

---

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 80

**THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

WAGENHEIM ANAIS  
Née le 02 août 1993 à Nancy

**ATTENTES DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
DE PHASE D'APPROFONDISSEMENT AVANT LEUR STAGE  
HOSPITALIER DE MÉDECINE POLYVALENTE : ÉTUDE  
QUALITATIVE EN ALSACE**

Président de thèse : VOGEL Thomas, Professeur des Universités  
Directeur de thèse : Docteur BERTHOU Anne

---





## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Vice Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILLA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDDES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. BALLY 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 Seïamak      Immunologie biologique  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPO CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPO CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPD 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	NRPO NCS	- Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPO CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPO	- Pôle d'imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPO NCS	- Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPD 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 Seïamak	NRPO 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)
BAUMERT Thomas	NRPO CS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-antérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPO NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRPO CS	- Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BEDMEUR François	NRPO NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERRA Fabrice	NRPO CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPD CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BERRY Guillaume	NRPO NCS	- Pôle d'imagerie - Service d'imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPD CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPO NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPO NCS	- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPO NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONHOMET François	NRPO CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPO NCS	- Pôle de spécialités médicales-Ophthalmologie / SMD - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURDIN Patrice	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-DHLMANN Sophie	NRP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKPE Nabil	NRP0 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARBROT Anne	NRP0 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	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONSUES Nicolas	NRP0 NCS	- Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de BAIX Frédéric	RP0 CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLUS-WALTMANN Hédière	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRP0 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	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLOX Benoît	NCS	- IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANDI Afahin	RP0 CS	- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEOMB Yannick	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
BICQUEL Philippe	NRP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOY Bernard	NRP0 CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIMED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP0 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

NDM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOTTENBERG Jacques-Eric	NRP0 CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP0 NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRP0 NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRP0 NCS	- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RP0 CS	- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / IUTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie	NRP0 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 JEBEL-MOREL Laurence	NRP0 NCE	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP0 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	NRP0 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	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.05 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORSANOW Anne-Sophie	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP0 CS	- Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP0 NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRP0 CS	- Pôle de Psychiatrie, santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRP0 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	RP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP0 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	NRP0 NCS	- Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RP0 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	62.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LISPKER Dan	NRP0 NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEUX Philippe	RP0 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	NRP0 NCS	- Pôle d'onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRP0 NCS	- Pôle de Biologie - Département génomique fonctionnelle et cancer / HIBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MARCAUX Céline	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRP0 CS	- Pôle de gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.05 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie Médicale
MALVIEUX Laurent	NRP0 CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NDM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRD6 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MEHARD Didier	NRD6 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPD CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRD6 NCS	- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRD6 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	NRD6 CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	46.02 Réanimation
MGNASSIER Laurent	NRD6 CS	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRD6 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRD6 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPD NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRD6 CS	- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRD6 NCS	- Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRD6 NCS	- Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickaël	NRD6 NCS	- Pôle d'imagerie - Service d'imagerie B - imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OELMANN Patrick	RPD CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRD6 NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRD6 CS	- Pôle médico-chirurgicale de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
RELACCIA Thierry	NRD6 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	NRD6 NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
RESSAUX Patrick	NRD6 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	CDP	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRD6 NCS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRD6 CS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRD6 NCS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIMED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRD6 CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Dr RAUL Jean-Sébastien	NRD6 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	46.05 Médecine Légale et droit de la santé
REIMOND Jean-Marie	NRD6 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
Dr RICCI Roméo	NRD6 NCS	- Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IISMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRD6 CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRD6 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRD6 NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRD6 CS	- Pôle d'imagerie - Service d'imagerie B - imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SAMANEI Nicolas	NRD6 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NDM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPD NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPD 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	RPD CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPD CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPD NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPD CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen	NRPD CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPD NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPD CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIMILA Jean	NRPD NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPD CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPD CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPD CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPD 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPD 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	NRPD CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPD NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VODEL Thomas	NRPD CS	- Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Roberteau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPD CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPD NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPD CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Capi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

PD : Pôle NP (Responsable de Pôle) ou NRP (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NDM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPD CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER Françoise	CS	- Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01. Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03. Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		- Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03. Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04. Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01. Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIBES Olivier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01. Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		- Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01. Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme BRU Valérie		- 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 BUND Caroline		- Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01. Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03. Immunologie
CAZZATO Roberto		- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02. Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02. Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / ISBMC	47.02. Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03. Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		- Pôle d'imagerie - UFR237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01. Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	46.02. Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04. Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01. Biochimie et biologie moléculaire
DANON François		- Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03. Option : Maladies infectieuses
DELORME Jean-Baptiste		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02. Chirurgie générale
DEVYS Didier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04. Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01. Neurologie
DOLLÉ Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01. Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / ISBMC	44.02. Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		- 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
FELTEN Rehaud		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04. Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FLIBETTI Denis	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02. Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		- 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		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01. Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
DIANNINI Margherita		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02. Physiologie (option biologique)
UES Vincent		- Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03. Immunologie (option clinique)
BRELLON Antoine		- 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
BUEWIN Eric		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BUFFROY Aurélien		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		- 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
KASTNER Philippe		- Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAINES Béatrice		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALX Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENDORMAND Cédric		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		- 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
MIOUET Laurent		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMOO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		- 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		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		- Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOVAVLJEVIC Mirjana		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROBUE Patrick (cf. AZ)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		- 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		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCD Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAH Christian DO166	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	----	---

### B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
M. DILLENIÉGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
Mme MIRALLES Cécilia	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARIFONE Marianna	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VASNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Prz Ass. DUMAS Claire  
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc  
 Prz Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUBERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre DOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Sterilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Dr LEPEVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - SAM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre NETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr RIBELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TOCHOMAROV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
  - CHAMSON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 ou 31 août 2023)*
  - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
  - BRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPPERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
  - ROUL Géraud (Cardiologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 ou 31 août 2024)*
  - DANON Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o *pour trois ans (1er septembre 2022 ou 31 août 2025)*
  - Mme QUOX Elisabeth (Pneumologie)

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc : CNU-31 IRCAD

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Dr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Dr LAND Walter O.	(2019-2020)
Dr MAHE Antoine	(2019-2020)
Dr MASTELLU Antoine	(2019-2020)
Dr BEB Jacques	(2019-2020)
Dr <sup>e</sup> RONGIERES Catherine	(2019-2020)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLERF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Médecine) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
SALDUF Jean-Jacques (Dynamologie obstétricale) / 01.09.31	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BARDES Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZSCHLAGER André (Anatomie pathologique) / 01.10.85	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.30	LORESDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-François (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Médiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MALLOT Claude (Anatomie normale) / 03.09.03
BÉRYTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MATTE Michel (Biochimie et Biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	MARCEL Jean-Louis (Généraliste) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.83	MANGU Patricia (Médecine Légale) / 01.12.18
BREHM-BÜRGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MADESCHON Christian (Oreumatologie) / 01.09.19
BRIELAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MADESCHON Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.18
BROUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARX Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.00
BROCHENMACHÉ Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSEZ Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRIETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURKHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.88	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 03.09.30
BURSTEIN Claude (Pédiopsychiatrie) / 01.09.18	MONTES Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINELLI Alain (Médecine et santé au travail) / 01.09.13	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.08
CATINAVE Jean-François (Hématologie) / 01.09.13	MSADJ Ismaël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Oncologie) / 01.10.85	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	ROQUAI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHÉLY Jamaleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.10	RATIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.13
CROQUERRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	me PAULI Gabriella (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERY Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	RIGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	ROTTSCHEID Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.13	RYFF Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.38
DRETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RYFF Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMBLE Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUROIR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.18	SALBER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPUYON Jean-François (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SALVAGE Paul (Chirurgie Infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.90	SCHLÄGER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et hématologie) / 01.09.03	SCHLIMMER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.09.13
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	ECK Henri (Anatomie normale) / 01.09.00
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	TEBE Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUY Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIEBER Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.09
HAUFMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.13
HEID Emman (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HILZ Marc (Médecine interne) / 01.09.08	TEHRE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQUIN Didier (Urologie) / 05.09.17	TOMASO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VALTIRAVENS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.15
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KANN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie pathologique) / 01.09.09
KERF Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WELCH Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.88	WELZ André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KREUER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GARRO Daniel (Anatomie) / 01.09.98
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : A, rue Hirschleger - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

## HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- IHC : *Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HD : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Hoülers - B.P. 49 - F - 67088 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Séléstienne* : 83, rue Himmelrich - F - 67013 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Élieu* : 15, rue Cronach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICARS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 88 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 110 - Schiltigheim - F - 67503 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.85.00

CCOM - 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 - Allée : 10, rue Spielmann - BP 4736 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.31.15.23

MEC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UDOCOM (Unité pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 65 boulevard Clemenceau - 67083 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 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER



## **SERMENT D'HIPPOCRATE** (version historique)

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

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

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

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

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

## REMERCIEMENTS

### Au président de mon jury,

**Monsieur le Professeur VOGEL Thomas**, d'avoir accepté de présider ce jury, et plus largement de m'avoir accueillie et accordé du temps à ma formation au cours de mon stage dans votre service. Merci également pour votre implication pour la formation des futurs médecins, y compris généralistes, tout au long de leurs études médicales et après.

### Aux autres membres du jury,

**À Madame le Docteur BERTHOU Anne**. J'éprouve beaucoup de gratitude à ton égard pour avoir été une tutrice à l'écoute, présente aux moments où j'en avais besoin afin de m'accompagner au mieux pour devenir la médecine généraliste que je suis aujourd'hui. Merci également d'avoir accepté de diriger cette thèse et du temps que tu as accordé à ce long travail. Enfin, merci pour l'énergie que tu mets à former les futurs médecins généralistes, et dans ta participation à la commission Bien-être de la Faculté de Médecine.

**À Madame le Docteur LÉPINE Camille**, d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci également de t'être lancée dans l'aventure du tutorat dès sa création, pour ton implication dans le D.M.G., mais aussi pour les conseils pas du tout médicaux (et insoupçonnés) que tu as eu l'occasion de me donner après mon internat.

**À Monsieur le Docteur GERBER Victor**, d'avoir montré de l'intérêt pour mon sujet il y a quelques mois et d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci également pour les agréables souvenirs au cours de notre trimestre commun passé dans le monde singulier de la pédiatrie.

---

### À ceux qui ont participé à ma formation :

**À toute l'équipe du cabinet médical de Schwindratzheim : Catherine, Thibaut, Soumaya, Élodie, Anne-Cécile, Natacha, Jérémy, Céline, Manon et Marion**. Merci de m'avoir accueillie il y a déjà 5 ans pour mon tout premier stage prat et depuis. Merci pour les innombrables avis téléphoniques, pour m'avoir montré qu'il est possible d'être installé et d'avoir une vie à côté, et pour m'avoir rendue accro à Slack. Nos échanges médicaux et non médicaux de midi (13h15 plutôt) sont précieux à mes yeux. Merci à Catherine, de m'avoir fait confiance pour mes premières consultations en autonomie, et d'avoir encouragé mon goût pour la pédiatrie. Merci à Céline d'accepter mon retard sans (trop) râler.

**Aux Docteur(e)s PRZYCHOKI, DE GUI Anne, GRAS Dominique, JARNOUX Annic, LEVASSEUR-GOETZ Anne, ROTH Mélanie, LEFEVRE-RIO Marie, MORELLI DI POPOLO David, FEHR Patrick et RABOURDIN Sophie et à leur équipe** pour leur accueil au cours de mes stages ambulatoires. Merci d'avoir pris votre mission d'enseignement à cœur, et de m'avoir transmis votre sens de la médecine générale. **À Dre Pister Caroline et à l'équipe de son cabinet médical**, pour ton écoute et ta bienveillance pendant et après mon stage, ainsi que pour ce que tu m'as appris. Ton implication pour le bien de tes patients reste un exemple pour moi.

**Au Dre Manuela Plaum**, de m'avoir formée au cours de mon S.A.S.P.A.S., de m'avoir fait confiance dans mes premiers remplacements et de continuer à m'accorder cette confiance. Merci également pour nos débats toujours riches et intéressants sur la médecine générale de demain. Merci au **Dre Vanessa Sasson** pour nos papotages incessants, et d'essayer de me transmettre un peu de zenitude dans ma pratique médicale ; et à **Dre Mélanie Schoenel** pour ta bonne humeur et ta confiance, ainsi que pour ton écoute, même quand tu as d'autres chats à fouetter ! J'espère que tu trouveras tout l'épanouissement que tu mérites !

**Aux équipes médicales et paramédicales des divers services hospitaliers** du C.H.U. de Nancy où j'ai fait mon externat, du S.A.U. du N.H.C de Strasbourg, de l'hôpital de la Robertsau (**Saint-François 3, et à Mme Chatelier**, qui a supporté mes relances insistantes pendant quelques semaines), du service de Gynécologie-Obstétrique et de pédiatrie du C.H. de Haguenau. Plus précisément, merci au **Dr Candice Muller** pour ton accompagnement et ton enseignement pendant mon stage en gériatrie, le semestre a été mouvementé, et ton soutien m'a beaucoup apporté ; merci aux **Dre Françoise Brand et Vinciane Goillot** pour m'avoir accompagnée durant mon stage, que j'ai adoré, aussi grâce à vous, et pour les avis téléphoniques depuis !

