

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2021

N° : 204

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

GUY Jefferey
Né le 27 juin 1991 à Forbach (Moselle)

Titre de la thèse

La professionnalisation des Maîtres de Stage Universitaires
De médecine générale en Alsace.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Président de thèse : Professeur PELACCIA Thierry
Directeur de thèse : Docteur GUILLOU Philippe

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2021

N° : 204

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

GUY Jefferey
Né le 27 juin 1991 à Forbach (Moselle)

Titre de la thèse

La professionnalisation des Maîtres de Stage Universitaires
De médecine générale en Alsace.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Président de thèse : Professeur PELACCIA Thierry
Directeur de thèse : Docteur GUILLOU Philippe



1 FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBLIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM Sélimak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO218

NOM et Prénoms	GS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	+ Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0156	NRP0 NCS	+ Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Sélimak P0005	NRP0 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	+ Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 CS	+ Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECKMÉUR François P0009	NRP0 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	+ Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0015	RP0 CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	+ Pôle d'imagerie - Service d'imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéocarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	+ Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	+ Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Biologie
BONNEMAINS Laurent M0009 / P0215	NRP0 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0016	NRP0 NCS	+ Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Hautepierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
DALVEL Laurent	NRF C8	* Pôle Epidémiologie médicale - Océanologie / BMC Service de Soins palliatifs / NHC	4E.05 Médecine palliative
HABERBETTER Françoise	C8	* Pôle Hépatogastro Service de Gastro-Entérologie - NHC	62.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Taku		* Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALIAT Eric	C8	* Pôle Tête-Cou Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Niels		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

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

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

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

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

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

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanna	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie, médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2021)
 - Mme DAMON-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
 - Mme STEIS Anrick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2022)
 - DUPOLR Patrick (Conscience clinique)
 - NIGAND Israël (Omnycologie-obésité)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
 - BELLOUQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHATT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2019-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Prs ROMIÈRES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marco (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

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 DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Le 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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A notre maître, et président de jury,

Monsieur le Professeur Thierry PELACCIA,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de l'intérêt que vous lui portez.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre maître, et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe GUILLOU,

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir guidé tout au long de ces mois de travail notamment dans les moments de doutes.

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet ainsi que le temps consacré durant nos nombreuses rencontres.

C'est une fierté d'avoir pu accomplir ce travail à vos côtés.

A notre maître, et membre du jury,

Madame le Docteur Audrey FARRUGIA-JACAMON,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury de thèse.

Merci également pour l'intérêt que vous avez suscité pour ce travail et pour votre disponibilité.

A notre maître, et membre du jury,

Madame le Docteur Elise FRAIH,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury de thèse.

Merci également pour les conseils que vous avez pu me donner tout au long de mon DES de médecine générale, que ce soit pour la thèse ou encore pour des questions plus pratiques de médecine.

A notre maître, et membre du jury,

Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et de l'intérêt que vous lui avez porté.

A Hélène, ma future épouse,

Voilà plus de 10 ans que tu me soutiens dans ce cursus d'études médicales ... depuis la P1 jusqu'à ce travail de thèse.

Merci d'être à mes côtés et pour tous ces bons moments de la vie quotidienne, mais également dans nos projets à venir.

Merci également pour les heures passées à relire ce travail.

Je t'aime.

A mes parents, Nathalie et Pascal,

Du temps s'est écoulé depuis l'inscription en 1ere année de médecine. Grâce à vous, j'ai pu accomplir mon rêve de devenir médecin.

Merci de m'avoir toujours conforté dans ce choix.

Merci pour votre soutien sans faille.

A mes beaux-parents, Anne et Michel,

Merci pour votre présence et votre soutien depuis plus de 10 ans maintenant, tout au long de ce cursus. Merci pour les bons moments passés ensemble ainsi que ceux à venir. Un nouveau médecin dans la famille !

A ma famille et ma belle-famille,

Merci à tous pour les bons moments passés ensemble lors des réunions familiales, qui aident à décompresser et permettent de trouver un équilibre entre vie privée et professionnelle.

A mes ami(e)s de médecine, Manon, Margot, Meghann, ...

Merci pour toutes ses heures passés en cours, en amphi, ou en stage, pour tous ces moments de rigolade et de convivialité qui ont rendu l'internat moins compliqué à supporter.

A tous nos joyeux moments et autres apéro à venir ensemble !

A mon ami de la première heure médicale, au kiné qui remet le doc sur pied après le vélo, Maxime,

Depuis la P1, on partage nos bons moments. Tu as choisis kiné, j'ai pris l'autre voie, mais on reste solidaire quand il s'agit de passer des moments au top ensemble, que ce soit en rando, en vélo, ou pour encourager nos grenats !

A tous les MSU que j'ai pu côtoyer tout au long de mon cursus,

Merci pour ces stages riches en enseignements et en apprentissages qui ont forgé le médecin que je suis devenu aujourd'hui.

A tous mes collègues actuels de Puttelange-Aux-Lacs, Hambach et Sarralbe,

Merci pour votre accueil et la bonne ambiance au travail et en dehors ... C'est un réel plaisir de travail avec vous tous !

Table des matières

LE SERMENT D'HIPPOCRATE	14
REMERCIEMENTS.....	15
TABLE DES MATIERES	22
LISTE DES ILLUSTRATIONS	24
LISTE DES ABREVIATIONS	25
1. INTRODUCTION.....	26
2. METHODOLOGIE	33
2.1) TYPE D'ETUDE	33
2.2) ECHANTILLONNAGE	35
2.3) METHODE D'ANALYSE.....	36
2.4) EQUIPE DE RECHERCHE.....	38
2.5) LEGISLATION	38
2.6) PRESENTATION DU RAPPORT DE RECHERCHE	39
3. RESULTATS.....	40
3.1) DESCRIPTION DE L'ECHANTILLONNAGE.....	40
3.2) PILIER DE L'IDENTITE	43
3.2.1) Le contexte	44
3.2.2) La formation.....	45
3.2.3) Le groupe.....	47
3.2.4) La subjectivité des MSU	49
3.2.5) Synthèse de l'identité	50
3.3) PILIER DE LA CULTURE	51
3.3.1) Les valeurs des MSU.....	52
3.3.2) Les normes des MSU	53
3.3.3) Les symboles des MSU	54
3.3.4) Les attitudes des MSU.....	55
3.3.5) Synthèse de la culture.....	57
3.4) PILIER DES COMPETENCES	57
3.4.1) La pédagogie	58
3.4.2) La communication et la relation.....	60
3.4.3) Les qualités subjectives des MSU	62
3.4.4) Synthèse des compétences	63
4. DISCUSSION	64
4.1) MISE EN LIEN DES 2 THEORIES D'ANALYSE	64
4.2) UNE IDENTITE QUI TEND A S'AFFIRMER	66
4.2.1) Le contexte.....	66
4.2.2) La formation des MSU	66
4.2.3) La notion de groupe	69

4.2.4) La subjectivité des MSU.....	69
4.2.5) Un manque de légitimité des MSU ?	70
4.3) UNE CULTURE DIVERSIFIEE MAIS ENCORE VAGUE	71
4.3.1) Les valeurs des MSU	72
4.3.2) Les normes des MSU	73
4.3.3) Les symboles des MSU	73
4.3.4) Les attitudes des MSU.....	73
4.3.5) La rémunération des MSU	74
4.4. UN SOCLE DE COMPETENCES SOLIDE.....	76
4.4.1) Les compétences pédagogiques et relationnelles	76
4.4.2) La rétroaction faite aux internes	78
4.4.3) La subjectivité des compétences des MSU	79
4.5. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	81
4.5.1) Critique de la méthode	81
4.5.2) Critique de l'interrogeant.....	82
4.5.3) Critique des interrogés.....	82
5. CONCLUSION	85
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	87
ANNEXE 2 : EXEMPLE D'ENTRETIEN MSU 1	88
ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ENTRETIEN MSU 8	127
BIBLIOGRAPHIE	164

Liste des illustrations

<i>Schéma des 3 piliers de la professionnalisation selon Belisle et théorie de l'explicitation selon Vermersch</i>	p.36
<i>Arborescence du pilier de l'identité</i>	p.42
<i>Sous partie du contexte</i>	p.43
<i>Sous partie de la formation</i>	p.45
<i>Sous partie du groupe</i>	p.48
<i>Sous partie de la subjectivité</i>	p.49
<i>Arborescence du pilier de la culture</i>	p.50
<i>Sous partie des valeurs</i>	p.51
<i>Sous partie des normes</i>	p.52
<i>Sous partie des symboles</i>	p.53
<i>Sous partie des attitudes</i>	p.55
<i>Arborescence du pilier des compétences</i>	p.56
<i>Sous partie de la rétroaction</i>	p.58
<i>Sous partie des compétences pédagogiques</i>	p.59
<i>Sous partie de la communication/relation</i>	p.60
<i>Sous partie des qualités subjectives</i>	p.61
<i>Schéma des 3 piliers de la professionnalisation selon Belisle et théorie de l'explicitation selon Vermersch, avec mise en lien des 2 théories</i>	p.64

Liste des abréviations

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

IMG : Interne de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

LRU : Liberté et Responsabilité des Universités

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

CRGEA : Collège Régionale des Généralistes Enseignants d'Alsace

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

JG : Jefferey Guy

PG : Philippe Guillou

DU : Diplôme Universitaire

1. INTRODUCTION

L'enseignement de la médecine générale a été réformé une première fois avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et une reconnaissance universitaire en tant que spécialité. Il en a découlé deux ans plus tard, la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, grâce au décret du 16 janvier 2004 (1). Concomitamment, en avril 2004, est parue la circulaire relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) qui propose aux étudiants inscrits à ce DES de réaliser, sur une base facultative, un deuxième semestre en exercice libéral, différent du stage de niveau 1, quant à lui obligatoire pour la validation du DES (2). Le SASPAS prévoit une activité autonome de l'interne de médecine générale (IMG) avec une supervision indirecte par le maître de stage universitaire (MSU) (3).

Plus récemment, une nouvelle réforme du troisième cycle des études médicales, avec l'arrêté du 12 avril 2017 (4), restructure l'internat et notamment le DES de médecine générale. L'application date de la rentrée universitaire de 2017. La maquette prévoit une meilleure organisation des stages, avec une progression : une phase socle de deux semestres et une phase d'approfondissement de quatre semestres, une troisième phase (de consolidation) étant uniquement proposée pour le moment aux internes des autres spécialités médicales. La deuxième phase permet notamment une généralisation du stage SASPAS à tous les internes de médecine générale.

Cette augmentation du temps de stage en ambulatoire impose aux différents départements de médecine générale (DMG), d'augmenter le nombre de MSU. Un rapport du collège national des généralistes enseignants (CNGE) datant de janvier 2019 montre que l'effectif des MSU tend vers une augmentation importante, avec notamment une progression de 8,5 % entre 2018 et 2019 à l'échelle nationale (soit 321 MSU supplémentaires) concernant les terrains de stage

SASPAS, portant le nombre de MSU dans cette catégorie à 4076 ; ou encore une augmentation du nombre total de MSU (2^{ème} cycle et 3^{ème} cycle compris, incluant le stage d'internat de niveau 1, le stage santé de l'enfant et de la femme et le SASPAS) de 13,7 % (5). À Strasbourg, le nombre de postes de SASPAS pour le semestre de mai 2021 à novembre 2021 était de 61 (6). Devant le nombre relativement constant d'étudiants inscrits en DES de médecine générale (à l'échelle nationale, 3268 postes étaient ouverts en 2018 et 3213 en 2019) (7), couplé au vieillissement des médecins généralistes (selon une étude de 2018, un médecin sur deux a plus de 55 ans) (8), et donc de certains MSU, le recrutement à plus large échelle questionne. L'enseignement à ses pairs devrait pourtant être naturel pour tous les médecins d'après le serment d'Hippocrate : *« je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre »* (9). À Strasbourg, une thèse a décrit le point de vue des MSU peu de temps après la mise en place du SASPAS en 2005. A l'aide d'un questionnaire, les premières impressions des MSU en SASPAS étaient recueillies. Sur les 46 praticiens interrogés à travers la France, 39 (soit 88%) étaient tout de même satisfaits de cette nouvelle modalité de stage et étaient prêts à poursuivre l'aventure (10). Cela illustre une réelle volonté des MSU à s'investir dans la formation des futurs médecins.

Etant moi-même passé par un SASPAS au cours du semestre de novembre 2018 à avril 2019, qui était alors un nouveau terrain de stage, c'est de cette expérience qu'est née ma réflexion sur cette thématique pédagogique. En effet, j'ai pu collaborer avec quatre MSU, ayant donné lieu à quatre expériences distinctes. Pour moitié, les stages ont été conformes à mes attentes et aux objectifs d'un SASPAS tels que décrits sur le site du DMG : *« Ce stage de six mois est à choisir parmi une liste de MSU. Vous travaillerez en autonomie avec une supervision*

indirecte (vous débriefferez vos consultations après celles-ci). Il est possible d'effectuer deux SASPAS si votre ordre de choix le permet » (11). Mon troisième lieu de stage s'est plus apparenté à un stage de niveau 1, où l'autonomie est plus progressive à acquérir et où la supervision était sur un mode direct, tout du moins au début du stage. Enfin le quatrième lieu de stage, a été un stage de découverte de la médecine générale avec au début, une phase d'observation du MSU, puis à terme une phase plus active, mais finalement sans marge de manœuvre quant à mon raisonnement clinique et mon champ d'action thérapeutique. C'est de cette disparité qu'ont émergé mes premières interrogations sur ce thème.

Le SASPAS est une étape importante, car c'est le stage qui se rapproche le plus de la pratique future des IMG. Bien que n'étant pas obligatoire pour les étudiants pré-réforme, il est maintenant généralisé depuis la promotion 2017. Un travail de thèse mené en 2016 à la faculté de Strasbourg par Albu F., montre le rôle joué par le SASPAS dans les projets d'installation et les modalités d'exercice futur (12). Une étude rétrospective sur plusieurs promotions d'internes montre que le SASPAS est motivé par la volonté d'approfondir la formation en médecine générale, ainsi que l'acquisition de plus d'autonomie. De plus, le SASPAS influence significativement l'installation en activité libérale post-études, sans pour autant influencer sur le délai d'installation. Selon Jovic et al. : « *les stages constituent une activité indispensable à l'apprentissage et à la professionnalisation des personnes se destinant aux métiers de la santé* » (13).

La professionnalisation des étudiants est un sujet relativement récent. La loi LRU de 2007, relative aux libertés et responsabilités des universités, prévoit comme mission pour les facultés, l'amélioration de l'insertion professionnelle des étudiants (14). Bien que la tendance générale cherche à uniformiser les études dans un schéma « licence-master-doctorat », on

retrouve un parcours de formation unique et propre à chaque interne, notamment par les lieux de stages qu'il a pu fréquenter. Selon Pelaccia, « *le milieu de stage est le lieu de l'exercice professionnel et de la confrontation à l'immédiateté et l'imprévu. L'objectif prioritaire est d'y soigner des patients, et non de former des étudiants* » (15). Les conditions de l'apprentissage sont donc éminemment variables selon les lieux de stage avec une confrontation entre pédagogie et activité médicale.

Concernant la maîtrise de stage du 3^{ème} cycle du DES de médecine générale, les MSU sont recrutés par le DMG sur la base du volontariat, soit par le biais de campagnes de recrutement (mailing depuis la plateforme de l'URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé et sensibilisation par les délégués de l'assurance maladie), soit par la communication de proches en proches.

Depuis la mise en place de la réforme du 3^{ème} cycle de 2017, il est obligatoire de fournir une attestation de formation à la maîtrise de stage pour pouvoir accueillir un interne à son cabinet. En effet, l'article 35 alinéa XII de l'arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine stipule que : « *En outre, pour le praticien-maître de stage des universités :*

- *Une preuve de son exercice professionnel depuis au moins deux ans ;*
- *Une attestation de formation préparant à l'accueil, à la supervision et à l'évaluation d'un étudiant, expertisée par des personnels enseignants de sa spécialité*
- *Un avis motivé du conseil départemental de l'ordre des médecins auprès duquel il est inscrit ou du service de santé des Armées, pour les praticiens-maîtres de stage des universités relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense* » (4).

A noter qu'en France, il existe 35 collèges régionaux des généralistes enseignants (CRGE) qui ont eu la volonté de s'unir à l'échelle nationale pour former le CNGE avec pour mission de faire de la médecine générale une discipline scientifique avec un statut universitaire. (16).

Malgré des sources de motivations diverses et variées, devenir MSU ne s'improvise pas. Avant d'être formateur, il convient d'être formé, d'être préparé à la fonction de MSU. Etre MSU, c'est transmettre et partager son expérience, sa vision du métier de médecin généraliste (17). C'est également endosser le rôle de superviseur. Selon Kilminster et al. (18), il s'agit de *« fournir à l'étudiant des conseils et de la rétroaction visant au développement personnel, professionnel et éducatif, dans le cadre d'expériences de délivrance de soins sécuritaires et appropriés au patient, vécues par l'apprenant »*. De manière plus générale, l'évaluation des apprentissages de l'étudiant repose principalement sur le MSU lors de l'échange avec l'étudiant durant le temps consacré à la rétroaction.

La tendance actuelle est à une approche par compétences. Chartier écrit en 2013 que : *« ce modèle implique des spécificités d'apprentissage et d'évaluation différentes de celles mises en œuvre dans la pédagogie par objectifs, utilisées dans les 1er et 2^{ème} cycles des études médicales »* (19). Il ajoute que : *« L'interne est acteur, et le moteur de son apprentissage est sa réflexivité [...] La connaissance construite à partir de l'expérience est donc particulière à chacun »*. L'approche par compétence rompt avec le traditionnel enseignement magistral universitaire. Le MSU endosse alors le rôle d'accompagnant afin de proposer à l'interne de nouvelles expériences. En cela, les MSU doivent s'approprier ce rôle. Afin de s'approprier un nouvel outil pédagogique, Pennemann et al. ont identifié cinq facteurs pouvant influencer cette appropriation : l'enseignant, l'outil, l'apprenant, l'environnement et le soutien externe (20). On se rend alors compte que l'approche du stage est plurifactorielle et de là découle la

qualité du stage et donc le développement de nouvelles compétences par l'étudiant, nécessaires à sa formation de futur médecin généraliste et professionnel de santé. Les MSU s'inscrivent pleinement dans le processus de professionnalisation des IMG. Cependant, on peut s'interroger sur les qualités pédagogiques des MSU, voire leur légitimité. En effet, on peut supposer que la performance pédagogique des MSU est influencée par la qualité de la professionnalisation des MSU. Jovic et al souligne le lien entre une formation de qualité et le développement des compétences professionnelles (13). Rogalski et al. soulignent que les compétences du sujet sont un des déterminants de la performance de travail, à condition d'exprimer ces compétences dans une action réelle (21).

Belisle et al. propose un cadre conceptuel de la professionnalisation des étudiants en santé. La professionnalisation est définie tel un processus complexe qui amène les étudiants à devenir des professionnels dans leur domaine d'étude. Ce concept s'articule dynamiquement autour de trois dimensions : l'identité, la culture et les compétences (22). L'identité professionnelle correspond à l'image que les professionnels ont d'eux-mêmes, mais aussi l'appartenance à un groupe de professionnels. Les auteurs distinguent quatre sous parties qui permettent de forger l'identité professionnelle : la subjectivité qui regroupe les opinions propres à chaque MSU, le groupe d'appartenance des MSU, le contexte dans lequel l'identité se développe (par exemple en cabinet de médecine générale), et également le parcours de formation propre à chacun. La culture professionnelle est partagée entre les différents professionnels d'un secteur d'activité. Elle correspond à un ensemble de normes communes à tous les MSU, des valeurs pédagogiques, des attitudes vis-à-vis des internes mais également entre MSU et des symboles qui permettent de rassembler les différents acteurs sous une culture commune. Les compétences professionnelles sont définies comme un ensemble complexe d'outils, de connaissances et d'attitudes qui permettent de résoudre des situations professionnelles réelles. Belisle distingue plusieurs catégories de compétences : disciplinaires ou pédagogiques (par

exemple le raisonnement clinique, la rétroaction faite aux internes), méthodologiques (par exemple l'évaluation des pratiques ou gestion de l'interne), ou humaines (par exemple la bienveillance ou la communication avec les autres MSU). Ces compétences sont évolutives tout au long de la carrière professionnelle.

Le but de ce travail de thèse est d'étudier comment les MSU s'intègrent dans ce processus de professionnalisation ancré autour de trois dimensions ?

2. METHODOLOGIE

2.1) Type d'étude

L'objectif du travail est d'analyser l'expérience de la maîtrise de stage par les médecins généralistes et d'étudier leur processus de professionnalisation. La méthode qualitative nous a paru plus adaptée. En effet, cette méthode permet une démarche interprétative, sans chercher à mesurer ou quantifier (23). La professionnalisation est un phénomène évolutif et complexe. Une méthode quantitative ne permettrait pas de l'aborder, pour l'instant, de façon suffisamment crédible. Paquay et al, en 2006, dans son ouvrage collaboratif sur la méthode qualitative cite Morin : « *De tels processus complexes se développent dans la durée et sont déterminés par de multiples variables en interaction agissant de façon différente selon les contextes, les personnes et les moments, dans des environnements humains réels ; ils risquent d'être dénaturés si on se contente de prélever quelques indicateurs chiffrés. La seule quantification ne permet pas vraiment d'appréhender cette complexité et sa dynamique évolutive, d'explicitier et de rendre intelligibles les processus sous-jacents* » (24).

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels en présentiel. Le choix s'est porté sur cette technique, en opposition aux focus-group, afin de laisser une plus grande liberté d'expression aux personnes interrogées, de leur assurer un temps de parole conséquent et de les mettre plus à l'aise, leur permettant ainsi de ne pas être inhibés par la prise de parole en groupe. Le choix du présentiel paraissait évident au départ, permettant de mieux capter les émotions et de préserver la convivialité de l'instant entre interrogeant et interrogé. Cela permettait également de s'immiscer, le temps d'un entretien, dans l'environnement quotidien des sujets interrogés. On peut y voir là, une réassurance de se trouver en terrain connu, et cela

facilite probablement la liberté de parole. La question de réaliser les entretiens à distance, par voie informatique ou téléphonique, s'est posée au décours du confinement lié au Covid-19. Finalement, il a été choisi de continuer sur le même mode présentiel, quitte à parfois retarder dans le temps la réalisation de certains entretiens.

Les entretiens ont été structurés sur un mode semi-dirigé, pour essayer de coller au mieux à notre thématique et d'aiguiller quand c'était nécessaire, sans trop restreindre la liberté d'expression de chacun, ce qui permet d'avoir une richesse des verbatims. Le guide d'entretien (Cf annexe 1) a regroupé des questions ouvertes, permettant d'initier au mieux le dialogue.

Il a été décidé d'utiliser la méthode de l'entretien d'explicitation, tel que décrit par Vermersch (25) et qui permet de s'intéresser encore plus finement à l'action vécue. En effet, c'est par l'étude approfondie des faits et gestes des interrogés que nous souhaitons explorer notre thème de la professionnalisation. Même si une initiation à l'aide des tutoriels vidéo de Vermersch a été nécessaire, il est très difficile de s'approcher de la précision et de l'aisance à réaliser les entretiens à la manière de Vermersch. Ainsi notre travail constitue surtout une inspiration de l'entretien d'explicitation. Ainsi le déroulé de l'entretien essayait d'immiscer les MSU au plus profond de leurs expériences pédagogiques, avec notamment des questions axées sur le ressenti du moment. Pour analyser tous les aspects de l'action vécue, Vermersch propose de la décomposer en cinq groupes : le procédural correspond à l'exécution de l'action et se place au centre du schéma. Les quatre autres groupes, sont satellites et sont reliés par des axes. L'axe vertical regroupe le contexte et les jugements. L'axe horizontal fait le lien entre la théorie, le but de l'action et l'action elle-même. On y retrouve les savoirs déclaratifs et l'intentionnalité (26).

Les entretiens ont exclusivement été réalisés par moi-même, JG (Jefferey GUY), étudiant en médecine, interne de médecine générale en fin de cursus lors des premiers entretiens. J'ai ainsi pu côtoyer quelques MSU lors de mes stages d'internat. Mis à part le premier entretien test, qui n'a pas été analysé, je ne connaissais personnellement aucun des autres MSU interrogés. Par ailleurs, je n'avais aucune expérience dans la pratique des entretiens.

2.2) Echantillonnage

Le public ciblé était les maîtres de stage universitaires, une invitation a été transmise par e-mail via la faculté de médecine. Les MSU souhaitant participer devaient me contacter directement pour convenir d'un entretien. Il leur était ainsi demandé en retour de mail quelques renseignements (tranche d'âge, ancienneté dans la maîtrise de stage) afin de pouvoir diversifier au mieux les profils. Un rendez-vous était ensuite fixé pour la réalisation en présentiel de l'entretien. Aucune obligation n'a été imposée aux MSU, concernant le lieu ou le moment de la rencontre.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un dictaphone intégré à un Smartphone. Le recueil d'une fiche signalétique a été fait en complément des échanges par mail, contenant des données telles que la tranche d'âge, le lieu d'exercice (rural ou urbain), l'année d'installation, l'ancienneté dans la maîtrise de stage et le type d'internes accueillis. La fiche signalétique avait pour but d'assurer la diversité de l'échantillon, et renforcer la pertinence des données.

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été déterminé avant le début de l'étude, mais a été décidé au fur et à mesure de la progression du travail, en utilisant la saturation des données rattachées aux trois dimensions de la professionnalisation. En effet, l'arrêt des enregistrements a été décidé lorsque trois entretiens consécutifs n'apportaient plus de nouvelle information

pour notre étude de la professionnalisation. Pour cela, une analyse en continue après chaque entretien était nécessaire.

Le profil des MSU interrogés devait être le plus diversifié possible, pour essayer d'entrevoir les différents aspects de la population cible, se rapprochant de celle très variée des médecins généralistes (27). C'est ce caractère confondant entre MSU et médecin généraliste qui a amené à sélectionner les participants sur différents critères qui influencent indéniablement leur manière de pratiquer la médecine, notamment le sexe, l'âge, le lieu d'exercice. A propos de l'âge, un article de Lee paru en 2012 (28) montre des baisses de rendement des médecins avec l'avancement en âge. Logiquement, on peut penser qu'ils influent également sur la maîtrise de stage. Les critères d'ancienneté et du type d'interne accueillis sont plus spécifiques à la maîtrise de stage et laissent penser qu'ils influent sur la manière de faire du MSU. Le mode de recrutement a évolué avec l'avancée de l'étude. Les derniers entretiens se sont notamment concentrés sur un public de MSU plus jeunes, moins représentés lors des 1ers entretiens. Ainsi quelques MSU plus âgés et avec des profils similaires à certains interrogés ont été refusés.

2.3) Méthode d'analyse

Les entretiens étant riches en informations, il a fallu tout d'abord trouver une méthode d'analyse permettant de hiérarchiser les informations et d'opérer une première classification.

Dans un premier temps, après la retranscription des verbatims à l'aide du logiciel de bureautique Word©, j'ai eu recours au logiciel de codage RStudio© et plus précisément de son outil d'analyse RQDA. Ce dernier permet de coder le texte selon plusieurs thèmes et d'y ajouter des commentaires. Dans notre travail, il avait été décidé au préalable d'utiliser la méthode de l'explicitation afin d'analyser au plus près l'action vécue. Ainsi la première étape

de l'analyse a permis de scinder les idées selon les cinq groupes proposés par Vermersch : contexte, jugement, intentionnalité, procédural et déclaratif.

La deuxième étape du travail a consisté, pour chaque entretien, à regrouper les différentes idées codées dans chacun des groupes et de proposer une synthèse de chacune des catégories. Afin de renforcer les données recueillies lors des entretiens, la technique de la vérification des membres a été proposée pour chacun des MSU. Chaque MSU a ainsi été invité par mail à valider les éléments tels que je les ai analysés.

La troisième étape a été consacrée à rechercher les données intéressantes en lien avec le processus de professionnalisation de chaque MSU.

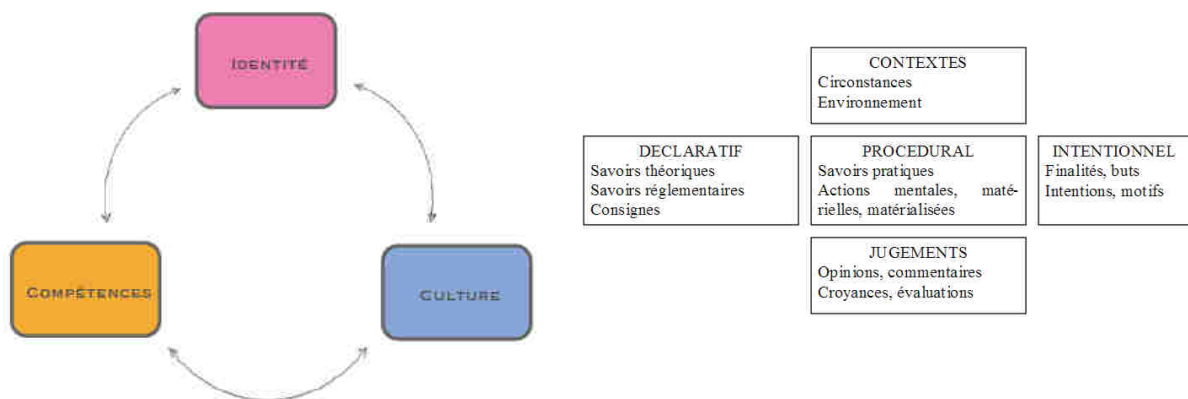


Schéma des 3 piliers de la professionnalisation de Belisle et schéma de l'action vécue, utilisé dans l'entretien d'explicitation par P. Vermersch (26)

Enfin, pour chaque entretien, une analyse a été faite autour de ces trois dimensions de la professionnalisation. Il a fallu faire ensuite une analyse globale du travail. Des cartes heuristiques ont été réalisées pour chacun des trois dimensions de la professionnalisation, à l'aide du logiciel XMind8©.

2.4) Equipe de recherche

L'équipe de recherche était constituée d'un binôme : moi-même, JG (Jefferey GUY), interne de médecine générale au début de ce travail, puis médecin remplaçant. Mon rôle était de réaliser les entretiens, les retranscrire et les analyser. PG (Philippe GUILLOU) est professeur associé de médecine générale associé et médecin généraliste, également MSU. Il a endossé le rôle de directeur de thèse. Il a ainsi relu les analyses de chaque entretien, et guider ce travail par des pistes de réflexion et des conseils à chaque étape.

2.5) Législation

Ce travail est hors champ de la loi Jardé. Aucun avis auprès du Comité de Protection des Personnes n'a donc été demandé. D'un point de vue éthique, une déclaration a été faite au Comité Ethique Régional (CER) de l'Université de Strasbourg en mai 2019, avec réception d'un avis positif. De plus, une déclaration a été faite et approuvée auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). Une notice d'information, également approuvée par la CNIL a été mise en place et signée par chaque MSU avant le début de l'entretien. Les seules personnes ayant eu accès aux données sont les membres du binôme de recherche. L'anonymisation a été effectuée dans les entretiens en masquant les noms des médecins, les noms de villes d'exercice et en indiquant des tranches d'âges plutôt que des âges précis.

2.6) **Présentation du rapport de recherche**

L'ensemble de ce travail de thèse a été conduit et rédigé selon le SRQR (29) qui a permis en 2014 de définir les recommandations des travaux qualitatifs.

3. RESULTATS

3.1) Description de l'échantillonnage

L'objectif de ce travail de thèse est d'explorer la professionnalisation des MSU. Pour ce faire, 15 entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur une période de 15 mois allant de mai 2019 à juillet 2020.

Au final, seul 13 entretiens ont été retenus pour analyse. En effet, le premier a été réalisé avec un MSU chez qui j'ai pu aller en stage, ce qui induit un biais de sélection, par la complicité induite avec ce MSU mais également le manque d'objectivité mutuel lors de la réalisation de l'entretien. Le deuxième entretien a également été mis volontairement en retrait, a posteriori, car la maîtrise de la méthodologie de l'entretien était encore à revoir. Ainsi les deux premiers enregistrements ont surtout servi de base d'entraînement à la méthode pour mieux appréhender les exercices suivants.

Au total, 13 entretiens ont été analysés. Concernant la vérification des membres, 12 MSU m'ont fait un retour. Globalement, les retours ont confirmé les retranscriptions, certains MSU clarifiant cependant leur point de vue.

La durée des entretiens était comprise entre 36 minutes pour le plus court et 1 heure 27 minutes pour le plus long, avec une moyenne de 52 minutes.

Concernant les MSU interrogés, le but était d'avoir des profils les plus variés possibles.

Tous les MSU recrutés sont rattachés à la faculté de médecine de Strasbourg et exercent leur activité de médecin généraliste en Alsace. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel.

A chaque fois, l'accueil a été convivial et les MSU se sont tous livrés à l'exercice de l'entretien. Il a été plus facile pour certains d'approfondir leurs idées, leurs revendications, leurs opinions. A posteriori, on peut y voir plusieurs freins. Tout d'abord l'aspect temporel :

en effet, si certains MSU m'ont invité sur une journée libre pour eux, d'autres m'ont intégré sur leur planning de consultation, d'autres encore ont profité de la présence de l'interne qui consultait en autonomie. Pour les deux dernières catégories, les entretiens ont souvent été plus courts, et le MSU a parfois été interrompu par une sollicitation de son interne, compliquant alors l'immersion totale dans la problématique. De plus, un nouvel obstacle non attendu est apparu pour les derniers entretiens : le port du masque obligatoire dû à la pandémie de Covid-19. Même si cela n'entrave pas le bon enregistrement de la conversation, il est parfois plus dur de cerner les émotions des MSU afin de rebondir dessus.

Le tableau suivant regroupe les principales caractéristiques des MSU. Si l'on rapporte ces données à la population générale des médecins en Alsace (27), on retrouve effectivement plus d'hommes médecin (57%), âgés de plus de 60 ans pour 1/4 des médecins.

Concernant le lieu d'exercice, notre échantillon comporte une majorité de MSU ruraux. Or si l'on compare avec l'ensemble des MSU (6) au choix de mai 2021, on retrouve une parité entre MSU urbains et ruraux, voire un avantage pour les MSU urbains selon les catégories de stage.

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Ancienneté MSU	Types d'internes	Durée	Lieu/ Moment
MSU 1	H	55-60 ans	Rural	15 ans	Niveau 1	1h 27 min	Domicile/ Repos
MSU 2	H	45-50 ans	Rural	13 ans	Niveau 1 Santé enf. SASPAS	49 min	Cabinet/ SASPAS
MSU 3	F	55-60 ans	Rural	20 ans	Niveau 1	55 min	Cabinet / Repos
MSU 4	H	60-65 ans	Rural	17 ans	Niveau 1	55 min	Cabinet / Consult.
MSU 5	F	55-60 ans	Urbain	4 ans	Niveau 1 Santé fem.	53 min	Cabinet / Repos
MSU 6	F	45-50 ans	Urbain	4 ans	Niveau 1	51 min	Cabinet / Repos
MSU 7	H	55-60 ans	Rural	11 ans	Niveau 1 SASPAS	37 min	Cabinet / Consult.
MSU 8	H	60-65 ans	Rural	17 ans	Santé fem. SASPAS	1 h 7 min	Cabinet / Repos
MSU 9	H	<40 ans	Autre	2 ans	SASPAS	36 min	Cabinet / Consult
MSU 10	H	40-45 ans	Rural	2 ans	Niveau 1 SASPAS	51 min	Cabinet / Repos
MSU 11	H	<40ans	Urbain	2 ans	Niveau 1 Santé fem. SASPAS	47 min	Cabinet / Repos
MSU 12	F	<40ans	Rural	7 ans	Santé enf. SASPAS	52 min	Cabinet / Consult.
MSU 13	F	45-50 ans	Rural	5 ans	Niveau 1 SASPAS	39 min	Cabinet / Consult.

