bouches du Rhône. Thèse de Médecine. Université de Marseille. 2017.

45. encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : GUICHONPrénom : LAURA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : - J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète -.

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A 17/12, le 21/10/19

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Le médecin généraliste est un des piliers de la formation des internes en Médecine Générale. En devenant Maître de Stage Universitaire, le praticien se voit confier deux rôles : celui de clinicien, responsable du suivi de ses patients, et celui d'enseignant, responsable de la transmission des savoirs aux futurs médecins.

Objectif : Étudier le vécu par le Maître de Stage Universitaire de l'exercice de ses rôles de clinicien et d'enseignant au cours du stage praticien de niveau un, en Alsace et en Lorraine.

Méthode : Recherche qualitative par le biais de dix entretiens individuels semi-dirigés, réalisés en Alsace et en Lorraine.

Résultats : Il ressort des entretiens menés que la conjugaison des rôles de clinicien et d'enseignant du Maître de Stage Universitaire apparaît délicate à mettre en pratique au quotidien. Si les Maîtres de Stage Universitaires s'attachent à être de bons formateurs, ces derniers sont avant tout des experts cliniciens et semblent éprouver des difficultés à décrire de manière précise leur mission de formation et ses aspects pratiques. Les méthodes pédagogiques utilisées sont peu évoquées et la supervision clinique apparaît davantage centrée sur le problème clinique que sur l'étudiant (son raisonnement, son ressenti, ses impressions). La maîtrise de stage est toutefois épanouissante pour la plupart des Maîtres de Stage Universitaires interrogés. De multiples incidences positives sur leur pratique de médecin généraliste sont également relevées.

Conclusion : La présente étude témoigne d'une réelle motivation des Maîtres de Stage Universitaires et d'un engagement véritable de leur part dans la formation des internes. Cependant, la problématique de la dualité du rôle de Maître de Stage Universitaire apparaît étroitement liée à celle de l'acquisition d'une double compétence : une compétence clinique et une compétence pédagogique, cette dernière pouvant encore être affinée par le biais de la formation.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine Générale

MOTS-CLÉS : Maître de Stage Universitaire, stage praticien de niveau un, pédagogie médicale, supervision clinique, modèle de rôle

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

ASSESEURS : Docteur Juliette CHAMBE
Docteur Mathieu LORENZO

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Catherine JUNG

ADRESSE DE L'AUTEUR : guichon.laura@orange.fr