**Aux Dre Camille Lépine et Dre Anne Berthou**, merci d'avoir été un super trinôme de tuteur à vous deux et d'avoir accepté de sortir parfois des sentiers battus, et à mes co-tutorés **Charles, FX, Émilie, Lauranne, JB, Gilles, Corinne, Cédric**. Notre bonne entente a permis de rendre les GEAP presque agréables !

À mes co-internes, **les urgentistes de l'extrême Anouk, Cindy, Corinne, Emeline, Flore, Gilles, Julie, Luc, Manon, Marc (et Julie !), Marie, Maxime, Sébastien** (c'était pas toujours rose, mais on s'est quand même bien marré ! Merci pour cette bonne humeur !) ; **de la Robertsau, aux Gynéco Meuf Haguenau Marie P et Marie Z, Pauline** (Team Obst !!!), et **la Team MG Laurence et Clara** (merci pour les avis Gygy intempestifs, pour ce trimestre de rire, de bonne humeur et de tresses, RIP pour la raclette 2022, mais je crois à la Plancha 2023 !), à **la team pédiatrie/1<sup>er</sup> confinement dont Armelle, Ioana, Stéphanie, Victor et Manon** (toujours là) (Merci d'avoir attendu la vague avec moi, et pour le soutien dans cette période).

**Aux externes que j'ai encadrés au cours de mes stages**, Evelyne, Solène, Marie P., Lisa Emma, Simon et Marion. Votre bonne humeur m'a fait tenir, vous m'avez incitée à me nourrir, et j'espère avoir pu vous apprendre 1 ou 2 trucs ! Avoir de vos nouvelles est toujours un plaisir.

**Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à ma formation au cours de mes études médicales, et merci de m'avoir donné envie de faire ce métier que j'aime tant.**

**Merci aux internes qui ont acceptés de se livrer pour la réalisation de cette thèse. J'espère avoir pu produire un travail à la hauteur. Merci à A et A pour le cadrage lors du Focus Group.**

---

**À ma famille,**

**À ma merveilleuse Maman, Isabelle.** Ton soutien indéfectible tout au long de ma vie et de ses longues études est inestimable à mes yeux, et tu as une grande part de responsabilité dans mes accomplissements. Tu as su me rassurer et trouver les mots en toute occasion, malgré le fait que tu découvrais ce monde en même temps que moi. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure maman, et je ne pourrai jamais te remercier à la hauteur de ce que tu m'as apporté. Merci de tout ce que tu es et de tout ce que tu as fait.

**À mon Papa, Jean-Marc,** merci d'avoir toujours cru en moi, bien avant moi-même, et de m'avoir appris qu'avec de la détermination je pouvais avoir ce que je désirais. Tu as participé à créer ce caractère légèrement buté que j'arbore à présent, et dont tu payes parfois les pots cassés maintenant. Je t'en remercie, car sans lui, je ne ferais pas ce métier que j'aime tellement. **À Tania,** merci de m'avoir encouragée pendant mes études.

**À mon frère Florent,** merci de m'avoir accompagnée dans ce parcours de doctorat que tu connais bien. Ton soutien et ta présence dans ma vie comptent beaucoup pour moi. On ne choisit pas sa famille, mais si j'avais pu le faire, je t'aurais choisi. Je suis très heureuse quand je vois la personne que tu es devenu, que tu as trouvé chaussure à ton pied, et que tu as pu fonder ta belle famille. Chère **Adeline,** le jour dont nous parlons depuis tant de temps est enfin là. Merci de ton soutien tout au long du parcours et de ton accueil lorsque j'en avais besoin. Merci aussi pour les câlins que tu m'a accordés alors que je sais bien que tu ne le voulais pas ! Ne crois pas que c'est fini ! Je n'y peux rien, c'est ma façon de montrer l'affection que j'ai pour toi. Merci d'être une super belle-sœur, je suis très contente que tu fasses partie de ma famille. Merci également à **Elana,** je suis extrêmement fière d'être ta marraine, et de la personne que tu deviens. Tu m'as parfois aidée à surmonter des obstacles, dans l'espoir de rendre ton monde toujours plus beau. Ne t'inquiète pas, je n'ai pas oublié que je dois t'emmener au poney ! **Mathias,** merci de mettre des sourires et du soleil dans nos vies ! J'ai hâte de continuer à vous voir grandir.

**À Ruslan,** merci de m'écouter parfois pendant longtemps, même si tu n'es pas d'accord avec moi. Merci de m'avoir montré que la famille, ce n'est pas que du sang. J'espère de tout cœur que tu trouveras ton bonheur à toi. Je sais que tu en es capable.

**À Mamie Marcelle,** merci de m'avoir donné tant d'amour depuis mon enfance, d'être un exemple de générosité et de gentillesse que j'essaye encore d'égaler. **À Papi Armand,** merci d'avoir pris le temps de me transmettre des valeurs de travail et de respect sans lesquelles je ne serais pas où j'en suis actuellement. **Merci à tous les deux** de m'avoir acceptée à votre table si souvent, et de m'avoir toujours soutenue et réconfortée.

**À mes grands-parents de Berthelming, Antoine et Clémence.** Merci pour les fêtes de familles lorsque nous étions enfants, et pour m'avoir toujours encouragée pendant mon parcours d'étudiante. J'espère pouvoir enfin passer dans le journal comme vous l'attendez !



**À ma tata Annie**, j'espère que d'où tu es, tu vois toujours ton « p'tit docteur » grandir. Ton absence aujourd'hui laisse un immense vide dans mon cœur, même si tu m'accompagnes partout. Merci de tout ce que tu as fait pour moi, et de toutes les belles valeurs que tu m'as enseignées. Ton sourire me manque toujours autant.

**À ma marraine Edith**, merci du soutien tout au long de ma vie, mes études et ce travail. Ton dynamisme et ta rage de vivre sont un exemple. Tu m'a permis de croire que tout était possible si on s'en donnait les moyens. Même si ça ne se voit pas toujours, tes conseils me sont précieux. Hâte de vivre l'aventure en préparation avec toi ! Merci à **François**, de m'accueillir souvent chez toi, de m'avoir fait confiance sur mes premiers remplas, et de me transmettre ton expérience.

**À mes oncles et tantes : Dominique et Jean-Luc**, merci de votre soutien et de votre attention lorsque vous m'écoutez parler de médecine pendant des heures. Merci des échanges toujours enrichissants que nous avons. Promis, je passerai ! **Fabien**, merci de m'apporter un autre regard sur le monde lorsque nous discutons, et merci d'être mon référent leboncoin ! **Odette et Alain**, pour votre soutien tout au long de mes études. **Francine** : merci d'être toujours à fond et de m'avoir encouragée pendant ce long parcours. Tes diverses attentions envers moi me font toujours chaud au cœur, et j'attends toujours nos longs appels avec impatience, même si je sais que ça fait râler **Patrick**. Merci à lui également pour ses encouragements. **À Pierre et Laurence**, merci pour vos encouragements et votre accueil toujours chaleureux. J'aimerais qu'on puisse se voir plus souvent, et je ne désespère pas d'y arriver !

**À toutes mes cousines et mes cousins, Guillaume (ainsi que Pauline, Félix et Lucile), Baptiste, Caroline (et Maxine), Samuel, Anne (et Jonathan, Paul et Rose) Valentine (et Manu et Théa), Julien (et Magali), Noémie, Déborah, Quentin, Sarah (et Flo alias la bestiole), Simon, May Ling et Arthur**. Je vous adresse un remerciement global, de toute façon je sais que vous attendez qu'on fête ça plutôt que des mots. Je tiens tout de même à vous dire que vous avez toutes et tous joué un rôle à un moment ou à un autre, et je vous en suis très reconnaissante ! Les moments passés avec vous que ce soit toute la famille ou en plus petit groupe me sont toujours chers, et j'espère qu'ils seront nombreux à l'avenir.

**À Odile C.**, je te remercie ici, car tu fais un peu partie de la famille depuis le temps ! Merci de tes encouragements et de ton soutien pendant mon parcours, ainsi que pour tout ce que tu fais pour notre famille. Merci de me faire part de ton expérience, dont je me sers pour essayer d'être un bon médecin.

---

À mes ami.e.s,

**À Laura, mon Boubou, MaColoc4ever**. De nos bouilles de 2<sup>nde</sup>2 à ce jour, nous ne nous sommes plus quittées. Pas besoin de grandes effusions pour que tu saches à quel point tu comptes pour moi et que je te veux à mes côtés pour toujours. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble dans notre « Chez NOUS » nancéien et ailleurs, pour cette amitié à part où je me sens TOUJOURS comprise, et pour m'avoir laissée passer au-delà de ta carapace pour découvrir la merveilleuse personne que tu es. Sans toi je ne serais pas la personne ni le médecin que je suis aujourd'hui. Je suis si fière de toi. Merci également pour ton aide durant ce travail. (« – Eh, viens on fait une coloc l'année prochaine ? – D'accord »)

**À Pauline (alias Ducky <3)**, « Finally » ! Merci pour ta présence à mes côtés depuis plus de 15ans, et pour tes encouragements (que dis-je tes injonctions) pendant ce travail. Initialement ça devait être toi qui aurait dû passer ta thèse de médecin légiste. Finalement, tu as décidé de vagabonder aux 4 coins du monde et de me laisser la médecine. Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi, pour les délires depuis le collège, pour m'avoir supportée pendant notre période Paulinis et depuis, quand je fais mes catastrophes, pour les bons moments, les rires et j'en passe. Bref, merci d'être là, merci d'être toi. Je tiens très fort à toi, et je t'annonce que tu n'es pas près de te débarrasser de moi. Merci également à tes parents **Sylvie et Patrick**, de m'avoir toujours accueillie avec bienveillance chez eux, et de m'avoir encouragée tout au long de mon parcours. Merci à ton frère **Xavier**, d'être de moins en moins méchant avec moi (et mes voitures) au fil du temps.

**À Marie S. <3**, pendant nos années lycée une amitié forte s'est créée, et depuis, nous l'entretenons et la faisons pousser de la même manière que nos boutures de plantes exotiques. Après 15ans, ce n'est plus une bouture mais une belle plante forte et tenace (bon j'arrête mon délire). Je suis très fière de la personne que tu es devenue, et je te remercie d'avoir été à mes côtés tout ce temps. Merci pour ta douceur, ton empathie instinctive, mais aussi pour tes côtés plus marrants et exotiques. Nous avons passé de très beaux moments, et nous en passerons encore, je l'espère et le sais.

À **Camille**, tu en as subit des « Non » pour cause de devoir travailler ! Merci d'avoir toujours tenu le choc pendant ces longues études, merci pour nos soirées TopChef (tu resteras toujours la première coéquipière Topchef dans mon cœur), pour les soirées en micra à chercher des cartons et à refaire le monde, pour les ateliers de loisirs créatifs. Nous avons une soirée Sushis à faire chez moi, et tu ne t'y déroberas pas. Merci également de ne pas me tenir rigueur des 5ans de retard de cadeaux que j'accumule !!

À **mes amis du lycée qui sont loin mais que j'ai toujours plaisir à revoir : Luana et Julien**, merci pour vos encouragements pendant mes études, et pour ne jamais trouver ça bizarre quand je réapparais chez vous quelques années plus tard. **Caroline**, quelle joie de voir que tu t'épanouis à l'autre bout du monde ! Merci pour les délires et les bons moments passés au lycée et après !

À **la team PACES sciences notamment Fiona, Audrey G, Laury, Fanny, Lise P, Laetitia**. Ce n'était pas une année aisée, mais grâce à vous on a quand même rigolé !

À **la Dream Team : Nous avons passé de très bons moments ensemble à Nancy, et nos week-ends retrouvailles sont toujours essentiels et une source de joie pour moi. Merci aussi à ceux d'entre vous qui m'ont aidée à un moment ou à un autre dans ce travail.**

**Alice**, merci d'avoir accepté de monter dans la micra bleue, pour la zumba, les tests mugcakes de la St Valentin, les fameuses téquilas, et plus largement pour tous les bons moments passés ensemble. Merci de m'avoir ouvert ton grand cœur, et j'espère intensément que tu trouveras le bonheur que tu mérites tant.

**Delphine**, merci de m'avoir initiée aux joies du féminisme, des réels instagram et de l'escalade ! Merci également d'être présente quand j'en ai besoin (même pour de longues conversations inintéressantes ^^), pour m'avoir remotivée dans ce long chemin de thèse quali et de m'avoir fait confiance dans le passé sur des choses qui te tenaient à cœur. Tu es une personne formidable, et j'espère que tu t'en rendras compte un jour !