Tableau des caractéristiques des MSU interrogés.

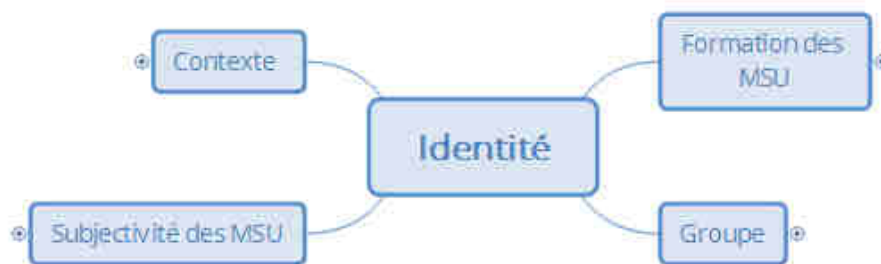
Types d'internes : Niveau 1, santé de la femme, santé de l'enfant, SASPAS /

Moment : consultation signifie soit que l'entretien a eu lieu entre 2 consultations, soit que l'interne consulte en parallèle.

Tous les résultats ont été présentés sous forme de cartes heuristiques. Afin de hiérarchiser les idées principales par rapport aux éléments plus marginaux, il a été décidé de jouer sur la police d'écriture.

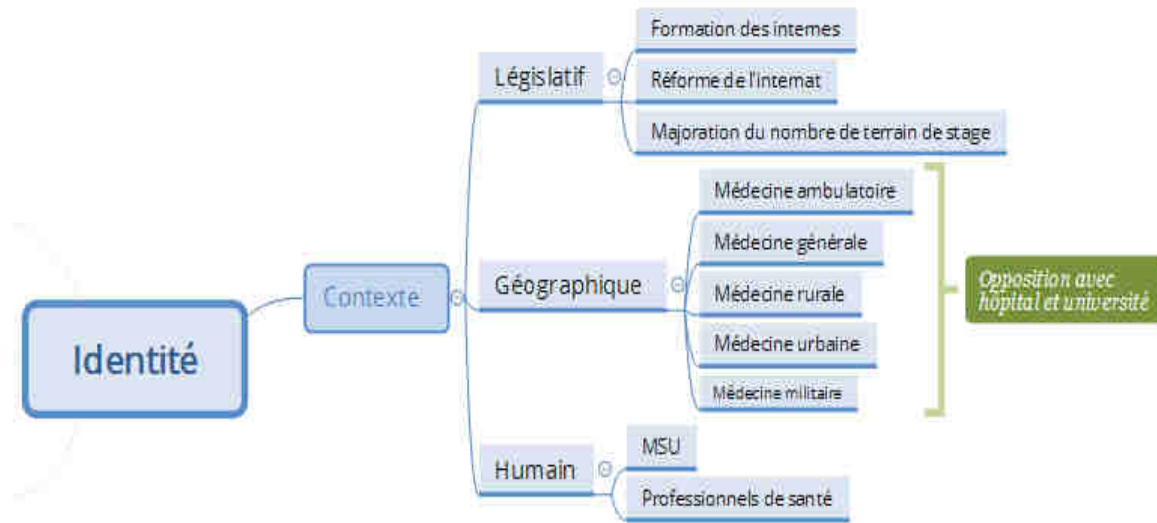
3.2) Pilier de l'identité

Le pilier de l'identité est le premier des trois axes décrits par M. Belisle (30). Afin d'affiner la description, j'ai repris les quatre sous parties de l'arborescence proposée par Belisle et al : contexte, formation, groupe et subjectivité L'identité des MSU a été richement illustrée à travers les 13 entretiens. Certaines notions reviennent plusieurs fois, d'autres étant plus marginales.



Arborescence du pilier de l'identité

3.2.1) Le contexte



Sous partie du contexte dans le pilier de l'identité

Cette sous partie rejoint simplement la partie du contexte selon Vermersch (26). On trouve ici un véritable ancrage de la maîtrise de stage dans une dimension géographique avec différentes modalités de pratique de la médecine générale : « *Mais voilà, ils peuvent voir jusqu'à trois médecins, trois façons, ça c'est très bien. Pendant longtemps, on avait ... j'avais mes deux collègues, il y en a un qui était en centre-M****, gare de M****, donc citadine, complète ; un qui était en périphérie de M****, qui était moitié-ville, moitié-machin, et moi complètement à la campagne* » (MSU 4). Par opposition, on retrouve l'hôpital et le centre universitaire avec un fossé qui ne cesse de se creuser : « *Le but c'est qu'ils apprennent à faire de la médecine générale, puisqu'à l'hôpital on n'apprend pas à travailler, à faire de la médecine générale* » (MSU 6). On retrouve également une dimension humaine avec d'un côté le versant MSU et de l'autre le versant professionnel de santé : « *c'est la crainte d'avoir entre guillemets, une baisse d'activité ou alors d'être perturbé dans mon rendement, c'est-à-dire par le temps consacré au patient par la présence d'un interne* » (MSU 10). Enfin, on trouve également un fort ancrage législatif, voire historique, avec en point d'orgue la réforme de l'internat de médecine générale, à laquelle on peut rattacher tantôt des opinions favorables : «

je pense que c'est un grand point positif de cette réforme que de pousser à ce qu'il y ait un maximum de stages ambulatoires, en médecine générale pour les internes de MG, parce que ce n'est pas envisageable qu'on soit la seule spécialité à se former chez les autres, alors qu'on a des éléments de pratique qui sont spécifiques, que d'autres ne comprennent pas, ne maîtrisent pas. » (MSU 11), tantôt plus réservées : « Je pense que la réforme je sais pas si elle est ... j'étais plus à l'aise il y a 10 ans (...) Je trouve que la jeune génération de maîtres de stage, ils sont un peu moins ... ils ont oublié un petit peu la maquette de médecine générale ». (MSU 8).

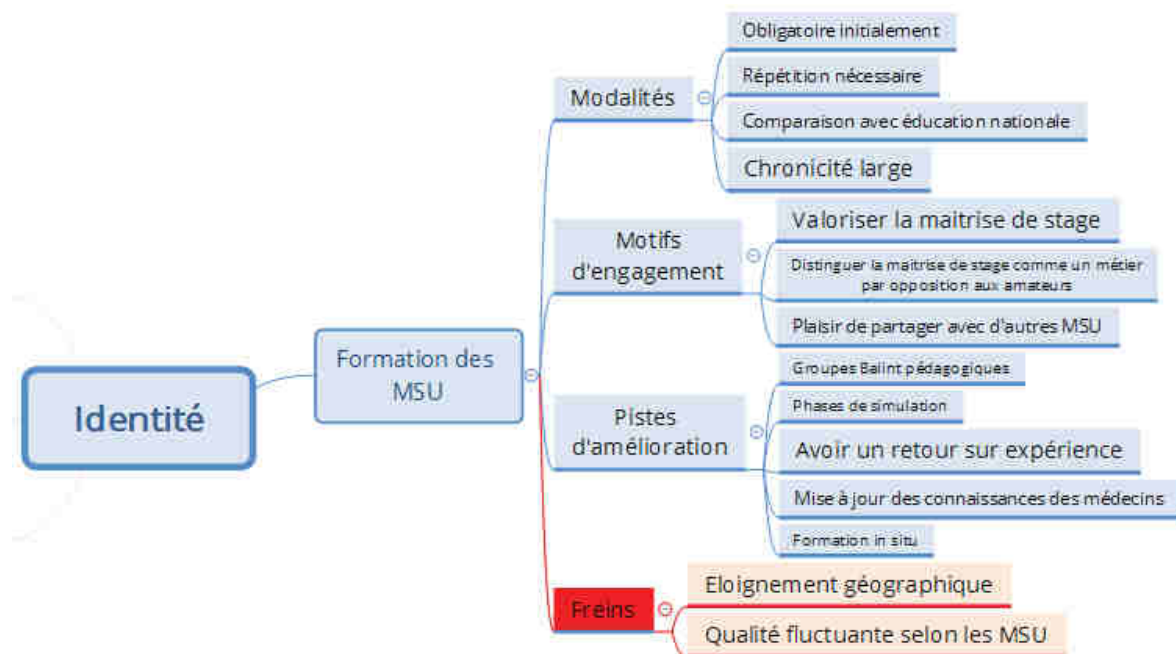
3.2.2) La formation

Le deuxième axe s'intéresse à la formation des MSU. Si certains l'évoquent spontanément, d'autres ont eu besoin d'être orientés sur ce terrain, ce qui montre déjà que ce versant n'est pas forcément la notion centrale lorsqu'on évoque la maîtrise de stage avec les MSU.

Les avis sur la formation des MSU sont plutôt diversifiés. Certains y trouvent le plaisir de voir et de partager avec d'autres collègues ou encore le moyen de valoriser la maîtrise de stage : « *Et je pense qu'en y allant à chaque formation, j'ai toujours des choses à apprendre par mes collègues qui disent : ah moi je fais ça, je fais ça etc ... Mais voilà, il n'y a que 24h dans une journée. Non le nombre de formations proposées est bien* » (MSU 7). Cependant, la plupart des MSU s'accordent pour dire que la chronicité dans la répétition des formations est large, peu chronophage, mais que les formations demeurent nécessaires et obligatoires : « *Et c'est vrai que bah comme toutes les formations optionnelles, on voyait toujours les mêmes têtes à ces séminaires. Maintenant c'est obligatoire, il y en a certains qui se disent ah bah maintenant il y a un truc obligatoire, (...) et se font agréer pour être maître de stage* » (MSU 2). L'existence même de formations permet de distinguer la maîtrise de stage tel un métier,

par opposition aux amateurs : « *Je crois comprendre que c'était une des explications (le manque de formation) d'une maîtrise de stage un peu plus artisanale que la nôtre* » (MSU 7).

On retrouve à plusieurs reprises une comparaison avec les enseignants de l'éducation nationale, qui bénéficieraient selon certains MSU, d'une année complète de formation après leurs concours : « *Mais les profs de l'éducation nationale ont des mois et des mois de formation* » (MSU 11). Cependant la comparaison a ses limites, notamment sur le nombre d'étudiants à encadrer ou encore sur le fait que le MSU est avant tout un médecin généraliste ayant suivi des études de médecine.



Sous partie de la formation dans le pilier de l'identité

Enfin, certains jugeant la formation insuffisante avec la présence de nombreux freins, tels que l'éloignement géographique, la chronicité trop large ou une qualité fluctuante : « *Décentraliser un petit peu, peut-être pas tout installer à Strasbourg. Essayer de délocaliser un petit peu dans les cabinets. De la formation, on pourrait très bien en faire ici, moi j'ai une salle de réunion, voilà, j'ai des possibilités* » (MSU 8). On retrouve l'idée d'une formation in situ. « *Je pense que ça a été fait pour ne pas rebuter les maîtres de stage qui ont la notion*

qu'avant pour encadrer des internes, il fallait trois fois deux jours de formation, on est passé à deux jours de formation. Ils ont beaucoup allégé, je pense, parce qu'ils avaient besoin de recruter, mais je pense qu'on n'est pas très, très bien outillé quand on se lance » (MSU 11).

Ils ont cependant proposé des pistes d'amélioration avec notamment des groupes Balint pédagogiques, des phases de simulation, des sessions de mise à jour des connaissances médicales (qui paradoxalement est plus du ressort du médecin généraliste que du MSU), ou encore simplement avoir un retour sur expérience de leur pratique. Par exemple :

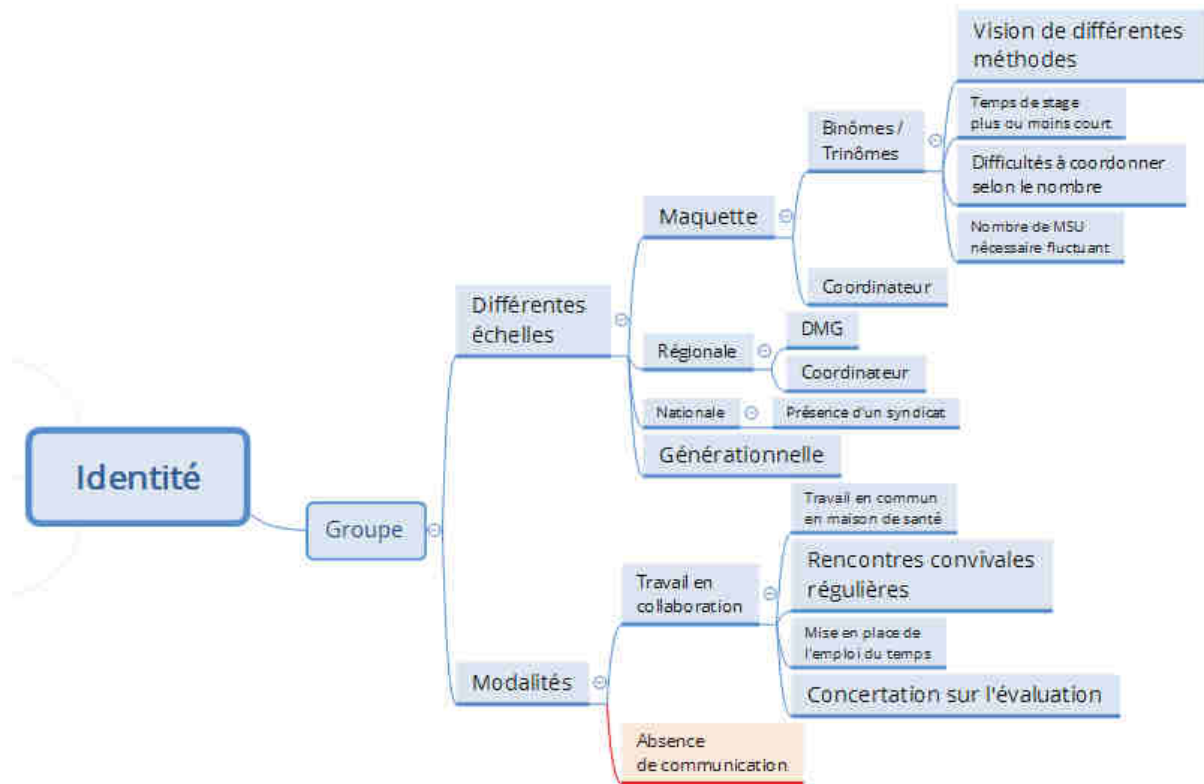
« maintenant j'aimerais que vous vous placiez dans le cadre d'un médecin généraliste, un vendredi soir, à son cabinet, en étant d'astreinte, en sachant qu'il n'a plus d'examen biologique, qu'il n'a plus d'échographie, qu'il n'a plus de machin, et le diagnostic, enfin le cas que vous allez faire, la question que vous devez vous poser : est-ce que je peux moi, en médecine générale, le soigner encore en sachant que j'ai le samedi pour avoir un bilan biologique et une échographie, enfin une radio, un examen complémentaire, ou est-ce que vous allez le transférer aux urgences ? » (MSU 1), Un MSU apporte son expérience de formation auprès de collègues Canadiens : « Alors c'est peut-être plus formateur les glaces sans teint etc ... mais ils font trois consultations par demi-journée... Oui c'est au Canada, on avait eu le témoignage d'un professeur de médecine générale à Sherbrooke, mais ils ont des moyens qu'on n'a pas » (MSU 3).

3.2.3) Le groupe

La notion de groupe s'entend sous différentes échelles, allant du lieu de stage avec un binôme, un trinôme voire plus ; jusqu'à l'échelle nationale, évoquée par la présence d'un syndicat des maîtres de stage : *« qu'on reçoit aussi des mails des syndicats de maîtres de stage donc on sait un peu ce qui se passe à droite, à gauche » (MSU 7).* On observe également une échelle

générationnelle de MSU retrouvée par la diversité de l'échantillonnage, avec des visions de la maîtrise de stage et de la médecine qui peuvent diverger et être conflictuelles. Un MSU plus ancien souligne cette différence en parlant de l'évolution de l'exercice de la médecine générale : « *Je trouve que la jeune génération de maîtres de stage ils sont un peu moins ... ils sont ... voilà. Bah ils sont comme les autres, ils sont ... ils ont oublié un peu la maquette de médecine générale (...) Moi, quand je me suis installé, j'ai ma maquette de médecine ... euh d'internat, j'ai fait 3 ans d'internat, mon objectif pendant l'internat, c'était d'apprendre à gérer les urgences, à faire de la gynéco, à savoir faire un frottis, poser un stérilet, faire des actes techniques, suivre une grossesse, il fallait qu'en pédiatrie je sois au point ...* » (MSU 8). En comparaison, un jeune MSU dit : « *Mais je pense par contre que les internes ont pigé effectivement, et peut être que c'est la différence avec les générations anciennes, que c'est une profession, c'est un métier. C'est pas ... on n'est pas mère Térésa ou Albert Schweitzer* » (MSU 10).

La notion de groupe se voit aussi selon les modalités de fonctionnement, avec une dichotomie mise en évidence : d'un côté un travail collaboratif entre les différents MSU d'un terrain de stage et/ou le tuteur, qu'ils soient ou non sur le même lieu : « *bah c'est le médecin coordonnateur qui fait l'éval, donc en général il nous pose la question ... on a un groupe WhatsApp, on est connecté, donc on s'envoie des petits messages* » (MSU 2), de l'autre l'absence de communication entre MSU d'un même terrain : « *Je l'ai eu à peine au téléphone, c'est-à-dire que moi évidemment je lui avais envoyé un mail et je lui avais donné mon numéro de portable, elle ne m'a jamais contacté, c'était elle la coordinatrice* » (MSU 13). Cela montre la grande variabilité des relations inter-MSU.



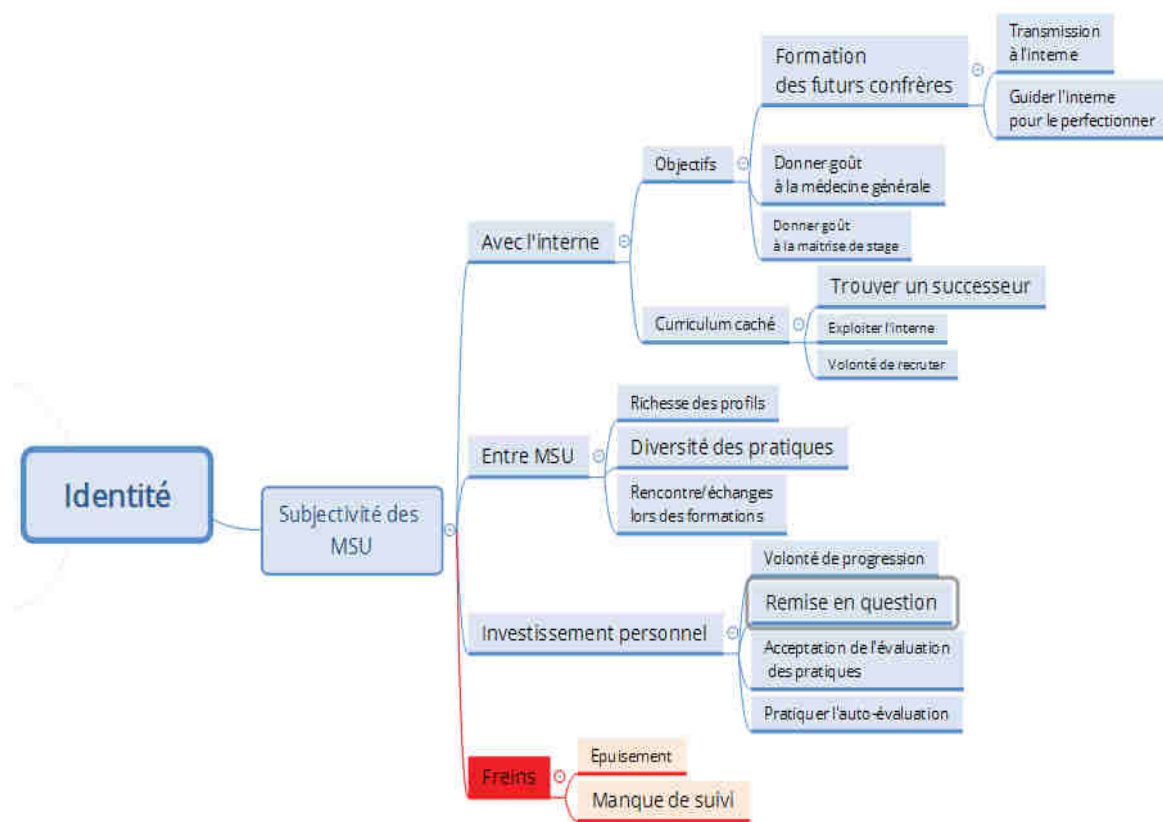
Sous partie du groupe dans le pilier de l'identité

3.2.4) La subjectivité des MSU

La subjectivité des MSU est la sous partie de l'identité probablement la plus diversifiée. Pour grande partie, elle rejoint la partie jugement de l'entretien d'explicitation. Il a donc fallu hiérarchiser les éléments en différentes catégories : subjectivité vis-à-vis des internes, entre MSU et l'investissement personnel, le tout étant pondéré par des freins, beaucoup de MSU pointant le manque de suivi et de retour : « *avoir des retours, oui je pense que ça serait intéressant, de savoir ce qui marche bien, qu'est ce qui pourrait être amélioré, c'est toujours bon à prendre.* » (MSU 11).

Concernant l'investissement personnel, on retiendra surtout la faculté de remise en question avancée par beaucoup de MSU : « *Le fait d'avoir un interne, c'est une transmission du savoir mais c'est aussi une remise en question de ce qu'on fait* » (MSU 2).

Vis-à-vis des internes, il semblait important de distinguer les objectifs pédagogiques à visée de formation, par exemple : « *l'objectif reste le même, c'est à dire qu'en fait, le premier objectif : qu'ils soient confortés en fait dans leur choix que la médecine générale c'est quelque chose qui leur plaira* » (MSU 10), par rapport aux objectifs étant plus de l'ordre du curriculum caché, notamment de trouver un successeur : « *La preuve en est, c'est que je cherche un successeur depuis 3 ans ...* » (MSU 8), ou encore : « *il y a clairement un objectif affiché de recrutement* » (MSU 9).



Sous partie de la subjectivité dans le pilier de l'identité

3.2.5) Synthèse de l'identité

Comme illustré, ce pilier de l'identité a été bien alimenté par les verbatims des MSU et de manière assez homogène dans chacune des sous parties. Il apparaît alors possible de

distinguer une identité propre aux MSU, avec un réel investissement des MSU, associé à une diversité et une richesse des profils personnels qui sont le propre de la maîtrise de stage et font partie intégrante de son identité. On retrouve une somme d'individualités qui s'articulent en groupes, à différentes échelles. La formation des MSU a le mérite d'exister, même si elle porte encore à débat. Des pistes d'amélioration sont proposées.

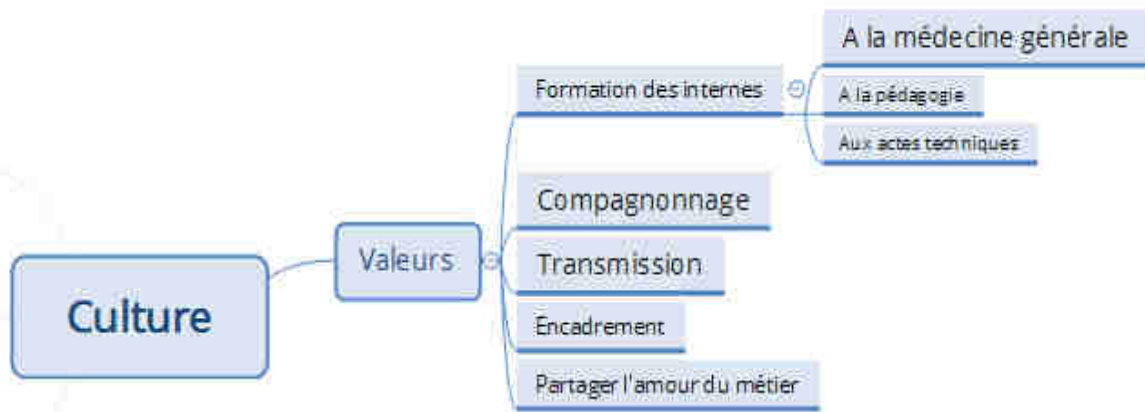
3.3) Pilier de la culture



Arborescence du pilier de la culture

Pour le pilier de la culture, Belisle propose l'arborescence suivante : valeurs, normes, symboles, attitude. D'emblée, il convient de signaler que cette partie a été moins illustrée que l'identité ou les compétences. De plus, certaines notions ont été relativement complexes à rattacher à une sous catégorie plutôt qu'une autre.

3.3.1) Les valeurs des MSU

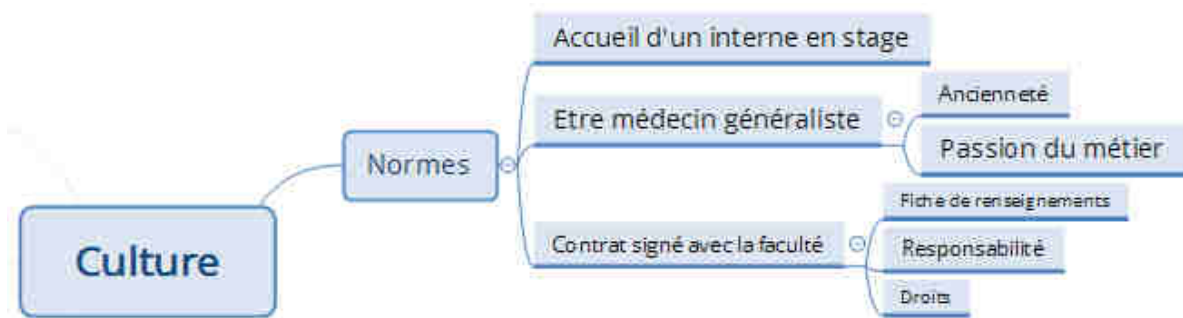


La sous partie des valeurs dans le pilier de la culture

On retrouve ici surtout des valeurs morales, telles que la transmission ou encore le partage de l'amour du métier : « *La maîtrise de stage ? Bah ... c'est faire partager mon ... mon amour du métier disons voir, hein.* » (MSU 8), « *Bah moi j'ai toujours aimé transmettre. Quand j'étais en école encore, pendant l'externat, j'étais déjà moniteur de secouriste, tout au long de mes études ça a toujours été ça* » (MSU 9). Une notion est revenue très régulièrement, celle du compagnonnage : « *Le mot qui convient le mieux, moi, c'est compagnonnage* » (MSU 8). On retrouve dans ce terme la notion de transmission de connaissances, de formation à un métier et de proximité entre MSU et interne : « *Ouais, je trouve que c'est le terme. Voilà, on fait tout ensemble. On consulte ensemble, on fait les visites ensemble, on bouffe ensemble à midi. Voilà, on partage une journée tous les deux, ensemble. Voilà. Pour qu'ils aient une vraie expérience de vie de médecine générale, une journée de médecine générale* » (MSU 8), « *Oh je pense qu'on a une proximité en fait, générationnelle aussi quelque part, parce que je suis encore, on va dire dans ma première partie de ma durée d'exercice* » (MSU 10), mais également une certaine forme d'exigence aussi : « *dans les métiers où il y a du compagnonnage, effectivement souvent c'est là où on retrouve les artisans les plus impliqués, les plus investis, les plus performants aussi* » (MSU 10). Le compagnonnage peut aussi lisser

le rapport asymétrique entre maître et élève, en les plaçant sur un pied d'égalité : « *je suis l'ancien, je suis le vieux mais, c'est pas moi qui ai forcément raison* » (MSU 4). Pourtant les instances universitaires tendent à réfuter cette notion, exposant la maîtrise de stage comme étant plus cadrée : « *Parce qu'ils disent que compagnonnage, c'est pas assez formateur et universitaire je crois* » (MSU 3).

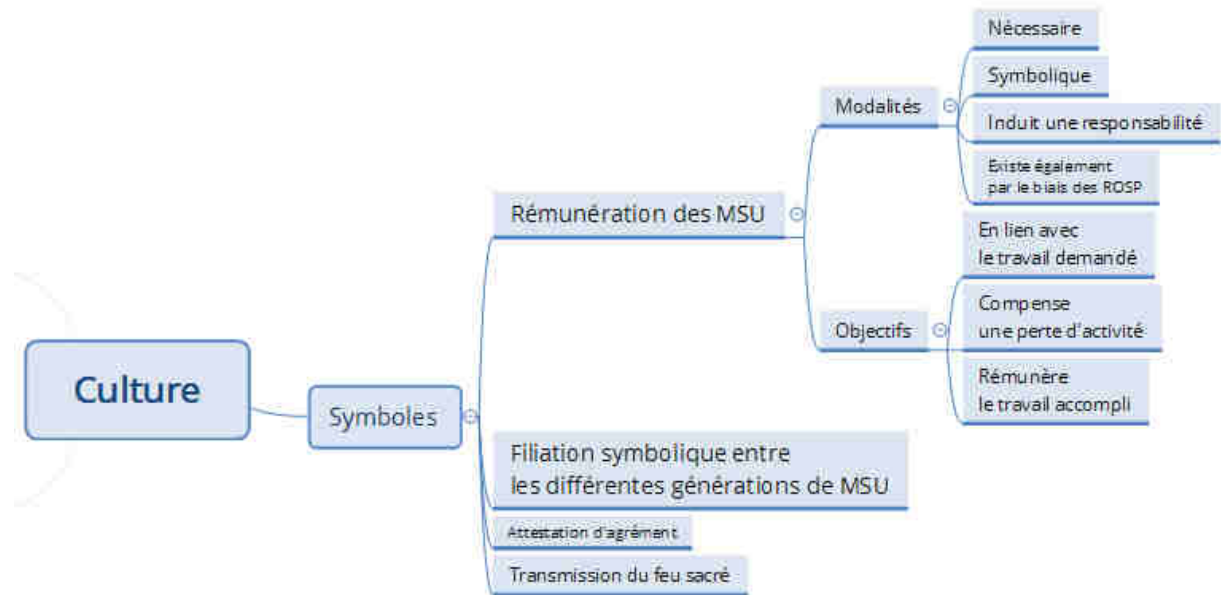
3.3.2) Les normes des MSU



La sous partie des normes dans le pilier de la culture

Dans cette sous partie ont été regroupées les normes communes à tous les MSU. On peut voir qu'elles sont peu nombreuses, mais finalement assez cadrant et permettent une réelle liberté d'action des MSU. La maîtrise de stage c'est la rencontre entre un médecin généraliste passionné par son métier et un interne accueilli en stage : « *Un bon maître de stage, bah c'est celui qui ... c'est celui qui arrive à faire partager sa passion* » (MSU 8). Un contrat signé avec la faculté vient officialiser cette rencontre et ne semble pas être contraignant pour les MSU qui l'évoquent : « *on s'engage dans le contrat là d'avoir de l'espace pour accueillir l'interne, d'être ... voilà de faire ça dans des bonnes conditions* » (MSU 6).

3.3.3) Les symboles des MSU



La sous partie des symboles dans le pilier de la culture

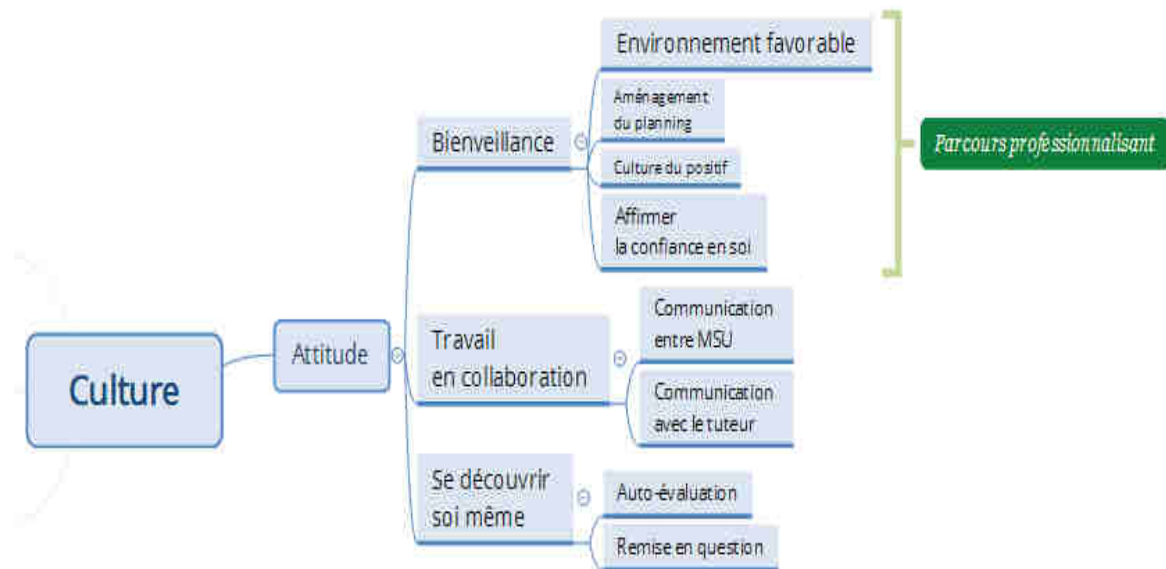
Concernant les symboles des MSU, il n'y a pas à proprement parler de symbole spécifique des MSU, à l'image de la toque du cuisinier. J'ai pu trouver chez certains MSU, une relation symbolique telle que la filiation entre les générations de MSU : « *c'est quelque chose qui m'a toujours plu, disons m'inscrire dans une chaîne. J'ai reçu de mes aînés, et puis je participe à la transmission au fur et à mesure* » (MSU 11), ou la notion de feu sacré : « *essayer ouais de leur passer le feu sacré comme on dit* » (MSU 2). La question de la rémunération a porté plus à débat. Pour beaucoup de MSU elle est symbolique, par son faible montant, mais nécessaire à la reconnaissance du travail accompli par le maître de stage : « *Je pense que c'est bien qu'il y en ait une, que c'est légitime, nécessaire. Je pense qu'elle est insuffisante par rapport au service rendu* » (MSU 11) et d'ajouter : « *c'est important symboliquement qu'on l'ait, ça témoigne d'une reconnaissance qui est un vrai boulot fait par les MSU* » (MSU 11). Le débat résidait aussi sur son montant, mais selon le point de vue duquel on se situe, le montant attendu n'est pas le même : « *Après clairement, si on exigeait de nous d'avoir plus de*

formation, plus de notation aussi pour savoir si on vaut la peine ou pas, bah oui là effectivement si ça nécessitait plus de temps et d'implication, il faudrait évidemment que la rémunération soit réévaluée. Mais pas en l'état actuel des choses » (MSU 13). On retrouve ici une vision libérale du MSU, avec une rémunération au mérite, voire une compétition entre MSU. On retrouve également une prise de conscience du MSU avec une maîtrise de stage qui pourrait être plus exigeante en termes de formation et d'implication, ce qui est en décalage avec la réalité des choses. Par opposition, on retrouve : *« Sachant que la maîtrise de stage signifie des contraintes, signifie que les consultations peuvent aller plus lentement, signifie qu'après la consultation on prend encore parfois ½ heure, parfois plus même pour discuter de situations. Au taux horaire, ce n'est pas grand-chose » (MSU 11).* Il existe donc surtout un débat entre d'un côté la rémunération d'un service rendu et investissement horaire de l'autre. L'attestation d'agrément est le signe distinctif que le MSU peut afficher à la connaissance de sa patientèle, pourtant certains ne le mettent pas en avant : *« j'ai pas affiché dans la salle d'attente une lettre que j'ai eu de la fac qui annonce que j'accueille des étudiants de 3^{ème} cycle etc ... J'aurai du en parler à P., mais je l'ai pas fait vis-à-vis de P. parce que je trouve que ça fait un décalage entre les médecins » (MSU 3).* A noter que les MSU sont également en droit d'apposer la mention « praticien agréé maître de stage des universités » sur leurs ordonnances ou sur la plaque professionnelle, mais aucun MSU ne l'a évoqué.