**JF**, merci d'avoir accepté de subir les débrief de plusieurs heures, toujours pleins de bon conseils, d'optimisme, et d'expressions du jour. Merci également de partager ma passion pour TopChef, d'accepter les tacles en angle mort sans trop te plaindre, et pour ton soutien lorsque j'en ai besoin ! (Pour quelle poche vas-tu opter ?)

**Lise**, plus qu'une simple colonelle, tu es une colonelle au grand cœur. Merci d'être qui tu es, tout simplement. Je ne sais pas ce que je ferais sans toi, et je n'ai pas envie de le savoir. Tu es toujours la bienvenue à Strasbourg. (Ps : tu peux amener **Johan**, que je puisse continuer à le battre aux jeux de société !)

**Marie B**, merci d'être notre rayon de soleil ! Ton talent pour les accents n'a égal que ton goût pour la mesure (« J'adore mesurer » m'as-tu dit récemment). Merci de m'avoir aidée et encouragée pendant ce travail.

**Mathilde (et Guillaume)**, Merci à vous deux pour les bons moments, notamment lors de la période autour de votre mariage auquel ça m'a fait très plaisir de participer, merci pour les bons repas de Guigui, et le prêt de Tigrou quand je viens chez vous ! Merci pour les fous rires pendant PékinExpress (« J'ai rien compris »), et pour la bonne humeur quand nous passons des moments ensemble, ainsi qu'avec Maryse et André.

**Maud**, que dire ?! Depuis le temps qu'on se connaît, tu en avais des raisons (la sombre histoire du tuteur à tomates...) de m'ignorer dans le tram lors de cette journée pré-P2 ! Merci de ne pas l'avoir fait, ce qui nous a permis de nous tenir la main sur les longues montagnes russes qu'ont été ces études. Tu m'a souvent permis de râler et de bitcher sans complexes, ce n'est pas donné à tout le monde ! Merci également d'avoir été là lorsque j'en avais besoin. Nous avons à présent toutes les cartes en mains pour nous épanouir, et je l'espère profondément pour toi ! Et si on se loupe, n'oublies pas... on peut toujours se réfugier dans les Sims !

**Philippe**, Ô Grand Mage des Thèses Quali, merci de m'avoir conseillé la bible du quali et de tes conseils avisés ! Par ailleurs, merci d'accepter mon implication bien trop importante dans la déco de ton appart (le mur de cactus se fera), de me faire croire que tu lis mes messages à rallonge, de prendre parfois le temps d'y répondre. Enfin, merci d'organiser si fréquemment des week-ends team en Bretagne... (Je sais que tu ne comprendras rien à ces remerciements, tu peux me demander la traduction si besoin).

Ainsi qu'aux autres membres de la Team : **GG** (alors, ce permis moto ?) **Léon** (quand tu réponds), **Mehdi** (notre force tranquille, merci du déplacement, ça me touche énormément !) et **Ségolène**.

À **Cindy**, ou Doudouce ! Merci d'être toujours positive et de nos aprem papotage et crêpes ! Merci de ton soutien pendant l'internat et pendant ce travail, de ne jamais perdre espoir dans ta recherche de l'homme de ma vie, et merci de bien me faire rire quand tu essayes d'obtenir une info de ma part de façon pas du tout subtile ! Merci à toi et **Baptiste**, de m'avoir présenté votre petite Héléna, on va la gâter. Merci à **Baptiste** de m'accueillir aussi souvent, de me défendre quand nous jouons à la switch avec Cindy et qu'elle devient agressive, et pour ton calme olympien devant le boulet que j'ai été à son anniversaire !

**À Manon.** Cette histoire a déjà été écrite tant de fois mais je ne m'en lasse pas ! 1<sup>er</sup> jour d'internat, garde de Noël, naissance d'une amitié qu'on n'arrêtera plus ! Merci d'être là et de me faire confiance sur tant de choses, de m'écouter même quand tu as aussi tes problèmes. Merci encore de m'avoir proposé d'être ta témoin à votre mariage, ça m'a permis de passer de magnifiques moments, mais aussi de renforcer encore nos liens qui me sont si chers. Merci aussi de nos délires que nous sommes parfois les seules à comprendre (Satnaam) ! Grâce à toi, je sais que les amitiés ne sont pas toujours une histoire de durée, mais aussi une histoire de timing (et ensuite, c'est le feu !) **Edwin**, merci de me faire confiance toi aussi (tu pourras nier tout ce que tu veux, je sais que c'est le cas !), de rendre Manon heureuse, et de tes encouragements pendant notre internat.

**À Marie Shaki.** Directrice un jour, directrice toujours. Pas de thèse, mais de vie ! Merci pour ton enthousiasme, ton énergie à toute épreuve. J'adore débattre du monde avec toi (seul problème on est quand même relativement d'accord !), et espérer qu'on va vers le mieux à tes côtés. Jamais je n'aurais imaginé que la fille timide que j'ai rencontrée succinctement à Nancy cachait en elle non seulement un Shaki mais aussi WonderInterne et tant d'autres ! Je remercie la vie de m'avoir permis de le découvrir (ça part en live ces remerciements). Merci aussi pour toute l'aide que tu m'as apportée pendant ce travail. Merci **José** de t'aider à être heureuse, et pour tes encouragements (« il faut que tu fasses ta thèse, c'est même pas une vraie thèse que vous faites » José, première rencontre), et tes remarques toutes plus cash les unes que les autres !

**À Corinne**, de notre passage commun aux urgences, je retiendrai surtout nos fous rires mémorables. De nos séances de tutorat je retiendrai ton esprit libre, et les pauses cigarettes que je n'octroie qu'à toi. Tu fais partie de ces gens avec qui je peux refaire le monde et la seconde d'après ne plus respirer tellement je ris. Je t'en remercie. Merci également de ton soutien pendant ce travail. S'il te plaît, n'arrêtes pas de partager tes coups de gueule que tu racontes si bien.

**À Audrey**, merci pour tout ce que tu as fait pour me motiver et me rassurer dans ce travail, pour cette amitié grandissante, pour ta positivité et ta joie de vivre, le prêt de ton micro qui a révélé le Chipmunk qui est en moi. Je suis très contente de pouvoir découvrir un peu plus chaque jour la superbe personne que tu es (grâce à ce voisinage récent entre autres !). Je me raccroche à l'idée du spa/brunch avec insistance, et j'ai trop hâte de voir ce que tous les futurs moments « T'inquiète, on est entre nous » nous réservent !

**Plus récemment, merci à Margot** d'avoir accepté que je squatte vos aprem 4 étoiles, et pour le soutien (réciproque j'espère) dans cette folle aventure de la recherche quali. J'ai hâte que les verres de réconforts se transforment en verres de célébrations pour toutes les deux. Merci à **Marine** (et Thomas) de m'avoir fait découvrir le Purgatoire, de m'avoir inclus dans les débriefing de vie perso de gens inconnus, et d'accepter mes squattages intempestifs quand le Shaki est en ville. **À Solène** pour ton aide tout au long de ce travail, et pour me faire confiance quand j'essaie de t'aider dans le tien. J'espère que nous pourrions nous croiser plus souvent à Schwin !

Merci aux personnes que j'ai rencontrées par le biais de Laura, notamment **Pauline « Petite sœur »**, merci de prendre soin de mon Boubou, de me faire confiance sur les conseils remplas, et surtout de me suivre dans mes plans Bus à 5h du mat. Merci à **Agathe** de ta bonne humeur, c'est toujours un plaisir de te retrouver !

**À Didier R.**, je ne sais pas si tu t'es aperçu du rôle que tu as joué dans ma vie, mais je t'en remercie. Tu m'as aidé à croire en ma capacité à devenir médecin. Tes conseils toujours avisés m'ont été très chers. Merci également d'avoir élevé ta fille comme tu l'as fait, me permettant de l'avoir dans ma vie. Tu es parti bien trop tôt, ton absence a rendu le monde tellement moins beau, même si je sais que tu n'es jamais bien loin d'elle.

**Merci enfin à tous ceux que je n'ai pas pu citer et qui ont joué un rôle de près ou de loin dans ma vie, me permettant ainsi de faire le métier que j'aime.**

*“Trouver son chemin est une affaire personnelle, une affaire de lectures, de rencontres, de famille quelquefois, d'amitié le plus souvent.” - Laurent Lemire*



## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	14
<b>Table des illustrations et tableaux :.....</b>	<b>23</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>24</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>26</b>
<b>Prérequis.....</b>	<b>27</b>
I. HISTORIQUE DE LA FORMATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET INTÉRÊT D'UNE FORMATION DE QUALITÉ .....	27
II. LES FONDEMENTS DE LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE SANTÉ .....	29
a. Les rapports Couraud-Pruvot .....	29
b. Avis du Conseil National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) .....	30
c. Les données disponibles sur les maquettes et les souhaits des internes avant la réforme : un souhait de changement.....	32
III. COMPARAISONS DES MAQUETTES DE D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE AVANT ET APRÈS LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE SANTÉ DE 2017 .....	34
a. La structure générale d'enseignement .....	34
b. La formation pratique .....	35
c. Les enseignements hors stage .....	37
d. L'évaluation et la validation.....	37
IV. LA FORMATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.....	40
a. Les stages .....	40
b. Formation facultaire.....	41
c. Le portfolio .....	42
V. LE STAGE HOSPITALIER DE MÉDECINE POLYVALENTE .....	42
a. Les données sur les stages hospitaliers de médecine polyvalente avant la réforme .....	42
b. Les données disponibles sur les stages depuis la réforme .....	42
VI. CHOIX DE L'ÉTUDE ET OBJECTIF.....	43
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>44</b>
I. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET FORMATION À LA RECHERCHE QUALITATIVE .....	44
II. TYPE D'ÉTUDE .....	45
III. LA POPULATION .....	45
IV. RECUEIL DE DONNÉES .....	46
a. Les entretiens.....	46
b. Le guide d'entretien et le questionnaire de description des participants.....	47
c. La modération et l'observation .....	47
V. ANALYSE DES DONNÉES .....	48
VI. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	49
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>52</b>
I. ENTRETIENS ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON .....	52
a. Entretiens .....	52
b. Caractéristiques de l'échantillon .....	53

<b>II. ATTENTES ET APPRÉHENSIONS DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE PHASE D'APPROFONDISSEMENT AVANT LE STAGE HOSPITALIER DE MÉDECINE POLYVALENTE</b> .....	<b>55</b>
<b>i. Le stage hospitalier de l'Interne de Médecine Générale : un stage primordial</b> .....	<b>57</b>
a. Un stage considéré comme primordial .....	57
b. Les spécificités en rapport avec leur spécialité de Médecine Générale .....	61
c. Les attentes et appréhensions en rapport avec le contexte hospitalier du stage ..	65
<b>ii. Un stage choisi avec soin</b> .....	<b>72</b>
a. Le débat entre un stage de médecine interne et gériatrie.....	72
b. Combinaison de critères : recherche d'un équilibre entre attentes et appréhensions .....	74
c. Ambivalence et division à propos de la charge de travail .....	76
d. Les limites au choix.....	78
e. Les sources d'informations .....	80
<b>iii. Contenu attendu de la formation</b> .....	<b>82</b>
a. Une attente de variété .....	82
b. Les modèles de pratique médicale qu'ils souhaitent acquérir .....	84
c. Leurs attentes sur les connaissances biomédicales .....	88
d. Un stage attendu pour une consolidation des acquis en médecine adulte .....	95
<b>iv. Les appréhensions avant le stage : témoins de leur statut en formation, et d'une confiance en eux partielle</b> .....	<b>97</b>
a. Une crainte de responsabilité inadaptée à leur formation notamment en garde .	97
b. La crainte d'un encadrement insuffisant.....	97
c. Les appréhensions en rapport avec les gardes.....	98
d. Les appréhensions, témoins d'un manque de confiance en eux.....	100
e. Les mécanismes de diminution des appréhensions .....	102
<b>v. Les attentes sur les méthodes pour la formation</b> .....	<b>104</b>
a. Méthodes de formation émanant des internes eux-mêmes.....	104
b. Attentes sur le contenu du projet pédagogique du service : avis riches et divergents .....	108
c. Une attente de dialogue avec leur encadrant .....	113
d. L'encadrant idéal .....	116
e. La question centrale de l'autonomie supervisée.....	119
f. Le lien avec la partie facultaire de la formation .....	123
<b>vi. Les mécanismes de définition des attentes et appréhensions</b> .....	<b>128</b>
a. Attentes générées par leur parcours passé.....	128
b. Un stage avec pour objectif la pratique future .....	136
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>142</b>
<b>I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>142</b>
<b>II. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>146</b>
a. Comparaisons du contenu attendu avec les données de la littérature.....	146
b. Comparaison de nos résultats à propos de l'environnement éducatif avec les données de la littérature .....	150
<b>III. CONSIDÉRATIONS PÉDAGOGIQUES, PERSPECTIVES ET HYPOTHÈSES</b> .....	<b>155</b>
a. Mise en relation de la procédure d'agrément, familles de situations et compétences avec les résultats de l'étude.....	157
b. Hypothèse : des attentes dans un but de progression dans le parcours d'apprentissage ?.....	162

<b>Conclusion .....</b>	<b>172</b>
<b>ANNEXES : .....</b>	<b>174</b>
ANNEXE N°1: Guide d'entretien semi-dirigés (version n°1) : .....	174
ANNEXE n°2 : Guide d'entretien semi-dirigés (version n°2).....	175
ANNEXE n°3 : Questionnaire ayant pour but de décrire la population de mon étude : .....	176
ANNEXE n°4 : FICHE D'INFORMATION .....	177
ANNEXE n°5 : Tableau recensant l'ensemble des éléments du questionnaire P.H.E.E.M. et les concepts issus des résultats de notre étude pouvant s'y rapporter (43).....	179
ANNEXE n°6 : Tableau recensant l'ensemble des éléments du questionnaire D-RECT et les concepts issus des résultats de notre étude pouvant s'y rapporter (45).....	182
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>185</b>

## Table des illustrations et tableaux :

Figure 1 : Frise chronologique représentant l'évolution de la formation pratique des médecins généralistes, après le tronc commun, avant la création de la spécialité .....	27
Figure 2 : Marguerite des compétences de la spécialité Médecine Générale - Illustration tirée du site officiel du C.N.G.E. – Modifiée par nos soins .....	34
Figure 3 : Figure établie à partir de la publication « Les grandes familles de situations cliniques » - Attali et Al. ....	35
Figure 4 : Évolution de la maquette de stages pratiques du D.E.S. de médecine générale avant et après la réforme entrée en vigueur en 2017 .....	35
Figure 5 : Enseignements théoriques de la maquette de D.E.S. en vigueur de 2004 à 2017 ..	37
Figure 6 : Procédure de validation du D.E.S. de Médecine Générale de 2004 à 2017 .....	38
Figure 7 : Processus actuel d'évaluation et de validation du D.E.S. de médecine générale ...	39
Figure 8 : Maquette du D.E.S. de Médecine Générale – Illustration tirée du site officiel du D.M.G. de Rouen – Modifiée par nos soins (25) .....	39
Figure 9 : Diagramme : Stage praticien niveau 1 .....	54
Figure 10 : Diagramme : Stage d'urgences.....	54
Figure 11 : Diagramme de répartition des stages en cours pour les internes interrogés en 3e semestre.....	54
Figure 12 : Moment du dernier stage en date en service conventionnel de médecine polyvalente au cours des études.....	55
Figure 13 : Carte heuristique représentant les principaux concepts issus de l'analyse ainsi que leurs interactions.....	56
Figure 14 : Carte mentale "Le stage hospitalier de l'interne de médecine générale" .....	71
Figure 15 : Carte mentale " Un stage choisi avec soin" .....	82
Figure 16 : Carte mentale "Le contenu attendu de la formation" .....	96
Figure 17 : Carte mentale " Les appréhensions avant le stage" .....	103
Figure 18 : Carte mentale " Les attentes sur les méthodes de formation" .....	127
Figure 19 : Carte mentale "Les mécanismes de définition des attentes et des appréhensions " .....	141
Figure 20 : Mise en évidence des concordances des résultats de notre étude et des familles de situations auxquelles les internes de Médecine Générale doivent être confrontés au cours du D.E.S. ....	159
Figure 21 : Mise en évidence des concordances des résultats de notre étude et de la Marguerite des compétences de la médecine générale – Site Officiel du C.N.G.E. ....	160
Figure 22 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale - L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles - Bloy .....	167
Tableau 1: Caractéristiques des entretiens.....	52
Tableau 2: Caractéristiques des participants .....	53
Tableau 3 : Verbatims pathologies courantes en médecine générale attendues .....	91
Tableau 4 : Mise en concordance des attentes issues de nos résultats et des résultats de la thèse « Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier : avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 » - Teste M.....	147
Tableau 5 : Mise en concordance des attentes issues de nos résultats et des résultats de la thèse « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale : Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen » - Casaux-Voroniuc I.....	148



## **Abréviations**

A.P.C. : Apprentissage Par Compétences

C.N.G.E : Conseil National des Généralistes Enseignants

C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire

D.E.S. : Diplôme d'Etudes Spécialisées

D.M.G : Département de Médecine Générale

D-RECT : Dutch Residency Educational Climate Test

E.B.M. : Evidence Based Medicine

F.O. : Formation Optionnelle

F.S.T. : Formations Spécialisées Transversales

M.S.U : Maîtres de Stage des Université agréées.

P.H.E.E.M. : Postgraduate Hospital Educational Environment Measure

R.I.P.H. : Recherche Impliquant la Personne Humaine

R.S.C.A. : Récit de Situation Complexe et Authentique

S.A.I.A. : Syndicat Autonome des Internes Alsaciens

S.A.S.P.A.S. : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

U.F.R. : Unité de formation et de recherche

U.H.C.D. : Unité Hospitalisation de courte durée



## INTRODUCTION

Depuis 2004, suite à l'affirmation de la spécificité de la discipline de Médecine Générale (1), cette dernière est devenue une spécialité au même titre que les autres spécialités médicales. La formation des futurs spécialistes en Médecine Générale se fait au cours du troisième cycle des études médicales, avec l'obtention à son terme du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) de Médecine Générale (2). La qualité de la formation au sein de ce D.E.S. doit permettre aux futurs médecins généralistes de prodiguer des soins de qualité pour tous (3).

Une réforme du troisième cycle des études médicales, entrée en vigueur en 2017, a modifié le D.E.S. de l'ensemble des spécialités (4). En Médecine Générale, la réforme a consisté en un virage ambulatoire, comme demandé par les différents acteurs (5).

Avant la réforme, des travaux avaient montré que les stages hospitaliers de l'époque répondaient peu aux besoins de formation des internes de Médecine Générale (6), tout en étant considérés comme nécessaires (7). Le stage hospitalier de médecine polyvalente a été maintenu après 2017, dans des modalités proches (4). De ce fait, nous pouvons penser que les besoins de formation des internes de Médecine Générale restent insatisfaits au cours de ces stages malgré la réforme. Or, proposer des stages en adéquation avec les besoins de formation des internes de Médecine Générale favorise les apprentissages et la motivation à apprendre (8). Il nous a alors paru intéressant de connaître les attentes des internes de Médecine Générale avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente. Nous n'avons pas trouvé de travaux s'y intéressant.

Nous avons donc décidé de mener cette étude, dont **l'objectif était d'explorer les attentes et les appréhensions des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.**

## Prérequis

### I. HISTORIQUE DE LA FORMATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET INTÉRÊT D'UNE FORMATION DE QUALITÉ

À la fin des années 50, la formation médicale s'articulait autour du Concours de l'Internat. Au terme de 6 années de tronc commun, les étudiants décidaient de devenir médecins généralistes ou de passer le concours d'internat afin de devenir spécialistes, espérant accéder à la filière hospitalo-universitaire. S'ils échouaient, ils étaient médecins généralistes. Le médecin généraliste était alors celui qui n'a pas ce diplôme de spécialiste, la médecine générale était une « non spécialité » (9).

Au fil du temps, des stages pratiques ont été ajoutés dans le cursus des futurs médecins généralistes (Figure 1) (9,10).

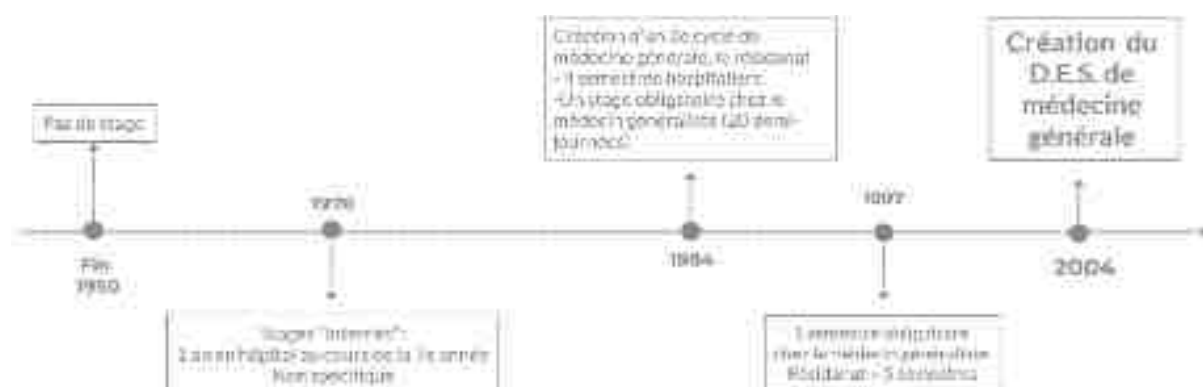


Figure 1 : Frise chronologique représentant l'évolution de la formation pratique des médecins généralistes, après le tronc commun, avant la création de la spécialité

Dans ce système, la médecine générale constituait le socle des connaissances médicales minimales de tout médecin, sans prendre en compte ses spécificités.

Au début des années 2000, différents groupes français et européens proposent des définitions de la médecine générale et décrivent des compétences fondamentales du médecin généraliste. Il est alors admis que la médecine générale est une discipline avec ses spécificités propres, et qu'une formation spécifique doit lui être dédiée (1,11).

En 2004, le concours de l'internat est remplacé par l'Examen Classant National (E.C.N.), que tous les étudiants en médecine de France passent en fin de 6<sup>e</sup> année pour accéder à l'internat. À l'issue de cet examen, les étudiants choisissent la spécialité pour laquelle ils souhaitent se former via un Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.). Parmi les D.E.S. proposés se trouve celui de Médecine Générale, d'une durée de 3 ans, créant ainsi la spécialité de Médecine Générale (2).

À la suite de la création de la spécialité, les réflexions sur les spécificités de la discipline se sont poursuivies. En parallèle, commençaient à se faire sentir les problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins (12). Tentant d'y apporter une réponse, et se basant sur le rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins et la prise en charge globale des patients, la loi HPST de 2009 place le médecin généraliste comme plaque tournante du système de santé français (11). Les missions de la médecine générale sont alors définies, en accord avec les définitions proposées par différentes institutions internationales : « le SOIN, la PRÉVENTION, la PERMANENCE DES SOINS et la COORDINATION DES SOINS » (11).

La place centrale de la médecine générale et sa définition plus précise dans le système de soins, ainsi que l'objectif d'accès à des soins de qualité pour tous, font de la formation des futurs médecins généralistes un sujet important.

La plus rapide installation des futurs médecins généralistes après leur internat est également un objectif à une formation de qualité en médecine générale (12,13). Un âge moyen d'installation en libéral en constante augmentation a été constaté, qui était mis en rapport avec « un sentiment d'insécurité professionnelle des jeunes médecins que les études de médecine générale, telles qu'elles sont conçues actuellement, semblent accentuer car jugées inadaptées à l'exercice de cette activité » (13).

Il est donc important de promouvoir un enseignement de qualité de la Médecine Générale, une spécialité médicale avec ses spécificités propres, plaque tournante du système de santé français, afin de permettre un accès aux soins de qualité pour tous.

## II. LES FONDEMENTS DE LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE SANTÉ

### a. Les rapports Couraud-Pruvot

En 2010, des difficultés importantes dans le post-internat ont été constatées (14). Une réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales est recommandée pour apporter des réponses à ces difficultés. Dans ce but, un groupe de travail a remis en avril 2014 le rapport Couraud-Pruvot « Propositions pour une restructuration du Troisième cycle des Etudes Médicales » (15), puis en juin 2015 le rapport Couraud-Pruvot « Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux »(5).

Ces deux rapports successifs, demandés par les Ministres concernés, proposent une refonte profonde du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales et donc du D.E.S. de Médecine Générale.

Ils se basent sur la constatation de plusieurs faiblesses du dispositif en vigueur, notamment :

- L'absence de progression pédagogique au sein des formations
- La quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences
- Une période de mise en responsabilité aléatoire en fonction des disciplines et des sites
- Une faible lisibilité de l'offre de formation (15).

La réorganisation du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales proposée par le rapport est fondée sur 4 grands principes :

- Une simplification du dispositif en faisant du D.E.S. le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité

- La mise en place d'une progressivité dans la formation en instituant trois phases (phase socle, phase d'approfondissement et phase de mise en situation) permettant d'amener l'interne à une mise en responsabilité à la fin du D.E.S.
- La mise en place de l'évaluation progressive des compétences, et non plus des seules connaissances
- L'introduction de la pluridisciplinarité au sein de chaque D.E.S.