3.3.4) Les attitudes des MSU

Dans la sous partie des attitudes, on retrouve d'une part l'attitude réflexive des MSU qui cherchent à se découvrir eux-mêmes, avec une part d'autodidaxie : *« Euh ... c'est de la transmission, c'est aussi ... de la vérification pour moi, de voir que j'ai toujours des connaissances à jour, de voir ce que disent ces jeunes qui viennent d'être formés et qui sont,*

je trouve, très bien formés. Euh ... et ca me permet de prendre du recul sur mon travail » (MSU 5). D'un autre côté on retrouve un travail collaboratif avec les autres MSU : « ils sont très attachés à ce qu'on exprime un avis commun, qu'on transmette quelque de chose de commun au tuteur et à la faculté » (MSU 11), mais avec de grandes variations dans ce domaine : « j'ai pas beaucoup de contact avec mon autre binôme, mais j'ai trouvé ça plus intéressant d'avoir les internes pendant 3 mois... » (MSU 6). Enfin, j'ai pu relever l'attitude déclarée des MSU avec leurs internes, avec globalement la bienveillance au premier plan : « les qualités d'un bon maître de stage ... La bienveillance, la non-malveillance, la justice, l'autonomie. Donc, la bienveillance, la juste distance, valoriser l'interne, la valorisation de l'interne, transmettre l'autonomie, la justice oui dans les conditions de stage, aussi qu'il y ait des bonnes conditions de stage, sans trop les mater non plus » (MSU 12), ou encore : « Et donc, après le but, c'est de les encadrer suffisamment pour qu'ils puissent avancer tout le temps en sécurité et que jamais ils ne soient en difficulté notamment » (MSU 9).

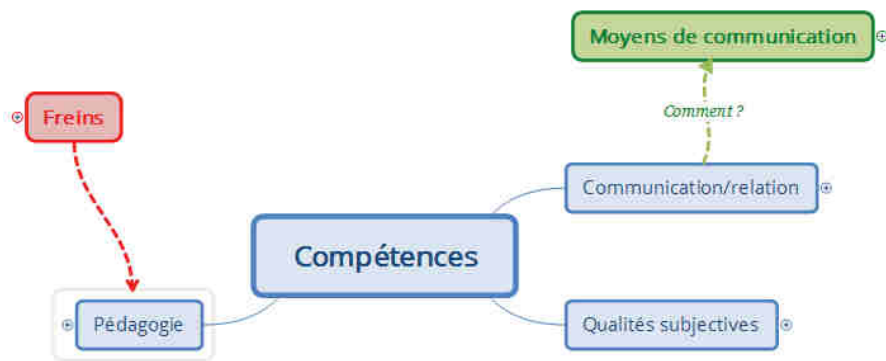


Sous partie des attitudes dans le pilier de la culture

3.3.5) Synthèse de la culture

A travers les ramifications liées au pilier de la culture, on retrouve une grande richesse et une grande disparité des éléments. On retrouve un socle commun, avec l'accueil d'internes par des médecins généralistes passionnés, et une attitude généralement bienveillante. D'un côté, on peut y voir difficulté à dresser les contours d'une culture propre aux MSU. D'un autre côté, on peut y voir une richesse dans cette diversité d'opinions avec certains éléments tels la transmission du feu sacré ou l'attestation de stage, La rémunération, même si elle porte à débat, est tout de même reconnue par tous, au moins symboliquement.

3.4. Pilier des compétences



Le pilier des compétences

Le troisième axe concerne les compétences des MSU. Celui-ci est subdivisé en trois sous-parties : pédagogie (qui regroupe la méthodologie et la discipline selon Belisle), qualités subjectives et communication/relation. Il s'agit du pilier le plus développé car c'est ici que

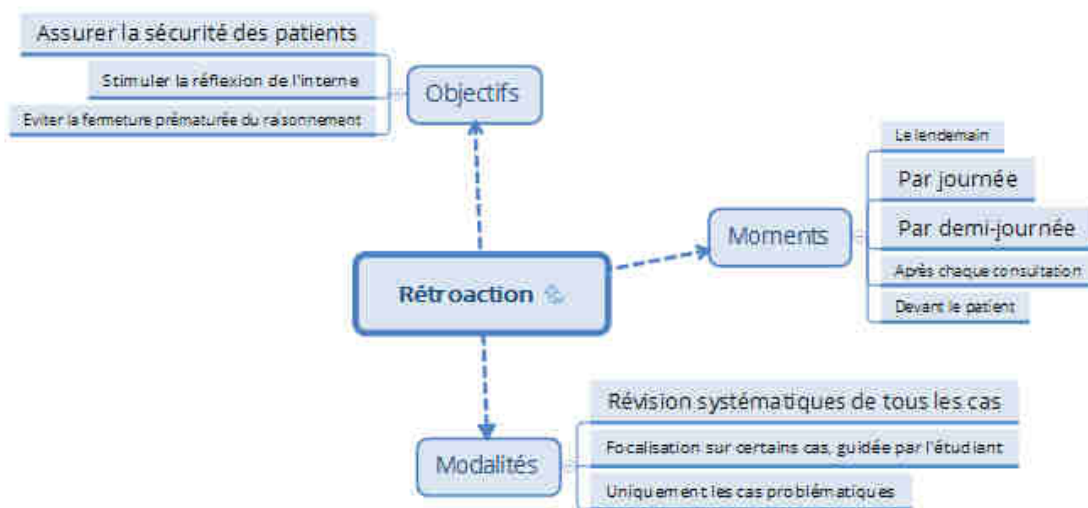
sont explorés les connaissances des MSU ainsi que leurs savoirs-faires, mais également le lien entre les deux.

3.4.1) La pédagogie

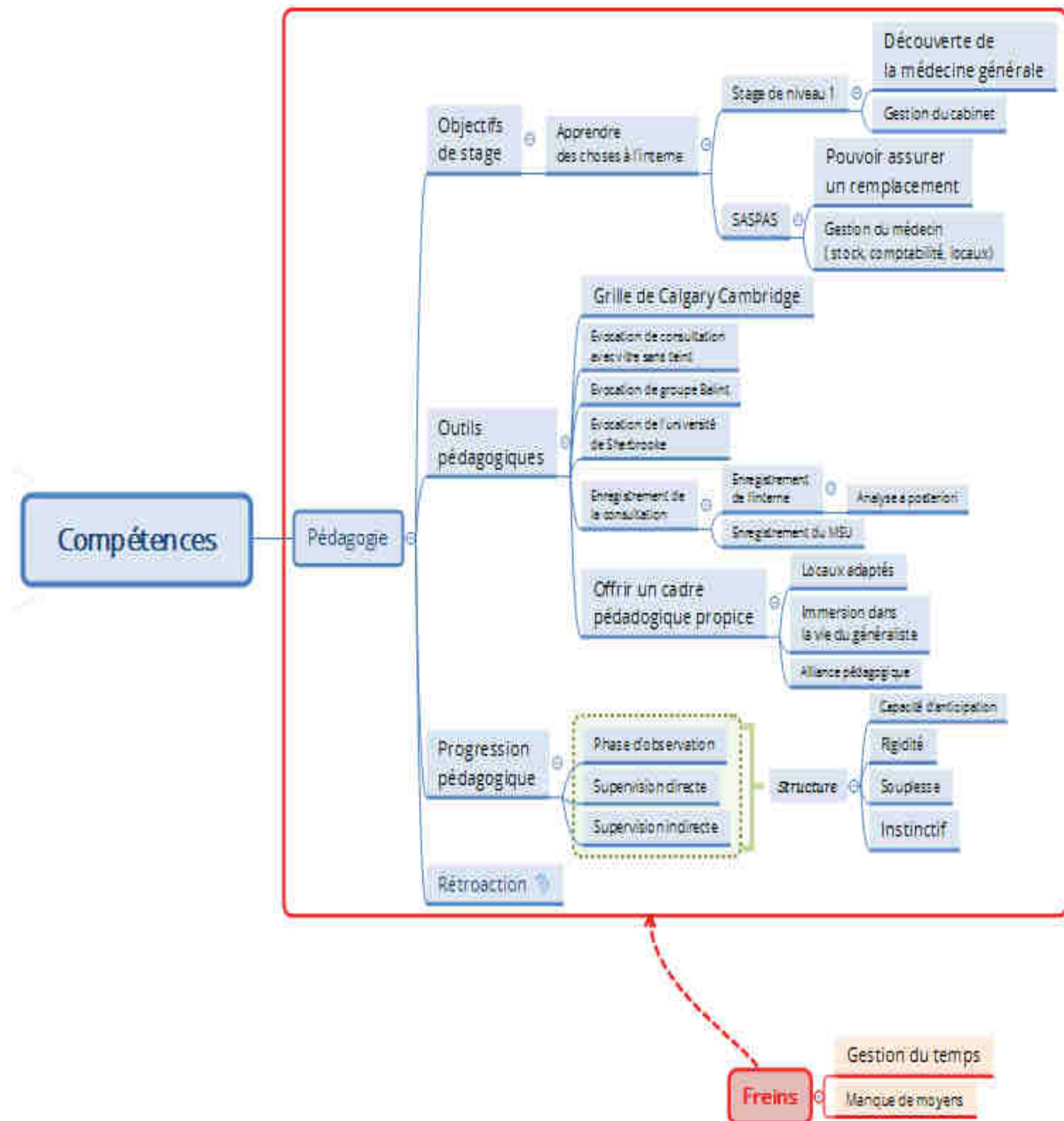
Il s'agit de la sous partie la plus riche en informations. En effet, on y retrouve un alignement entre les objectifs de stage : « *non finalement l'objectif reste le même, c'est-à-dire qu'en fait, le premier objectif : qu'ils soient confortés en fait dans leur choix que la médecine générale c'est quelque chose qui leur plaira* » (MSU 10), les outils pédagogiques nécessaires ou souhaités pour y arriver : « *On utilise la grille de Calgary-Cambridge à mi-stage en général* » (MSU 12) et ainsi aboutir à une progression dans le stage plus ou moins structurée et une traduction sémantique approximative : « *Donc du coup, il y a vraiment je trouve les trois phases en fait, où on essaye de lui faire vraiment ... où il y a une phase d'observation, après il y a une phase où il est plus actif et après une phase aussi d'autonomie. Tout peut se mélanger après rapidement* » (MSU 13). On retrouve en partie les objectifs de stage évoqués dans l'identité des MSU avec notamment l'ombre du curriculum caché présente. On se heurte cependant souvent à des freins que sont le temps et les moyens : « *Le problème c'est surtout se laisser du temps pour débriefer* » (MSU 2).

Au-delà de cet alignement pédagogique, une notion centrale dans la maîtrise de stage a été évoquée à chaque entretien : la rétroaction. Si tous les MSU interrogés y ont recours, on note une diversité dans la manière de l'appliquer. Le but même de la rétroaction n'est pas unique : certains tentent de stimuler l'interne : « *de guider de manière souple l'interne dans ses stratégies thérapeutiques en posant des questions : qu'est-ce qu'il y aurait d'autre comme hypothèse diagnostique ?* » (MSU 12), d'être dans une approche pédagogique, quand d'autres cherchent en priorité à se rassurer et rattraper les possibles erreurs des internes : « *Tous les*

dossiers ! Ouais, ils sont tous vus, je ... ouais, là par contre j'y tiens, même si c'est simple, ça peut durer deux petites minutes sur un dossier, mais je veux quand même voir qu'il n'y a pas eu ... Il peut se glisser parfois, alors c'est quand même relativement rare, mais des petites erreurs sur des consultations simples. » (MSU 10). On retrouve ici, une tendance à l'euphémisation de l'erreur médicale de l'interne, ou tout du moins une prise de précautions dans les propos du MSU. De plus, les modalités varient également énormément, de même que les instants et la durée consacrés à la rétroaction, avec toujours une contrainte temporelle présente : « on se retrouve à un horaire donné pour débriefer, étant entendu que je reste joignable en cas d'urgence ou de besoin d'avis » (MSU 11).



Sous partie de la rétroaction

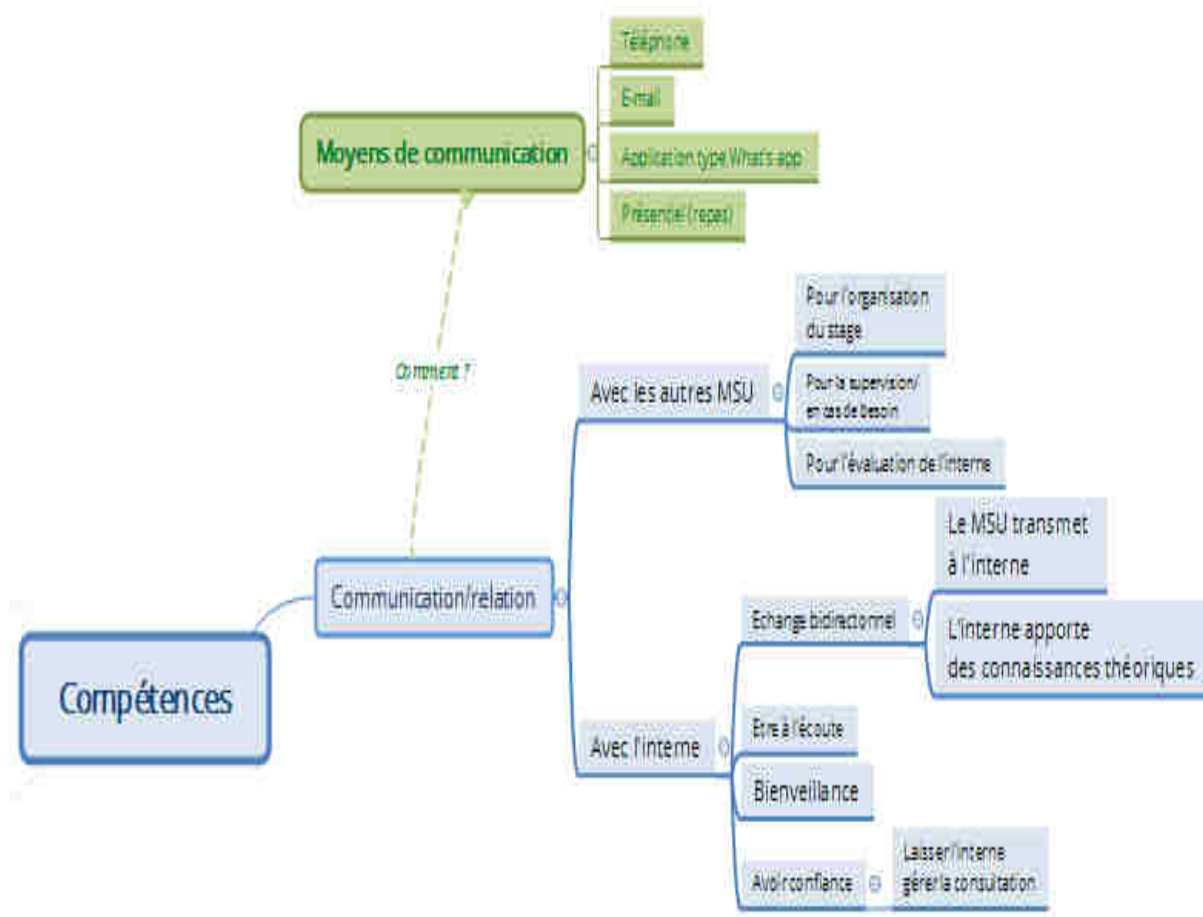


Sous partie de la pédagogie dans la partie des compétences

3.4.2) La communication et la relation

La communication des MSU se distingue à plusieurs niveaux : entre MSU et avec les internes. Les moyens sont divers et variés, mais on note également une grande disparité notamment dans la communication entre MSU : « *Et en fait, la personne avec qui j'étais la première fois,*

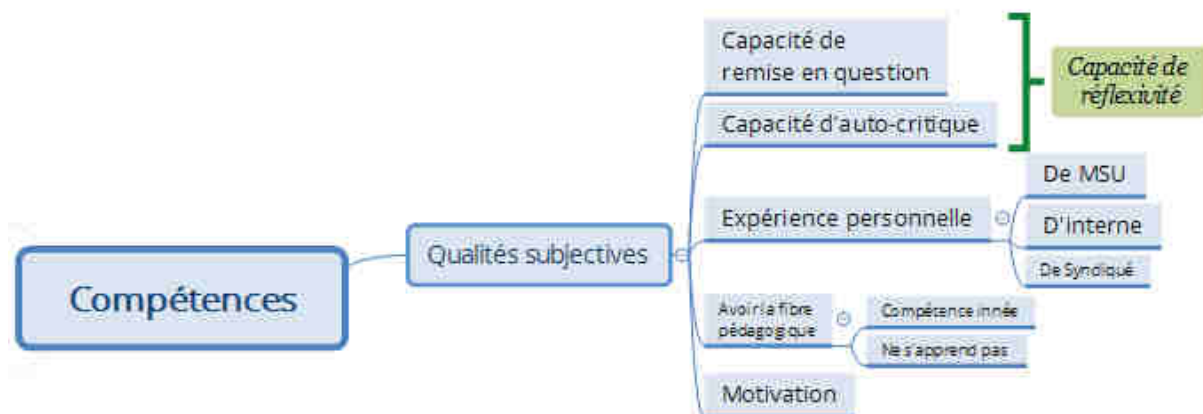
c'était un médecin du secteur, que je ne nommerai pas, évidemment, que je n'ai jamais rencontré. Je l'ai eu à peine au téléphone, c'est-à-dire que moi évidemment je lui avais envoyé un mail et je lui avais donné mon numéro de portable, elle ne m'a jamais contacté, c'était elle la coordinatrice » (MSU 13). Avec les internes, on note un échange bidirectionnel souvent souligné par les MSU : « Et donc c'est quand même un échange qui va un peu dans les deux sens, c'est-à-dire que : autant je peux enseigner une expérience que j'ai à mon interne, autant j'ai de la part de l'interne, une remise à niveau et à jour des connaissances par rapport à l'actualité, par rapport à moi, mes études de 91, les nouveautés qui se font etc ... » (MSU 1).



Sous partie de la communication/relation dans le pilier des compétences

3.4.3) Les qualités subjectives des MSU

On retrouve ici certaines notions déjà évoquées notamment dans la partie identité telles que la motivation, ou encore les capacités d'autocritique : « *Non franchement je pense que c'est la motivation. Savoir vraiment pourquoi on le fait, quoi. Je pense qu'il faut vraiment que les maîtres de stage se posent la question. Si ça dépasse l'envie de transmettre et puis de, de ... donner des outils aux internes pour continuer et pratiquer ce métier, si les questions dépassent ça, je pense que c'est pas ... c'est pas des bonnes raisons* » (MSU 6). On retrouve d'ailleurs des objectifs non pédagogiques : « *Non, le MSU c'est aussi un moyen de recruter des remplaçants, ça il ne faut pas se cacher et de futurs associés* » (MSU 2). On aborde également le vécu personnel et l'expérience propre à chacun : « *Pour l'instant on continue comme ça, là c'est la première fois que je suis en médecine générale approfondie. Continuer comme ça, et de faire connaissance avec des jeunes, je trouve ça très chouette* » (MSU 5), et également les prédispositions pédagogiques de chacun : « *Et la pédagogie c'est pas inné. Il y a des gens qui ont des facilités, mais c'est pas inné, ça s'apprend* » (MSU 11). La remise en question a déjà été évoquée plus haut. Elle renvoie au concept de réflexivité, de réflexion sur soi-même.



Sous partie des qualités subjectives des MSU dans le pilier des compétences

3.4.4) Synthèse des compétences

Il s'agit du pilier le plus densément développé. Chez tous les MSU, on note un développement de compétences et de connaissances communes. Celles-ci sont issues d'une part de leurs formations, mais également de l'expérience accumulée, ou encore des capacités de pédagogie innées supposées par certains. En ce sens, elles demeurent en construction permanente avec des trajectoires et des outils propres à chaque MSU. La rétroaction est largement développée, mais les modalités d'application et les objectifs restent différents selon les MSU. Des difficultés résident dans la mise en application de ces compétences et les moyens que chacun souhaite y consacrer. Accueillir un interne en formation nécessite de l'investissement et chaque MSU semble placer le curseur au niveau qu'il juge adéquat. Les MSU se heurtent souvent au même dilemme, mais à différents stades, à savoir concilier l'activité de médecin généraliste et l'activité de MSU.

4. DISCUSSION

Au travers des 13 entretiens analysés, on trouve une richesse des verbatims permettant d'illustrer la théorie de la professionnalisation des MSU. Même si tous les piliers n'ont pas été alimentés de manière égale, une base commune aux MSU ressort.

4.1) Mise en lien des 2 théories d'analyse

L'analyse des verbatims a reposé sur deux théories : la méthode d'explicitation de Vermersch et la professionnalisation selon Belisle. Si la première avait pour objectif d'étudier l'action vécue par les MSU et leur comportement, la deuxième précise le caractère professionnel de l'action. Ainsi après avoir ordonné les verbatims dans chacune des cinq sous-parties selon Vermersch, il a fallu ensuite les rattacher aux trois dimensions de la professionnalisation. Les deux théories ayant été conçues dans des buts différents, il n'a pas été aisé de les mettre en correspondance dans ce défi original.

Au fur et à mesure de l'avancée des entretiens, un lien schématique entre les deux paradigmes s'est révélé, permettant de relier les sous parties de Vermersch aux trois dimensions de Belisle.

Ainsi, on peut apercevoir que la dimension des compétences se situe plutôt sur l'axe horizontal de l'action vécue selon la théorie de Pierre Vermersch. Cet axe horizontal est le reflet de la logique et de la rationalité de l'action vers les buts et objectifs recherchés par le MSU (31).

Pour majeure partie, la culture et l'identité sont plutôt sur un axe vertical. Les éléments situés sur l'axe vertical sont en lien avec les expériences subjectives lors des activités pédagogiques.

Ainsi le lien créé entre les deux théories permet d'explorer la professionnalisation des MSU selon plusieurs angles d'approches, et d'avoir une vision large et subjective de la question, mais aussi objective à travers l'outil d'explicitation.

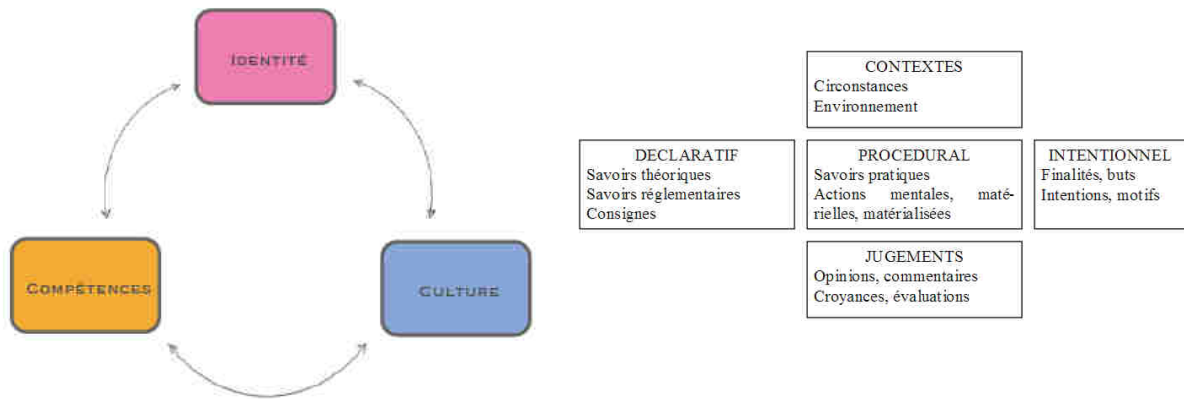


Schéma de l'action vécue utilisé dans l'entretien d'explicitation par P. Vermersch (26) et schéma des 3 piliers de la professionnalisation de Belisle

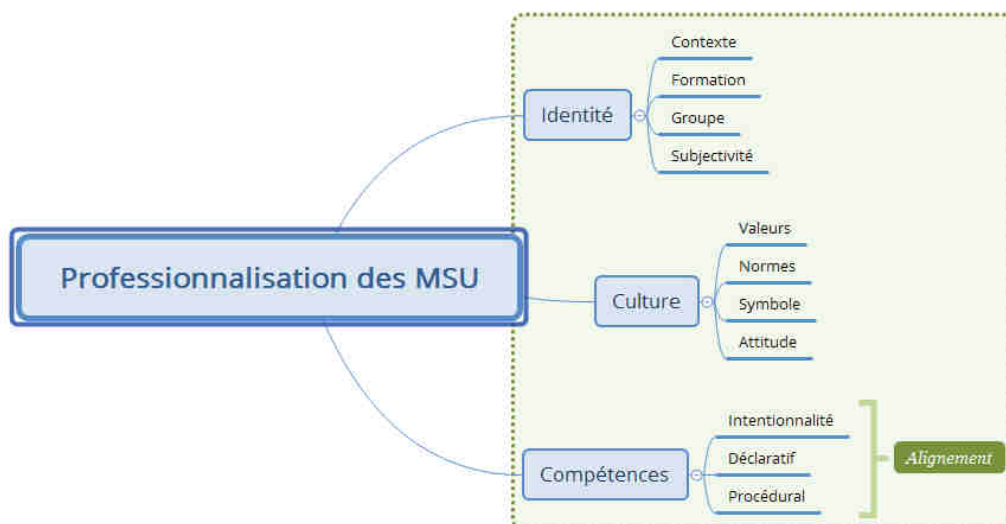


Schéma illustrant le lien entre la méthode d'explicitation et la professionnalisation

4.2) Une identité qui tend à s'affirmer

La dimension de l'identité a été plutôt richement illustrée par les MSU dans les sous parties décrites par Belisle et al. (30) : la subjectivité, le groupe, le contexte et la formation.

4.2.1) Le contexte

Concernant le contexte, il est difficile de scinder ce qui est du ressort de la médecine générale et ce qui dépend de la maîtrise de stage. En effet, l'un et l'autre paraissent imbriqués et fonctionnent de pair, il est donc difficile de tracer une frontière entre les deux. La maîtrise de stage ne peut pas s'envisager sans la médecine générale. Le seul élément qui paraît propre au contexte de la maîtrise de stage est la réforme de l'internat de 2017 qui en décrit les modalités et souligne sa position essentielle au cœur de l'apprentissage.

4.2.2) La formation des MSU

Sur le thème de leur formation, les avis des MSU sont partagés. Si beaucoup des MSU s'accordent à dire que la formation est nécessaire, les avis fluctuent sur sa qualité. Qu'est ce qu'une formation professionnalisante ? « La formation professionnelle est tout simplement une formation offrant la possibilité à une personne d'acquérir les connaissances nécessaires ainsi que le savoir-faire spécifique afin d'exercer un métier » (32). Partant de là, peut on considérer la formation des MSU comme étant professionnalisante ? Les avis divergent parmi les MSU, beaucoup jugent les temps de formations trop espacés. En effet, le CNGE propose un suivi de formation réguliers, mais sans en imposer la fréquence (33). Certains MSU ont

exprimé le souhait de se sentir plus armés lorsqu'ils accueillent leurs premiers internes en cabinet.

Concrètement à Strasbourg, il est proposé aux MSU une progression pédagogique avec une phase d'initiation (séminaire S1), une formation à la supervision directe (séminaire S3) puis indirecte (séminaire S4). Le DMG de Strasbourg envisage de proposer un séminaire S1.3 regroupant les contenus de l'initiation et de la supervision directe afin de mieux armer les nouveaux MSU (34). Ainsi la formation des MSU pourrait être plus structurée dans la progression pédagogique et la fréquence des temps de formation. Les séminaires de formation devraient être toujours en adéquation avec les différents stages pratiques proposés pendant le DES de médecine générale. Des pistes d'amélioration sont à étudier pour renforcer la cohérence de l'offre de formation. Une thèse menée à Angers en 2017 proposait une évaluation des MSU par leurs internes. Globalement, les MSU ayant suivi une formation par le DMG étaient mieux évalués, même si des domaines tels que la gestion du cabinet ou la qualité de la supervision restaient à améliorer (35).

Certains ont jugé également le contenu des formations comme étant soit trop riche, soit inadapté, quand d'autres le jugent tout de même adéquat. Difficile de faire consensus, étant donné que chacun retire des formations ce qu'il est venu y chercher. Et c'est là que réside probablement un frein à la formation des MSU : assister à une formation ne suffit pas toujours pour développer ses compétences.

Goldie en 2012 s'intéresse à l'identité professionnelle des étudiants en médecine. Il déclare notamment que pour développer une identité professionnelle, les étudiants doivent interagir avec des professionnels de santé, notamment plus âgés. Ainsi, c'est la répétition et la diversité de ces expériences qui aideront les étudiants à forger leur identité professionnelle (36). Ainsi, c'est la répétition des formations qui permet d'acquérir progressivement les notions ou de

rencontrer d'autres collègues MSU comme l'ont souligné certains interrogés. De plus, l'accueil régulier d'internes permet d'enrichir les expériences des MSU.

Dans le même ordre d'idée, un programme allemand, basé à Berlin, a proposé à différents médecins généralistes de se former à la pédagogie médicale et d'évaluer cette formation. Les résultats montraient que près de 90% des interrogés étaient satisfaits du programme et qu'ils pourraient l'intégrer à leur pratique (37). Cela illustre le rôle pivot de l'avis des MSU sur leur propre formation et la nécessité de construire ces formations en liens avec les attentes des MSU.

Ce constat permet d'introduire la question de l'évaluation de la pratique pédagogique que les MSU jugent assez pauvre. On pourrait imaginer des épreuves de simulation, à l'image de l'UNISIMES pour certains actes techniques. Un parallèle a été plusieurs fois évoqué avec l'éducation nationale, notamment par les MSU qui jugent leur formation pédagogique trop faible. Le professeur de l'éducation nationale est un professionnel de la pédagogie, certifié par un concours. Cependant, les enseignants de l'éducation nationale apprennent également beaucoup sur le terrain lors de l'année de stagiaire par exemple et ne bénéficient pas d'énormément de formation théorique à la pédagogie. En effet, les cursus pour devenir enseignants varient fortement (38). On retrouve alors une similitude avec la formation des MSU : une courte formation théorique et une mise en pratique rapide sur le terrain professionnel. A noter que la faculté de Toulouse propose un DU de pédagogie adaptée à la maîtrise de stage (39), ce qui renforce le poids universitaire de la maîtrise de stage.

Le compagnonnage était souvent assimilé à la maîtrise de stage de façon rudimentaire par la plupart des MSU, nous y reviendrons dans la partie concernant les valeurs des MSU. Cette définition n'est pas admise par le CNGE qui voit dans la maîtrise de stage quelque chose de plus puissant que le compagnonnage, de plus technique, aux dires de certains MSU. Et c'est

peut être finalement cette divergence d'opinion entre MSU et instance universitaire qui fait que la formation des MSU demeure perfectible.

4.2.3) La notion de groupe

Une forte imprégnation de la notion de groupe est présente chez certains MSU, parfois plus importante que l'individualité. A l'opposé, on constate l'absence de communication entre MSU et de la notion de groupe chez d'autres MSU, à l'exception du groupe minimal formé avec son étudiant. Le groupe, lorsqu'il existe, est bien hiérarchisé au niveau du stage, au niveau local, régional avec le CRGEA voire national. Un des MSU évoque même l'existence du syndicat des généralistes enseignants, qui donne du poids au groupe de MSU et atteste déjà d'une certaine part de professionnalisation (40). Néanmoins, un seul MSU a évoqué le syndicat, car il en est visiblement adhérent, ou tout du moins il en reçoit l'actualité.

4.2.4) La subjectivité des MSU

Pour la subjectivité, on a clairement mis en évidence la posture de MSU. La plupart des interrogés ont signifié que la maîtrise de stage incluait un investissement personnel, des objectifs, et une motivation. Mais ce qui interpelle, c'est surtout la diversité des réponses pour chacune de ces notions. Alors oui, la motivation est nécessaire, mais quelle source de motivation ? Les MSU ont exposé certaines, et l'on voit bien que si toutes peuvent paraître recevables, toutes ne sont pas compatibles avec la pédagogie. On rejoint notamment la notion de curriculum caché qui témoigne de la partie implicite des intentions des MSU (41), comme par exemple, la recherche d'un successeur ou encore le fait d'augmenter le nombre d'actes par jour en exploitant l'interne. L'effet néfaste de ce curriculum semblait renforcé lorsque le

MSU ressentait, au cours du stage, qu'il n'atteindrait pas son objectif caché. Cette intentionnalité cachée, traduit la subjectivité plus ou moins consciente, plus ou moins honteuse, plus ou moins cynique, des MSU. La maîtrise de stage deviendrait alors un moyen, voire un prétexte, pour avantager ou préserver la fonction médicale, au détriment de la fonction pédagogique. C'est une illustration du conflit vécu au quotidien par les MSU entre leurs deux rôles, jugés parfois contradictoires par certains d'entre eux.

4.2.5) Un manque de légitimité des MSU ?

Dans un article de 2013, Cardot et Berger s'intéressent aux formateurs en éducation à la santé (42), regroupant des enseignants de SVT et d'EPS notamment. Le but de l'étude était de voir l'influence des conceptions des formateurs sur la mise en place des actions d'éducation. Les auteurs concluent que l'identité professionnelle des professeurs a une influence car ils se sentent compétents dans ce domaine et estiment que c'est leur rôle de parler de l'éducation à la santé. En faisant le parallèle, les MSU ont bien intégré que leur rôle est de former les internes à la médecine générale. Cependant le manque de valorisation et de considération par les instances académiques, pourrait affaiblir le sentiment de légitimité chez certains MSU. En ce sens, une étude menée au Royaume-Uni par Sethi et al. en 2013 s'intéressait aux tensions qui pouvaient naître chez les médecins entre gestion médicale et enseignement. Il en ressort que les tensions sont multiples, que les deux aspects entrent souvent en conflit, et que souvent, la pédagogie étant moins prestigieuse et moins rémunératrice, elle passait au second plan. Il en découle ainsi une plus faible identité des médecins en tant que pédagogue (43). Une thèse menée en 2019 à Strasbourg par L. Guichon mettait également en avant cette dichotomie entre médecin généraliste et MSU. A travers 10 entretiens, elle a montré que la

conjugaison entre médecin et MSU apparaît délicate au quotidien. De plus, les MSU peinent à décrire précisément leur mission de pédagogue (44).