Le rapport a émis plusieurs recommandations, dont les suivantes nous intéressent plus particulièrement pour la médecine générale :

- Veiller à ce que, pour chaque D.E.S., les **critères d'agrément des stages** soient bien définis pour chaque phase, car ils seront la base de la **progressivité** de la formation, ces critères étant les seuls pris en compte pour l'agrément.
- **Augmenter le nombre de stages ambulatoires** dans tous les D.E.S. préparant à une spécialité pouvant s'exercer en ambulatoire (notamment la **médecine générale**)
- Mettre en place dans chaque D.E.S. un **portfolio** numérique permettant de suivre l'acquisition progressive des compétences. Il est selon le rapport l'un des **meilleurs outils pour l'évaluation des stages en termes de contrôle des compétences acquises**.
- À propos de la **durée** du D.E.S. de Médecine Générale, les rapporteurs sont favorables à **l'augmentation d'un an de la durée de formation**, celle-ci devant être réalisée progressivement, en tenant compte du coût, et de la nécessité d'accroître de manière importante le nombre de Maîtres de Stage des Universités agréées (M.S.U.).

b. Avis du Conseil National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.)

Le C.N.G.E. est la principale société scientifique de Médecine Générale en France (10). « Il s'investit dans des missions de recherche, d'enseignement et de soin et travaille en

concertation » avec les autres acteurs au « contenu et à l'harmonisation des programmes du D.E.S de Médecine Générale, de ses procédures de validation et à la certification des compétences des étudiants à l'issue du D.E.S. Enfin, il travaille avec les 35 Départements de Médecine Générale (D.M.G.), lié aux facultés françaises » (17).

À la suite du rapport Couraud-Pruvot et en prévision de la réforme, le C.N.G.E. avait émis un avis après consultation des D.M.G. Français.

Pour le C.N.G.E., « la structuration et l'organisation du D.E.S. visent à mettre en œuvre une formation professionnalisante préparant au métier de médecin généraliste de soins primaires ambulatoires » (3).

Les propositions étaient « notamment de programmer très tôt le stage de niveau 1 dans la maquette du D.E.S. et de rendre obligatoire le [Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé dit] S.A.S.P.A.S. » L'avis proposait aussi « une année d'exercice autonome supervisé qui est cohérente avec la phase de mise en situation du rapport Couraud-Pruvot pour un D.E.S. d'une durée de 4 ans (11). »

Sur le plan de l'évaluation, le C.N.G.E. proposait qu'une évaluation des parcours, des stages et des traces d'apprentissages colligés dans le portfolio soit organisée à la fin de chaque phase. Cette évaluation devait identifier la progression et les compétences à améliorer en vue de la certification (3). Plus précisément sur l'évaluation des compétences de la dernière phase, « l'évaluation de la thèse qui comprendra le mémoire portfolio de D.E.S et un travail de recherche disciplinaire permettra une certification des compétences des internes, demandée par la société. L'évaluation formative devient sommative et prend en compte les évaluations des phases socle et intermédiaire. La certification des internes permettra de garantir un niveau de sécurité des soins aux patients et participera à un sentiment de



confiance nécessaire à l'installation. Ces installations luttent contre les inégalités d'accès aux soins sur tout le territoire » (3).

c. Les données disponibles sur les maquettes et les souhaits des internes avant la réforme : un souhait de changement

Avant la réforme, une majorité des internes de Médecine Générale **effectuaient leur stage hospitalier de médecine adulte en première année de D.E.S.**, leur **premier contact avec la médecine générale ambulatoire avait lieu au cours de la deuxième année de D.E.S.**, voire de la 3<sup>e</sup> année, et ils effectuaient 4 ou 5 semestres en contexte hospitalier. Rares étaient ceux qui faisaient 3 semestres ambulatoires et 3 semestres hospitaliers (6,9). Selon une thèse s'intéressant au sujet en 2015, 63.8% des internes de Médecine Générale répondants ne souhaitaient pas laisser la maquette du D.E.S. de Médecine Générale telle quelle (17).

Plusieurs thèses et études se sont intéressées aux attentes et aux souhaits des Internes de Médecine Générale pour le nouveau D.E.S. (17–19). Elles montraient dans l'ensemble le souhait de plus de stages ambulatoires dans la maquette, au profit notamment des stages de pédiatrie/gynécologie, et de la généralisation du S.A.S.P.A.S. Au niveau de la durée du D.E.S., la majorité des internes ne souhaitaient pas l'augmenter (18,19).

À propos du stage hospitalier de médecine adulte, **une enquête nationale menée dans le cadre d'une thèse soutenue en 2015 (7), trouvait que 74,7% des internes de Médecine Générale ayant répondu considéraient le stage de Médecine adulte comme un stage « nécessaire » du D.E.S. de l'époque.**

En recherchant des informations sur les stages hospitaliers de médecine adulte avant la réforme, les recherches bibliographiques ont permis d'identifier deux travaux de thèse principaux : « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale : Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen » (6) datant

de 2012, et « Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier : avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 »(9).

L'enquête qualitative de 2012 concluait que : « la présente étude semble prouver que les stages hospitaliers répondent totalement aux besoins de l'hôpital, mais peu à ceux des étudiants futurs médecins généralistes en participant à la marge à leur formation spécifique et ce surtout dans les acquis théoriques, sans souci d'applicabilité en ambulatoire. »

La seconde étude, basée sur une méthode quantitative, avant la réforme, interrogeait des internes de Médecine Générale, et des jeunes médecins généralistes remplaçants et installés, après leurs stages hospitaliers de quelque nature qu'ils soient. On peut par exemple noter dans cette étude la question « La formation hospitalière permet-elle d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ? ». Les réponses étaient « assez partagées [...], 54% des médecins généralistes répondants jugent la formation hospitalière comme intéressante ou très intéressante. Au contraire, 58% des internes répondants estiment que la formation hospitalière actuelle n'a pas ou peu d'intérêt pour leur pratique future (9)».

Ces deux thèses semblent montrer que les stages hospitaliers dans leur ensemble avant la réforme étaient peu adaptés à la formation en médecine générale. Le stage hospitalier de médecine adulte est vu comme nécessaire, mais les internes de Médecine Générale souhaitent une modification de ces stages hospitaliers pour les rapprocher de leurs besoins de formation.

Nous n'avons trouvé aucun document s'intéressant plus spécifiquement aux **attentes** à propos du stage hospitalier de médecine adulte avant la réforme.

### III. COMPARAISONS DES MAQUETTES DE D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE AVANT ET APRÈS LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE SANTÉ DE 2017

#### a. La structure générale d'enseignement

Avant la réforme, la loi prévoyait dans le D.E.S. de médecine générale d'une part les enseignements et d'autre part la formation pratique, sans réel lien entre les deux (20).

Depuis 2017, le D.E.S. est construit sur un **modèle d'apprentissage par compétences**.

Le D.E.S. vise à certifier l'ensemble des six compétences de la Marguerite des compétences de la spécialité Médecine Générale (*Figure 2*) proposée par le C.N.G.E. (21) pour caractériser l'exercice de la médecine générale (4,22).

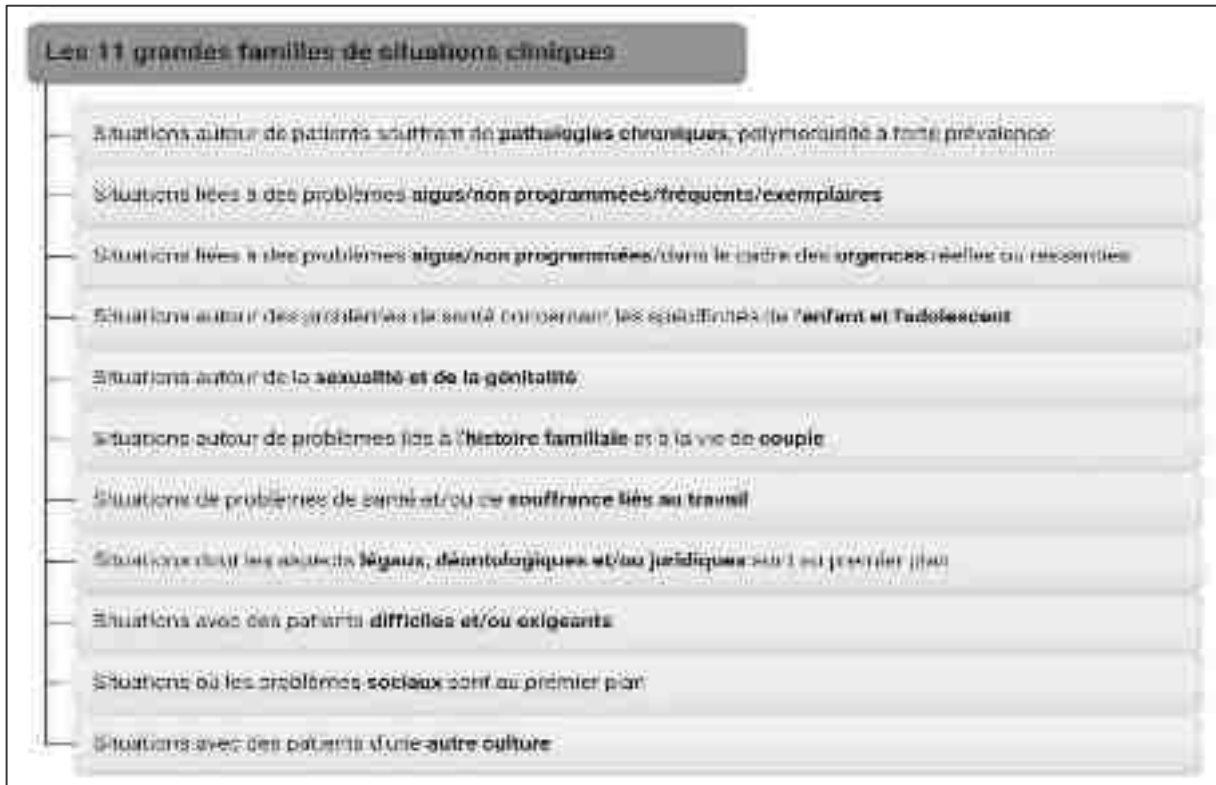
Pour permettre l'acquisition et la certification des 6 compétences, le D.E.S. a été divisé en 2 phases, **la phase socle et la phase d'approfondissement**, sur tous les plans : enseignement, formation pratique et validation.

*Figure 2 : Marguerite des compétences de la spécialité Médecine Générale - Illustration tirée du site officiel du C.N.G.E. – Modifiée par nos soins*



Dans le but de certifier ces 6 compétences, les étudiants doivent être notamment confrontés durant leur D.E.S. à 11 grandes familles de situations cliniques « afin d'acquérir les savoir-agir leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux » (*Figure 3*)(4,22).

Figure 3 : Figure établie à partir de la publication « Les grandes familles de situations cliniques » – Attali et Al.



b. La formation pratique

Les deux maquettes de formation pratique de D.E.S. sont présentées dans la Figure 4. Elles sont toutes deux composées de 6 stages de 6 mois pour une durée totale de 3 ans (4,20).

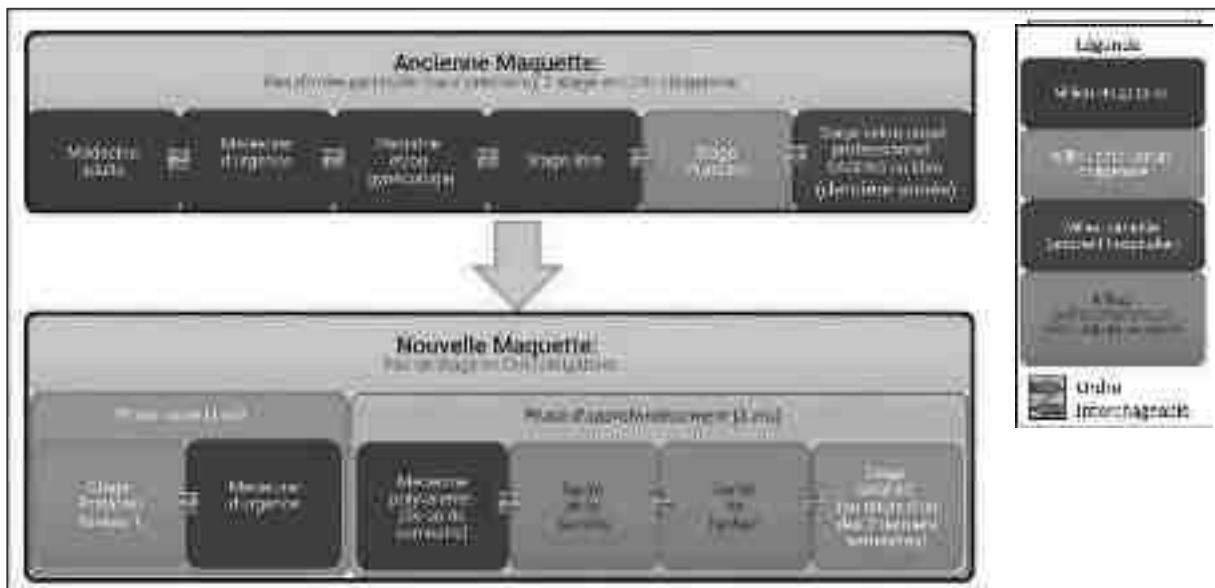


Figure 4 : Évolution de la maquette de stages pratiques du D.E.S. de médecine générale avant et après la réforme entrée en vigueur en 2017

Une troisième phase, dite de consolidation est actuellement en projet, mais ses modalités ne sont pas connues précisément en novembre 2022.

En comparant les maquettes, nous remarquons que la place des stages ambulatoires a été affirmée en 2017, constituant un virage ambulatoire (5,23).

Avec la maquette actuelle, les internes de Médecine Générale effectuent au moins 2 semestres en stage ambulatoire, auprès de M.S.U., et peuvent aller jusqu'à 4 semestres. Le premier stage ambulatoire, se fait obligatoirement dans la première année d'internat (6,18).

Les stages de santé de l'enfant et la santé de la femme, maintenant distincts, sont effectués de façon préférentielle en partie ou en totalité en ambulatoire (4,20).

La modification de la maquette a également rendu obligatoire un deuxième stage en médecine générale ambulatoire, le SASPAS, auprès de M.S.U agréés (4).

Le stage hospitalier de médecine adulte, renommé stage hospitalier de médecine polyvalente, est resté obligatoire (4,20). Seule une partie de ses modalités ont été changées.

Les changements identifiés sont une modification de la procédure d'agrément des lieux de stages afin de la mettre en adéquation avec la nouvelle législation et le moment du stage au sein de la maquette. Celui-ci doit maintenant se faire au cours du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semestre du D.E.S., **soit après le stage de niveau 1 chez le praticien** (4).

Comme recommandé dans le rapport Couraud-Pruvot, les stages proposés aux internes sont choisis selon des **critères d'agrément bien définis pour chaque phase**. Chaque lieu de stage obtient, après examen d'une commission et si les critères d'agrément sont remplis, un agrément de stage au titre d'une ou plusieurs spécialités, pour une phase donnée (24).

On constate donc que les modifications apportées par la réforme du troisième cycle des études de santé au stage hospitalier de médecine polyvalente sont peu nombreuses et plutôt d'ordre administratives.

c. Les enseignements hors stage

Avant la réforme, les enseignements hors stage, d'une durée de 200 heures étaient divisés en deux parties (*Figure 5*) (20).

*Figure 5 : Enseignements théoriques de la maquette de D.E.S. en vigueur de 2004 à 2017*



Après la réforme, les enseignements hors stage représentent 2 demi-journées par semaine, une en supervision, la deuxième en autonomie. Ils sont de nature variée et doivent permettre la progression des étudiants dans l'acquisition des **6 compétences, au travers notamment des 11 familles de situations cliniques**. Les méthodes proposées sont les **travaux d'écriture clinique**, les **groupes d'échanges de pratique**, les méthodes dérivant des **apprentissage par résolution de problèmes**, les **groupes de formation** à la relation thérapeutique, et les **groupes de tutorat centrés sur les familles de situations** définies pour la spécialité, les **ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation**.

d. L'évaluation et la validation

Avant la réforme de 2017, une commission interrégionale proposait la délivrance du D.E.S. au cours du dernier semestre d'internat se fondant sur différents documents (*Figure 6*) (2).

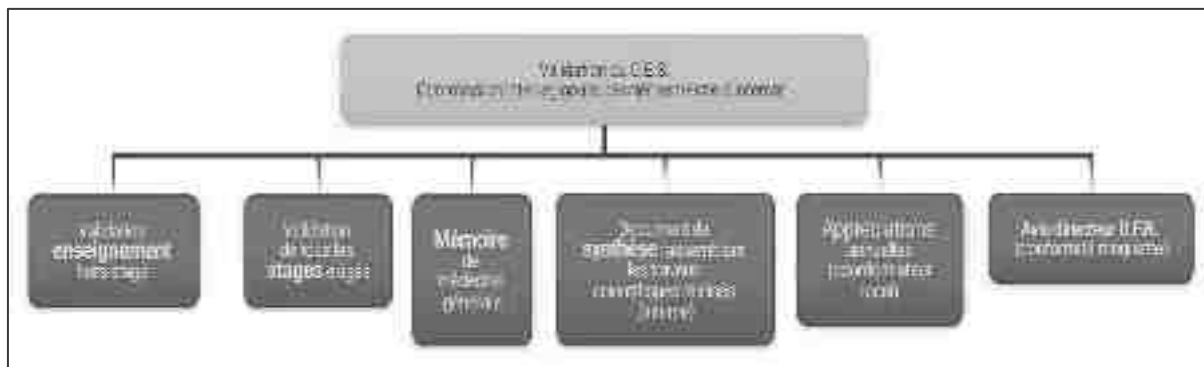


Figure 6 : Procédure de validation du D.E.S. de Médecine Générale de 2004 à 2017

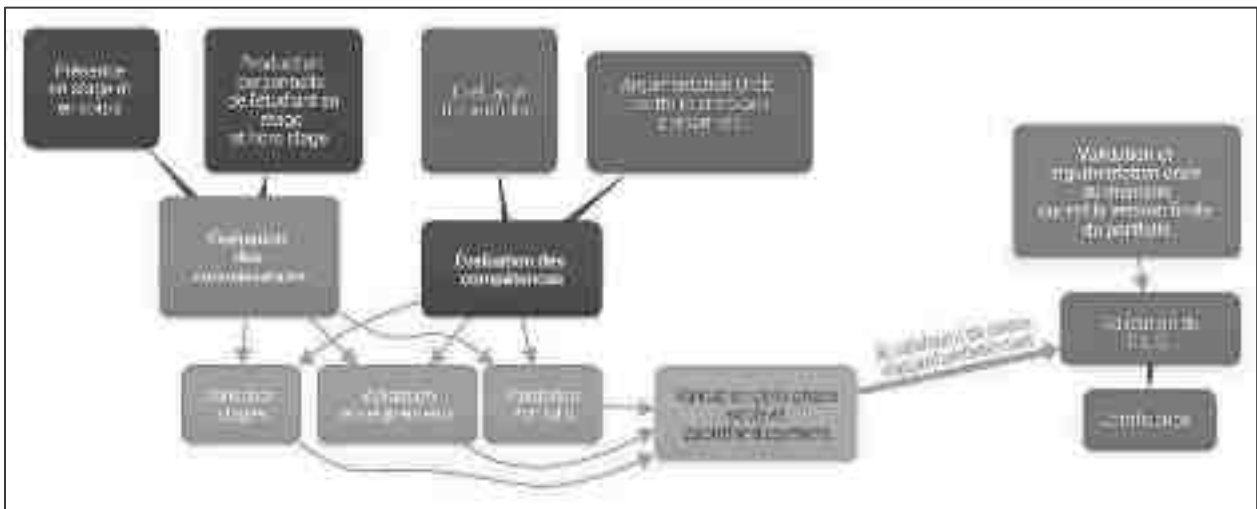
Depuis la réforme de 2017, l'évaluation des compétences se fait de manière progressive tout au long du D.E.S, comme proposé par les rapports et le C.N.G.E.

Les notions de contrat de formation et de portfolio sont introduites dans les lois (24) :

- Le **contrat de formation** est un outil d'évaluation progressive de l'étudiant, conclu à l'issue de la phase socle. Il mentionne notamment le projet professionnel de l'interne et les objectifs pédagogiques de la formation au sein de la spécialité.
- **Un portfolio** est annexé au contrat de formation. Il est rempli par l'étudiant. Il permet le **suivi de la construction des connaissances et des compétences**. Il comporte les travaux significatifs et les pièces justifiant son parcours de formation. Le portfolio comprend un carnet de stage dans lequel figurent l'ensemble des éléments qui permettent de justifier de l'acquisition des connaissances et compétences professionnelles au cours du stage, notamment les **fiches d'évaluations de stages**.

Le processus d'évaluation et de validation de phase et de D.E.S. est le suivant (Figure 7) (24).

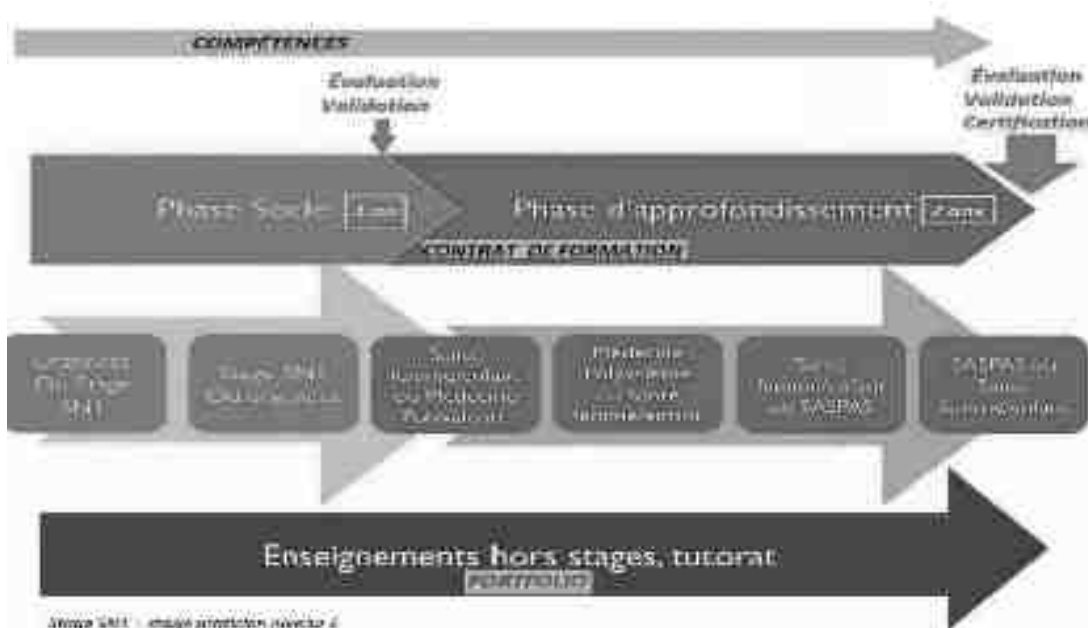
Figure 7 : Processus actuel d'évaluation et de validation du D.E.S. de médecine générale



Les différences entre les maquettes au niveau de l'enseignement et de l'évaluation sont importantes. Les notions de suivi de l'étudiant et son acquisition de compétences ont été mises au centre. Le portfolio a été pensé comme un outil majeur dans le suivi de l'étudiant.

La Figure 8 synthétise la maquette actuelle de D.E.S. de Médecine Générale.

Figure 8 : Maquette du D.E.S. de Médecine Générale – Illustration tirée du site officiel du D.M.G. de Rouen – Modifiée par nos soins (25)





#### IV. LA FORMATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

##### a. Les stages

Depuis la promotion 2018-2019, les stages proposés sont conformes à la nouvelle maquette, notamment au niveau de la phase socle constituée du stage d'urgences et du stage praticien niveau 1.

Comme expliqué dans le « Référentiel du D.E.S. de Médecine Générale » édité par le D.M.G. de Strasbourg, les stages santé de l'enfant sont « en général des stages dits « mixtes », c'est-à-dire 3 mois hospitaliers dans un service de pédiatrie, couplés à 3 mois de pratique « ambulatoire » (PMI du Bas-Rhin, M.S.U médecin généraliste ou Pédiatre, Maison des Adolescents, CAMPS, etc. Il y a également des stages « ambulatoires purs » ou « hospitaliers purs » »(26).

Les stages Santé de la femme y sont « très majoritairement des stages mixtes, avec un trimestre dans un service hospitalier de gynécologie au minimum pour tous ». L'autre trimestre peut être un trimestre avec des M.S.U ayant une forte activité orientée vers la santé de la femme, un trimestre avec des M.S.U expérimentés en maîtrise de stage, pour un approfondissement de l'approche globale des patientes, ou un trimestre hospitalier complémentaire pour approfondir la formation (notamment dans des services qui étaient proposés en stage libres avant la réforme).

Les stages hospitaliers de médecine polyvalente, qui nous intéressent ici, sont des stages hospitaliers ayant obtenu l'agrément au titre de la médecine générale, pour la phase d'approfondissement. La procédure d'agrément se faisant en ligne, il n'a pas été possible de récupérer de document détaillant les informations nécessaires au passage devant la

commission d'agrément. La procédure d'agrément appliquée est celle demandée par la loi (24) .

b. Formation facultaire

Le site internet du Département de Médecine Générale de Strasbourg détaille les modalités de la formation facultaire : « Depuis 2017, les internes de Médecine Générale bénéficient d'un système de tutorat. Le D.M.G. attribue à chaque étudiant un tuteur pour la durée de son D.E.S. Ce tuteur est chargé d'accompagner l'étudiant dans le développement de ses compétences, de le conseiller sur ses besoins de formation et d'être le premier recours en cas de difficultés liées au D.E.S. (problème en stage, difficultés personnelles retentissant sur le DES, etc.) » (26).