Certains MSU évoquent un clivage entre la médecine générale et la médecine hospitalière, sur le plan du prestige aux yeux de l'opinion publique, creusant un fossé entre le système de soins primaires et le système hospitalo-universitaire. Avec le sentiment de relative auto-dévalorisation des médecins généralistes vis-à-vis de leurs collègues d'autres spécialités, il peut paraître plus difficile de s'affirmer comme enseignant de médecine pour la faculté.

Pour conclure, l'identité des MSU est bien présente, mais encore perfectible notamment sur le plan de la formation. Elle se heurte également à la dichotomie entre MSU et médecin généraliste.

4.3) Une culture diversifiée mais encore vague

La culture professionnelle peut être définie « *en tant que système d'orientation universel d'un collectif d'individus, qui se construit à partir de symboles (par ex., langage, signes, comportements particuliers) systématiquement transmis et influençant la perception, la pensée, une série de valeurs en fonction desquelles ces individus agiront tout en affirmant leur appartenance au collectif.* » (45).

Une étude de Watling et al, publiée en 2013, s'intéresse à la culture professionnelle et son influence dans la rétroaction. Ils ont comparé trois approches de la rétroaction selon la culture (en médecine, dans le domaine de la musique et chez des formateurs d'enseignants). Il en résulte que les manières de gérer la rétroaction sont différentes selon les cultures. Ainsi, le facteur le plus important pour les apprenants était la crédibilité du formateur qui porte l'empreinte de la culture professionnelle. Par exemple, pour les étudiants en médecine, la crédibilité était le plus souvent attribuée au contexte clinique de l'enseignant plus qu'à sa

réelle capacité pédagogique (46). Ainsi, un MSU plus âgé et expérimenté en médecine aurait peut-être plus de poids dans la rétroaction faite à l'interne qu'un jeune médecin qui débute comme MSU. Le deuxième aspect de cette étude pointe l'importance du caractère constructif de la rétroaction. Le terme de constructif s'entendait différemment selon les cultures, allant de la critique, au renforcement de la confiance en soi. La question de la légitimité des MSU face à l'interne est ici à nouveau posée.

4.3.1) Les valeurs des MSU

On retrouve des valeurs communes aux MSU, notamment la transmission ou la formation des internes mais avec une diversité très présente. Le compagnonnage que plusieurs MSU ont donné comme définition de la maîtrise de stage est implicitement reprise dans le serment d'Hippocrate « *Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon savoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.* » (9). Le compagnonnage s'apparente à un moyen de transmission des savoirs et savoirs-faires de métiers ancestraux, avec des méthodes diverses et variées (47). Comme évoqué, cela implique une proximité entre MSU et interne, souvent décrite dans les entretiens, dans un cadre bienveillant. Même s'il semble y avoir une divergence de vision avec l'université, cette notion de compagnonnage est tout de même puissante dans la transmission entre MSU et interne et témoigne d'un lien entre maître et élève.

4.3.2) Les normes des MSU

Parmi les normes, on retrouve le contrat signé par les MSU. Un contrat est un accord écrit signé entre deux parties qui s'engagent mutuellement avec des droits et des devoirs. On peut y voir là une formalisation et une officialisation de la maîtrise de stage. De plus, comme évoqué dans la partie identité, être MSU, c'est tout d'abord être médecin généraliste. On retrouve alors la diversité des profils des médecins, que ce soit dans leur ancienneté ou dans la manière de pratiquer leur métier. Être médecin généraliste est donc une norme aux multiples facettes.

4.3.3) Les symboles des MSU

Les symboles des MSU sont peu présents. Aucun symbole, si ce n'est la feuille d'agrément, ne vient mettre en lumière le rôle propre du MSU. Cette dernière ne fait pas l'unanimité chez tous les MSU, certains y voyant un moyen de hiérarchiser les médecins. Cela résulte probablement de l'effet de confusion entre le médecin généraliste et le MSU. On trouve cependant une symbolique de filiation assez puissante entre les différentes générations de MSU et les internes, avec notamment la notion de feu sacré, qui témoigne de la passion qui anime les MSU et qui doit se perpétuer dans le temps.

4.3.4) Les attitudes des MSU

Les attitudes des MSU divergent notamment selon l'ancienneté des MSU. Globalement, la bienveillance est récurrente chez les MSU, voire obligatoire, mais non suffisante à être un bon pédagogue. Le travail en équipe, déjà évoqué dans la sous-partie du groupe reste fluctuant selon les terrains de stage. A nouveau, on peut faire un parallèle entre le médecin généraliste,

qui peut avoir l'habitude de travailler de manière isolée et le MSU qui se doit de travailler en équipe avec ses collègues. Les MSU n'ont pas été interrogés sur ce sujet, mais un lien entre mode d'exercice de la médecine et attitude du MSU à l'égard des confrères pourrait exister.

Enfin, plusieurs MSU ont évoqué une attitude d'auto-questionnement dans un but de progression. Les MSU sont dans une position d'apprentissage avec la recherche d'un bénéficiaire personnel. Cela dénote d'une certaine humilité vis-à-vis des savoirs des MSU.

4.3.5) La rémunération des MSU

La question de la rémunération des MSU a été intégrée dans le pilier de la culture. Certes, elle n'est pas propre à la culture des MSU et revient théoriquement dans toutes les cultures professionnelles. Mais le salaire a été maintes fois évoqué par les MSU, et j'ai également axé une question sur ce sujet lorsque les MSU n'en parlaient pas spontanément. Un célèbre proverbe dit : « *Toute peine mérite salaire* » (48). Partant de là, la maîtrise de stage est un travail qui se doit d'être rémunéré. Pour autant, cela ne suffit pas à la qualifier de profession, mais la distingue du bénévolat. Plusieurs MSU jugent la rémunération nécessaire, d'une part par le côté symbolique et d'autre part par la rémunération d'un travail accompli. Effectivement, elle a le mérite d'exister et permet de distinguer la fonction de MSU par rapport à la fonction de médecin. Se pose ensuite la question de son montant. Il est actuellement de 600 euros brut par mois pour l'accueil d'un interne (49). Mais, à quoi correspond cette somme ? Si l'on considère la maîtrise de stage tel un métier, il faudrait la rémunérer à hauteur du temps consacré. Mais cela nécessiterait de prouver les moments dédiés à la pédagogie uniquement, ce qui est tout de même compliqué à détacher de la pratique de la médecine. On pourrait aussi imaginer un taux de rémunération basé sur le degré de formation et l'ancienneté. Cela induirait que les MSU plus anciens gagnent plus, à l'image

des échelons de la fonction publique. Cela induirait aussi de revoir le volume de formation, comme précédemment évoqué. D'un autre point de vue, si l'on considère que le salaire sert uniquement à compenser une perte d'activité liée à la présence de l'interne, on sort du cadre symbolique de la rémunération d'un travail accompli.

A noter également que depuis fin 2015, les MSU ont la possibilité de devenir salariés de la faculté, ce qui ouvre des droits avec notamment la signature d'un contrat (50). Il a été proposé aux maîtres de stage d'être reconnus en tant que Collaborateur Occasionnel du Service Public (COSP) (51). Ce statut est encouragé par le SNEMG (52) car il permet de valoriser la rémunération des MSU avec la prise en charge des cotisations sociales par l'ONDAM. Cela ajoute encore du poids et une légitimité au rôle de MSU.

Finalement la culture des MSU paraît encore jeune, avec des éléments puissants tels que l'attestation de stage, ou encore la symbolique de la transmission entre générations mais aussi des éléments qui demandent à être précisés telle que la rémunération. En reprenant la définition de la culture, certains éléments ressortent comme étant communs à tous les MSU avec ensuite de nombreuses disparités dans la pratique. On peut y voir plusieurs explications. Tout d'abord la primauté du médecin sur le MSU, car chaque MSU est avant tout médecin. La médecine générale étant de base très diversifiée dans ses pratiques, cela se ressent sur la maîtrise de stage. Ensuite on peut y voir aussi le caractère récent de la maîtrise de stage, qui n'a finalement qu'une vingtaine d'années d'ancienneté et véritablement qu'une quinzaine d'années depuis que l'internat de médecine générale est structuré en DES. La réforme de 2017 tend à stabiliser les choses en termes de temps de stage ambulatoire pour les internes, et de nombre de MSU, ce qui permettra peut-être de s'intéresser plus en profondeur au statut des MSU. Enfin, on retrouve toujours la question de légitimité des MSU en lien avec leur légitimité médicale, qui freine l'émergence d'une culture forte.

4.4. Un socle de compétences solide

Tout professionnel, dans tous les domaines, revendique un savoir-faire et des compétences qui sont attestés par une formation, voire un diplôme. Par exemple, un médecin généraliste est un professionnel de santé, attesté par une formation universitaire qui s'achève par un DES de médecine générale et une thèse de médecine. De plus, il continue à mettre à jour ses connaissances par des obligations de formations dans le cadre du DPC. Le DPC s'adresse donc à des professionnels et permet le maintien et la mise à jour des connaissances et des compétences (53). Qu'en est-il des MSU ?

4.4.1) Les compétences pédagogiques et relationnelles

Lors des différents entretiens, on retrouve un socle commun de compétences et un véritable savoir faire des MSU dans le domaine pédagogique. Il existe une volonté d'alignement pédagogique constante entre : les objectifs du stage, les outils pour les mener à bien, et la procédure pour y arriver. Cependant certains rouages sont encore bancals, comme la précision des objectifs, le manque d'outils pédagogiques et surtout la gestion du temps.

Globalement, les MSU respectaient systématiquement le schéma suivant pour autonomiser l'interne : une phase d'observation, une phase de supervision directe, une phase de supervision indirecte. On retrouve le schéma décrit par Pelaccia dans son ouvrage sur la supervision en stage des étudiants en santé (15).

Quelles sont alors les compétences nécessaires pour être un professionnel de la maîtrise de stage ? Il n'existe pas à proprement parler de référentiel des compétences des MSU, mais le CNGE a édité une charte qui reprend notamment les compétences pédagogiques du MSU (33) : « *Le MSU devra participer régulièrement aux formations proposées par le Département*

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

Enfin, le champ des compétences des MSU est axé sur trois composantes : la formation qui permet d'acquérir ces compétences, répondre au besoin de formation de l'interne et accepter une évaluation de ses pratiques. Le CNGE ajoute également un ensemble de droits et devoirs du MSU avec notamment : *« aider la progression de l'étudiant dans ses activités et dans les productions qui lui sont demandées au cours des stages », « établie une évaluation de l'acquisition de l'autonomie professionnelles et/ou des compétences en fin de stage ».* Le cadre de la maîtrise de stage est donc net, mais aucune précision n'est faite sur des compétences et des outils propres à la maîtrise de stage. Le CNGE invite les MSU à se référer aux : *« obligations pédagogiques définies par le département de médecine générale et correspondant au niveau de stage ».*

Prenons la description du rôle du MSU, toujours selon Pelaccia (15). On y retrouve globalement les éléments évoqués durant les entretiens. Avant le début du stage on note : un lien avec le milieu académique (ou universitaire dans notre situation), un lien avec les tuteurs. Ce dernier est surtout évoqué par les MSU en cas de difficulté avec l'interne. Généralement, seul le coordinateur du stage fait un retour en fin de stage auprès du tuteur. Pendant le stage, le MSU doit accueillir l'interne dans les locaux, faire le planning, superviser l'étudiant, évaluer l'étudiant et recueillir le niveau de satisfaction de l'interne en fin de stage. Là encore, les MSU interrogés sont plutôt performants. Après le stage, Pelaccia propose que les MSU

fassent leur bilan. Sur ce point, certains MSU utilisent l'auto-évaluation et la remise en question, quand beaucoup d'autres se sentent délaissés par le manque de retour. Le DMG de Strasbourg propose différents outils à destination des MSU (54), ainsi qu'une évaluation des MSU par les internes, sur la base du volontariat, et avec des résultats mélangés sur plusieurs stages et communiqués aux MSU concernés uniquement 18 mois après. La piste de l'évaluation par les internes organisée par le DMG semble judicieuse mais perfectible. Il faudrait notamment la rendre obligatoire. De plus, la latence de 18 mois est justifiée par un souci d'anonymat, mais entre temps, trois semestres de stage se déroulent.

4.4.2) La rétroaction faite aux internes

Un point crucial de la maîtrise de stage concerne la rétroaction ou temps pédagogique consacré à l'interne. Il s'agit d'un moment primordial du stage où les MSU doivent être performants. Selon Pelaccia : « *la rétroaction est une activité cruciale que les superviseurs doivent mettre en œuvre afin de valoriser le développement des compétences de l'étudiant* » (15). Cette notion est fondamentale, mais les façons de faire sont changeantes selon les MSU. Tous les interrogés font de la rétroaction notamment en supervision indirecte. Cependant, certains font une révision systématique de tous les cas, quand d'autres revoient uniquement les cas sur lesquels l'interne s'est senti en difficulté. Il est important de cerner l'objectif de cette rétroaction pour le MSU. Le plus souvent, j'ai pu ressentir que le but était d'assurer la sécurité du patient et donc de rassurer le MSU. Guichon L. dans son travail de thèse, retrouvait également la notion de supervision centrée sur le problème clinique (44). Peu d'interrogés ont souligné la stimulation de la réflexion de l'interne qui devrait être l'apport principal de ce moment. Certains MSU proposent aux internes des exposés sur certaines

notions précises, renforçant alors l'approche pédagogique. Une étude allemande menée dans le Bade Wurtemberg depuis 2008 s'intéresse à la formation des médecins généralistes. Ce programme de formation des médecins utilise des méthodes Canadiennes, tel que le programme « Train the Trainers ». L'auto-évaluation initiale montrait des lacunes en terme de rétroaction, d'intégration de l'interne ou encore de la définition précise des objectifs de stage (55). On retrouve des éléments concordant avec notre travail. La rétroaction des MSU est encore trop fluctuante, avec des méthodes subjectives par moment, même si la répétition des formations tend à formaliser ce moment d'échange avec l'interne. Les objectifs de stage sont quant à eux plutôt bien définis par les MSU, c'est plutôt du côté de la mise en application et du manque d'outils que se situe le blocage. Enfin, l'intégration de l'interne est plutôt bonne, avec un souci de bienveillance souvent retrouvé avec par exemple une volonté d'avoir des locaux adaptés.

Concernant les autres compétences des MSU, j'évoquais précédemment un socle commun aux différents interrogés, parmi lesquelles : la bienveillance, l'écoute, la communication, ou la confiance en l'autre. La gestion du temps a souvent été exposée comme étant problématique : la maîtrise de stage se surajoute à l'activité de médecine générale et ainsi, le médecin est régulièrement amené à faire un choix entre gestion du cabinet et gestion de l'interne. On retrouve les conclusions du travail de thèse de Guichon L. (44) qui conforte cette hypothèse.

4.4.3) La subjectivité des compétences des MSU

La question de la subjectivité des compétences suppose qu'il existe différentes sources de développement des compétences, propre à chaque MSU. Il est indéniable que la formation des

MSU est nécessaire, mais comme évoqué plus haut, elle n'est pas suffisante à garantir la performance pédagogique des MSU. On peut noter que l'âge des MSU a une influence quant à la source de leur savoir-faire. Pour les plus jeunes, tous ont évoqué leur passage en stage ambulatoire durant leur internat, et donc de fait, ils savent ce qu'est la maîtrise de stage pour l'avoir vécue du côté étudiant. Ils se servent alors de cette expérience heureuse, ou malheureuse pour certains, pour reproduire ce qu'ils ont vu et l'adapter à leur manière. On est alors sur un mode d'apprentissage par modèle (56). Chez les MSU plus anciens, qui n'ont pas connu les stages ambulatoires durant leurs études, la part d'expérience et d'ancienneté dans la maîtrise de stage paraît prépondérante. On se situe alors plus sur un mode d'apprentissage expérimental (56). Cette différence d'approche entre les générations de MSU illustre les différences de perception des formations mais également les différentes manières de pratiquer la maîtrise de stage. Certains MSU semblent naturellement doués pour la pédagogie, un MSU évoquant « *la fibre pédagogique* ». Dans ce cas présent, on parle alors d'apprentissage de type implicite. Cette subjectivité dans le développement des compétences permet d'évoquer le rapport Flexner, qui, au début du XX^{ème} siècle a révolutionné l'enseignement de la médecine en Amérique du Nord en mettant en avant les discordances et les trop grandes disparités dans la formation des jeunes médecins (57). Dans les suites, les études médicales en Amérique ont été refondées et perfectionnées avec des normes communes.

Pour conclure sur ce volet des compétences, on a pu voir que les MSU disposent d'un socle de compétences nécessaires à leur pratique pédagogique, mais que leur mise en application demeure perfectible. La rétroaction notamment n'est pas encore systématisée et se dérobe souvent au profit de la réassurance du MSU plus que de l'apprentissage de l'interne. Les MSU souffrent eux-mêmes d'un manque de retour sur leur pratique même si ce dernier point tend à être amélioré par le DMG. Enfin, ce travail montre une divergence dans les modes d'apprentissage de la pédagogie, lié d'une part à un manque de formation et d'autre part à la

différence de vécu des générations de MSU. Cela façonne la richesse de la maîtrise de stage, mais aussi les diversités des stages. Une piste à explorer serait d'envisager cette mixité à l'échelle des binômes/trinômes à la place d'une construction des lieux de stages reposant souvent sur une logique géographique.

4.5. Limites et biais de l'étude

4.5.1) Critique de la méthode

Le choix de réaliser des entretiens en se basant sur la méthode d'explicitation nous paraissait le plus pertinent au départ pour explorer la professionnalisation des MSU. Ce choix est apparu judicieux pour l'exploration de l'identité et des compétences des MSU. Cependant, concernant la culture, ce choix de réaliser des entretiens individuels est apparu moins performant. Une étude plus ethnographique, comme par exemple une observation participante à des événements rassemblant en masse les MSU (congrès annuels du CNGE), permettrait probablement de mieux saisir la culture des MSU.

La technique de la saturation des données a été utilisée pour les éléments étant rattachés aux trois dimensions de la professionnalisation selon Belisle uniquement.

La technique de la vérification des membres a permis de renforcer le poids des verbatims recueillis.

4.5.2) Critique de l'interrogeant

Il a été décidé d'utiliser la méthode de l'entretien d'explicitation, telle que décrite par Vermersch (25). Cette technique a été compliquée à mettre en œuvre, tant du côté des MSU que du mien. En effet, l'un comme l'autre, nous n'avions que peu, voire pas du tout d'expérience dans le domaine des entretiens. De mon côté, il a fallu me familiariser avec la méthode, en visionnant certaines vidéos de Vermersch. Mais comme tout apprentissage, on progresse en pratiquant. J'ai donc pu au fil des entretiens acquérir de l'expérience et être plus à l'aise, ce qui indéniablement, s'en ressent dans l'évolution entre le premier et le dernier enregistrement. Indéniablement, il y a ici un biais méthodologique (58).

A travers les différents entretiens il a été de plus en plus facile de rebondir sur les paroles des MSU, permettant ainsi de stimuler leur réflexion et d'affiner leurs dires.

Cependant, lorsque les informations recueillies allaient dans le sens de notre travail, j'ai pu par moment montrer un biais de fixation sur objectif (58), cherchant éperdument à nourrir la question de la professionnalisation. Certains MSU ayant aussi tendance à s'égarer, il fallait trouver le juste milieu.

4.5.3) Critique des interrogés

Le choix et la sélection des MSU a été complètement aléatoire. En effet, seuls ceux qui étaient intéressés par le sujet ont répondu à ma sollicitation. Il s'agit là probablement du principal biais de sélection. En effet, on peut penser que seuls les MSU qui ressentent le besoin de s'exprimer sur cette thématique ont voulu participer à l'étude. On parle de biais de volontariat (59). Le besoin de s'exprimer s'est fait sentir dans deux situations : d'une part, la revendication, ce qui était le cas de certains MSU, notamment les plus éloignés de la faculté,

qui par le biais de cet entretien souhaitaient faire entendre leur voix. D'autre part, certains MSU voulaient montrer leur investissement dans la maîtrise de stage. A cet égard, on peut penser que les MSU, n'ayant pas répondu à la sollicitation, n'étaient pas intéressés par le thème. A ce titre, une étude qualitative ne sera jamais représentative de l'ensemble du groupe étudié.

Concernant les revendications des MSU, on peut évoquer le biais de désirabilité sociale des MSU, voire d'effet Hawthorne (58), qui se sentaient valorisés et mis en avant par la participation à cette étude. C'est d'ailleurs en ce sens que les profils des MSU interrogés ont été variés. La diversité des pratiques de la médecine générale laisse penser que cette diversité pouvait se retrouver dans la maîtrise de stage.

Durant les entretiens, certains MSU paraissaient moins à l'aise que d'autres. Il a donc fallu parfois les stimuler plus intensément, en usant de question en rapport avec la thématique. En ce sens, on peut y voir un biais de suggestion, voire de confirmation qui obligeait à évoquer certaines idées qui pouvaient paraître pertinentes pour avoir l'avis du MSU, comme par exemple la rémunération des MSU.

Enfin, le moment de réalisation de l'entretien a différé selon les MSU : certains m'ont accueilli sur une journée libre, d'autres entre des consultations, d'autres encore lorsque l'interne consultait en parallèle. Les deux dernières catégories ont engendré des entretiens plus courts, à cause de la contrainte temporelle liée à l'activité de consultation.

Enfin, l'épidémie de Covid-19 ayant imposée le masque, les entretiens ont été, pour une bonne partie, impactés dans toute la partie communication non verbale. En effet, les émotions des MSU ont été plus compliquées à interpréter.

Ce travail de thèse sur la professionnalisation des MSU présente donc certains points forts et certains points faibles, que j'ai choisi de synthétiser sous forme de tableau.

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'entretiens : 13 - Méthodologie clairement définie et adaptée - La durée des entretiens : 52 min en moyenne - Recrutement large et varié des MSU - Amélioration de la méthode au fur et à mesure de l'avancement - Technique de vérification des membres 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexpérience de l'interrogeant et des interrogés - Biais de sélection et de volontariat - Effet Hawthorne - Biais de fixation sur objectif - Contrainte temporelle sur certains entretiens.

Tableau résumant les principales critiques de cette étude.

5. CONCLUSION

Pour synthétiser ce travail de thèse, nous pouvons considérer les MSU comme étant en voie de professionnalisation. En effet, on retrouve une base solide de compétences, une identité plutôt bien affirmée et une richesse de la culture par la diversité des profils. Cependant, certains éléments demeurent largement perfectibles comme la formation, le retour sur expérience des MSU ou encore la rétroaction faite aux internes.

La maîtrise de stage souffre de son jeune âge, et parfois du manque de moyens alloués. Cependant, il s'agit d'un métier en pleine dynamique de progression avec de nombreuses pistes étudiées qui demandent à se concrétiser, comme en témoigne la mise en place de l'évaluation par les internes ou la multiplication des outils pédagogiques.

Les MSU représentent une population diversifiée de médecins généralistes animés par un désir de transmission à la future génération de médecins. Le manque de légitimité dans leur fonction de pédagogue provient aussi d'un manque de reconnaissance au niveau universitaire. Les MSU souffrent également d'un conflit entre activité médicale débordante et activité pédagogique chronophage. Cette dualité persistera comme étant un frein à la maîtrise de stage.

Néanmoins, la formation des futurs médecins passe indéniablement par les cabinets de médecine générale, et dans un contexte de déserts médicaux en constante augmentation, la place des MSU tend à devenir primordiale et mérite les moyens et la reconnaissance nécessaires pour mener à bien leur fonction de pédagogue.

On peut faire le lien avec les travaux de Belisle et al. (22) qui a récemment affiné le concept de professionnalisation des étudiants en santé. Tout d'abord, Belisle s'intéresse à la conception de la professionnalisation des étudiants, par les formateurs. En faisant le lien avec les MSU, on trouve des discordances dans les attentes des MSU, à cause notamment du manque d'implication à long terme des MSU dans le cursus de chaque étudiant, ou encore le

manque de vision globale de la formation des internes. Cela peut rejoindre les arguments des MSU se sentant éloignés de la faculté et de l'hôpital, lieux de formations principaux des IMG. Dans les suites, Belisle réaffirme la professionnalisation à travers les trois piliers décrits dans ce travail. Elle insiste également sur le caractère dynamique de la professionnalisation et les différentes méthodes d'apprentissage (actives ou réflexives). Enfin, elle déclare également que chaque processus de professionnalisation est propre à chacun par les différentes expériences vécues et la manière d'en tirer des éléments formateurs.

Finalement, chaque MSU forge lui-même son cursus pédagogique, à travers des parcours de formations, des outils mis à disposition, mais aussi ses expériences, avec les internes et les autres MSU. Ainsi, un parcours professionnalisant clairement établi pourrait renforcer le rôle de pédagogue des MSU.

Idéalement, ce parcours serait inscrit dans une approche par compétences, comporterait des stages en environnement professionnel authentique et une évaluation des compétences tout au long du cursus et de la pratique des MSU.

Vu

Strasbourg, le 1^{er} août 2021

Le Président du jury

Professeur Thierry PELACCIA



Vu et approuvé

Strasbourg, le 01 SEP 2021

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBIDA



Annexe 1 : Guide d'entretien

Le but de cette thèse qualitative et d'étudier la perception que les médecins généralistes, accueillant un interne ou un externe dans leur cabinet ont de la maîtrise de stage.

- Qu'est-ce que la maîtrise de stage pour vous ?
→ Finalité, motivation, représentation
- Pouvez vous parler/m'en dire plus de vos débuts dans la maîtrise de stage ?
- Comment trouvez-vous votre parcours dans la maîtrise du stage ?
- Comment se passe votre semaine avec les internes qui viennent à votre cabinet?"
- A quoi faites-vous attention avec votre(vos) interne(s)?"
- Qu'est ce que vous pensez bien réussir comme mds?"
- Qu'est-ce que vous trouvez plus difficile comme mds?"
- Comment pourrait-on améliorer ce que vous avez trouvé difficile?"
- Si vous deviez retenir une notion de la maîtrise de stage quelle serait-elle ?
- Quels sont les qualités/critères pour être MSU ?
- Quel autre point voulez-vous aborder?

Je vous remercie du temps infiniment précieux que vous m'avez consacré. Vos réponses constituent une source riche d'informations nécessaire à mon questionnement.

Fiche signalétique : âge, sexe, année de fin d'étude, faculté d'origine, année d'installation, lieu d'exercice, ancienneté dans la maîtrise de stage, nombre et type d'internes

Annexe 2 : Exemple d'entretien MSU 1

Fiche signalétique

Age : 55-60 ans

Année de fin d'étude : 1991

Faculté d'origine : Strasbourg

Année d'installation : 1992

Lieu d'exercice : rural

Ancienneté MSU : 15 ans

Nombre et type d'internes : anciennement externes (3 à 4 ans), puis 1 interne de niveau 1 par semestre.

[JG] Qu'est-ce que la maîtrise de stage pour toi ?

[MSU 1] Alors pour moi c'est plutôt, à la fois, un accompagnement et un échange. C'est-à-dire que euh ... il y a quand même des fois des façons de faire et une, des façons de vous les montrer, c'est quand même que vous voyez sur place, sur les lieux de stage, comment cela se passe, parce que, il y a quand même un écart entre ce que vous voyez à l'hôpital, et ce qui se pratique réellement en médecine de ville. Et après pour moi c'est un échange aussi par rapport à moi, c'est-à-dire de voir si ma pratique actuelle est encore d'actualité par rapport à ce qu'on vous enseigne à la fac. Et donc c'est quand même un échange qui va un peu dans les deux sens, c'est-à-dire que : autant je peux enseigner une expérience que j'ai à mon interne, autant j'ai de la part de l'interne, une remise à niveau et à jour des connaissances par rapport à l'actualité, par rapport à moi, mes études de 91, les nouveautés qui se font etc ..., et de voir si mon ... ma façon de procéder est toujours correcte et conforme à ce qui se pratique un peu ... voilà.

Et pourquoi ça te paraît important du coup ?

Bah moi ça me permet de rester à jour et à niveau et de pratiquer toujours un peu une médecine, je dirai, pas de pointe mais au moins à jour et ne pas rester sur des acquis anciens, voilà qui ont évolués : les prescriptions d'antibiotiques, les durées d'antibiotiques, des façons de faire, des prises en charges qui sont maintenant plus stéréotypées que ce qu'on nous enseignait, sans compter sur les nouveautés qui sont apparues tant au niveau biologique, au niveau, sur des marqueurs, sur des ... voilà, des choses que nous on nous enseignait pas et que j'arrive un peu grâce à ça à me remettre à jour et à Disons que pour moi c'est aussi une remise à niveau.

Est-ce que tu pourrais me parler alors ... me parler de tes internes, se centrer peut-être un peu plus sur les internes ?

D'accord ... alors la façon dont je pratique ou ...

Parle-moi de tes internes, ou de ton interne vu que tu n'en as qu'un à la fois c'est ça ?

Ouais. Alors mmhh ... Alors on va parler d'abord sur les ... enfin toi tu es plutôt axé sur les nouveautés, sur les jeunes qui sortent.

Je suis axé sur la maîtrise de stage ...

Ouais, alors. Moi je fais un distinguo entre ce qui avait été fait auparavant et ce qui se fait maintenant. C'est-à-dire qu'auparavant on avait quand même des internes qui sortaient entre le 3ème et le 5^{ème} semestre et quelque part, ces internes avaient quand même déjà un peu d'expérience, un petit peu à la fois ... en général ils avaient passé en général par les urgences, ils avaient au moins un voire deux stages sinon plus derrière eux et maîtrisaient globalement un petit peu la prescription et du coup les stages chez moi étaient presque un petit peu

pratiqués comme un SASPAS. Je m'entends, euh ... j'essayais très vite de lui donner de l'autonomie, parce-que je me rendais compte que lorsque l'on travaillait à deux, malheureusement, très vite la consultation repassait par moi et qu'il arrivait pas, l'interne, à placer sa consultation comme il l'entendait. Et donc pour éviter ce genre de soucis, j'avais un peu tendance ... alors dans un premier temps on accueillait le patient ensemble, je lui disais que je le laissais seul avec l'interne qui était capable de le gérer et je passais dans une pièce secondaire et lui faisait sa consult normale quitte à m'appeler si il avait un souci ou quoique ce soit, et donc il pouvait poser sa consult. Et ensuite il fonctionnait quasiment comme un SASPAS c'est-à-dire qu'il fait la consult à ma place en sachant que je suis à côté, à sa disposition s'il a un souci informatique, s'il a un souci de diagnostic, s'il a un souci quel qu'il soit, il m'appelle, voilà, on refait un échange après sur ce qui a été fait et donc on voit où ça a coller Et donc en fait ils ont vraiment un mode de fonctionnement mais avec quelqu'un qui est sur place avec eux. Je suis pas à distance, je suis toujours avec eux, et donc pour eux c'est donc vraiment un encadrement qui est plutôt sympa, tout en ayant une espèce d'autonomie, et donc on a un débrief tous les soirs sur ce qui a été fait, on revoit tous les cas cliniques, voilà.

Et donc maintenant, l'inquiétude que j'avais, et alors elle n'est que partiellement pour l'instant soulagée entre guillemets, c'est-à-dire que je trouvais que des internes qui arrivaient entre le 1^{er} et le 2^{ème} semestre de leurs études, enfin de leur internat, risquaient peut-être de ne pas maîtriser tous les aspects et pour lesquels je n'arriverais pas à les faire travailler comme je fais là en autonomie. Alors j'ai la chance d'avoir actuellement un interne, qui est un peu plus âgé que la norme, c'est-à-dire qu'il a été infirmier auparavant, donc il a fait 3 ans d'études d'infirmiers, il a bossé pendant 2-3 ans en réanimation, il a ensuite enchainé avec des études de médecine et il a d'abord fait une spécialité en anesthésio-réanimation et ensuite au bout d'un an, il a basculé sur la médecine G. Donc du coup, j'ai un type qui a quand même 34 ans,

un peu de bouteille et avec lequel j'ai pour l'instant toujours pu réaliser ce que je fais, c'est-à-dire le laisser bosser comme un SASPAS, en autonomie. Donc du coup, son cas de figure et quand même un peu particulier, puisque lui il maîtrisait quand même déjà pas mal de choses. Alors il me dit quand même régulièrement qu'au niveau des enfants il n'est pas très sûr. Donc dès qu'il y a un enfant, il va essayer de faire la consult et quand ça devient un peu compliqué il m'appelle. Et euh ... globalement il fait une belle gestion euh ... je dirais de la médecine G, quasiment en autonomie, avec le débrief qu'on fait, classiquement. Bon, mon but dans ce que j'aimerais arriver avec mes internes, c'est justement de pouvoir les amener à cette autonomie de consultation. C'est-à-dire qu'ils puissent réaliser une consult seul, selon, parce que chacun a sa façon de faire, chacun ... et je ne peux pas lui demander de calquer sa façon de faire sur la mienne. Il faut que lui trouve sa façon à lui de consulter et je trouve que c'est un peu comme ça qu'il va arriver à réussir. Tout en sachant que s'il rencontre une difficulté ou quoique ce soit, je suis disponible et il peut m'appeler et me chercher pour ... voilà. Donc il n'y a pas ce côté stress d'un remplaçant qui est tout à fait autonome, ou d'un SASPAS qui n'a personne comme référent et qui doit forcément gérer sa consult tout seul, et tout en ayant le loisir, si ça marche, et s'il se sent à l'aise, de placer enfin de terminer tranquillement sa consult. Donc ça c'est mes objectifs durant le stage chez moi. Pour l'instant, je suis arrivé à le faire. J'avoue que pour l'instant j'ai toujours pas eu un 1^{er} semestre. Je pense que le 1^{er} semestre, il n'y aura pas moyen d'agir probablement la dessus. Moi, je peux comprendre qu'ils aient voulu faire la maquette dans ce sens pour que les internes soient amenés très vite au contact de la médecine de ville pour pouvoir se rendre compte ce que représente la médecine de ville, parce que quand vos stages de médecine G se retrouvaient en dernier, et qu'on se retrouvait face à un médecin qui ne se sentait pas capable d'assumer un rôle de médecin généraliste, on était un petit peu coincés, et c'est un peu difficile de, par rapport aux années passées, de trouver une solution pour lui. Maintenant je trouve aussi que c'est un tout

petit peu tôt par rapport aux compétences que pourrait avoir un interne pour pouvoir pleinement bénéficier d'un petit peu de l'accompagnement de ce que je voudrais. Parce que, je pense que le 2^{ème} mois du stage j'arriverai à pouvoir le laisser bosser en autonomie, je suis pas tout à fait sûr que j'y arrive au 1^{er}. C'est ce qui ... mais comme dis j'ai pas le recul nécessaire pour vraiment ... parce que je suis toujours tombé sur des gens, là bahhh ... toujours des internes 3-4-5^{ème} semestre, là lui c'est un peu particulier, donc du coup ... voilà. Ça c'est ma seule crainte, c'est ce qui me fera d'ailleurs décider si oui ou non je continue dans l'objectif euh ... formateur en médecine G, interne quoi. Voilà.

Tu me parles beaucoup d'autonomie...

Ouais.

C'est un concept ...

Ah bah ... le problème c'est que malheureusement en médecine G, on est très souvent autonome et qu'il faut prendre des décisions. C'est d'ailleurs, je dirai, une des plus grandes difficultés en médecine G. C'est justement de prendre la décision, qu'est-ce que je fais du patient en face de moi ? Et toute la consultation tourne autour de ça. Est-ce que je suis capable, moi médecin généraliste, de prendre le patient en charge, seul, est-ce qu'il faut que je l'adresse dans un endroit à un confrère spécialisé, voire en milieu hospitalier si la situation le nécessite ou pas. Donc on a tout ... à chaque fois qu'on a une consultation, c'est ça ce qu'il faut décider. Pas forcément sur une consultation de renouvellement d'ordonnance, hein ou de ... mais en garde ou en astreinte, ou quand vous avez un patient que vous ne connaissez pas, euh c'est un peu ça, une plainte un peu particulière, est-ce que je suis capable de le gérer ? Oui/non, est ce que je dois transférer, est ce que je garde ? Voilà, et en fait c'est cet exercice

d'autonomie que j'aimerais transmettre et que les internes puissent acquérir. Voilà c'est ça ce qui ... ouais c'est un ... le gros objectif quoi.

Tu parles beaucoup d'objectifs aussi ...

(Rires) ouais, ah bah ouais il fait avoir des objectifs comme ça. Alors ils sont pas non plus clairement établis aussi peut-être, disons que l'interne qui va passer chez moi je vais pas lui dire mon objectif c'est Mais voilà, tranquillement dans la consult, en voyant comme lui se débrouille, le but c'est ... voilà, c'est d'arriver effectivement à ce qu'il atteigne.

Et comment ont progressé tes objectifs depuis que tu fais maître de stage ?

Ah bah on commence à acquérir un petit peu de la bouteille et donc du coup on se rend compte les façons d'expliquer les choses, comment essayer de faire découvrir l'interne par lui-même, les petites choses que nous on sait d'office et que nous avec l'expérience on arrive à avoir et que lui n'a pas forcément, aussi peut être par rapport à la médecine que vous rencontrez au niveau hospitalier et que nous on a au niveau de la ville, enfin de la médecine de ville, de chercher quels sont les diagnostics principaux et qui tombent en 1^{er}, qui sont pas forcément les mêmes qu'en hospitalier, et tout ça nous, avec l'expérience qu'on a, on a ce savoir-faire et quasiment c'est peu instantané, la connaissance qu'on a aussi de nos patients, qui est très importante, parce que moi c'est des patients que je suis maintenant depuis 91-92 donc du coup ... quand lui me parle d'un patient, je sais déjà quasiment pourquoi il vient. Et si c'est pas pour le renouvellement ou si c'est autre chose, c'est là où ça commence à m'intriguer et où ... mais après en connaissant le patient on va savoir quasiment la pathologie qu'il présente et qu'il Et donc, c'est là où j'attends que l'interne me rapporte ce que lui a eu comme ressenti, ce que lui a eu comme impression et son diagnostic, son ... voilà. Et c'est ça aussi ce qui est intéressant.

On va creuser un peu plus maintenant, tu me parles de l'interne qui te rapporte des choses ...

Ouais !

Tu es sur le versant un peu interaction justement, je ne sais pas si tu as une anecdote qui te reviens peut être ...

Alors, en ... c'est-à-dire l'interne qui a eu un souci ?

Voilà, par exemple, quelque chose qui t'a marqué avec ton interne là, des internes passés ...

Alors, qu'est-ce qu'on a eu Ouais, on a eu, ouais, on a eu des cas comme ça un peu difficiles, où lui savait pas trop, euh donc on avait Au niveau de la clinique ça se présentait plus comme une bronchite euh, il y avait de la température, on avait un syndrome inflammatoire au niveau de la biologie, euh ... moi le problème, avec la connaissance que j'avais de la patiente, je savais qu'elle avait plutôt des troubles veineux. Et du coup à un moment donné ... en sachant que là on a eu plutôt une suite. C'est-à-dire que lui à commencer à faire le premier examen, moi j'ai repris la main par la suite alors que lui n'était pas là, donc entre temps, et du coup devant le tableau clinique avec tous les examens qu'il avait fait, moi à un moment donné je m'étais quand même posé la question bah d'une embolie pulmonaire et du coup on en a rediscuté ensemble, et ensemble on a pris le rendez-vous d'angioscan pour contrôler. Et il s'est avéré que finalement la patiente c'était simplement une bronchite surinfectée et donc le premier diagnostic était bon. Alors inquieté ou pas parce que moi je connaissais la patiente, est ce que finalement on aurait ... mais on avait pas envie de démarrer le traitement alors tout ça en interaction, c'était vraiment de la discussion ouverte, voilà,

chacun exprimait un peu son opinion. Lui me disait, ah tiens pourquoi est-ce qu'on démarre pas les antibio ? Et je disais ouais mais si tu démarre les antibio et que c'est une embolie pulmonaire il faudrait quand même qu'on travaille aussi sur le terrain anticoagulants, il faudra faire le bilan de tout le reste. Et voilà, donc on avait ... elle avait derrière son angioscan très rapidement On avait d'ailleurs téléphoné aux urgences, j'avais un chef des urgences à Haguenau et euh ... j'ai pu discuter du cas avec elle donc on était quasiment à 3 à intervenir là. Et elle me disait : écoutez, voilà avec le tableau que vous me décrivez, moi j'aurai dit aussi angioscan. Du coup, elle me disait, regardez, vous en ville si vous arrivez pas à avoir l'angioscan plus vite que moi parce qu'elle avait des délais plus longs. Elle m'a dit si après vous avez un souci vous me l'envoyez, je gèrerai. Et du coup, moi le lendemain j'avais mon angioscan et du coup on a pu rapidement, voilà, décider. Alors ce qui était très troublant c'est que la patiente n'avait que peu de symptômes à part cette fièvre et un malaise et c'était ça, pas de toux, pas d'expectoration, enfin qui nous orientaient vraiment vers la bronchite. Et c'est pour ça que les deux diagnostics étaient concomitants, et ouais ça a été un bel échange, ouais.

On peut peut-être revenir un peu sur cet échange vraiment en détail avec ton interne, comment ça s'est passé ? Donc lui a fait la 1^{er} consult c'est ça ?

Alors, lui avait vu la patiente, et dans ce qu'il me rapportait, il me disait voilà, moi j'ai une patiente qui est un peu subfébrile, et il savait pas trop. Donc il lui avait prescrit le thorax, la prise de sang, et du coup moi je l'ai revue avec les résultats de tout ça. Donc le thorax montrait une petit atélectasie, on avait un syndrome inflammatoire, on avait des d-dimères un petit peu augmentés à 2000, pas franche d'une embolie pulmonaire, et là-dessus moi je suis arrivé avec toute la connaissance de la patiente, avec ces grosses insuffisances veineuse etc Et donc du coup moi j'ai posé la question d'un infarctus, d'une embolie pulmonaire déjà. Alors peut-être a minima, mais voilà, mais aussi parce-que justement quelqu'un chez

moi dans la famille a eu ce cas de figure. Et voilà, je voulais pas passer à côté d'une embolie pulmonaire et donc du coup, ensemble. Il était avec moi lors de cet appel aux urgences, et donc on avait échangé, il était avec moi, on a pris après ensemble le rendez-vous de l'angioscan et du coup on a rappelé la patiente pour lui donner le rendez-vous, donc elle, elle avait le bon pour l'angioscan, on avait aussi fait le courrier pour l'angiologue, au cas où l'angioscan était positif, elle devait rappeler son angiologue qui l'a connaissait, qui l'a suivait pour faire le bilan complet, de voir s'il n'y avait rien à ce niveau-là. Et du coup, je sais même pas si on avait pas fait une ordonnance d'antibio quand même pour qu'elle l'ait. Parce-que bon la pauvre dame ça faisait quand même 3 fois qu'on la voyait. Et du coup on attendait le résultat de l'angioscan, et comme l'angioscan était négatif, du coup elle a pu démarrer les antibio et on a refait un contrôle derrière avec une sérologie ... enfin un bilan inflammatoire qui est redevenu normal.

Tu l'avais revue combien de jours après la patiente ?

Alors disons qu'elle avait démarré ces antibio ... euh donc je lui ai laissé 10 jours, 8 jours d'antibio et alors elle refait sa prise de sang derrière et je l'ai revue ...

Je voulais dire après la 1ere consult ...

Ahhh, alors ça, ça a été rapide. Oui, oui, oui. Parce-que moi je lui avais dit, on lui avait demandé de revenir dès qu'elle avait euh ... et alors du coup, là le résultat était rapide. Je crois qu'il l'a vu le lundi et on l'a revu le mercredi ensemble.

Et vous aviez déjà parlé lundi avec l'interne ?

Ah ouais, oui, oui, oui, bien sûr.

Qu'est-ce que vous vous étiez dit à ce moment-là ?

Ah bah là ... bon on était alors, lui avait démarré sa partie, lui était partie sur une bronchite simple, donc il avait fait son bilan bio, il avait son ... et finalement c'est un peu que moi derrière qui l'ait un petit peu embêté avec ces histoires d'angioscan, de suspicion d'embolie pulmonaire, et donc ça a été une discussion un peu ouverte quoi. Et puis bon, finalement en réinterrogeant après quand moi je l'ai revue, elle m'avait quand même parlé d'une douleur au mollet qui avait disparue, elle savait pas si c'était des crampes, Donc il y avait quand même, ça aurait pu être un début de phlébite qui aurait pu migrer. Ça collait sur le tableau hein donc, quand après ça moi, je lui ai rappelé l'interne euh le chef des urgences, et donc j'ai discuté avec elle, et c'est donc après quand moi j'ai ... enfin on a pris le rendez-vous d'angioscan ensemble et donc là on a continué. Et puis bon là on est parti sur la suspicion d'embolie pulmonaire. Et donc on a un peu sur Enfin le fébricule était pas si important que ça, il était à 38-38,5° mais elle se sentait pas bien. Et donc c'est pour ça que pour l'instant on lui a expliqué, Doliprane simple et on attendait les antibios pour avoir un diagnostic.

Quand tu revois la patiente du coup, qu'est-ce que tu ressens vis-à-vis de l'interne quand tu te rends compte qu'il y a peut-être cette histoire de jambe qui était pas claire ? C'est quoi ton ressenti à ce moment quand tu revois le dossier avec les résultats des 1ers examens ?

Alors si tu veux, c'est une fois que j'avais les résultats de la prise de sang avec une ... finalement ... alors, lui avait fait le premier interrogatoire, donc moi je l'avais pas vraiment vu, et c'est quand j'ai revu la patiente que j'ai rediscuté avec elle. Alors peut-être que c'est moi aussi qui l'ait orientée vers la suspicion d'embolie pulmonaire mais en creusant un petit peu, en lui demandant l'histoire des jambes, l'histoire des machins. Et qu'elle a comme ça ... et par contre le tableau clinique de la pneumonie n'était pas très franc. C'était plutôt quelque

chose de batard, qui était plutôt atypique, et c'est ce qui nous a un petit peu turlupiné tous les deux. Si j'avais eu des francs signes de bronchite, on serait parti là-dessus. J'aurai pas évoqué ... mais c'était pas suffisamment clair et là moi je suis venu avec ma connaissance de la patiente. Et donc du coup, voilà, alors est-ce que j'ai dramatisé ? Peut-être pas, après je pense quand même que c'était un diagnostic à éliminer, enfin voilà. Et donc c'était un cas sur lequel on a pas mal discuté.

Vous en discutez comment ?

Oh bah, ouvertement, on a ouais ... moi, chacun a donné son avis, son ressenti. Alors pour lui c'est peut-être difficile une fois que moi j'émetts un avis, de dire moi ah non je suis pas d'accord avec toi. Globalement, après, moi je lui mets un doute aussi. Et devant un diagnostic comme ça, le doute est là, et donc tant qu'on l'a pas éliminé, voilà, il pourra pas ..., il sera un peu obligé de suivre. Par contre ça m'est aussi arrivé l'inverse, à savoir que lui à un moment donné il disait, voilà, enfin sur un autre cas, décompensation cardiaque machin, et puis on est parti la dessus et voilà, donc on a suivi l'avis que Donc on suit une fois l'avis de l'un, une fois l'avis de l'autre, voilà peu importe. L'importance c'est que, par rapport à la patient qu'on arrive à trouver un diagnostic et on trouve une solution.

Et comment tu réagis du coup, quand ton interne ... pas te contredit, mais te mets une autre hypothèse ?

Ah bah, moi je suis ouvert à toute discussion, et je veux dire, lui ... c'était en particulier le cas de cette patiente que moi j'avais vue, qui me faisait des bronchites, c'était pas très clair, et lui vraiment dans son examen clinique m'a dit écoute pour moi c'est vraiment une décompensation cardiaque, avec un foie cardiaque, une turgescence machin, il faut la mettre sous diurétiques. Et la patiente a finalement atterrie aux urgences quand même ... Non parce

qu'elle a vu la cardio entre, et c'est la cardio qui l'a faite partir. Mais sur son diagnostic de décompensation cardiaque effectivement. Et du coup j'ai dis hein, finalement, l'interne de temps ... ca vaut le coup de, voilà, un autre œil sur, sur une patiente. Non, moi je le considère pas du tout comme quelqu'un qui n'est pas capable de prendre une ... enfin je le considère à mon égal, l'interne. Et donc à partir du moment où il émet un diagnostic, je le prends en compte comme si c'était un confrère et du coup on va chercher cliniquement si oui ou non ça colle, si, si ... Mais même s'il est en contradiction avec ce que moi j'avais en tête. En tout cas s'il émet une hypothèse, il faut déjà, soit ... confirmer ou infirmer son hypothèse à moi, avec que je reste sur la mienne, mais en tout cas je vais pas l'ignorer ni la négliger. Je tiens compte de ses avis. Et c'est ça aussi ce côté enrichissant de la médecine à deux, quoi.

Est-ce que tu pourrais me décrire une journée type avec ton interne ?

Alors, une journée type ... (rires). Bon alors, en fait, on ... on a chez moi, il y a en gros deux types de journées. Alors soit on démarre le matin, donc départ 7h30 chez moi, donc je fais un rendez-vous avec les internes parce que on fait du covoiturage. Donc j'habite S*****, je bosse à N*****, il y a 1 heure de route, du coup on fait un covoiturage jusqu'à N *****, et alors le ..., donc lundi, mercredi, en général c'est lundi ou mercredi, le matin on a les visites, donc du coup on fait nos visites le matin. Ensuite mon stage de médecine est couplé avec un stage de cuisine, c'est-à-dire que je mange sur place, et j'adore cuisiner. Donc du coup on fait des courses le lundi, et avec le menu sur la semaine, et du coup on va avoir une part de travail en cuisine ensemble. Donc c'est aussi un moment, où on échange, voilà. Et donc du coup en fait, je mange avec l'interne à midi. Et donc l'après midi on a nos consultations, alors soit c'est une consultation à deux, soit moi je le laisse bosser en autonomie sur sa consult l'après midi, et puis le soir on ... départ 6h et on arrive 7h S*****. Et du coup cette journée est considérée, chez moi, puisque c'est quasiment du 12h, c'est trois demi-journées. Et donc

après, on a les petites journées qui est donc plutôt mardi matin, jeudi matin, où on démarre pareil, 9h, et on finit midi et on rentre dans l'après-midi. Et donc là, consultation le matin, et suivant, c'est lui qui consulte ou moi qui consulte avec le débrief derrière, ou on consulte à deux. On fonctionne ... voilà.

Comment ça va déterminer le fait que tu le laisse consulter seul ou plutôt voilà que tu vas être avec lui ? Puisqu'apparemment tu fais les deux ...

Alors, ça va dépendre de lui, de Alors, de toute manière, dans un premier temps, on démarre tout de suite la consult à deux. Alors, une chose encore sur notre trinôme que nous avons, on est tous les trois sur le même logiciel médical. Donc ce qui sympa, du coup, il est pas trop désorganisé par rapport à ça, il retrouve un petit peu rapidement ses marques. Donc je dirais que les 2-3 premiers jours ça va être lui montrer comment fonctionne le cabinet, comment, voilà, les locaux, les lieux où sont tous les matériels etc ... et je dirai qu'au bout de 2-3 jours bah c'est ... en sachant qu'on départ, tous les examens cliniques, c'est lui qui les fait. Donc moi je vais accueillir le patient, et je vais le laisser faire l'examen clinique, la prise de tension, en regardant comment il pratique, comment il est ... voilà. Et c'est là qu'on commence à juger, à jauger sa capacité Et donc après la deuxième phase va être la phase où lui prend en charge le patient en étant devant l'ordi aussi, donc le temps de lui montrer parce que bon je fais de l'impression, de l'impression d'ordonnance, les impressions de toutes les demandes, la facturation, je scanne tous les résultats biologiques et tous les compte rendus des confrères intégrés dans le logiciel médical, il y a toute la partie comptabilité qui est intégrée aussi, et donc du coup ça fait des fois un peu beaucoup d'informations. Il faut qu'il pratique pour qu'il soit à l'aise sur ... bon ce qu'il a déjà un peu amont puisque les collègues font la même chose, et du coup à partir du moment où moi je le sens à l'aise et capable de faire une consult, on va faire un 1^{er} test en fin de matinée ou en fin ... de lui laisser un patient

euh voilà. On fait l'accueil à deux, puis je lui passe la main, je le laisse faire voir comment il se débrouille. Et puis voilà, quoi. Avec le retour de savoir s'il a eu une difficulté, s'il a eu machin ...

Comment ça se passe justement ce retour? Vous le faites après chaque consult, en fin de journée ?

Alors ça va dépendre de son problème ou pas. S'il m'a pas dérangé, enfin s'il a pas été obligé de m'appeler, et si sa consult c'est fait, on va débriefer à la fin. Si il a eu un soucis, voilà, on va en rediscuter rapidement, on refait, quand on débriefe, on revoit ensemble. Mais souvent il m'annonce quel est son problème, quel est son ... et puis bon il a besoin à ce moment là souvent d'un autre regard. C'est souvent des cas un peu de pédiatrie, de gynéco, des choses un petit peu précis qu'il maîtrise pas tout à fait.

Comment se passe ce débriefing ?

Le final ? En fin de journée ? Bah on reprend tous les dossiers, où bah il m'explique, enfin, il va me parler du patient, pourquoi il est venu, ce qu'il voulait, on regarde les prescriptions, ce qu'il a fait, voilà, on contrôle si la comptabilité est correcte, si voilà. Et on, ... au pire si de temps en temps on a des soucis, il nous arrive de rectifier le tir, je sais pas, il a oublié de rajouter quelque chose sur la prise sang, on rappelle le patient, en lui disant voilà écoutez, on a complément de prise de sang, ne faites pas encore demain, venez récupérer l'ordonnance. Voilà, ça nous est arrivé, voilà, de compléter des petites choses. Mais souvent, je le laisse faire lui, en disant, voilà tu le rappelles, tu lui dis que finalement on en a discuté et que on a décidé de rajouter quelque chose et puis voilà quoi

Donc c'est l'interne qui rappelle, c'est pas toi ?

Ca peut être ... ça dépend ! Mais ça peut être lui qui rappelle, comme il a fait la consult, j'estime que c'est une démarche qui pour lui est sympa aussi, donc voilà. Mais bon, mes patients ont quand même l'habitude des internes. Ils ont l'habitude que ... et donc ils savent. Alors cela dit c'est des choses qui sont exceptionnelles, qu'on soit obligé de rectifier le tir dans ce cas là. Habituellement, c'est des petits détails qui ont été faits. Et je dirai que habituellement c'est plutôt lui qui me mets des remarques en disant, écoute j'ai trouvé ça, ce serait bien quand il revient la deuxième fois comme je suis pas là, que tu fasses un électro, un machin. Et du coup quand je revois la patient, bah, attentif machin ... ouais c'est OK, c'est ça. Il a dit que ... ah bah oui il m'en a parlé, il m'avait dit que je risquais d'avoir un électro et bah j'ai eu deux patients ... Alors je suis aussi médecin de cure, puisque N***** est une station thermale, et donc du coup je vois des curistes, et donc ça fait partie aussi un petit peu de leur apprentissage, il y a un examen de base que je fais, et la sur les derniers temps, il m'a trouvé par 2 fois un rythme un peu irrégulier chez un patient, en disant écoute voilà il a , il y a une irrégularité dans son pouls, ça serait peut être bien qu'on fasse un électro, et donc ça c'est ... puisque moi je l'ai, lui l'a vu le lundi, début de cure et je les revois le vendredi et là l'interne n'est jamais là. Et le vendredi j'ai confirmé l'irrégularité du pouls, il avait d'ailleurs téléphoné chez un, je crois que c'est lui qui avait fait ... Non, il avait trouvé l'irrégularité, et du coup il avait téléphoné à son médecin traitant qui lui avait fait un électrocardiogramme, enfin un compte rendu de consult de cardio, où il y avait pas cette notion d'irrégularité du ... et du coup le vendredi c'est moi qui ai fait l'électro et qui ai trouvé des extrasystoles supra-ventriculaires. Pour pouvoir rassurer le patient et du coup ... et j'expliquai au patient, mon interne il a trouvé que ... et du coup ils sont supers contents quand ...

Et ton ressenti à toi c'était quoi à ce moment là ?

Ah bah c'est, ouais !! Ca a été de lui dire, bah tu vois moi des fois, sur ce genre de choses, je pourrai passer à côté parce que je les connais, que voilà, pour moi c'est un examen de routine, ce que je fais peut être de façon aussi approfondi que toi et du coup ... ouais il a quand même trouvé par deux fois des petites choses ... Alors cela dit, moi aussi de temps en temps sur un examen comme ça de routine on tombe sur des choses parce que voilà. Mais en tout cas ça a été par deux fois, intéressant.

On va se replacer, tu me parlais du début de consultation tout à l'heure, voilà, tu accueillais les patients, comment ça se passe l'accueil des patients ? Où se place ton interne ? Où toi tu te places ?

Quand on est à deux ?

Voilà, quand vous êtes à deux.

Alors c'est moi qui accueille, alors Dans un premier temps quand c'est moi qui dirige la consult, c'est moi qui accueille le patient, je présente l'interne, il se présente, souvent spontanément il se présente derrière, voilà je suis l'interne *****. Et puis du coup moi je commence la consultation tranquillement et une fois que l'interrogatoire est terminé, pour réaliser l'examen clinique, bah je dis vous voyez c'est mon collègue là qui va faire l'examen clinique et du coup je le laisse faire l'examen clinique, la prise de tension, euh voilà. Et moi ça me permet de, voilà, de voir un petit peu comment il procède, ce qu'il fait Et du coup, et donc ensuite, bah une fois que son examen clinique n'avait rien de particulier et si c'était pour un renouvellement, donc c'est de nouveau moi qui refait les ordonnances, la compta, qui ... dont le patient a besoin et du coup on raccompagne le patient. Et alors le deuxième cas, c'est où lui accueille, mais on est à deux, et donc, mais par contre c'est lui qui accueille le

patient. Donc c'est lui qui va à la salle d'attente, il accueille, moi je suis un peu en retrait, j'attends tranquillement qu'ils arrivent, et du coup, on y va et je dis ah bah oui on travaille à deux aujourd'hui mais c'est lui prend la main. Donc là je le laisse faire l'interrogatoire, d'accord. Donc il interroge, il demande le motif de consultation et j'essaye de me mettre un peu en retrait pour que la consult ne passe pas par moi, ce qui est souvent un peu difficile ...

Tu te situes où toi à ce moment là ?

Je ... (étonnement)

Tu te situes où ?

Placé ? Positionné ? Alors en fait lui il a le fauteuil bureau, moi j'ai une chaise à côté de moi. Et on est comme ça, quand moi j'ai la main c'est moi qui ai le fauteuil, lui la chaise, et après on intervertit. Et alors ... il y a deux problèmes. Il y a un problème de langue, parce que il faut savoir que la moitié de mes consult sont quand même en dialecte, du coup, voilà, si ceux qui font un effort, ya pas de soucis, par contre, yen a quand même certains je sais où ça ira pas, et je suis obligé de faire le traducteur pour lui expliquer. Et donc c'est là où ... je vais reprendre un petit peu, une position un peu plus ... et c'est là où ils ont tendance à me parler un peu plus à moi et pas à l'interne, quoi, ce qui est Maintenant souvent quand on baragouine 2-3 petits mots en dialecte, après eux ils font ... ils parlent tranquillement en français, même s'ils sont beaucoup plus à l'aise en dialecte qu'en français. Mais ils font l'effort... alors c'est pas non plus ... la majorité des cas. Mais il y a quelques consult, ou j'ai 2-3 allemands, en particuliers, qui maîtrisent pas du tout le ... D'ailleurs là souvent il est obligé de m'appeler et je sers de traducteur à ce moment là, mais j'essaye de lui laisser la main dans ces consult aussi.

Et du coup, donc il t'appelle, qu'est ce qu'il se passe ?

Bah il me dit écoute, voilà, j'ai monsieur machin, ah bah oui, oui la tu vas avoir un souci... et puis, ou alors même c'est le patient qui demande à appeler Dr ***** parce que là ça va pas le faire quoi.

Donc ça c'est sur les problèmes de langue ...

De langue ouais.

Hors problème de langue, il y a des scénarios similaires ou pas ?

Non, c'est exceptionnel. Il y a de temps en temps vraiment des demandes, mais souvent il est au courant. Alors ya 2-3 petits particularités, je fais un peu d'ostéopathie, voilà mais là c'est des rendez-vous à moi et donc là c'est lui assiste et c'est, voilà, c'est des choses que je lui demande pas de faire. Mais il est au courant, il sait que ... voilà quand ces personnes-là arrivent, il dit ah bah oui je vais vous l'appeler. Et puis voilà, il m'appelle et ya pas de souci. Mais sinon, ça se passe plutôt ... ouais. Je vais dire, ya pas de patients qui partent parce que c'est l'interne qui consulte à ma place. Il se peut que le patient va demander quand même une information, ou une confirmation. J'avais l'un ou l'autre des patients qui me faisait appeler à la fin de la consult mais il m'a dit écoute il ta reedit exactement la même chose que ce qu'il m'avait déjà dit. J'ai pas compris pourquoi. Et le seul truc ça nous a fait perdre du temps entre guillemets parce qu'il avait fait tout ce qu'il fallait, il a pas été en porte-à-faux, ou négligeant sur quelque chose, mais c'est le patient qui voilà, voulait me voir ...

Et comment tu réagis à ce moment-là ?

Moi je suis plus agacé qu'autre chose, parce que j'estime que lui avait fait tout le travail, sa consult était ... enfin ne nécessitait pas ma présence, c'était une demande spécifique du

patient qui voulait me faire venir, voilà. Bon, après je leur explique toujours que c'est leur droit de pas forcément, que l'interne, d'avoir l'interne. Mais globalement, je n'ai vraiment de gros soucis. J'ai d'ailleurs eu l'autre versant, à savoir que la patiente a parlé de choses avec l'interne dont elle ne m'a jamais fait part. Et c'était suite à ça, l'interne a diagnostiqué une dépression qu'on a traité et qu'il a été ... voilà. Et j'ai jamais compris pourquoi elle m'en avait jamais parlé.

Comment tu t'es senti quand tu as appris ça ?

J'étais embêté, j'étais embêté, en disant tiens c'est bizarre qu'elle se soit confiée ... alors c'était une femme, c'était une interne, est ce que ça a été ... c'est quelqu'un avec qui j'ai du mal à dialoguer. Et je l'ai revue, alors elle a fait une espèce de sécheresse buccale suite au ... enfin elle mettait en cause les antidépresseurs, mais là, en fait, elle est très angoissée cette personne. Alors elle est cancéro ... enfin elle a une cancérophobie et du coup voilà, c'est la fin du monde sa sécheresse de bouche donc du coup, il faut compéter le bilan pour être sûr que... mais je la renvoie un petit peu et elle se rend compte. Et donc là, en finalité, on a décidé de l'envoyer chez le psy. Suite aussi à la dépression, et je voulais aussi qu'elle revoie quelqu'un parce que je lui disais justement : vous vous rendez compte que vous vous êtes confiée à une de mes internes alors que ... c'était quand même pour quelque chose d'important à mon sens. Et elle est un peu sur ce versant dépressif. Et c'est un peu l'interne qui a mis le doigt dessus, pas moi. Parce-que elle avait une autre attitude avec moi qu'avec elle quoi.

Et avec cette patiente, comment tu as placé ton interne alors pour la consultation suivante éventuellement ?

Par rapport à elle ?

Par rapport à l'interne.

Une fois que le diagnostic était posé, elle a accepté de prendre le traitement et j'ai pu lui renouveler le traitement et ça n'a pas été un souci. Mais le fait qu'elle ne m'en ai ... j'ai jamais réussi à comprendre. En fait elle m'a dit que voilà, ils ont commencé à discuter, elle a fondu en larmes et du coup elle s'était rendu compte de cet état dépressif, ce qu'elle ne faisait pas avec moi. Est-ce que voilà, le fait que ce soit une femme le fait que ce soit ... ? Peut-être ...

Tu en avais reparlé avec ton interne ? Donc c'est un interne féminine c'est ça ?

Ouais, ouais, oui, oui, puisque c'est quelqu'un qui m'a remplacé, et elle demandait des nouvelles aussi de la patiente, quoi. Ouais on a pas mal discuté.

Et elle en pensait quoi l'interne ?

Elle a pas compris, enfin ... mais cela dit le diagnostic était bien posé. Et vraiment, encore maintenant j'ai pas d'explication. J'ai pas vraiment su. Et c'est quelqu'un, c'est assez marrant, tant qu'elle bossait cette dame, je ne l'avais vu. Depuis qu'elle est à la retraite, donc un peu plus recentrée sur elle-même, je suppose, voilà, alors son mari a eu un cancer de la prostate, c'est sûr, et puis donc elle est un partie dans cette phobie, dans ce machin. Un petit peu ... enfin souvent les gens à la retraite quand même, un petit peu changement de caractère, un changement ... je pense que ça a été un peu le déclencheur. C'est un petit peu après que j'ai refait le fil ... on a revu quoi. Mais ça n'explique qu'elle ne m'en ai pas parlé à moi mais à l'interne. Mais toujours est-il que comme quoi ça vaut de temps en temps le coup un autre regard quoi.

Est-ce que tu pourrais me parler ... du quotidien avec ton interne mais à l'échelle du coup des deux mois de stage ?

Euh

Comment ça évolue ces deux mois de stage ?

Ah bah ça évolue entre une pratique donc de consultation où c'est moi qui ai la main entre guillemets, à son passage à lui, où lui il commence à prendre la main, à apprendre. Je dirai que les 15 premiers jours c'est déjà la maîtrise de l'environnement : les locaux, l'ordinateur, la gestion du patient. Et quand je sens que tout ça commence à être relativement bien en place, après, on va faire la gestion du patient seul pour qu'il arrive à travailler en autonomie et qu'il arrive donc voilà. Et ils se rendent très bien compte de cette progression. D'ailleurs même au sein de notre trinôme, je dirai que je suis celui ... alors j'ai à la fois une activité qui n'est pas trop importante, variée, et mais du coup, voilà, mon but c'est, voilà, de les amener dans une autonomie, vouloir, pouvoir faire leur consult et qu'ils arrivent à gérer la consult seul, sans stress hein. Ils ont des instructions, s'il y a trop de monde, trop de machin, ils m'appellent, enfin voilà, je ... le but c'est pas qu'ils soient dans la panique et c'est surtout pas ça ce qu'on veut. Mais voilà, qu'ils puissent progresser et arriver voilà ... Moi mon but, c'est que sortant de mon stage, ils peuvent entamer un SASPAS sans aucun problème, c'est ça le but.

Tu me parlais de ressenti quand tu veux le laisser seul. Sur quel ... sur quoi tu te bases pour ...

Ah ouais c'est difficile, ouais. Alors il y a à la fois son aisance, la façon qu'il a ... la façon aussi qu'il arrive à diriger le patient et pas se laisser diriger parce que ça on se rend compte ya quand même pas mal de gens, enfin, d'interne, c'est le patient qui va essayer de diriger l'interne, et souvent comme vous manquez un petit peu d'expérience et de bouteille bah vous

vous laissez un petit peu emporter. Et donc je me rends compte, ou alors quand c'est des consultations qui devraient être faciles et qu'il traîne, là après, à l'interrogatoire, je vais dire : et alors comment ça s'est passé ? On revient un peu dessus pour voir s'il a réussi à s'imposer lui par rapport au patient ou voilà. Et alors c'est parfois, peu importe que ce soit un homme ou une femme, ça n'a pas d'importance, mais c'est plus une question de caractère et de ... mais ça fait aussi partie de l'apprentissage. Alors c'est vrai qu'avec des internes un petit peu de 3^{ème}-4^{ème} semestre, ils arrivent beaucoup plus facilement à diriger un petit peu le patient. Quelqu'un qui manque comme ça de ... et c'est ceux en quoi je pense qu'un premier semestre va avoir plus de difficultés à diriger un patient, quoi. Elle sait mener son interrogatoire mais il faut quand même des fois reprendre le patient pour le ramener sur le fil et qu'on soit pas avec une masse d'informations et ça c'est que l'expérience qui arrive ... et c'est pas quelque chose qu'on arrive à leur enseigner. C'est soit eux ont déjà un petit peu en tête et y arrivent et donc après on peut un peu les orienter, ou leur expliquer en leur disant ... Mais c'est vrai que et c'est ça ce qu'on juge. Est-ce qu'il est capable d'amener le patient au bon endroit, au bon ... voilà, pour que Parce que si on les laisse partir , des fois, trop loin, on va avoir trop d'informations et qui permettent pas d'arriver à un diagnostic ou qui n'a pas d'intérêt dans un consult normal, voilà quoi. Et tout ça il faut l'estimer. Faut le ... Mais j'ai pas de tableau, j'ai pas de croix ... c'est, c'est du feeling. Moi je suis pas ... alors je sais qu'il y a des tableaux, je sais qu'ils ont des évaluations comme ça, moi j'ai pas ça, c'est ouais, c'est du feeling. Je me rends compte aussi si ça va, si on ... alors c'est vrai aussi les visites on les fait à deux. Mais les visites c'est lui qui dirige, moi je l'accompagne seulement, voilà. Je vais lui donner la feuille, machin, truc, il fait la feuille, l'ordonnance, voilà, et là aussi on se rend compte s'ils arrivent, c'est quand même des patients qui sont un peu plus autonomes, enfin plus dépendants, qui sont à domicile, voilà. Mais on a un peu le temps, j'ai pas 10 visites par jour,

on en a 4-5. Donc du coup on a largement le temps. Et donc c'est aussi un moment où on voit s'ils arrivent, s'ils arrivent à se débrouiller ou pas.

Et si l'interne n'y arrive pas, comment tu réagis ?

Alors là ça va être, ça m'est jamais arrivé encore, j'ai pas eu ce cas de figure, j'ai pas eu ce cas de figure encore. J'ai toujours réussi à pouvoir les laisser bosser seuls. Alors après de temps en temps j'en ai quand même eu un ... où je me suis pas rendu compte tout de suite et c'est par la suite, le retour des patients donc au bout de un mois des fois, au bout de trois mois quand ils renouvelaient. Je me suis rendu compte qu'il y avait eu des lacunes et c'était ... c'est dommage parce que c'est seulement après que je me suis rendu compte et donc le stage était terminé.

Et comment tu as réagis quand tu t'en ai rendu compte après ?

Bah j'étais un peu embêté quand même parce que je me suis dit : c'est quand même des choses qu'il aurait fallu mettre en place.

Qu'est ce qui a fait que tu l'as pas remarqué tout de suite alors ?