C'est autour de ce système de tutorat que les enseignements facultaires s'organisent, avec des rencontres individuelles avec le tuteur, et des rencontres collectives une fois par mois, composées par un trinôme de tuteurs et les 9 étudiants qu'ils tutoient. Pour les promotions d'internes avant novembre 2021, les rencontres collectives étaient principalement des séances de Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques (G.E.A.P.).

Le trinôme de tuteurs se réunit, avec l'étudiant, en fin de phase socle et de phase d'approfondissement, pour discuter de la validation de la phase. L'étudiant présente « une auto-évaluation argumentée de ses niveaux de compétences pour une compétence tirée au sort ou pour chacune des six compétences du référentiel. »

En plus du tutorat, des formations optionnelles sont proposées aux internes par le D.M.G. Ces formations traitent de thèmes utiles en médecine générale, afin de permettre à l'étudiant d'approfondir les domaines de son choix. Pour exemple, sur l'année 2022-2023, 34 F.O. sont proposées, dont 4 en ligne.

c. Le portfolio

Comme prévu dans les textes de loi, la tenue d'un portfolio est demandée à l'étudiant. Le D.M.G. de Strasbourg a mis en place des règles régissant le contenu minimal du portfolio pour les jurys de validation de phase. « Le portfolio doit contenir obligatoirement un Récit de situation complexe et Authentique (RSCA) par semestre, et en fin d'internat au moins un récit clinique bref portant sur chacune des 11 familles de situations. »

Ce portfolio est rempli par l'étudiant, et les traces d'apprentissages y figurant doivent être validées par le tuteur au fur et à mesure de l'internat de l'étudiant.

V. LE STAGE HOSPITALIER DE MÉDECINE POLYVALENTE

a. Les données sur les stages hospitaliers de médecine polyvalente avant la réforme

En perspective de la réforme, plusieurs thèses se sont intéressées aux attentes des internes de Médecine Générale avant leur stage chez le praticien niveau 1 (27), avant leur SASPAS (28), ou avant leur stage de gynécologie/pédiatrie (29). Nous n'avons trouvé aucun travail de recherche sur les attentes des internes de Médecine Générale avant les stages hospitaliers, notamment de médecine polyvalente.

Au sein de certains travaux de thèse, il y a parfois quelques informations quant aux attentes des internes de Médecine Générale à propos du stage hospitalier de médecine polyvalente (9,17) mais ces informations ont été recueillies uniquement après les stages hospitaliers, avant la réforme, et sans discrimination de la nature du stage hospitalier.

b. Les données disponibles sur les stages depuis la réforme

Les données concernant les stages depuis la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales sont encore éparpillées, et se concentrent sur les aspects ayant été significativement modifiés par la réforme. On peut donner comme exemple l'évaluation des stages Santé de l'enfant (30), du

S.A.S.P.A.S. (31), devenu obligatoire, les travaux en rapport avec l'apparition du portfolio (32), ou la place du stage praticien niveau 1 (33). Nous n'avons pas identifié d'étude se concentrant sur les stages hospitaliers de médecine polyvalente depuis la réforme.

## VI. CHOIX DE L'ÉTUDE ET OBJECTIF

Constatant que les stages hospitaliers de médecine polyvalente étaient considérés comme nécessaires à la formation des futurs médecins généralistes par l'ensemble des acteurs, tout en ayant de nombreux inconvénients et lacunes pour cette formation, nous avons cherché à savoir comment la formation pouvait être renforcée au cours de ces stages.

Il a été prouvé que proposer à des étudiants en santé des stages en adéquation avec leurs attentes et leurs projets augmentent leur motivation à apprendre. Or, selon Pelaccia et Viau, « plus le niveau de motivation d'un étudiant engagé dans une formation professionnelle en santé est élevé, meilleure est la qualité de ses apprentissages et des stratégies d'apprentissage qu'il utilise, et plus il persévère et atteint des niveaux élevés de performance » (8).

L'absence de données sur les attentes des internes de Médecine Générale à propos du stage hospitalier de médecine polyvalente nous a amenés à construire notre étude. Le stage de médecine d'urgence, seul autre stage hospitalier pur de la maquette actuelle, n'a pas été inclus dans notre étude. Les stages étant différents sur le plan du contenu et de la phase où ils interviennent dans la maquette, il nous a paru nécessaire de nous concentrer sur un seul de ces deux stages.

**L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes et les appréhensions des Internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement à propos de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, avant le début de celui-ci.**

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

La présente étude ainsi que les parties « matériels et méthodes » et « forces et limites de l'étude » ont été construites et rédigées à l'aide la « Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ » qui est la grille de référence « pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative » (34).

### I. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET FORMATION À LA RECHERCHE QUALITATIVE

Au préalable de cette étude, une recherche bibliographique a été faite dans un premier temps au mois **d'octobre 2019**, et enrichie au fur et à mesure des besoins de l'étude. Les moyens de recherche ont été les moteurs de recherche **PubMed, Google, Google Scholar, le site internet SUDOC**, les sites du **DMG de Strasbourg**, de **l'ARS Grand Est**, du **Collège National des Généralistes Enseignants**, et du service public de la diffusion du droit **Légifrance**.

Afin de mener cette étude, une formation à la **recherche qualitative était nécessaire**. Elle a été réalisée par les informations reçues lors **des séances collectives** dans le cadre des enseignements hors-stage à la Faculté de Médecine, par la **participation** à d'autres thèses basées sur cette méthode, et par des lectures :

Un article dans la revue *Exercer* (35)

- **Le livre** intitulé *Initiation à la recherche qualitative en santé*, de Jean-Pierre Lebeau, édité conjointement par Global Média Santé et le C.N.G.E. (36)
- **Le Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative** mis à disposition en ligne par le Collège de médecine générale de Nice (37).

L'ensemble des références bibliographiques a été sauvegardé et organisé dans le logiciel **Zotero**.

## II. TYPE D'ÉTUDE

Les données disponibles à propos de notre sujet, traitant de pédagogie étaient peu nombreuses voire inexistantes. Dans ce contexte, nous avons choisi une étude **qualitative**, avec une approche inspirée de la **théorisation ancrée**. Cette approche a été choisie, car elle a pour objectif technique de **construire un modèle explicatif**, aussi appelé théorie, à propos de **processus sociaux d'une population identifiée autour d'un phénomène** (36).

## III. LA POPULATION

En accord avec l'approche inspirée de la théorisation ancrée, nous avons choisi une technique d'**échantillonnage raisonné théorique**.

Le recrutement a été fait au sein de la population des **internes de Médecine Générale** de la subdivision de Strasbourg **en phase d'approfondissement n'ayant pas encore débuté leur stage de médecine polyvalente**.

Les internes ont été contactés par les canaux suivant : **par courriel** sur la boîte de l'université de Strasbourg après avoir consulté la liste des internes éligibles sur les listes mises à disposition par l'ARS Grand-Est à la suite des choix de stages, **par message** posté sur un groupe **Facebook** dédié à la promotion d'internes en Médecine Générale concernée, et par **SMS ou par message privé** sur le service de messagerie instantanée Messenger. Avant envoi de messages via messagerie privée, les internes concernés donnaient **leur accord** pour être contactés. La technique dite « **boule de neige** » a été utilisée, les participants à l'étude étaient invités à proposer de participer à d'autres internes de la population éligible.

Certains internes ont été recrutés après obtention de leur accord à l'occasion **de rencontres au cours des divers remplacements de l'investigatrice**.

Certains internes ont été recrutés via des **médecins hospitaliers ou autres internes à la demande de l'investigatrice**. Ces médecins ont succinctement expliqué le sujet de la thèse et les internes ont donné leur **accord** pour que leurs coordonnées soient communiquées.

Enfin, certains internes ont été recrutés par l'intermédiaire de leur tuteur et de leurs **rencontres collectives de l'enseignement hors-stages** prodiguées par le D.M.G de Strasbourg.

Les canaux de recrutements ont été multipliés progressivement afin d'augmenter les chances de recruter des internes, notamment avec des parcours différents et de confronter des avis et expériences différentes. Dans ce même but, les périodes de recrutements et d'entretiens ont été variées, afin de recueillir des données auprès d'internes différents en termes de parcours de formation (stage choisi ou non, semestre de choix de stage).

#### IV. RECUEIL DE DONNÉES

##### a. Les entretiens

Le recueil de données a eu lieu grâce à des **entretiens semi-dirigés individuels**, et en groupes, ces derniers appelés **Focus Group**.

Les entretiens ont été organisés de **d'octobre 2021 à avril 2022, toujours avant** que l'interne ait débuté son stage hospitalier de médecine polyvalente.

Un Focus Group s'est déroulé à la Faculté de Médecine de Strasbourg, au cours **d'une séance de rencontre collective** dans le cadre des enseignements hors-stages, avec port de masques chirurgicaux, en raison de la situation sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19.

Tous les entretiens individuels et certains Focus groupes se sont déroulés en **visio-conférence** à l'aide du logiciel Teams.

Le choix s'est porté sur un mode de recueil mixte entretiens individuels/focus group et présentiels/visio-conférence pour diverses raisons en rapport avec la praticité, la sécurité des participants liée au COVID-19 et l'échantillonnage raisonné.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles informations issues des derniers entretiens.

b. Le guide d'entretien et le questionnaire de description des participants

Un **guide d'entretien** a été élaboré au mois de septembre 2021 et **a évolué** au fil des entretiens comme c'est souvent nécessaire pour de la méthode qualitative. (ANNEXE N°1 et ANNEXE N°2).

Il a été pensé afin de recueillir et de **préciser les attentes, les envies et les appréhensions des internes avant leur stage hospitalier de médecine adulte**. Les premières questions étaient le plus ouvertes possibles, puis précisées pour relancer les participants sur les diverses dimensions qui avaient pu être identifiées à priori grâce à la bibliographie, comme les thèmes attendus ou les techniques de formation souhaitées.

Un **questionnaire dans un but de décrire la population étudiée** a également été élaboré et l'ensemble des participants l'ont renseigné avant l'entretien. (ANNEXE n°3).

c. La modération et l'observation

**Le rôle de modératrice** a été joué par **l'auteure**, femme de 28 ans, médecin généraliste remplaçante, dans **l'ensemble** des entretiens, en s'appuyant sur la version adéquate du guide d'entretien et en se servant de sa formation à la recherche qualitative. Une attention particulière a été portée à la nécessité de conserver une **neutralité**, de **recentrer** sur le sujet si nécessaire, et **de relancer** les participants en cas de difficultés à élaborer.

Les entretiens ont été **filmés** et **enregistrés** à l'aide de smartphones et dictaphones.



Pour les entretiens et focus groups réalisés en visio-conférence, ils ont été en plus enregistrés grâce **au logiciel de capture d'écran vidéo Windows** de l'ordinateur de l'investigatrice.

Les entretiens ont ensuite été intégralement **retranscrits**, et **anonymisés** à l'aide du logiciel de traitement de texte **Word**, ce qui a permis de recueillir le langage **verbal et non verbal**.

Pour le Focus Group en présentiel, en plus des participants et de la modératrice qui menait l'entretien, étaient présents d'autres internes du groupe de rencontres collectives, mais qui n'entraient pas dans les critères d'inclusion, ainsi que la directrice de cette thèse, en tant qu'observateurs. L'ensemble des personnes présentes a signé un formulaire de consentement qui les informait de la nécessité de maintenir la **confidentialité** des données recueillies.

## V. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du **logiciel Nvivo 1.7** aussi bien au niveau du **codage initial** que de **l'analyse intégrative et de la construction du modèle explicatif**.

Le **premier niveau de codage** a consisté en l'extraction des **verbatim d'intérêts**, avec organisation de ceux-ci au sein de codes en fonction de leurs similarités ainsi que de leurs différences. L'ensemble des codes ont ensuite été rassemblés par **propriétés**, elles-mêmes regroupées par **catégories** afin **d'aboutir au modèle explicatif**.

Au terme du premier niveau de codage, il existait 434 **codes** dont **357** pris en compte dans l'analyse intégrative après élimination du discours de la modératrice et des éléments se rapportant à la description de la population. **L'analyse intégrative** a abouti à **32 propriétés** puis **6 catégories**.

**Des cartes mentales (ou cartes heuristiques)** ont été créées à l'aide du logiciel NVivo 1.7, puis du site bubbl.us, afin **de représenter le modèle explicatif**.

Afin de favoriser la fiabilité de ce travail de thèse, et de **limiter la part interprétative** qui est cependant **inhérente** à la recherche qualitative, et notamment avec une approche inspirée de la théorisation ancrée, un **journal de bord informel** a été tenu.

Dans un but de vérification de la pertinence du modèle explicatif ayant émergé de l'analyse, les résultats ont été présentés à l'oral à certains participants de l'étude.