Parce-que tant que moi j'étais avec, ça s'est bien fait. Et dès que moi j'ai pas été avec... alors il y a eu deux choses : c'était un interne qui préparait sa thèse. Et donc du coup il avait un questionnaire de thèse à réaliser. Et à côté de ça il avait un examen clinique à faire, a minima certes, mais il manquait des fois l'examen clinique. Et les patients, malgré tout ce qu'il a fait, malgré le temps qu'il a pu passer pour ça ... sur sa thèse, pour son questionnaire, etc ..., ils ont quand même ressenti ce manque. Ce manque, juste d'un examen clinique, une prise de tension, une auscultation cardiaque, c'est pas grand-chose, un truc qui est fait en deux minutes. Et ça a été ... ya pas eu qu'un patient. J'en ai eu au moins 5 ou 6 ... Alors c'est là

où je sais pas et j'ai pas encore abordé. Mais je vais aborder puisque je fais toujours ma thèse avec lui. Est-ce que c'est parce-que il était concentrer sur son questionnaire de thèse, qu'il a un peu négligé le truc ? Je suis quelqu'un de très bienveillant et donc je vais toujours lui trouver des excuses. Je me dis, est ce que c'est ça qui a fait qu'il a négligé, mais il l'a fait aussi sur une patiente qui venait que pour un renouvellement. Il avait juste ... Et alors je lui ai demandé par 2 fois, et elle était accompagnée de sa fille, et sa fille a reconfirmé par derrière. Elle a dit il a pas contrôler l'examen clinique.

Tu en as reparlé avec cet interne ? Ou tu as pas encore ...

Non, de ce cas j'ai pas reparlé quoi.

Mais il y a eu plusieurs cas ?

Il y a eu plusieurs cas.

Tu as déjà abordé le sujet ?

Non pas encore, pas encore. Ouais c'est un peu voilà quoi. Mais je vais le revoir là prochainement et on va ... Pour l'instant c'est des échanges de mails. J'ai pas envie dans un mail d'échanger, au téléphone, voilà. On a eu aussi à un moment, donc il était parti de chez moi fin octobre, et du coup je pensais que sa thèse continuait et en fait j'avais plus de nouvelles pendant quasiment 4 mois. Et à un moment donné, il m'a envoyé pour la nouvelle année un sms de bonne année. J'ai dit plutôt que de m'envoyer un sms dis-moi si tu fais toujours encore ta thèse avec moi, puisque j'avais aucune nouvelle. Et alors là bon il était un peu surpris, du coup il m'a rappelé, on a un peu mis les choses à plat et en fait, il l'avait mis en suspens, mais sans m'avertir, sans rien. Il avait des questionnaires, il devait les récupérer.

Enfin, voilà, on a mis les choses au clair, il est toujours dans sa thèse, il est toujours... On va quand même réaborder ce truc-là à l'occasion.

Et comment tu penses que tu vas le réaborder alors ?

Bah je sais pas, il faut que ... il faut le réaborder, parce-que ... Mais déjà, je voudrais savoir si effectivement c'est parce qu'il était sur sa thèse et qu'il a peu négligé le reste, ou si il avait conscience ... je peux pas dire.

Et vis-à-vis des patients comment tu t'es senti quand ta appris ... ?

Après j'étais un peu embêté, parce-que moi, alors ... Autant, je peux faire un examen rapide, mais autant aucun de mes examens, il y aura toujours au minima, une prise de tension, voilà. Et c'est quelque chose que je fais à la fois pour curistes, pour les trucs et ils en ont bien conscience de ça. Et c'est quand même quelque chose d'important quoi. Ils avaient quand même la sensation, les patients, qu'il manquait quelque chose dans la consult. Alors c'est ce que j'ai essayé de leur expliquer, mais bon. Mais ils m'ont à chaque fois renvoyé oui mais vous à chaque fois vous faites la chose. Bon. J'en parle toujours aussi au départ. Je dis, même quand vous voyez les curistes, prenez une tension, prenez ... ça prend pas beaucoup de temps, faites votre examen clinique, même a minima, même si on ... voilà quoi. Alors ce qui me dérangeait aussi c'est que c'est vrai que, dans mes consult, avec les, les, les curistes ya quand même des fois, allez 6 rendez-vous de curistes plus 8 patients, sur 4 heures, ça fait 16 personnes, il faut voilà. Alors est-ce que il s'est senti un peu pris au piège par rapport au temps, en disant que je vais vite pour être dans les temps et c'est ce qui m'a un peu embêté. Alors que je lui ai expliqué que tu prends le temps qu'il te faut pour arriver à ta consult, ça peu importe ils ont l'habitude, ils savent, les curistes, ils sont là pour une cure, voilà. Ils ont le temps, voilà, c'est des gens qui sont en vacances, enfin en vacances, en congés en tout cas et

ils sont pas à la bourre. Donc il faut pas se laisser entrainer dans ce genre de choses quoi. Et du coup alors ça a été qu'un interne qui m'a posé un souci à ce niveau-là. Donc depuis les suivants ont des consignes beaucoup plus strictes et plus dirigées dans ça.

Est-ce que tu t'es adapté du coup au niveau du débriefing ? Pour déceler peut être plus ce genre de choses ...

Bah c'est ... j'arrive pas à les déceler. Imagine que finalement ... parce que c'est ce que, on faisait notre débrief. C'est-à-dire que, lui en fait notait dans le dossier que voilà tout allait bien, que tout... Alors c'est vrai que tous les curistes et je lui disais aussi, tu n'es pas obligé de noter dans le dossier la tension, parce que je ne le fais pas non plus, je note début de cure, tout va bien, voilà. Je note pas tout, et du coup, j'ai pas pu contrôler au départ si ça a été fait ou pas et si la patiente m'en avait pas reparlé, j'aurai même pas su si il l'avait fait ou pas. Et c'est bien qu'elle m'en ai reparlé. Et elle m'en a reparlé, la patiente qui venait pour le renouvellement, deux mois après que les autres curistes étaient revenus. Et les curistes je les ai vu au bout de trois semaines, au retour de truc. Et donc ils avaient quand même cette notion de

Et on a finalement le retour. Je me rends compte que finalement maintenant ils ... les patients me racontent des choses aussi. Et donc quand il y a une anomalie, on est au courant. Alors peut-être un peu tard, bon voilà, c'est dommage mais bon on peut pas leur demander de faire un retour immédiatement. Ouais j'ai pas encore de consigne à ce niveau-là. Je vais dire, c'est un cas sur ... j'ai eu 20 internes. Je vais dire voilà, et puis bon comme dit, circonstances un peu particulières, il devait donner son questionnaire, ça lui prenait du temps, plus la prescription de la cure, plus Il a peut-être voulu rogner sur l'examen clinique, c'est possible.

Est-ce que toi, cet épisode, a changé ta pratique du coup ?

Personnelle ?

Personnelle, oui ...

Ce qu'elle m'a changé, ce sont les instructions que je vais donner aux prochains. Donc là ça va être beaucoup plus clair, en leur demandant : bah vous me notez les tensions, vous me notez les machins. Comme ça, j'ai un contrôle pour savoir si ça a été fait ou pas. Je pense qu'il y en a quand même pas un qui va me noter des fausses tensions dedans. Ouais ... bon ... Mais voilà quoi. Le problème c'est que même s'il fait ça, j'aurai le retour par la suite des patients, on me le dira. Alors là ce sera encore pire. Je pense qu'ils joueront pas ... ouais c'est pas à ce point. Après c'est ce que je dis, je vais pas maintenant à cause d'un euh ... remettre en question tout. Je vais un peu plus vigilant sur les suivants quoi. Et je vais dire, c'est pour ça que souvent dans l'examen clinique qu'ils font, je n'interviens pas, je les laisse mener leur examen clinique quoi. Et je vois déjà si ... alors c'est voilà, il y en a qui sont beaucoup plus complet, beaucoup plus ... ya des gens qui spontanément vont contrôler les œdèmes, ou contrôler les pouls, vont ... chacun à sa façon de faire un examen clinique, mais bn après, on est quand même attentif et on regarde ce genre de choses.

Quand tu laisses tes internes en autonomie, qu'est-ce que tu ressens toi ?

A côté ? Enfin le ?

Tu fais quoi par exemple ?

Ah bah moi je me pose !!! Je suis un grand bricoleur, donc j'ai toujours quelque chose à bricoler. Euh ... alors le seul moment qui va me stresser un petit peu c'est le lundi après-midi. Quand je sais qu'il y a beaucoup de rendez-vous de cure et que je sais qu'il peut y avoir des

patients entre. Et le truc c'est de savoir est-ce qu'il arrive à gérer la consult ou pas. Mais ils ont des instructions. Ils doivent m'appeler s'ils ont ... alors j'avais aussi le dernier, lui il m'a appelé euh aahhh 6h moins 20 quand il avait encore 5 personnes dans la salle d'attente. J'ai dit tu aurais pu m'appeler avant pour qu'on déblaie un peu avant que tu sois en situation de ... mais il avait un petit peu mal géré le truc parce que du coup, lui pensait que les curistes étaient prioritaires, et donc il a pris les rendez-vous de cure en les appelant, les machins ... alors que moi finalement, pour les cures, c'est des ordres de passage, et je les prends dans l'ordre où il vient. Et du coup, voilà, moi j'arrive à gérer à la fois les patients et les curistes. Comme c'est un exercice particulier, qu'ils n'ont pas l'habitude, voilà, je dis, ça je peux pas leur en vouloir s'ils ont du retard ...

Comment tu as réagis quand il t'a rappelé à 6 h moins 20 ?

Ah bah j'étais un peu agacé parce que je savais qu'on allait finir à 6h et demi. (Rires). Mais bon je lui ai dit, je t'en veux pas à toi, c'est parce-que on s'est fait déborder tous, il y a aussi des gens qui sont venus au dernier moment et puis, mais bon ça m'arrive aussi. Le ... je veux dire, j'avais une fois un rendez-vous à la fac à ... un jeudi après-midi, je devais y être pour 13h-13h30, et à 11h j'avais 6 personnes dans la salle d'attente. Alors que j'ai rien foutu avant. Et du coup, j'ai fermé la porte à clé et quand j'ai ouvert la porte il y avait encore une fois un patient qui était devant la porte, qui m'attendait quoi. Et j'étais agacé, parce-que voilà quoi. Et ça c'est parce-que je sais que je vais pas y arriver, que c'est une fois dans l'année où ça m'arrive, et j'avais mis un mot comme quoi le cabinet sera exceptionnellement fermé à 11h, mais les mecs étaient quand même là. Et puis, ... mais bon ça c'est plutôt de la gestion des patients. Et ça bah c'est de la médecine, parce-que j'ai pas de rendez-vous, et parce-que c'est de la consult libre chez moi.

Donc tu étais agacé, et qu'est-ce qu'il s'est passé ensuite ?

Bah rien, voilà, j'ai ... j'étais plus agacé parce-que j'allais être en retard, mais bon ...

Tu as aidé l'interne alors, vous avez consulté ensemble ?

Ah oui on a consulté à deux, non, ouais, on la fait à deux, du coup souvent pour les cures il y a des papiers à remplir. Donc moi je remplis les papiers, lui fait l'examen clinique, du coup on gagne du temps, on a un peu rattrapé, on l'a fait à deux quoi. Mais s'il m'avait appelé à 5h, ou 4h et demi, j'aurai déjà dégagé, je l'aurai relâissé bossé, et puis on aurait, on aurait pas été Mais je pense qu'il, il pense y arriver. Et c'est seulement à la fin quand il s'est rendu compte que voilà. Mais bon, c'est aussi leur envie de, de gérer la consult seule, et puis, voilà.

Quand l'interne il examine quelqu'un ça se passe comment ? Il te fait un compte rendu oral, c'est lui qui note ensuite ?

Mais alors, quand on ...

Quand vous êtes à deux du coup ...

Non, quand on est à deux, il énonce ce qu'il a. Oui, ouais on en parle, voilà qu'est-ce que tu as eu, qu'est-ce que tu as entendu, qu'est-ce que tu penses ? Même, il fait son interrogatoire, bah tu penses à quoi ? Voilà, il me donne ces étio, ce qu'il a envie de rechercher, et je dis bah voilà continue, qu'est-ce que tu ... voilà, et puis ...

Donc vous débriefez devant le patient ...

Ouais, ouais. Alors souvent, c'est une collègue qui m'a dit le truc, c'est que votre façon de faire. On explique au patient qu'on va réfléchir à voix haute. Et elle disait que c'était aussi important qu'elle sache ce qui se passe dans notre tête quand on les examine. Et donc, du

coup on lui explique au patient, que voilà : pour une fois, au lieu que moi je réfléchisse à voix basse dans ma tête, on va le faire à deux mais à voix haute, pour que vous voyez aussi ce qui se passe dans notre tête pendant que je vous examine et pendant que ... Et elle trouvait que les patients étaient souvent intéressés par ce côté débriefing. Et ils le sont. D'ailleurs, souvent ça les intéressent de voir les étiologies qu'on évoque, les machins, enfin voilà, tout le panel, et comment on arrive à un diagnostic ou à un autre. C'est ouais pour eux, ils aiment bien, ils ont un peu l'impression de participer à un cours, voilà, c'est un peu comme ça que je leur explique, que je leur présente la chose.

Et l'interne réagit comment quand tu travailles avec lui au début ?

Bah, je pense qu'ils ont l'habitude de faire, je pense qu'à la fin que, enfin, qu'en service ils bossent aussi un petit peu, non moins. Ouais, ils sont plus seuls, alors c'est pas vraiment, alors c'est vrai qu'ils découvrent en fait, moi c'est ce que je leur explique aussi en début de stage : vous avez avec vous un médecin, qui est à côté de vous, qui est là pour vous, vous l'avez à votre disposition, voilà je veux dire il faut en profiter, il faut ... c'est maintenant qu'on fait des échanges, voilà. Vous aurez jamais ça à aucun de vos stages, voilà. Je suis à votre service, je suis quelqu'un de bienveillant, vous posez les questions que vous avez envie quand voilà. Je fais quelque chose, tu m'interromps avant, pendant, quand tu veux, enfin voilà. On en discute, on en parle et j'ai, voilà, régulièrement les internes qui, ah ouais au fait, tiens je voulais te demander pourquoi t'a fait ça, ci. Et puis voilà, c'est des échanges, alors on fonction comme dit, si on est devant un patient dans un cas clinique un peu particulier mais que bon voilà c'est la pathologie, médecine hein, j'ai envie qu'il énumère ses diagnostics, bah je le laisse faire, je, allez vas-y dis-moi qu'est-ce que Bon je suis aussi tuteur par ailleurs, donc du coup on a des échanges de pairs avec des tutorés, voilà, on a une façon de procéder, on a une ... et je reprends un petit peu la même chose chez eux, donc. Après son examen

clinique, son interrogatoire, sur quoi tu t'orientes, quelles sont tes hypothèses ? qu'est-ce que tu vas chercher ? Qu'est-ce que tu vas faire ? Donc après sur son examen clinique, bon maintenant que tu as fait, qu'est-ce que tu as ... Voilà quoi. Donc je trouve que tuto ... ouais tuteur c'est quand même un petit peu, il y a quand même des similarités entre les deux.

Parle-moi un peu du tutorat, tiens.

Du tutorat ? Alors le tutorat, la seule chose qui me gêne, dans le tutorat, c'est que c'est moi qui valide la phase socle. Et je pensais pas avoir ce rôle, et je pensais que c'était vraiment, que j'étais plutôt un accompagnant par rapport à l'étudiant sur toutes ses phases mais que je n'avais aucune décision administrative à prendre. Et du coup, le fait que j'ai quand même cette décision, c'est un peu délicat parce-que mes relations avec les étudiants ne vont pas être de la même ... tel que moi je lui souhaitais. C'est-à-dire que ... j'ai actuellement un tutoré qu'il faut que, faut que je lui tire un peu les oreilles pour qu'il me donne des travaux, des traces d'apprentissage, ses RSCA, et c'est quelqu'un qui connaît une de mes anciennes internes et avec qui on aurait voulu faire un repas à six. Et elle m'en a reparlé l'interne et je lui ai dit : écoute pour l'instant je ne peux pas, parce-que je l'ai secoué 2-3 fois et si on va manger ensemble, sur un côté amical, il aura du mal à se repositionner, pour moi en tant que tuteur. Donc tant que j'arrive pas avec lui à quelque chose de plus fluide dans ses productions, je peux pas me le permettre. Et je ress.... C'est ce que je souhaitais. Par contre je sais pas trop, pour l'instant, ça n'accroche pas comme avec mes internes, mais on se voit pas assez, euh avec les tutorés, je pense que c'estEn finalité, moi je les ai vu cinq fois sur une année. Bon je vais faire quand même mon ... on va quand même refaire un entretien individuel là, je vais essayer de poser quelque chose, pour avoir leurs retours sur leurs stages de médecine Gé, mais c'est un petit dommage ... Alors j'espère que par la suite ça va un peu évoluer, et je les trouve très très scolaire dans leurs productions de ... J'ai une interne, enfin

une de mes tutorés qui m'a produit un RSCA. Dans son RSCA, c'était un cas clinique d'une personne un peu âgée, par 2 fois ou 3 fois dans son récit, elle m'a parlé que ce patient lui rappelait son grand-père. Et dans sa problématique de RSCA, elle n'a pas parlé de ça. Et donc elle avait rédigé tout son truc fini, et elle m'envoie le machin comme correction, et je lui dis bah, en retour je lui fais : tu vois c'est un peu dommage, tu as pourtant dans ton récit parlé par deux fois que cette personne te rappelait ton grand-père, mais dans la problématique tu n'en as pas parlé. Et je pense que c'est au moins important de dire que voilà, tu as ressenti une espèce de, de, de, de lien par rapport à ça, mais c'est quand même important que toi en tant que médecin que tu fasse la distanciation par rapport à ça et que ... Et j'ai eu un retour de mail en disant : oh bah je pensais que mon dernier ... enfin que la dernière version du RSCA était bonne, et que j'avais pas besoin de rajouter encore ça. Et je lui ai fait un retour de mail en disant : mais tu sais, le RSAC que tu me fais là, c'est un travail pour toi, moi j'en ai pas besoin du travail que tu fais, mais en lisant ton RSCA, on découvre des choses de toi et de ta personnalité et je pense que c'est quand même important que tu en parles dans ton RSCA et je le fais pas pour t'embêter, c'est pour que toi tu progresses et que tu ... Voilà. J'en suis un peu ça des fois, dans ... Et c'est des premiers semestres, c'est des vrais premiers semestres, je pense qu'ils se rendent pas encore compte du travail qu'est le RSCA. Pour eux, pour eux, ils font le ... je dois le rendre, je dois le faire, je le fais mais c'est plus une contrainte qu'un travail ... et c'est ce que, bon après nous dans notre dialogue, c'est voilà, j'essaie de leur faire comprendre que, voilà, c'est un travail par la suite qui va les aider. J'essaie aussi de faire des échanges de pairs un peu plus vivants. Donc les échanges de pairs, ils ont un cas clinique à présenter, donc là, nous on le fait sous forme de jeu de rôle. Il y en a trois : l'interne qui présente son cas clinique, c'est lui qui joue le patient, je veux un autre interne qui va être le médecin qui va interroger, et j'en ai un troisième qui prend les notes, sur ce qui a été dit, sur ce qui a été truc, pour faire les synthèses quoi. Et du coup, bon, voilà, une façon de faire qui

est un peu plus vivante, et un peu plus Et alors, au début, c'était ... alors tous nos tutorés, nos neuf tutorés, ils sortent des urgences. Et donc, dans un premier, dans le premier échange de pairs qu'on a fait, putain, ils m'ont sorti mais la totale. Le patient il avait tout, tchak, tchak. Donc un gars qui vient pour une douleur thoracique, il avait voilà, l'ECG pour le truc, l'embolie pulmonaire, nananananana Et donc, et je m'en suis pas rendu compte de suite, je m'en suis rendu compte, donc on a fait une synthèse, on a ... et c'est après, en rentrant je suis un peu à retardement, mais je m'en suis rendu compte pour la séance d'après. Et donc je leur ai expliqué, j'ai dit OK : je me suis rendu compte que vous avez des réflexes d'urgences maintenant, c'est-à-dire qu'on va faire tout, maintenant j'aimerais que vous vous placiez dans le cadre d'un médecin généraliste, un vendredi soir, à son cabinet, en étant d'astreinte, en sachant qu'il n'a plus d'examen biologique, qu'il n'a plus d'échographie, qu'il n'a plus de machin, et le diagnostic, enfin le cas que vous allez faire, la question que vous devez vous poser : est-ce que je peux moi, en médecine générale, le soigner encore en sachant que j'ai le samedi pour avoir un bilan biologique et une échographie, enfin une radio, un examen complémentaire, ou est-ce que vous allez le transférer aux urgences ? Et du coup, voilà, il y a un eu un travail un peu différent et ça été ... ils commençaient juste à aller en stage de médecine Gé. Et du coup, ça a été, voilà, je leur ai donc demandé de faire un exercice un peu différent sur ce coup là et qui va les préparer pour le stage de médecine Gé. Toujours, dans l'optique de pouvoir diriger un patient dans sa consultation. Voilà, c'est un exercice un peu théorique : comment mener une consult en médecine Gé ? Alors, j'espère que peut-être ça leur aura servi. On verra ça par la suite. Voilà, et donc. Donc on leur a aussi donné des obligations de rendre des RSCA le 5 septembre, c'est bouclé le socle. On a notre réunion le jeudi matin le 5. Donc voilà, parce-que ya aussi des congés. On va voir, bon à part ce gars qui me pose un peu des problèmes, voilà, j'espère que ça va un peu rentrer dans l'ordre. J'aimerais que les relations Qu'on puisse devenir un peu plus, ouais plus amical quoi. J'aimerais pas

rester dans quelque chose de scolaire comme ça. Le but c'est quand même de les accompagner, qu'ils se sentent en confiance, de raconter, mais que eux aient quand même ... Voilà on a quand même eu des retours des stages aux urgences, il y avait des choses à dire qui n'allaient pas, et voilà, ils ont quand même parlé. On leur demande régulièrement s'il y a des soucis, si machin ... enfin ils parlent quoi. Nous à l'époque on avait pas ce genre de chose. C'était démerde toi, ta un souci, ta un machin, ... ça existe depuis, quoi ... une dizaine d'années ...

Même pas ...

Non mais c'est ce que je dis. Je dis là vous avez des réunions, en petits groupes, voilà, profitez pour vous exprimer. Non mais c'est quand même ...

Toi, t'a pu avoir des retours, sur ton stage ?

Sur mon stage de quoi ... moi ?

Sur ton rôle de maître de stage, t'a eu des retours ? Tu me parlais des retours des urgences ...

Ah non, comment, non mais comment tu veux dire ?

Sur ton stage où tu es maître de stage, t'a ...

Non, non tu l'as pas. Non t'a pas de retour direct toi. Eux ils font une évaluation, et c'est ... j'ai pas d'évaluation comme ça. C'est ... moi j'aimerais bien, moi j'aimerais ... bah ils veulent le mettre en place, je crois c'est que là. Ce serait bien, parce-que moi j'aimerais bien justement avoir ... après c'est délicat pour eux. Après on en discute pas mal, je sais que, même dans notre trinôme, moi ya des choses que moi je suis ... alors un exemple : il se trouve que j'ai

une dent sagesse infectée, j'ai fait une ostéite, je suis sous antibio, donc là j'ai vu en urgence un dentiste mardi après-midi et j'avais un cone-bean à faire mercredi 15h. L'interne était en autonomie depuis 15 jours. J'étais embêté parce que N***** - H ***** euh ... 30 minutes, je l'ai laissé quasiment 2 heures en autonomie, en sachant que j'étais joignable au téléphone. Moi ça m'a posé un problème rien qu'à cause de ça. Et quelque part j'ai estimé que c'était un cas de force majeure, entre guillemets quoi, donc j'en ai discuté avec lui, je lui ai dit écoute : tu te sens capable de le faire, est-ce que tu ... voilà, je veux pas te mettre en porte-à-faux, tu le dis, est-ce que Il m'a dit non vas-y, je veux dire, au pire je t'appelle au téléphone. Il m'a appelé un coup parce-que il arrivait plus à rentrer dans la compta, parce qu'il était sorti du dossier. Je lui ai dit il faut que tu relises la carte vitale, il a relu la carte vitale, ça a été réglé quoi. Aucun souci, aucun problème. Voilà, on en a ... on avait débriefé je l'ai appelé au téléphone, la veille en lui disant, voilà. Ecoute, voilà, j'ai l'examen à faire je suis un peu embêté, qu'est-ce que tu en penses, est-ce que, voilà, tu te sens capable, t'a envie ? T'a pas envie ? Sinon j'annule, je voilà. Et j'avais un rendez-vous qui était prévu normalement moi 4h et demi, j'ai annulé le rendez-vous, j'ai expliqué à la dame ; écoutez je pourrai pas parce-que j'étais pas sûr d'être là pour 4 h et demi, finalement à 4 h j'étais là. Mais euh En retour j'ai quand même des collègues qui sont en vacances et qui les laissent bosser alors qu'ils sont en vacances, sans débrief, sans machin. Je veux dire là je me suis absenté en étant joignable, on a débriefé le soir. Je veux dire moi des fois quand je suis à N***** j'ose pas aller euh ... voilà dans le coin, enfin chercher du pain, pour qu'il soit pas seul au cabinet. En sachant voilà, que je suis joignable.

Pourquoi ?

Mais c'est une question de responsabilité. Pour moi c'est ça. Alors j'ai évoqué ce problème au département de médecine Gé, et le problème c'est qu'ils sont tous du département de

médecine Gé à faire la même chose. Et le problème, c'est qu'un jour, il va y avoir un pépin, c'est-à-dire qui a un interne qui va une fois tomber sur une connerie, le maître de stage ne sera pas là, et on va tous s'en prendre plein la tête. Et après, parce-que c'est dans les textes quand même, on signe un papier, ils ont pas le droit d'être seuls, d'être machin, d'être Et ouais ... mais c'est les 1ers à le faire hein ! Et je trouve pas ça normal quoi. Surtout que, alors, tout au début, moi je voulais, enfin je voulais donner officiellement une astreinte à un interne de médecine Gé... rémunération, euh voilà ! Mais officiellement ! Et on m'a dit, non c'est interdit, il a pas le droit, il peut pas ... Pas de souci, voilà. Et du coup maintenant il me remplace régulièrement, j'ai pas eu de souci avec ça. Mais bon je le fais pas, quoi. Bon voilà c'était un cas un petit peu embêtant, j'étais, j'avais pas d'autres Si il voulait ... J'ai failli t'appeler qu'elle voulait me donner le rendez-vous à 14h aujourd'hui. Et j'ai dit écouté, j'ai un interne pour une thèse, bon bah mercredi 15h. J'ai dit OK, je vous rappelle, je vous confirme et voilà. Mais pour moi le truc, c'est que ... je l'ai vécu en tant que remplaçant. Nous on voyait un généraliste pendant 2h, il nous expliquait en 2h le fonctionnement de son cabinet, il nous filait les clés, et on était à le remplacer pendant 15 jours-3semaines. Lui était non joignable, tu te débrouilles, avec tout le stress que ça peut donner quoi. Donc j'estime que ces stages que vous avez chez nous, doivent pas ressembler à ça. Voilà, vous devez avoir quelqu'un à côté de vous qui peut intervenir, qui ... voilà quoi, quelqu'un qui ... si y'a un souci quelqu'un qui est là. Pas que au téléphone, qui est là physiquement. On sait jamais, tu peux avoir un malaise, un arrêt cardiaque. J'estime que si t'as ça ... ça c'est les limites de ... voilà. Et je pense que ... officieusement, ce sont des choses qui se savent, qui se pratiquent. Vous vous avez beaucoup de mal à refuser ce genre de choses parce que je peux comprendre que Moi j'essaye de vous laisser le choix. Voilà. Maintenant est-ce que, pareil, lui va me dire, il va me dire oui tout en étant pas ... j'ai quand même été suffisamment clair en lui expliquant que voilà, je pense que s'il ne s'était pas senti capable il me l'aurait dit. C'est ce

qu'il m'a dit d'ailleurs, il m'a dit tu vois si tu m'avais demandé de faire un truc que ... je t'aurais dit ...

Alors que ça serait différent avec un SASPAS si tu en avais un ?

C'est ça, bah un SASPAS il peut bosser en autonomie quoi, ça c'est sûr. Mais bon avec le SASPAS ... mon problème du SASPAS c'est qu'il faut quand même que je sois avec lui N*****, c'est difficile la distance, je me vois mal rester ici alors que lui bosse. C'est pour ça que j'ai pas de SASPAS encore.

Pourquoi tu te verrais mal rester ici alors que lui travaille ?

Bah je sais pas, c'est toujours ... si lui a un pépin.

Mais le SASPAS est censé théoriquement rester seul ...c'est le principe du stage.

Il faut juste rester joignable au téléphone, ouais je sais pas.

Tu n'es pas à l'aise avec le concept ...

Non, non, ça me gêne quoi, ouais.

Mais juste sur le plan de la responsabilité alors ?

Ouais, pour lui, pour lui, je me mets à sa place. Moi j'aurai confiance, c'est pas ça le problème. Mais je me dis, à son niveau ... bon un SASPAS, oui j'en ai pas eu, c'est difficile pour moi. Je pense qu'au début, voilà je flipperai un petit peu et puis ouais, au bout d'un moment, toujours pareil, tu connais pas la personne, voilà. Ca dépend sur qui tu vas tomber, sur qui tu vas ... Voilà. C'est toujours pareil quoi. Compliqué. Non, mais bon, c'est pour ça que pour l'instant je me contente des internes, et en étant, voilà dans un encadrement quand

même ... avec eux tout le temps. Bon c'est vrai que, voilà, on mange ensemble, c'est entrée-plat-dessert, on cuisine, c'est sympathique hein. Ouais, ouais on s'amuse bien, on va boire un petit coup de temps en temps, on se boit une petite goutte, ouais voilà, non c'est sympa. C'est un stage qui est ... enfin je pense, je pense que y'a aucun interne qui est sorti stressé de mon stage. Activité, voilà, moyenne, variée, sympathique, des gens, des patients sympas. Pas de stress, personne qui râle parce que c'est un interne qui va mettre un peu plus de temps, parce-que voilà, c'est aussi important pour eux.

Si tu devais retenir une notion de la maîtrise de stage, ça serait quoi ?

La maîtrise de stage, alors attends, à mon niveau ? Ou ... Globalement ?

Une notion ...

Une notion, Bah moi c'est quand même une transmission ... alors moi je voudrais quand même transmettre quelque chose, c'est ma façon ... voilà. Et je voudrais euh ... en fait par rapport à ce que moi j'ai vécu dans mes remplacements, et dans mon installation, voilà, transmettre une façon de faire qui fait que le jour où vous vous installez, bah vous serez peut-être un peu plus en confiance. Parce-que vous avez eu un encadrement sympa, parce-que pendant cet encadrement, vous avez vu la médecine, vous avez pu pratiquer. Mais vraiment en sécurité, en autonomie, avec peut être des cas difficile mais quelqu'un à qui discuter, avec qui ... voilà. Moi j'ai quand même ma première externe de médecine Gé, qui habite maintenant N***** et avec qui je fais régulièrement des échanges sur des cas cliniques. Et qui a donc 20 ans d'écart, 25 ans d'écart avec moi et donc elle me parle de ses cas cliniques, et moi je lui parle de mes cas cliniques, voilà, et c'est vraiment un échange, voilà quoi. D'ailleurs c'est quelqu'un à qui j'ai proposé une association qui malheureusement n'a pas pu se faire. On a des affinités comme ça avec des internes, même elle me remplace régulièrement, voilà, et

c'était ... elle a la même façon de travailler que moi et du coup c'est assez synaptique. Elle est dedans, elle est dedans quoi. Voilà. Trouver des gens qu'on sent que la médecine Gé les intéresse, et qui veulent vraiment faire leur métier et qui, voilà ... de leur montrer vraiment le bel aspect de la médecine Gé, c'est ça aussi. Leur transmettre aussi l'envie de pratiquer parce que malheureusement vous êtes que la moitié qui s'installe sur à peu près ...

A peu près ...

C'est ça ce qui est un peu hallucinant. Alors nous, dans notre secteur, on a vraiment de la chance d'avoir un secteur très dynamique. Alors on est, on a fusionné avec deux secteurs, mais sur les deux secteurs, on est quasiment 32 médecins, c'est énorme. Donc au niveau des gardes c'est super, au niveau ... voilà. C'est dynamique, il y a des gros cabinets, il y a des machins, moi j'exerce seul, je suis seul. Ouais j'aimerais bien m'associer, c'est, maintenant 5* ans, voilà. Ça me plairait bien de trouver quelqu'un qui bosse à contre temps avec moi et qui par la suite reprendra, aussi pour les patients. Et puis c'est un peu ... ça c'est encore le dernier objectif. Mais bon c'est un mariage, je dirai, il faut trouver la bonne personne. J'ai failli trouver là. On verra comment ça se passe ...

Bien, d'autres points que tu voulais aborder encore ?

Non, dans l'ensemble, j'espère que pour toi aussi.

Très bien, je te remercie alors.

Je t'en prie.

Annexe 3 : Exemple d'entretien MSU 8

Fiche signalétique :

Sexe : masculin

Age : 60-65 ans

Lieu d'exercice : rural

Année d'obtention de la thèse : 1984

Année d'installation : 1985

Début dans maîtrise de stage : 2003

Type d'internes accueillis : SASPAS et santé de la femme

Confrères dans le même cabinet : oui

[MSU 8] Avant d'être SASPAS, j'étais interne et externe. Et puis après, à partir du moment où il y a eu un SASPAS ...

[JG] Donc là, vous travaillez avec votre ...

Avec mon épouse, ouais.

Elle est également maître de stage aussi ?

Non.

Par volonté, ou manque de temps ?

Non, elle a pas la même ... elle ne se voit pas maître de stage. Ca la dérange beaucoup d'avoir ... de ne pas être seule. Ca peut se concevoir, hein. Moi ca me dérange aussi de temps en temps. Il y a effectivement, il y a des gens que ca dérange. Moi ca me dérange pas, mais il y a des gens que ca dérange.

Des patients que ça dérange ? Vous, que ça dérange ?

Ouais, et puis moi parfois aussi de temps en temps. Il y a de temps en temps des patients que j'aimerais voir tout seul.

Comment vous gérer ça alors ?

Bah je sais pas, il n'y a pas toujours un interne. Par exemple cette semaine, je suis tranquille, il n'y en a pas.

Vous voyez avec les patients, vous les faites venir quand il n'y a pas d'internes alors ?

C'est pour ça j'aime bien ... j'ai pris un SASPAS et un stage prat, donc le stage prat c'est 3 mois sur 6, le SASPAS c'est une fois par semaine. Donc ça me laisse quand même des petits moments tout seul. Je pense qu'on en a besoin. Je pense ...

On peut pas toujours avoir quelqu'un avec, c'est sur ...

Non, c'est ça, pour les patients aussi. Je veux dire, il faut que les patients puissent avoir accès ... moi ... à un entretien, c'est ce qu'on appelle un entretien singulier.

Donc le SASPAS est là toutes les semaines, il y en a un ça c'est sur, mais c'est un jour ponctuel ou ça change ?

Ponctuel ?

Tous les lundis, tous les mardis ...

Tous les mardis.

Tous les mardis, OK.

Et le praticien de niveau 1, l'autre interne, du coup il vient 3 mois d'affilé, ou c'est 3 mois ...

Oui, 3 mois. Là, moi actuellement je suis classé stage de perfectionnement avec 3 mois chez moi puis 3 mois en gynéco-obstétrique.

D'accord donc, c'est un stage de santé de la femme.

Dans la nouvelle maquette, ouais c'est ça.

Il fait les 3 mois d'affilée chez vous et ensuite il va 3 mois dans un service ...

Ouais, au début j'avais des internes de 2^{ème} année en général, quand ça a commencé. Après j'ai eu un petit peu des internes de 1^{er} année, avec la nouvelle maquette là, donc c'était souvent leur premier stage. C'était un petit peu plus dur parce que ils sortaient de l'hôpital donc c'était un peu ... (rires), ils étaient encore un peu formatés par l'hôpital, donc voilà. Je préfère comme ça, je préfère voir des internes qui ont déjà un petit peu d'expérience de la médecine générale.

D'accord. Alors du coup, question générale : qu'est ce que la maîtrise de stage pour vous ?

La maîtrise de stage ? Bah ... c'est faire partager mon ... mon amour du métier disons voir, hein. Voilà.

Comment vous faites alors pour partager votre amour du métier ?

Et bah on bosse ensemble, je ... oui on bosse ensemble, j'aime bien bosser ensemble à deux.

Je préfère d'ailleurs souvent le stage prat, plutôt que le SASPAS. Le SASPAS on n'est pas avec, on partage aussi, mais je veux dire ... moins longtemps et a posteriori.

Du coup, vous me dites « bosser à deux », c'est-à-dire, ça ce passe comment alors ?

Ouais ...

Qui fait quoi ?

Bah ça dépend des internes, on se répartit les tâches, il y en a un éventuellement à l'ordinateur, l'autre qui examine, ou réciproquement, voilà.

Et vous inversez après ?

Ouais, ouais on change, en fonction de ... et puis en fonction de ce que souhaite l'interne aussi. Le mot qui convient le mieux, moi, c'est compagnonnage.

Compagnonnage ...

Ouais, je trouve que c'est le terme. Voilà, on fait tout ensemble. On consulte ensemble, on fait les visites ensembles, on bouffe ensemble à midi. Voilà, on partage une journée tous les deux, ensemble. Voilà. Pour qu'ils aient une vraie expérience de vie de médecine générale, une journée de médecine générale. Voilà.

Et après, vous en rediscutez des cas que vous voyez ?

Oui, c'est ça. A midi, en bouffant, je veux dire. On partage aussi sur des choses ... même extra-médicales. Ça peut être aussi ... ouais.

Et comment vous en discutez alors ?

On peut parler de tout, de ce qu'ils ont déjà fait en stage, de leur expérience à eux, de leur projet éventuellement de ... leur projet professionnel, de leur vie de famille, comment ils conçoivent la médecine, enfin ... voilà. Ou eux ils m'interrogent éventuellement sur mon expérience à moi. Comment j'ai organisé ma vie familiale, comment j'ai organisé ma vie professionnelle, comment j'ai ... ouais. Voilà, il n'y a pas que du médical. Il y a aussi du vécu.

Et vous pensez que c'est important le vécu, aussi ?

Ouais, je pense. Ah oui, c'est ce que demandent les internes, ils se lancent dans un métier qui n'est pas forcément facile, où il va falloir qu'ils soient disponibles, donc ils ont souvent beaucoup de questions sur leur ... comment ils vont vivre leur vie professionnelle, comment ils vont concilier leur vie, par exemple leur vie familiale et leur vie ... hein. Beaucoup de questions, souvent sur ... comment j'ai fait avec mes enfants, comment j'ai géré ... hein, voilà.

Et vous leur répondez quoi alors ?

Bah moi je leur parle ... je leur fait part de mon expérience personnelle, voilà. Et puis ma femme est là aussi, je veux dire, on bouffe ensemble à midi donc ... voilà, on a d'autres expériences aussi d'associés.

Donc vous recoupez un peu les expériences ...

Ouais, ouais, c'est ça. On peut reparler effectivement de patients, ce qu'on a fait dans la matinée, ouais.

Vous en reparlez comment alors ? C'est l'interne qui va venir spontanément posez une question ?

Ouais, c'est ça, c'est du retour sur patient. Par exemple, du retour sur patient. Qu'est ce que tu penses, éventuellement de la consultation de ce matin ... Comment tu l'as ressenti ? Qu'est ce que tu en pensais ? Hummm ...

Et avec le SASPAS du coup, vous n'avez pas tout ça ?

Si, si, parce qu'on bouffe ensemble à midi. Ouais, ouais c'est ça, donc en général, elle fait les consultations le matin, on bouffe ensemble à midi, et après on parlait de la ... pas forcément de la matinée parce que je fais un débrief l'après midi puisqu'après elle va faire les visites, et puis quand elle a fini ses visites, on fait le débrief sur les cas qu'elle a vu. Donc on reprend avec l'ordi les patients qu'elle a vu.

D'accord, donc pour les visites de l'après midi ...

Oui, après les visites. En fin de journée, donc avant qu'elle parte.

Et là, pareil, vous revoyez tous les cas, ou c'est elle qui va vous posez des questions ?

Non, je revois tous les cas, je vais dire. On fait la liste là et puis moi je rouvre ... et puis c'est pas ... surtout que de temps en temps c'est des patients que je ne connais pas forcément, puisque ça peut être aussi des patients de ma femme, c'est pas des patients que je connais très bien. Ou ça peut être des gens de passage, ou ça peut être ... voilà, pas forcément des gens que je connais.

Comment se déroule le stage SASPAS, du coup, entre le début et la fin des 6 mois ? Il y a une dans le stage ou pas ?

Ouais, ouais, parce que ... oui forcément, enfin j'espère, c'est souhaitable (rires). Qu'ils apprennent quelque chose quand même.

C'est-à-dire, ils arrivent le premier jour, comment ca se passe alors ?

Alors les deux premières matinées, enfin les deux premiers mardi du stage, je travaille avec eux. Pour les familiariser avec le logiciel, pour le montrer un peu comment je travaille, où se trouve les outils, tout ca. Si je le fais pas, ils risquent de me téléphoner tout le temps, donc il vaut mieux le faire correctement deux matinées et puis je les lâche en général au troisième ... troisième mardi.

Donc systématiquement au troisième vous les lâchez ?

Troisième mardi, en général je les lâche, ouais. Sauf s'ils ne se sentent pas d'attaque, hein. S'ils me disent : oh je préfère que vous restiez encore une fois ... j'y vois aucun inconvénient.

Il y a déjà des difficultés avec certains internes, voilà, à lâcher ...

Ah toujours, ouais, toujours, il y a toujours des internes ... ouais ...

Comment vous gérez ca, du coup, si le troisième mardi, vous ne pouvez pas le laisser ?

Pas le laisser ... Bah éventuellement, je reste disponible au téléphone, je peux rester éventuellement à côté, je peux même être éventuellement dans l'autre bureau. Je suis joignable, de toute façon je suis joignable tout le temps. Sauf exceptionnellement si je sais pas, j'ai un déplacement, de temps en temps quand j'avais des déplacements pour le tutorat, à

Strasbourg, à la fac ... Mais pareil, je reste joignable. Voilà. Et puis il y a ma femme qui est là aussi, je veux dire, si jamais, hein.

Vous consultez comment du coup ? En alternance tous les deux ?

Moi je fais consultations le matin, elle, consultations l'après midi, puis elle fait quelques visites le matin et moi je fais les visites l'après midi.

Comment vous vous sentez quand vous laissez l'interne seul alors ?

Ca dépend lesquels (rires) ... Non, il y en a qui sont plus ... voilà, plus aguerris, donc auxquels je fais plus confiance.

Qu'est ce que vous faites à ce moment là ? Comment vous vous sentez ? Vous vazez à vos occupations ?

Oui, je vaze à mes occupations et puis de toute façon je leur dis toujours, que si jamais il y a un problème, moi je suis disponible, je peux venir éventuellement, je sais pas, par exemple, s'il y a un geste technique qu'ils ne veulent pas faire ... je leur dis, c'est bon vous pouvez m'appeler si jamais il y a quelque chose à faire.

Et quand c'est un interne avec qui vous êtes peut être moins en confiance, vous vous sentez comment alors à ce moment là ?

Ah bah le SASPAS de toute façon, on peut pas rester derrière tout le temps, puisque c'est une mise en autonomie, je veux dire. On peut pas ... la mise en ... il faut bien un moment le lâcher. On le lâche et puis après éventuellement, au débriefing, on reprend les trucs et on essaye de corriger le tir.

Comment vous corrigez le tir ? C'est lui qui va corriger ou c'est vous ?

Ca dépend. Si éventuellement il y avait quelque chose de ... qu'on a vraiment oublié, on peut toujours téléphoner au patient, hein. Donc si jamais il y a un truc, moi je lui dis : écoute, réfléchis à ça ou fais des petites recherches la dessus, ou moi j'essaye de lui faire un petit topo sur la ... sur la conduite à tenir, hein.

Donc ça, c'est la même méthode, on va dire, que ce soit SASPAS ou ...

Ouais, c'est ça. Moi ce que je demande à mes internes, c'est toujours de ... Les internes ils ont tendance à ... De temps en temps j'ai un interne, récemment j'avais un interne, il voit un patient diabétique qui vient, bon bah il a fait une lettre pour le diabéto, une lettre pour le cardio, une lettre pour ... c'est pas ça la médecine. Hein, je lui ai dis, non c'est pas ça ... Il faut que tu ... voilà, hein. Pourquoi le diabéto ? Parce que tu sais pas faire ... Il faut apprendre, dans ce cas là, il faut que tu apprennes à faire. Le cardio ... est ce que le cardio ... la consultation cardio va modifier quelques chose à ta ... à la prise en charge ? Oui/Non, c'est non, pas la peine, on peut peut-être réfléchir, hein. Voilà. Moi je demande à mes internes, il faut profiter du stage, ils ont le temps, hein, ils sont pas surmenés, hein, ils peuvent faire des consultations d'une demi heure s'ils veulent, je veux dire ... bah qu'ils en profitent, pour creuser le problème, je sais pas moi ... faire des électro ... faire des gestes techniques, examiner correctement les gens, prendre le temps ... voilà. Je crois que c'est ça qui est important. Ils ont le temps, ils sont pas surmenés, parce que le mardi c'est un peu plus calme parce que c'est le jour de l'interne, donc ils ne sont pas ... ils sont rarement surmenés.

C'est la présence de l'interne qui a rendu le mardi calme, ou c'est vous volontairement qui avez allégé ?

Oui un petit, ouais, parce que j'ai des patients qui sont très ... très fidèles et très attachés.

Donc ils savent que c'est le jour où ils ne vous verront pas vous ...

Oui, c'est ça, voilà. Oui il y a des patients ... ca existe partout, quand ils viennent et qu'il y a le remplaçant, ils font demi-tour. Ca s'est vu de tout temps.

Et vous, comment vous vous sentez dans votre rôle de maître de stage ? Qu'est ce que ça vous fait de dire : je suis maître de stage ?

Bah ca a changé un petit peu. Moi je suis ... personnellement je trouve que je suis de plus en plus déçu. Au début ça m'a beaucoup apporté, maintenant je me pose des questions sur l'utilité ... sur l'utilité que j'ai. Quand je vois les résultats et le nombre d'installations qu'il y a en médecine générale, je me dis : on a raté quelque chose. Puisque moi, mon objectif ... le principal objectif de la maîtrise de stage c'est de faire découvrir la médecine générale, leur donner envie de faire de la médecine générale, pour qu'ils s'installent un jour en médecine générale. Or, actuellement, les installations en médecine générale, je suis désolé, mais ca coince. Ca coince. La preuve en est, c'est que je cherche un successeur depuis 3 ans ... Non, ils veulent pas, il y a trop de travail, c'est trop loin de Strasbourg, il faut bosser le samedi, bah oui ...

Et vous pensez que c'est votre rôle de ...

Ah bah oui ! Parce que je veux dire ... moi quand je vois ... pareil, je vois comme ca des jeunes médecins installés, quand je vois la maquette de ... du DES de médecine générale, avec les 12 objectifs ... je sais pas si tu connais les 12 objectifs de la maquette ...

Moi je suis encore de l'ancien régime ...

Les 12 objectifs de la médecine générale, je peux te les donner éventuellement, je les ai éventuellement dans l'ordi ... où on fixe des objectifs, à savoir ... bah je trouve que actuellement le DES de médecine générale ne remplit plus les objectifs. Ils font un stage d'urgences, où on les stresse, on les ... des trucs comme ça, et puis après quand ils s'installent, ils ne font pas d'urgences, ils ne font pas de sutures, ils ne font pas de ... C'est dommage. Moi, quand je me suis installé, j'ai ma maquette de médecine ... euh d'internat, j'ai fait 3 ans d'internat, mon objectif pendant l'internat, c'était d'apprendre à gérer les urgences, à faire de la gynéco, à savoir faire un frottis, poser un stérilet, faire des actes techniques, suivre une grossesse, il fallait qu'en pédiatrie je sois au point, il fallait ... Et j'ai fait, j'ai bâti mon internat comme ça. J'ai fait ma propre ... à l'époque ca n'existait pas le DES de médecine générale. Mais j'ai fait ma maquette, propre à moi-même. Ma maquette de médecin généraliste. Voilà. Et on faisait des gardes aux urgences. Et quand je me suis installé ici, a m'a permis de faire de la pédiatrie, de la gynéco, de faire de la petite chirurgie, des exérèses de trucs ... voilà, des actes techniques, des infiltrations, des ... voilà. Parce que, voilà, c'est ... je m'étais fixé ça comme objectif pendant mon internat. C'est-à-dire faire de la médecine générale pour pouvoir m'installer en milieu rural.

Et pourtant la nouvelle maquette en place depuis 3 ans ... (sonnerie du téléphone du bureau) permet de voir directement tous ces ...

Oui d'accord, enfin je ... non, je vois pas très bien.

C'est depuis qu'il y a eu la réforme que vous sentez qu'il y a ...

Non, mais c'est ... c'est d'une façon général, c'est une façon général. Et puis je trouve que les internes ont changé. Moi les premiers ... les internes que j'avais il y a 15 ans, étaient

beaucoup plus motivés pour faire de la médecine générale, ils en voulaient, ils étaient là pour apprendre vraiment, ils étaient très demandeurs pour apprendre des actes techniques, pour gérer de ... pour faire de la gynéco, de la pédiatrie, pour faire de la médecine générale, de la médecine générale et de la médecine de premier recours. *Nouvelle sonnerie de téléphone*

Quand je vois ce que devient de plus en plus la médecine de premier recours, bah c'est ... c'est plus nous qui faisons la médecine de premier recours, c'est les urgences, c'est les urgences qui le font, ou c'est les spécialistes. Puisque les gens vont directement chez le spécialiste, médecin de 1^{er} recours, pas forcément le bon d'ailleurs en général. En général c'est pas forcément le bon. Voilà, donc moi je suis un petit peu ... je suis un petit peu aigri, je me dis : bah oui on a raté quelque chose ... la formation de la médecine générale. Si vraiment on avait été bons, nous les maîtres de stages, bah il y aurait beaucoup plus de jeunes qui s'installeraient en médecine générale.

Parce que vous pensez que c'est uniquement dû aux maîtres de stage ?

Je sais pas, c'est ma première ... l'hôpital a visiblement ... ça les attire plus que la médecine générale. Donc l'hôpital visiblement se débrouille mieux, je sais pas.

Peut être qu'on passe plus de temps à l'hôpital que chez le généraliste aussi ...

Voilà, non mais ca je pense aussi que ...

Mais c'est vrai qu'avec la réforme, ils donnent quand même plus de temps en libéral que

...

Ouais ...

Personnellement je n'ai fais que 6 mois en stage prat, et 6 mois optionnels en SASPAS, et c'est tout ...donc il y a des collègues à moi, ils n'ont fait que 6 mois de généralistes ... sur 3 ans d'études, enfin 3 ans d'internat ...

Ouais, c'est ca ...

Qu'est ce qu'on pourrait imaginer alors pour redonner le goût aux jeunes ?

Ah je sais pas, il faudrait sortir de l'hôpital. Les sortir de l'hôpital, et puis ... et puis de ... arrêter que l'hôpital embauche des ... l'hôpital fait de plus en plus de médecine générale. Des consultations d'addicto, des consultations de diabéto, des consultations de ... mais c'est pas le rôle de l'hôpital. C'est pas le rôle de l'hôpital, hein. Donc alors elle embauche des contractuels comme ca, des médecins généralistes, en leur disant : bah toi tu vas faire du soin de suite, toi tu vas faire de la gériatrie, toi tu vas faire ... enfin voilà. Pour faire de la médecine générale en milieu hospitalier. Ce n'est pas le rôle de l'hôpital. Et il y en a de plus en plus maintenant de jeunes médecins qui préfèrent le salarié à l'hôpital plutôt que de s'installer en libéral. Le libéral ca fait toujours peur. Donc ... c'est un métier magnifique, autrement plus gratifiant que l'hôpital. Parce que l'hôpital c'est plutôt burn-outant. Enfin je veux dire, je sais pas si ... je sais pas si les patients sont très reconnaissants vis-à-vis des gens qu'il y a l'hôpital. Je sais pas. Alors qu'en médecine générale tu as quand même une gratification, tu suis des gens pendant des années. Moi je ... ca fait 35 ans que je suis installé, il y a des gens que j'ai connu bébé, et puis qui viennent maintenant avec leurs enfants qui ont le même âge. Voilà. Il y a des familles que je suis sur 3 – 4 générations. Je veux dire, là, tu as une attache, tu as une satisfaction. Voilà. Mais ca se perd de plus en plus.

Et vous pensez que c'est juste la médecine de campagne qui se perd ? Ou vraiment le libéral en général ?

Le libéral en général.

Vous pensez que les gens ont le même discours en grande ville ? Sélestat, Strasbourg ?

Ah bah je pense que la situation est encore plus flagrante en ville. En ville, effectivement, les gens papillonnent un peu dans tous les sens. On a la chance en milieu rural, je veux dire, de tout faire. Faire de la gynéco, de faire de la pédiatrie, il n'y a pas de pédiatre, donc on fait de la pédiatrie, les gynécos ca devient de plus en plus compliqué, on fait un peu de gynéco, faire des frottis c'est pas compliqué, prescrire une contraception c'est pas compliqué non plus, suivre une grossesse c'est cocher des cases, la plupart du temps, sortit de l'écho bien sur qu'on ne fait pas mais ... je veux dire, tout le reste c'est cocher des cases. C'est vraiment tout ce qu'il y a de plus simple. Suivi de la grossesse, c'est pas ... La preuve c'est qu'une sage femme peut très bien le faire aussi (rires). On peut déléguer je veux dire. Mais le médecin généraliste pourrait le faire aussi.

D'où vient le problème pour vous alors ? Que c'est vraiment les internes qui sont devenus ...

Bah je sais pas. Il y a une espèce ... l'hôpital est de plus en plus tentaculaire, elle veut s'immiscer dans tout, elle veut tout faire, elle veut tout faire ... Voilà. On fait tourner des services d'urgences grâce à la médecine générale. Il y a $\frac{3}{4}$ des consultations aux urgences qui n'ont rien à foutre aux urgences. Alors c'est aussi parce que les médecins ont démissionné. Ca, je veux dire, chacun doit balayer devant sa porte. Moi, j'essaye de leur dire, aux internes, bah ... si il y a quelqu'un qui te téléphone pour une urgence, tu n'as pas à leur dire : appelez

le 15, moi je peux pas venir. Moi j'ai appris que quand il y a une urgence, quelqu'un me téléphone, bah je laisse tomber ma consultation et j'y vais, tant pis, ils attendront, je veux dire.

Comment ils l'accueillent vos internes quand vous en parlez avec eux ?

Ouais, c'est ça. Bah ils ne sont pas tout à fait préparés à ça. Eux ils veulent leur petit boulot tranquille. Il y a le problème des visites aussi, je veux dire, le problème de la visite.

Interruption par son épouse qui rentre dans le bureau à la recherche de piles.

Donc vos internes ne sont pas prêts à gérer, à assumer tout ça ?

Bah si j'aimerais bien. De temps en temps, moi j'en trouve des internes qui sont prêts à ... qui s'intéressent et qui en veulent vraiment et puis il y en a d'autres qui ... ouais bon ... c'est pas trop trop ... Il faut s'investir, je veux dire, si on veut faire par exemple de la pédiatrie, de la gynéco, bah il faut s'investir, faire comprendre à la clientèle que les enfants, on s'en occupe, hein. Voilà. Et puis pareil pour la gynéco, si c'est pour faire une lettre pour le gynéco à chaque fois qu'il y a ... donc je vous adresse à untel pour faire un frottis ... non. Il y a quelqu'un qui vient qui a besoin d'un frottis, je lui propose : voilà, est ce que je peux vous faire le frottis ? Voilà. Il faut le faire savoir ça aussi. Combien de gens ne savent même pas qu'un médecin généraliste peut faire un frottis ? Qu'il peut poser un stérilet ? Qu'il peut suivre une grossesse ? Voilà, il faut leur apprendre.

Vous avez un retour sur vos internes que vous avez vu passer depuis 17 ans maintenant ? Qui a fait quoi ?

Ouais, il n'y en a pas beaucoup qui se sont installés, il n'y en a pas beaucoup qui s'installent...

Vous gardez des contacts alors ?

Ouais parfois, pas toujours. Je garde de temps en temps des contacts parce que de temps en temps je les ai comme remplaçants, donc je privilégie les internes qui sont passés dans le truc pour mes remplacements. Mais voilà. J'en ai quelqu'un je leur ai déjà proposé de s'installer ... bon ...

Pourquoi ils ne veulent pas alors ?

Bah je sais pas, ils ont peur ... ils ont peur d'avoir trop de boulot. J'en avais une qui devait remplacer ma femme, parce que ma femme a encore 2 ans de plus que moi donc elle ... elle a dépassé déjà l'âge légal de la retraite, largement. Bah elle devait reprendre la clientèle, elle nous a remplacé, puis là maintenant ohhhh et puis maintenant elle vient de démarrer une grossesse, donc, allez terminer. Voilà. Donc voilà, c'est un peu compliqué.

Est-ce que vous pensez que c'est la situation géographique aussi qui influe ou pas ?

Non, non. Comment on a fait nous ? Mes enfants ils sont pas ... hein. J'ai eu des enfants, on a réussi à les élever tout en exerçant tout les deux un métier... et puis on y est arrivé. Ils ont pas été ... hyper compliqués. Bon ils ont pas fait médecine (rires), il n'y en a aucun qui a fait médecine.

C'est pas une obligation ... (rires)

Non, c'était pas une obligation. Voilà.

Donc plutôt une déception ces derniers temps ...

Ouais un petit peu, ouais. Parce que je trouve que voilà ...

Comment vous envisagez la suite de votre rôle de maître de stage ?

Oh bah de toute façon moi je suis à deux doigts de la retraite. Je me suis fixé 2 ans, si à 2 ans il n'y a personne, tant pis. Ciao. C'est dommage, parce qu'on a investi dans des beaux locaux, il y a 3 cabinets là. On est que deux mais il y a trois cabinets. Bon si personne ne veut venir, tant pis. Je cherche, si tu connais des gens, moi je ...

Je suis pas d'ici à la base donc ... C'est la 1ere fois que je venais ici (rires).

Mon futur interne là, qui vient, le prochain SASPAS, il m'a dit qu'il cherchait, qu'il adorait la vallée ... Bon bah très bien. On va essayer de le ...

Vous avez encore espoir de trouver ...

Voilà, je me dis, peut être encore un. J'en ai une autre aussi, qui pareil, qui me remplace là maintenant, que j'ai eu comme interne, qui habite C**** tout près en plus, qui est du coin ... voilà, pareil, qui est pas pressée pour s'installer. Alors je sais pas, peut être que la crise Covid ca va obliger les internes à se décider un petit peu à s'installer, parce que ... Je sais pas ...

Les temps ont été un peu durs pour certains remplaçants ...

Oui c'est ca !

Moi j'en ai pas trop souffert, mais des collègues ... entre les remplacements annulés et les revenus qui ont baissé, on se rend compte que finalement ...

Voilà, les remplacements annulés, et puis les remplacements où il n'y avait pas grand-chose à foutre. Moi je me plains pas, j'ai maintenu ... bon j'ai pas maintenu mon activité, mais enfin, on y arrive. On fait un peu moins que ... Ca permet de prendre son temps avec les gens, de remettre à jour les dossiers, voilà, c'est pas plus mal finalement.

Du coup, est ce que vous pensez qu'il y aura des choses à revoir sur la formation universitaire des internes, notamment ceux de médecine générale ?

Ah, sur la formation universitaire, il faudrait les former à la médecine générale le plus tôt possible.

C'est-à-dire ? Avant l'ECN, enfin ex-ECN ?

Bien sur, avant l'ECN ... avant l'ECN (*téléphone sonne à nouveau*) non, non il faut les sortir de l'hôpital, ils sont complètement formater par l'hôpital et puis ils raisonnent en hôpital.

Enfinement c'est tout le système hospitalo-universitaire qui ne serait pas bon pour les généralistes ?

Oui, et puis le système hospitalo-universitaire, en plus, connaît de moins en moins la médecine générale. On est de plus en plus ... on est deux univers qui ... Moi j'ai connu l'époque où, moi quand j'étais interne, tous les chefs de service qui étaient à l'hôpital, c'était des mecs qui avaient fait des remplacements de médecine générale. Bah ca se sentait. Leur relation avec la médecine générale était complètement différente. Parce qu'ils savaient, ils savaient ce qu'était la médecine générale parce que qu'ils avaient fait des remplacements pendant leur internat (*nouvelle sonnerie de téléphone, portable cette fois, il répond cette fois*)

Donc oui, système hospitalier qui à complètement changé alors ...

Ouais c'est ca, ouais c'est ca. Moi ce que je souhaiterais par exemple, c'est que les spécialistes, ils aient aussi un stage en médecine générale. Qu'ils viennent un peu voir dans leur cursus. Alors là, maintenant il commence à y avoir un peu des stages en libéral pour les spécialités aussi. Donc ils voient aussi un petit peu ... ca les sort un petit peu de leur hôpital.

Mais je trouve que voilà ... les meilleurs spécialistes, c'est ceux qui ont fait des remplacements, il y en a de moins en moins maintenant, mes meilleurs correspondants c'était ceux qui avaient fait des remplacements de médecine générale, qui avaient connu, qui savaient ce que c'est ...

Vous seriez prêt, vous, à accueillir des internes de spécialité alors ?

Pourquoi pas, j'avais même proposé d'accueillir les médecins conseils à une époque. Je trouvais que les médecins conseils, ça dépassait tout, ils ont jamais vu de patients ... On se demande même s'ils ont déjà touché un patient ... Alors moi ... comme ils exigeaient des internes de faire un stage en truc, puis ça m'énervait un peu, ils y allaient 3 jours et puis on les formait un petit peu sur la sécu, essayer de les formater et de les mettre dans leur ... bah j'avais répondu que ça serait bien que les médecins conseils aussi viennent faire des stages, je leur avais dit que j'avais des disponibilités, que j'étais prêt à accueillir des médecins conseils, qu'ils viennent un petit peu voir comment qu'on prescrit un médicament, un arrêt de travail, quand on est devant le patient qui demande un arrêt de travail, comment on gère ? Comment on gère pour une demande d'examen complémentaire pas forcément ... Voilà. Qu'ils sachent, qu'ils voient un peu comment ça se passe. Ils le savent pas ça. Ils ont jamais foutu les pieds dans un cabinet de médecine générale. C'est grave. Autrefois, les médecins conseils c'était des bons, c'est des mecs ... en général c'était des médecins généralistes burn-outés, qui avaient pété un câble un coup, ou qu'il y avait eu un accident de santé grave... hop ils avaient arrêté leur médecine générale puis ils s'étaient mis médecin conseil. C'était des bons ceux là, parce qu'ils savaient, ils savaient ce que c'était la médecine générale. Et quand ils convoquaient les patients bah, ils étaient un peu plus humanistes, et un petit peu plus Alors que maintenant c'est devenu des vrais ... c'est tout juste s'ils disent bonjour aux patients quand ils les reçoivent les médecins conseils ... ils les envoient chier, ils les

examinent pas ... Ils font ça sur dossier, c'est pas de la médecine ça. Pendant le Covid, les médecins conseils, on en a pas vu un ! On sait pas où ils étaient. Les médecins du travail, pareil ! Pourtant on en avait besoin, des médecins du travail. Punaise, le nombre de gens qui étaient fragiles et on avait pas de médecin du travail. Alors qu'est ce qui s'est passé ? Et bah les employeurs ont dit : qui est ce qui est fragile ? Donc tous les gens ont levé le doigt, moi je suis hypertendu, moi je suis ... Bonjour le secret médical ! C'est ... voilà. Voilà on en arrive. Pourquoi ? Parce qu'il n'y avait pas de médecin du travail. Et s'il y avait eu un médecin du travail dans chaque entreprise, et puis que le ... que c'était son boulot de recenser les patients à risques, les patients fragiles, et puis éventuellement d'adapter leur poste ou éventuellement les renvoyer à la maison temporairement et puis voilà. C'était pas à nous de la faire ça. On l'a fait ... On l'a fait ... Alors maintenant on se pose ... il y a des gens qui sont en arrêt de travail prolongé, on ne sait pas pourquoi, parce que soit disant ils sont fragiles ... bon, je veux bien, et puis ils ont un rendez vous de médecine du travail : bon alors attendez, mois de septembre, mois d'octobre, ils sont surbookés, ils ont pas le temps. Non mais attend, c'est quoi ça ?
(Rires)

Donc finalement, c'est un peu tout le système de santé qui est balbutiant ?

Bah ouais, non, non là c'est ... là je veux dire ... le débrief, il va être salé ! Moi je m'en fous parce que je vais prendre ma retraite bientôt, mais avant de partir, je viderai mon sac. On va avoir des réunions avec l'ARS, là ça va déconner ! Parce qu'on avait un projet de communauté professionnelle de santé sur le secteur de Centre Alsace là, puis je m'étais pas mal investi là-dedans, donc j'avais déjà des contacts avec l'ARS. Mais attendez là, quand on va reprendre le dossier, je vais leur dire : attendez...

Et vous pensez que toute cette crise de coronavirus, ca a pu donner une mauvaise image de la médecine générale aux internes ?

Non, je pense pas, au contraire, non je pense pas. Non, parce que je pense que les quelques médecins généralistes qui ont ... enfin les stagiaires qui étaient en médecine générale en pleine épidémie de Covid, alors ca dépend où ils étaient, ca dépend où ils étaient aussi. Mais je pense que ca les a ...

Vous avez accueilli des internes pendant la crise, ou pas ?

Ouais.

Le SASPAS était là ?

Ouais, ils ont même été maintenu un petit peu plus longtemps parce que ils ont pas pu changer de stage. Ils changent le 1^{er} juin. Voilà. Ouais, non, non j'avais mon SASPAS, j'avais pas de stage interné puis j'en ai pris un qui avait des soucis ... des soucis avec son stage dans un autre stage et puis qui a atterri chez moi parce que je suis son tuteur, donc je lui ai dis : écoute c'est pas un stage mais tu viens chez moi par ... Voilà, c'était plus à titre compassionnel parce qu'il avait des soucis.

Donc c'est un stage qui n'était pas officiellement validé on va dire ?

Non, non, non c'était simplement pour l'occuper, pour qu'il soit pas tout seul dans son internat, à se morfondre tous les jours.

Donc vous êtes tuteur également aussi ?

Ouais, je suis tuteur.

Ca fait longtemps que vous êtes tuteur ?

Bah, depuis le début en fait. Le tutorat ca a été créé il y a 3 ans, bientôt 3 ans. Donc là j'ai un groupe de tutorat qui arrive en 3^{ème} année. J'ai donc trois tutorés.

Que vous voyez régulièrement ...

Oui c'est ca, on a des formations ensemble, des réunions de tutorat et des fois on se retrouve à trois maîtres de stage et neuf tutorés.

Est-ce que là aussi vous essayez de vendre la médecine générale alors ?

Voilà, bien sur.

Ca sert à ça aussi ?

Mais on j'ai ... on a plus de difficultés à vendre la médecine générale. Je pense que c'est aussi politique. Il faudrait revaloriser les actes de médecine générale. Complètement, hein. La visite médicale à domicile il faudrait qu'elle serve à quelque chose qui devrait être revalorisé et super valorisé parce que c'est vachement important, le maintien des personnes âgées à domicile, quand tu passes $\frac{3}{4}$ d'heure à domicile à essayer de maintenir un dossier infirmier avec ... de faire coordonner les infirmiers, les aides soignants, les aides ménagères, tout ca... ca prend du temps, c'est vachement chronophage. C'est vachement chronophage et c'est payé au lance-pierre. Résultat, les jeunes, ils ne veulent plus faire de visites. En ville, la visite, ca devient une denrée rare. Et pourtant je ne peux pas concevoir la médecine générale sans visite. Parce qu'il y a des personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer, il y a des patients handicapés qui ne peuvent pas se déplacer, il y a des gens ... Voilà.

Vous comprenez ces jeunes qui ne veulent plus ...

Bah non, non justement je l'ai comprend pas. Je les comprends pas, parce que je veux dire, ou alors ils ont pas compris ce que c'était la médecine générale. Ou on leur a pas expliqué, on leur a pas expliqué comme il faut. Il y a un malentendu. Il y a un malentendu. Alors bien sur, la médecine a évolué, je veux dire, la médecine solitaire maintenant c'est fini. Je conçois très bien qu'on puisse exercer la médecine à plusieurs comme ça. Mais même à plusieurs, je veux dire, il y a toujours des choses à faire. On reste des médecins de 1^{er} recours, il faut savoir un petit peu tout faire, voilà, il faut prendre des gardes aussi, il faut ... voilà, il y a des choses ... Moi quand je me suis installé, on se battait pour faire les gardes. Maintenant ... la jeune génération, les derniers installés à V***, ils trainent la patte pour prendre des gardes. Et c'est les vieux qui se les tapent. Alors qu'à mon époque, tous les médecins qui avaient ... après 50 ans, ils faisaient plus de gardes, ils les refilaient ou à leurs internes ou à des remplaçants qui étaient tous contents de les faire. C'est sur que maintenant les gardes c'est un peu moins gratifiant parce que maintenant que tout est régulé, on a démoli le système.

Est-ce que vous, vous avez changé vos méthodes vis-à-vis de cette déception ?

Oh bah non, je deviens un peu, je deviens un petit peu comment qu'on dit ... oh bah je me dis tant pis.

Mais au début, quand vous avez senti cette déception monter, vous êtes dit : il faut que je change ca, que je fasse autrement ?

Je sais pas, non, non, j'ai ... j'ai essayé, j'essaye mes internes, de les motiver en leur disant qu'il faut faire de la médecine de 1^{er} recours, qu'il faut diversifier ses pratiques, qu'il faut savoir faire beaucoup de choses en médecine générale et pas de contenter de ... d'être là pour

faire du courrier et dispatcher les patients à droite, à gauche. Voilà. Et puis c'est pas ce que les patients demandent forcément. Il faut gérer des trucs ...

Donc vous apprenez des gestes à vos internes s'ils sont demandeurs ?

Ouais, c'est ça, bien sur s'ils sont demandeurs, les infiltrations, des ... je sais pas moi, une incision de thrombose hémorroïdaire, la pose d'un stérilet, un frottis ... C'est ...

Est-ce que vous avez une méthode clairement établie avec vos internes, au début du stage tu regardes, ensuite je te fais faire, je t'évalue etc ?

Euh ... en général ... la première matinée en général, je leur dis : tu me regardes faire et puis on débriefe à midi et tu me dis ce que tu en penses. Parce qu'il peut aussi avoir son avis. Et puis après je les regarde faire et puis voilà.

Et vous corrigez si besoin ?

Et je corrige, je reprends la main si je vois que ça s'embourbe ou que ça s'enlise. Voilà.

J'aimerais revenir, enfin venir, sur vos relations avec la faculté justement, vos liens avec le DMG ...

Ouais, je suis avec le DMG, j'aurai bien voulu m'investir plus que ça, mais je suis limité parce que je suis à 50 km et que c'est pas possible. Ou alors il aurait fallu que je trouve un associé. C'est la raison un petit peu pour laquelle je me suis pas investi, parce que je suis un des plus anciens maître de stage et on m'a proposé des responsabilités, mais moi j'y arrive pas. J'arrive pas à ...

Est-ce que vous pensez qu'il y aurait des actions plus globales à mener, avec le DMG pour promouvoir ?

Bah il faudrait peut être décentraliser un petit peu. Décentraliser un petit peu, peut être pas tout installer à Strasbourg. Essayer de délocaliser un petit peu dans les cabinets. De la formation, on pourrait très bien en faire ici, moi j'ai une salle de réunion, voilà, j'ai des possibilités de ...Et puis Strasbourg ca devient compliqué d'accès aussi. Moi j'étais bien content, le tutorat, toutes les réunions se passaient à Mulhouse, j'étais bien content. Parce que là, j'y allais en train, j'avais pas besoin de rentrer dans Strasbourg, c'est toujours le bordel. Passer une heure à y aller ...

Donc pour vous, il faudrait peut être dispatcher un peu plus, que juste Strasbourg et Mulhouse ?

Non Mulhouse, c'est très bien. Moi j'allais à S****, je prenais le train, j'y étais en ¼ d'heure et voilà, ca me bouffait pas trop de temps. Je partais le matin à 7h, j'avais ma matinée de tutorat et puis j'étais ici à 1h ... à 1h j'étais là pour faire les visites.

Comment se passent vos relations avec le DMG alors ?

Oh, bien, bien, voilà. Alors je suis un petit peu moins motivé, c'est tout. Je suis un petit peu moins motivé ... je pense que c'est ... voilà, je me dis que maintenant, voilà ... dans 2 ans, en principe je suis à la retraite, voilà, donc ... on est un peu moins motivé. Au niveau formation aussi, je veux dire, j'en fais un petit peu moins.

Donc formation pour vous, pour les maîtres de stage ?

Formation ... ouais formation maître de stage et formation médicale continue. Pendant très longtemps, je me suis beaucoup formé, moi j'aimais bien ... j'aimais bien ... j'aimais bien

rencontrer d'autres ... bon maintenant avec le Covid ça va pas arranger les choses, c'est de plus en plus de la formation en ligne, puis voilà, moi ça me ... ça me ... (rires). Ça me gonfle au plus au point. Moi si je fais de la formation continue, c'est pour rencontrer des gens. Si c'est pour se retrouver devant un ordi ...

Et qu'est ce que vous en pensez des formations du DMG pour les ... à destination des maîtres de stage ?

Ouais, c'est bien, ouais, ouais. J'avais fait ... j'ai fait deux formations déjà sur le tutorat, avant de commencer le tutorat et pendant le tutorat. Voilà. J'avais fait une formation sur les travaux de thèse et tout ça ... voilà. Donc ouais, j'essaye de faire au moins, je sais pas, deux formations par an avec le DMG. Mais c'est un peu compliqué, parce que, voilà, on est pas à Strasbourg, on est un peu loin. C'est un peu compliqué. Et puis à chaque fois que je m'absente, il faut que ce soit ma femme qui prenne le relai, qui prenne ma place au cabinet.

Du coup, qu'est ce qu'un bon maître de stage pour vous ?

Un bon maître de stage, bah c'est celui qui ... c'est celui qui arrive à faire partager sa passion et puis qui ... et puis qui éventuellement ... moi je dis toujours un maître de ... un bon stagiaire c'est celui auquel je laisserai ma clientèle pour partir en vacances. C'est ça, hein, c'est le critère. Il y a des internes qui passent au cabinet, il y en a quelque uns auxquels je ne confirai pas ma clientèle, puis il y en a d'autres, sans hésitation, je leur demande de me remplacer.

Et est ce que c'est ... quand vous pouvez le laisser vous avez une satisfaction et quand vous ne pouvez pas vous vous sentez en échec de pas réussir avec celui là ?

Bah j'ai pas réussi parce que chacun ... tout le monde n'a pas les mêmes ...

Et vous comprenez que d'autres confrères peuvent ne pas avoir la même passion du coup ? N'ont pas les mêmes choses à partager finalement ?

Je sais pas, je sais pas ...

Mon constat est parti de là, ma thèse est partie de là. J'avais 4 stages en SASPAS et j'avais quatre stages différents ... et pourtant c'est le même métier pour lequel on est censé me former ...

Ouais c'est ca, ouais c'est ca ... c'était des SASPAS où ca ?

Bah j'avais de tout, de l'urbain, du semi-urbain, du rural complètement et effectivement c'était pas du tout les mêmes manières de voir les choses ...

Voilà, nous on est un SASPAS qui s'appelle Strasbourg-campagne (rires), on est quatre, on est quatre ... il y en a deux bien rural, il y a R*** qui est dans la vallée de la Bruche, moi dans la vallée de V***, il y en a un qui est pas loin de Strasbourg et puis un à Strasbourg.

Vous correspondez avec ces confrères du coup ?

Oui, c'est ca, on se retrouve régulièrement, en général on se fait une petite bouffe ensemble tous les 6 mois, avec l'ancien interne et le nouveau. Là, c'est foutu parce qu'il n'y a plus de restaurant. Donc cette année ca va passer à l'as, mais d'habitude on se retrouve ouais. Et puis on se connaît, on se retrouve de temps en temps sur les formations.

Et ils partagent les mêmes idéaux que vous alors ?

Ouais, à peu près ... Il y a un peu rat des villes, rat des champs (rires). Il y en a deux qui sont plutôt bien rural et deux qui sont un peu plus urbains. Voilà, mais bon, on échange très bien.

Et puis pour nos internes ça permet un petit peu de voir ...

Mais ils essaient en tout cas de montrer la même chose que vous ? Parce que finalement à Strasbourg, il n'y a pas de permanence de soins, la garde ça n'existe plus si je ne me trompe pas ...

Ouais, c'est ça, voilà. Il y a SOS Médecins.

Donc le critère d'urgence est quand même moins présent dans une grande ville ...

Voilà, voilà ... Ici, bah ici, en principe on est censé être là de 8h du matin à 8h du soir, à 20h le soir. Il n'y a pas de permanence des soins en dehors de ces heures là.

Et vous pensez que d'avoir des stages couplés avec Strasbourg, ça ne peut pas biaiser la situation ?

Non mais ça permet aux internes de voir les deux.

Et vous pensez pas justement qu'ils retrouvent un confort qu'ils n'ont peut être pas ici ais qu'ils ont là-bas et de se dire ...

Bah après c'est leur choix, hein. Moi j'avais un remplaçant, pareil qui était originaire de la vallée. Je me suis dit, bah celui là il va me remplacer celui là. Bah non, il voulait pas, il voulait s'installer en milieu urbain. Sa femme ne supportait pas la campagne (rires). Voilà, mais c'est dommage je veux dire, parce que en plus, les gens l'aimaient bien et il était

originaire de la vallée, donc il y en a pas mal qui le connaissent aussi d'avant ses études. Donc voilà, il aurait pu s'installer, il avait son ... il avait déjà fait son trou.

En temps que maître de stage, qu'est ce que vous pensez de la rémunération ?

Ah ça n'a jamais été mon ... je ne sais même pas ce que je gagne. Je ne sais pas ce que je gagne, à mon avis je me fais avoir ... Non je sais pas. Et puis c'est tellement ... c'est une opacité un peu ... moi je m'en fous. Je m'en fous complètement.

Est-ce que vous pensez que le rôle de maître de stage pourrait être mis plus en avant alors, pour faire plus de publicité, pour susciter plus de vocations aux internes ?

Ouais, ouais, je pense. C'est un peu d'ailleurs ce qu'ils font dans les ROSP où l'investissement du maître de stage est reconnu.

Et vis-à-vis de la population ? Parce que si je ne me trompe vous avez théoriquement un feuille que vous accrochez ou pas ...

Ouais, voilà. Alors au début, je me souviens tout au début, les gens ça les a un petit peu surpris. Maintenant, c'est devenu ... ils ont l'habitude. Ils ont l'habitude à tel qu'ils me demandent quand je suis tout seul : il est pas là l'interne ? (Rires). C'est ...

Il y en a qui veulent le voir alors (rires).

(Rires) De temps en temps il y en a. Alors bien sur la question qu'on pose à l'interne c'est : ah c'est vous le remplaçant ? (Rires).

Des choses dont vous souhaitiez parler encore ou qu'on a pas abordé ? En général sur la maîtrise de stage ...

Non ... non. Sur la maîtrise de stage, non.

Alors si on devait résumer grosso modo ? Si vous deviez retenir une notion de la maîtrise de stage ?

Ah bah ca m'a beaucoup apporté quand même, je veux dire. Je suis un peu déçu mais ca m'a beaucoup apporté. Parce que je pense que c'est le meilleur remède contre le burn-out la maîtrise de stage. Parce que ca permet d'avoir une autre personne avec qui parler, avec qui échanger. L'exercice solitaire c'est jamais bon. C'est jamais très bon.

Mais vous n'êtes pas seul normalement ...

Non, j'ai mon épouse, avec laquelle je peux échanger mais je veux dire, elle n'est pas avec moi quand on voit les patients. Si, on partage comme on a des patients en commun.

Donc c'est vraiment la partage devant le patient qui ...

Oui, c'est ça, voilà.

Et si c'était à refaire ces 17 ans de maîtrise de stage, il y aurait des choses que vous souhaiteriez changer ?

Hummm ... je sais pas. Je pense que la réforme je sais pas si elle est ... j'étais plus à l'aise il y a 10 ans. Je trouve que la jeune génération de maîtres de stage ils sont un peu moins ... ils sont ... voilà. Bah ils sont comme les autres, ils sont ... ils ont oublié un peu la maquette de médecine générale, je trouve qu'il faudrait ...

Enfin ils transmettent ce qu'on leur a appris ...

Ouais c'est ça. La médecine de 1^{er} recours.

Donc vous sentez que même les nouveaux maîtres de stage, ils sont ...

Bah oui, les nouveaux maîtres de stage, ils sont comme le reste de la génération ... Ils ont été ... ils ont vu ce qu'il se passait dans les services d'urgences, ils ont dit, bah la médecine générale ça se passe aux urgences, dans les services d'urgences. Alors que c'est pas leur rôle. Et l'hôpital ... on reviendra jamais là-dessus. Les services d'urgences sont devenus les tirelires des hôpitaux. Alors ça va peut être changer, la tarification à l'acte c'est fini. La rémunération à l'acte des services, c'est fini, ça je pense que cette fois c'est bien fini, du moins on l'espère. Donc, peut être qu'on ... il va falloir réorienter un peu l'activité de l'hôpital. Mais il faut que ça se fasse avec les médecins généralistes. Et moi ce qui me fait un petit peu peur, c'est que les médecins généralistes, bah il va falloir qu'ils en fassent un peu plus. On va leur demander d'en faire un peu plus, alors qu'ils sont déjà surbookés. Voilà, on va leur demander ... bien sûr si les services d'urgences décident de ne plus s'occuper des $\frac{3}{4}$ des patients qui ne sont pas des urgences, et bien il va falloir que la médecine générale les prenne ... Moi je suis outré, par exemple, quand je vois qu'il y a des médecins généralistes qui refusent des nouveaux patients. Moi ça ... j'ai jamais pu comprendre ça. Et pourtant, c'est quelque chose qu'on voit de plus en plus fréquemment, parce que moi je refuse personne, bah j'ai plein de gens qui viennent timidement me demander : mais est ce que vous prenez de nouveaux patients ? Pourquoi ? Parce que je trouve personne, je trouve personne. Même des patients qui viennent de la vallée de St D*****. Il passe le col pour venir ici, pour me voir. Parce que personne ne veut ... Dans les Vosges c'est complètement sinistré, je veux dire ... Donc les médecins sont surbookés. Je sais pas, il faut s'organiser, dans ce cas là. Voilà.

Donc, ouais, la nouvelle génération n'a plus la même passion ? N'a plus la même vocation si vous voulez ?

Bah ouais, parce qu'ils sont plus voilà ... ils veulent bosser un petit peu moins, ils veulent plus ... ils ont l'impression de sacrifier leur vie familiale en travaillant plus, non pas forcément. Il faut s'organiser c'est tout. Alors c'est sur que si vous ... moi je vois de temps en temps des jeunes médecins qui s'installent à la campagne et qui habitent à Strasbourg, ca, alors là effectivement, c'est un peu compliqué. Ca c'est eux qui le ... voilà. C'est se taper 1h de transport le matin, 1h de transport le soir. Avec ca je comprends qu'ils soient surbookés. Moi, j'ai exercé pendant longtemps avec ... j'ai pas tout le temps été ici, ca fait 5 ans qu'on est ici, mais avant, j'avais le cabinet sur le lieu d'habitation. Donc la maison était ... très bien ! Je perdais moins de temps, je perdais moins de temps parce que si j'avais un trou dans ma consultation, je poussais la porte, j'avais mes enfants. C'est bien, hein. Et puis le matin, j'ouvrais la porte du cabinet à 7h, pour les premiers patients, et puis j'allais petit-déjeuner tranquille et puis je commençais à 8h. Tandis que là, il faut que je vienne ici ouvrir, faire tous mes papiers, je perds du temps. Le fait d'habiter sur place ... alors quand vous racontez ca aux nouveaux internes, bah c'est pas pensable, vous pensez pas, on va être emmerdé tout le temps. Mais non, c'est pas vrai. Les gens respectent de plus en plus maintenant. Autrefois c'était le cas, quand tu reçois des gens, il y a des gens qui débarquaient dans mon jardin pour venir me chercher le dimanche, parce que il y a la mémé qui était à suturer ou ... voilà, bon. Maintenant c'est beaucoup moins. On peut très bien concevoir d'habiter sur son lieu de ... et c'est une qualité de vie, alors là ... extraordinaire, de travailler ... La preuve c'est que tout le monde réclame du télétravail maintenant !

Oui, ca a changé la donne ...

Bah non, mais voilà, habiter sur place, c'est devenu ... habiter sur son lieu de travail, je trouve que maintenant c'est devenu un luxe (rires). Et pourtant à une époque, personne n'en voulait. De dire, oh non, non, non il faut séparer lieu de travail, il faut pas mélanger, il faut pas ... Alors peut être que ca va faire réfléchir les internes ...

Ca va peut être changer les choses un peu ... peut être même l'attrait pour la campagne ...

Ouais, c'est ca ... Moi quand je me suis installé, tous les médecins habitaient ... la plupart habitaient sur place, sur leur lieu de travail. Maintenant c'est différent, les médecins à V****, les jeunes médecins, ils habitent tous à S****, à B****, à O**** mais pas dans la vallée. Alors bon, C'est une conception de la médecine générale, qui n'est pas forcément ... qui n'a jamais été la mienne. Mais bon je la respecte. Parce que c'est important d'être, le médecin généraliste à la campagne, il est impliqué dans la vie civique et extra-médicale, donc c'est important aussi. Moi je me suis toujours beaucoup investi dans l'associatif, ailleurs que dans le médical. Je participais aux commissions ... j'étais invité gracieusement et simplement pour un avis dans les commissions sociales de la ComCom ou de la mairie. Alors que j'ai jamais fait de politique et je n'ai jamais été élu. C'était bien, c'était une participation, un investissement du médecin généraliste dans la vie de la cité, sans forcément être élu. Pas besoin de faire de politique. On est bien plus à l'aise d'ailleurs quand on est consulté que quand on est élu, on peut dire ce qu'on veut (rires). Quand on est élu, on ne peut pas dire ce qu'on veut.

Ok, des choses que vous souhaitiez aborder encore ?

Non, non.

Très bien, et bien merci beaucoup.

Voilà, tu as interrogé combien de médecins déjà ?

Là, j'en suis à 8.

L'enregistrement est stoppé à ce moment, puis la conversation continuant sur divers sujet, je relance l'enregistrement devant l'intérêt des paroles du MSU.

... Il y avait donc L****, K***, ils étaient tous les deux professeurs de médecine générale à la fac. Je me suis fait embrigader (rires). Et puis comme je pensais depuis un petit moment le faire, j'ai sauté sur l'occasion.

C'est vrai que maintenant ils recrutent large, mais ca reste du volontariat, celui qui n'a pas envie de s'investir ne répond pas ...

Oui, c'est ca. Et puis ca fait encore un peu peur. Les gens qui sont un petit peu réticents, qui ne sont pas prêts à avoir quelqu'un dans son dos, ils se sentent jugés, ils se sentent évalués, ils se sentent ... c'est pas vrai. Je pense qu'on a autant à apporter aux stagiaires, que le stagiaire nous ... C'est un échange je veux dire. J'apprends des choses aux stagiaires, mais de temps en temps les stagiaires m'en apprennent aussi.

Oui c'est le principe. Là pour la thèse, j'ai des gens qui me répondent ...

Ils sont plus prêts de l'hôpital, donc moi de temps en temps c'est bien je les utilise justement pour ... quand il y a des ...

C'est vrai qu'à l'hôpital c'est pas la même médecine, moi je le vois j'ai fini l'internat en novembre, je sortais de 3 mois de stage en pédiatrie à H***, j'avais pas le choix, ...**

Mais les ponts sont durablement coupés, je trouve, entre le libéral et l'hôpital.

C'est pas du tout la même pratique. A l'hôpital vous venez pour un mal de tête vous finissez au scanner à tous les cas, alors qu'en médecine libéral, mal de tête c'est pas scanner ... C'est plus le même métier.

Non, c'est tout sauf scanner...

Alors sortir d'H*** et 3 jours après commencer les remplacements à la campagne, ça faisait drôle (rires).**

Oui, oui, on a cloisonné. Il y a encore 20 ans, un interne de chirurgie pouvait faire des remplacements de médecine générale. Il avait le droit.

Alors que maintenant c'est que protocoles ... protocoles ... il vient pour ça tu fais ça, il vient pour ça tu fais ça ... c'est robotisé. Il n'y a plus de réflexion.

Non, il n'y a plus beaucoup de réflexion, plus beaucoup d'empathie ...

C'est à la chaine, c'est un numéro de chambre, c'est compliqué. On verra la réforme va peut être changer ... Le risque c'est qu'ils refassent des vocations hospitalo-universitaires et qu'il y ait moins de libéraux encore. C'est ce qui me fait un peu peur avec leur revalorisation salariale, vu comment ils l'ont vendu ...

Oui, mais à chaque fois qu'on nous propose un truc, donc en échange de ... il faut qu'on remplisse des cases, c'est le cas des ROSP. Il faut rentrer dans les cases et vous ... mais c'est pas ça. C'est pas ça la médecine.

Non, c'est pas ça, et j'ai peur que la réforme de l'hôpital se fasse au détriment du libéral à nouveau ...

Ouais, ouais ... non moi ce que je voudrais c'est que l'hôpital fasse ce qu'il sait faire. Qu'il le fasse correctement. Est-ce que c'est normal qu'un gars qui a un cancer de la prostate, à 5 ans de recul, continue de voir l'urologue et puis l'oncologue tous les mois, tout ça pour se faire serrer la louche et se faire prescrire un dosage de PSA ? Non, mais je veux dire, voilà, après on a des consultations hospitalières qui sont engorgés, on vous donne des RDV à 6 mois. Mais non, c'est parce qu'ils ne savent pas s'organiser. S'ils savaient s'organiser, à l'hôpital, ils arriveraient. Ils ne seraient pas submergés. Mais ils n'ont pas la volonté et puis il y a je pense une raison financière. Ils courent à la consultation. Et quand je me suis installé, c'était l'inverse, la course à l'acte, ça se passait en libéral. Les vieux médecins, la génération d'avant, je me souviens des vieux médecins, ils voyaient des gens tous les mois pour le renouvellement de traitement, tous les mois ! J'ai changé mois, au début je faisais ... quand j'ai repris la clientèle j'ai commencé comme ça et puis je me suis dit : attends un traitement pour une hypertension ou un diabète c'est pour 3 mois, tu prescris 3 mois. Mais lui renouvelait tous les mois. C'est des consultations qui duraient effectivement 3-4 minutes. Et ils arrivaient à faire 100 actes par jour. Oui, c'était la course à l'acte. Et puis on a tapé sur les médecins en disant : ils font de ... ils ont une rente à vie et puis les médecins ont changé, en libéral et puis l'hôpital a fait la même chose. La course à l'acte. C'est-à-dire le mec il rentre aux urgences, il faut qu'il ait tac, tac, tac, il faut qu'il ait ça, il faut qu'il ait une biologie, il faut renflouer le laboratoire, il faut renflouer le scanner, il faut prescrire des actes, des actes, des actes.

A S***, enfin construit pour 20.000 passages, on en faisait 40.000 par an, mais ca les arrangeait bien de les faire les 40.000, parce que si on faisait moins, ils fermaient le service ...**

Et puis même avec des surévaluations, moi j'ai des tonnes de gens qui sortaient avec des diagnostics de pyélonéphrites ou de pneumopathies, bon qui étaient simplement de petites bronchites, ou qu'ils avaient une cystite un peu brutale ... Parce que ca gagne mieux. Enfin ca je pense qu'ils en reviennent. Ils ont compris que la tarification à l'acte, il faut arrêter. OK ...

OK, bah super ...

Bibliographie

1. Lancry P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. 2007 [Internet]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf Consulté le 14 juillet 2019
2. République Française. Circulaire DGS/DGE/2004 N°192 du 26 avril 2004 [Internet]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/1%20Textes%20officiels/2004%2004%2026%20Circulaire%20DGS-DES-2004%20n%C2%B0192%20Organisation%20du%20SASPAS.pdf> Consulté le 14 juillet 2019
3. ISNAR IMG. La réforme du 3^{ème} cycle des études médicale en 3 minutes (ou presque). Avril 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf> Consulté le 30 décembre 2018
4. République Française. Arrêté du 12 avril 2017 portant réforme du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/> Consulté le 14 juillet 2019
5. CNGE. Communiqué de presse SNEMG du 18 avril 2019 [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_du_18_avril_2019/ Consulté le 25 juin 2021
6. ARS Grand Est. Cozy Drive [Internet]. Disponible sur: <https://arsgrandestinternatdrive.mycozy.cloud/public?sharecode=BTSzEYamPJGs> Consulté le 25 juin 2021
7. Medshake. Statistiques ECN : Médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-generale/> Consulté le 30 décembre 2018
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. 10 000 médecins de plus depuis 2012 - [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836> Consulté le 31 décembre 2018
9. Daucourt V. Serment d'Hippocrate [Internet]. Disponible sur: <http://vdaucourt.free.fr/Histmed/Sermhip.htm> Consulté le 19 janvier 2019
10. Kaya E, Kopp M. Le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé) instauration, application et mise au point. Enquête auprès des premiers Maîtres de SASPAS en France). Thèse de Médecine. Université de Strasbourg ; 2005.

11. DMG Strasbourg - Stages [Internet]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/stages/>
Consulté le 9 mars 2019
12. Albu F. Influence du SASPAS sur les modalités d'exercice et le projet professionnel des anciens internes de médecine générale de Strasbourg. Thèse de Médecine. Université de Strasbourg ; 2016.
13. Jovic L, Goldszmidt D, Monguillon D. Encadrement des étudiants en stage, enseignement et recherche : évaluation et valorisation des activités réalisées par des professionnels paramédicaux. *Rech Soins Infirm.* 2010;N° 101(2):81-90.
14. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Comprendre l'autonomie des universités [Internet]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid55933/comprendre-l-autonomie-des-universites.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid55933/comprendre-l-autonomie-des-universites.html)
Consulté le 21 janvier 2019
15. Pelaccia T. Comment [mieux] superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? DeBroeck Supérieur; 2018, 384 p.
16. CNGE. L'activité de CNGE Collège Académique [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/lactivite_de_cnge_college_academique/
Consulté le 9 mars 2019
17. Médecin MSU. Devenir Maître de Stage des Universités (MSU) [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s/c-est-quoi-un-msu>
Consulté le 21 janvier 2019
18. Kilminster S. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review *Medical Education* 2000;34:827-840
19. Chartier S, Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:171-7.
20. Penneman J, Croix SD, Dellisse S, Dufays J-L, Dumay X, Dupriez V, et al. Outils didactiques et changement pédagogique : analyse longitudinale de l'appropriation de l'outil Lirecrire par des enseignants du secondaire. *Rev Française Pedagog.* 2016;n° 197(4):79-98.
21. Rogalski J, Marquié JC. Evolution des compétences et des performances. *Psychologie ergonomique : tendance actuelle* [Internet]. Presses Universitaires de France. 2004. 260p
Disponible sur <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/psychologie-ergonomique-tendances-actuelles--9782130544215-page-141.htm>
Consulté le 25 juillet 2021
22. Bélisle M, Lavoie P, Pepin J, Fernandez N, Boyer L, Lechasseur K and Larue C. A conceptual framework of student professionalization for health professional education and research. *Int J Nurs Educ Scholarsh* March 2021 3;18(1)

23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5.
24. Paquay L. L'analyse qualitative en éducation - Des pratiques de recherche aux critères de qualité [Internet]. 288 p. (Pédagogie en développement). Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/l-analyse-qualitative-en-education--9782804150518-page-13.htm>
Consulté le 27 novembre 2020
25. Pierre Vermersch. Les applications de l'entretien d'explicitation 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ISQKNR7IJgI>
Consulté le 13 juillet 2019
26. Vidalenc I, Malric M. L'entretien d'explicitation de P. Vermersch : un outil performant pour l'analyse des compétences [Internet]. Disponible sur: http://publications.ut-capitole.fr/20244/7/Vidalenc_20244.pdf
Consulté le 13 juillet 2021
27. Le Breton- Lerouvillois G. La démographie médicale en Alsace. Situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6kog/atlas_alsace_2015.pdf
Consulté le 25 novembre 2019
28. Linda Lee. Le médecin qui prend de l'âge. *CFP-MFC*. 2012;58(1): 20–21.
29. O'Brien B. et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations - PubMed. *Acad Med* sept 2014;(89(9):1245-51). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979285/>
Consulté le 27 novembre 2020
30. Belisle M. Professionnaliser les étudiants de la conception à l'évaluation de parcours professionnalisants. Présentation Journée pédagogique 2018 Strasbourg.
31. CEDIP-Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement. Armenoult G. La pratique de l'entretien d'explicitation (EdE) [Internet].; 2002 août p. 11. Disponible sur: <https://docplayer.fr/19441426-La-pratique-de-l-entretien-d-explicitation-ed.html>
32. DG Boost - La formation professionnelle : définition et caractéristiques [Internet]. Disponible sur: <https://dgboost.fr/formation-professionnelle/la-formation-professionnelle-definition-et-caracteristiques/>
Consulté le 10 novembre 2020
33. CNGE. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
Consulté le 10 novembre 2020
34. CNGE. Le parcours pédagogique des MSU [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/le_parcours_pedagogique_des_msu/
Consulté le 3 mai 2021

35. Renoux C. Influence de la formation pédagogique continue des Maîtres de stage SASPAS sur la qualité de l'encadrement des internes pour la période de novembre 2011 à mai 2015. Thèse de Médecine. Université d'Angers; 2017. 28p.
36. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Med Teach*. 2012;641-648.
37. Sonntag U, Koch A, Bayer G, Heintze C, Döpfmer S. Train the trainer course for general practice trainers in ambulatory care: the Berlin model. *GMS J Med Educ*. 2020;37(3):Doc28.
38. CIDJ. Professeur / Professeure de lycée et collège : métier, études, diplômes, salaire, formation. [Internet]. Disponible sur: <https://www.cidj.com/metiers/professeur-professeure-de-lycee-et-college>
Consulté le 3 mai 2021
39. DUMG de Toulouse. Informations sur la procédure pour devenir Maître de Stage des Universités (MSU) au sein du DUMG de Toulouse. Disponible sur : <https://dumg-toulouse.fr/uploads/75540b8339d64140a880d8ed64fedbfea0b486c5.pdf>
Consulté le 3 mai 2021
40. République Française. Vie Publique. Qu'est-ce qu'un syndicat et comment s'organise-t-il ? [Internet]. [Cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/24062-quest-ce-quun-syndicat-et-comment-sorganise-t-il>
Consulté le 10 novembre 2020
41. Veysseyre P. Le curriculum caché. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.veysseyre_p&part=156871
Consulté le 10 novembre 2020
42. Cardot JP, Berger D. Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : de leurs conceptions à leur identité professionnelle. *Santé Publique*. 2013;25(6):737 à 746.
43. Sethi A, Ajjawi R, McAleer S, Schofield S. Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *BMC Med Educ* déc 2017;17(1). [Internet]. Disponible sur: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0894-3>
Consulté le 12 novembre 2020
44. Guichon L. La dualité du rôle de Maître de Stage Universitaire au cours du stage de praticien de niveau 1 : enseignant et clinicien. Thèse de Médecine. Université de Strasbourg 2019. 244p
45. Thurler MG. Progin L. Culture professionnelle, culture organisationnelle. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation [Internet]. De Broeck Supérieur, 2013. P71. Disponible sur : <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429-page-71.htm>
Consulté le 10 novembre 2020

46. Watling C, Driessen E, Cees P, van der Vleuten M, Vanstone M, Lingard L. Beyond individualism: professional culture and its influence on feedback. 2013 - Medical Education - Wiley Online Library. ASME [Internet]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/full/10.1111/medu.12150>
Consulté le 13 novembre 2020
47. UNESCO. Le compagnonnage, réseau de transmission des savoirs et des identités par le métier - patrimoine immatériel - Secteur de la culture - [Internet]. Disponible sur: <https://ich.unesco.org/fr/RL/le-compagnonnage-reseau-de-transmission-des-savoirs-et-des-identites-par-le-metier-00441>
Consulté le 22 décembre 2020
48. Wiktionnaire. Tout travail mérite salaire. [Internet]. Disponible sur: https://fr.wiktionary.org/wiki/tout_travail_m%C3%A9rite_salaire
Consulté le 10 novembre 2020
49. DMG Strasbourg. Maîtres de stage universitaires. [Internet]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/maitres-de-stage-universitaires/>
Consulté le 10 novembre 2020
50. CGEUPD - La rémunération des MSU va évoluer ! [Internet]. Disponible sur: <http://cgeupd.fr/la-remuneration-des-msu-va-evoluer/>
Consulté le 10 novembre 2020
51. République Française. Instruction interministérielle du 16 novembre 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, pour les praticiens agréés - maîtres de stage des universités et salariés de centres de santé [Internet]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/12/cir_42847.pdf
Consulté le 9 mars 2019
52. SNEMG - Communiqué de presse du SNEMG du 05 octobre 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiqu%C3%A9_de_presse_du_snemg_du_05_octobre_2018/
Consulté le 9 mars 2019
53. Ministère des Solidarités et de la Santé. Développement Professionnel Continu [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
Consulté le 13 juillet 2021
54. DMG Strasbourg. Outils pédagogiques [Internet]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/outils-pedagogiques/>
Consulté le 13 juillet 2021

55. Steinhäuser J, Ledig T, Szecsenyi J, Eicher C, Engeser P, Roos P, Bungartz J, Joos S. Train the Trainer for general practice trainer - a report of the pilot within the programme Verbundweiterbildung plus - PubMed. GMS Z Med Ausbild 2012 [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/22737198/>
Consulté le 12 novembre 2020
56. Cognifit. Apprentissage cognitif : types d'apprentissage et guide éducatif [Internet]. Disponible sur: <https://blog.cognifit.com/fr/apprentissage-cognitif/>
Consulté le 12 novembre 2020
57. Bulletin des médecins suisses - L'importance du rapport Flexner pour la formation médicale [Internet]. Disponible sur: <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2019.17420>
Consulté le 12 novembre 2020
58. CEDI. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
Consulté le 9 novembre 2020
59. Université de Lorraine. Recherche clinique et épidémiologique - Biais de sélection [Internet]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23863/mod_resource/content/2/co/Biais_Selection.html
Consulté le 9 novembre 2020



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 : GUY Prénom : Joffrey

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 STRASBOURG, le 02/08/21

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

INTRODUCTION : Le DES de médecine générale a subi de nombreuses réformes au cours de sa jeune existence. Depuis 2017, le quota de stage en ambulatoire auprès de praticien a grandement augmenté. Le nombre de MSU nécessaire a dû être revu à la hausse. Outre la quantité, il paraît important de questionner la qualité pédagogique des MSU à travers leurs compétences, leurs motivations. Belisle propose une définition du concept de professionnalisation à travers trois dimensions : l'identité, la culture et les compétences. Le but de ce travail est d'étudier comment les MSU s'intègrent dans ce processus de professionnalisation ancré autour de trois dimensions ?

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de MSU de médecine générale, recrutés en Alsace, sur la base du volontariat. La technique approche l'entretien d'explicitation selon Vermersch. L'échantillonnage a été stoppé par la méthode de saturation des données, fixée à 3 entretiens consécutifs sans nouvelle donnée étayant notre hypothèse. La vérification des membres a été effectuée en grande partie. L'analyse a été faite selon la théorie de la professionnalisation de Belisle comprenant 3 piliers : la culture, l'identité, les compétences.

RESULTATS : 13 entretiens ont été analysés. Le pilier de l'identité a été bien alimenté par les verbatims des MSU, avec une base individuelle propre à chaque MSU, qui s'imbrique convenablement avec l'ensemble du groupe des MSU. La formation, même si sujette à débat, a le mérite d'exister. Le pilier de la culture a été diversifié avec des notions telles que la transmission et l'attitude bienveillante, mais retrouve également une disparité des avis qui rend compliqué l'émergence d'une culture nette. Enfin les compétences constituent probablement le socle le plus présent des MSU, avec un savoir faire déclaré mais cependant une certaine discordance entre la volonté, les objectifs et les moyens de les mettre en œuvre.

CONCLUSION : Les MSU sont engagés dans un processus de professionnalisation pédagogique. Les MSU sont avant tout des médecins généralistes avec des pratiques diversifiées. La maîtrise de stage est reliée à cette diversité. Cependant les MSU souffrent encore d'un manque de légitimité pédagogique et se heurtent souvent à une équation mettant en lien gestion médicale et pédagogie. De nombreuses pistes d'amélioration sont à l'étude notamment sur la formation ou la rétroaction faite à l'interne. La maîtrise de stage possède un rôle central dans l'avenir de la formation des internes. Un parcours professionnalisant des MSU clairement établi viendrait renforcer le rôle pédagogique des MSU.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clefs : Maîtres de Stage Universitaire, Professionnalisation, Identité professionnelle, Culture professionnelle, Compétences, Médecine générale

Président : Professeur PELACCIA Thierry

Asseseurs : Docteur FARRUGIA JACAMON Audrey

Docteur FRAIH Elise

Docteur LORENZO Mathieu

Docteur GUILLOU Philippe

Auteur : GUY Jefferey - Université de Strasbourg