## VI. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

**Tous les participants et observateurs** ont signé un **consentement libre et éclairé** après avoir lu une notice d'information (ANNEXE n°4) renseignant les principes, les objectifs et le déroulement de l'étude, ainsi que la participation volontaire et le **droit de retrait à tout moment, la confidentialité et la gestion des données**, et la protection des données personnelles.

**Pour anonymiser les données, un numéro et un prénom de substitution** ont été attribués à chaque participant, l'ensemble des informations qui pouvaient aider à **identifier** les participants ont été **ôtées**, y compris les lieux **de stages précédents**, qui apparaissaient dans le discours. Pour éviter la perte de données, les lieux de stage précédents ont uniquement été précisés en termes de type de stage, et de contexte géographique.

Les **enregistrements vidéo et audio** obtenus après recueil de données ont été stockés sur des **cartes SD, non connectées à internet**, conservés dans un endroit **sécurisé, de même que la liste des participants**. Ces informations sensibles ont également été enregistrées sur le logiciel de stockage informatique en ligne **sécurisé Seafile**, fourni par l'université de Strasbourg, et protégées par un **mot de passe** connu uniquement par l'investigatrice.

Dans un but d'information sur les démarches réglementaires à accomplir en amont de l'étude, le sondage intitulé « Formalités réglementaires 2019 en sciences de la santé » (38) mis en ligne par la Faculté de Médecine de Strasbourg a été rempli, en parallèle du renseignement de ma fiche projet thèse. Ce sondage permet de renseigner en fonction du type d'étude les différentes démarches réglementaires à effectuer. La présente étude étant identifiée comme une « évaluations de pratiques professionnelles et d'enseignement », elle est dite « **Hors Loi Jardé** ». Cette étude ne nécessitait donc pas d'avis d'un Comité de Protection des Personnes avant son exécution.

Par ailleurs, sachant que cette étude allait nécessiter un recueil de données, elle est **soumise à la Loi Informatique et Liberté**. L'inscription au registre des traitements de l'Université de Strasbourg a été possible le **07/10/2021** après avoir fourni l'ensemble des documents nécessaires. Les documents en question renseignaient notamment le cahier de charges que l'investigatrice s'obligeait à **respecter pour garantir la sécurité des données tout au long de l'étude**. Cette inscription au registre est **consultable en ligne** en suivant ce lien : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-572> (39).



## RÉSULTATS

### I. ENTRETIENS ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

#### a. Entretiens

Au total, 8 entretiens ont eu lieu entre octobre 2021 et avril 2022, dont 3 focus group de 3 participants chacun, et 5 entretiens individuels. La durée moyenne des entretiens était de 59 minutes, avec un total de 7 heures et 52 minutes d'entretien. La durée minimale d'entretien a été de 36 minutes, la maximale de 1 heure 39 minutes. Un focus group a eu lieu en présentiel à la Faculté de Médecine de Strasbourg, les autres ont eu lieu en visio-conférence. 2 participants avaient déjà rencontré la modératrice au cours de remplacements que celle-ci effectuait (*Tableau 1*).

Interne	Focus Group	Entretien individuel	Temps	Présentiel/ Visioconférence
E1 (LUCIE)	-	+	36 min	Visioconférence
E2 (FANNY)	-	+	46 min	Visioconférence
E3 (THOMAS)	-	+	44 min	Visioconférence
E4 (QUENTIN)	Focus groupe n°1	-	58 min	Présentiel
E5 (AUDREY)		-		
E6 (GUILLAUME)		-		
E7 (MATHILDE)	-	+	44 min	Visioconférence
E8 (PAULINE)	Focus groupe n°2	-	1 h 39 min	Visioconférence
E9 (ANTHONY)		-		
E10 (ALEXANDRE)		-		
E11 (CORALINE)	Focus groupe n°3	-	1 h 23 min	Visioconférence
E12 (MORGANE)		-		
E13 (EMILIE)		-		
E14 (CAMILLE)	-	+	1 h 2min	Visioconférence
<b>EFFECTIF TOTAL : 14</b>	<b>EFFECTIF TOTAL : 9 soit 64,3%</b>	<b>EFFECTIF TOTAL : 5 soit 35,7%</b>	<b>DUREE MOYENNE : 59 min</b>	<b>Présentiel = 3 soit 21,4% Visio =11 soit 78,6%</b>

Tableau 1: Caractéristiques des entretiens

b. Caractéristiques de l'échantillon

Interne	Âge	Semestre en cours	Stage hospitalier déjà choisi	Projet professionnel post-internat	
				Exercice principal	Mixte envisagé
LUCIE (♀)	25	2	+	Cabinet	
FANNY (♀)	26	2	+	Cabinet	+
THOMAS (♂)	25	2	+	Cabinet	
QUENTIN (♂)	26	3	-	Cabinet	
AUDREY (♀)	25	3	-	Cabinet	
GUILLAUME (♂)	36	3	-	Cabinet	+
MATHILDE (♀)	27	3	-	Hospitalier	
PAULINE (♀)	26	3	-	Cabinet	+
ANTHONY (♂)	25	3	-	Cabinet	
ALEXANDRE (♂)	25	3	-	Mixte	
CORALINE (♀)	27	3	+	Cabinet	
MORGANE (♀)	26	3	+	Mixte	
EMILIE (♀)	26	3	+	Cabinet	
CAMILLE (♀)	27	3	+	Mixte	
	<b>AGE MOYEN :</b>	<b>N (2) = 3 soit 21,4%</b>	<b>N (+) = 7 soit 50%</b>		
	<b>26</b>	<b>N (3) = 11 soit 78,6%</b>	<b>N (-) = 7 soit 50%</b>		

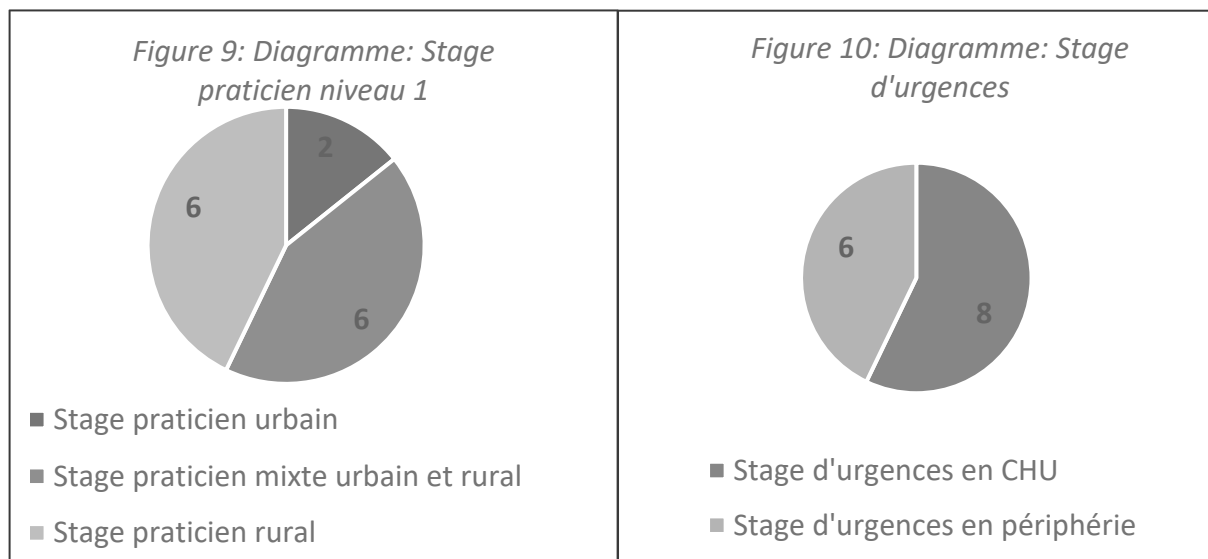
Tableau 2: *Caractéristiques des participants*

**14 internes** de phase d'approfondissement ont été recrutés, **9 femmes et 5 hommes**, l'âge moyen était **26 ans**, allant de 25 à 36 ans. **3 internes** avaient effectué leur 2<sup>e</sup> cycle des études de médecine dans **une autre subdivision** que Strasbourg. **3 internes** ont participé

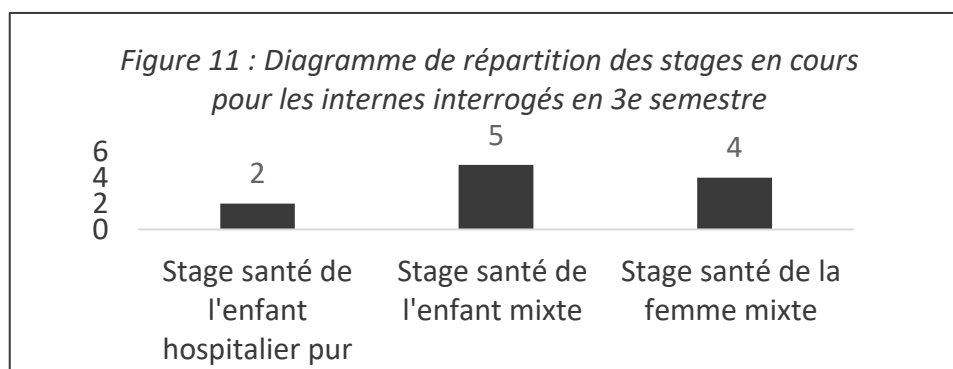
avant le début de leur 3<sup>e</sup> semestre d'internat, et **11 internes** au cours de leur **de 3<sup>e</sup> semestre d'internat**. **7 internes** avaient déjà choisi leur stage hospitalier de médecine polyvalente au moment de l'entretien, et **7 ne l'avaient pas encore choisi**.

À propos de leur projet professionnel post-internat, **10** envisageaient un exercice en **cabinet** (libéral ou salariat), dont **3 envisageaient une part hospitalière occasionnelle**. **3** internes envisageait un exercice **principal mixte** avec partie hospitalière et libérale. **1** interne avait un projet d'exercice **purement hospitalier**. **1** interne envisageait un **droit au remord**.

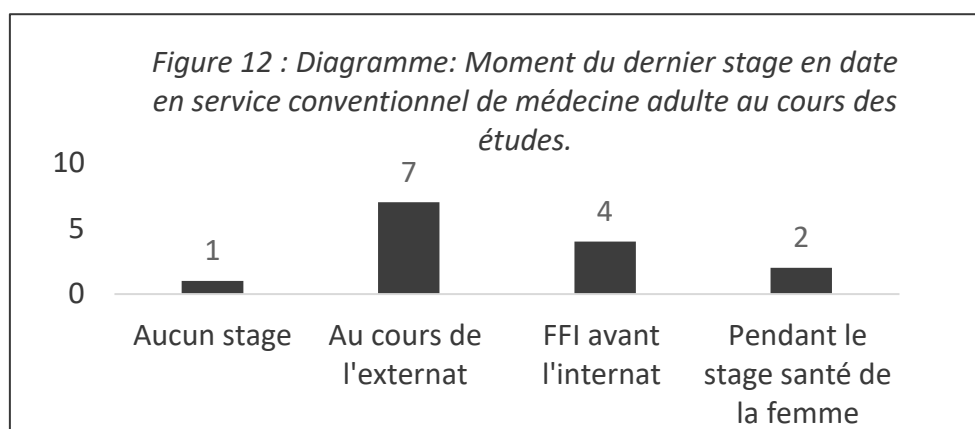
À propos de leur expérience passée, tous les internes avaient déjà effectué leur **stage chez le praticien niveau 1** (Figure 9), et leur **stage hospitalier aux urgences** (Figure 10), comme nécessaire dans la maquette de D.E.S. de Médecine Générale pour valider la phase socle et passer en phase d'approfondissement.



Les 11 internes ayant participé à l'étude au cours de leur 3<sup>e</sup> semestre étaient en stage santé de l'enfant, ou en stage santé de la femme, selon la répartition de la Figure 11.



On peut noter que **13 internes sur 14** avaient déjà effectué un stage en service hospitalier conventionnel de médecine polyvalente **au cours de leurs études** (Figure 12).



La saturation des données a été atteinte à la fin du 3<sup>e</sup> focus group, puis confirmée par l'entretien 14.

L'intégralité des retranscriptions anonymisées sont disponibles en ligne sur le lien suivant : <https://seafire.unistra.fr/d/68e07981df9b4b2a8f0f/>

## II. ATTENTES ET APPRÉHENSIONS DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE PHASE D'APPROFONDISSEMENT AVANT LE STAGE HOSPITALIER DE MÉDECINE POLYVALENTE

Voici une représentation, sous forme de carte heuristique (Figure 13), du modèle théorique constituant le résultat principal de notre étude. Cette carte heuristique représente les concepts principaux (ou catégories), attentes et appréhensions issus de notre analyse, ainsi que leurs interactions.

Figurent ensuite les résultats détaillés, illustrés à l'aide de verbatims d'intérêt, puis des synthèses dans chaque sous-partie ainsi que des cartes heuristiques pour chaque catégorie ayant émergé de l'analyse.



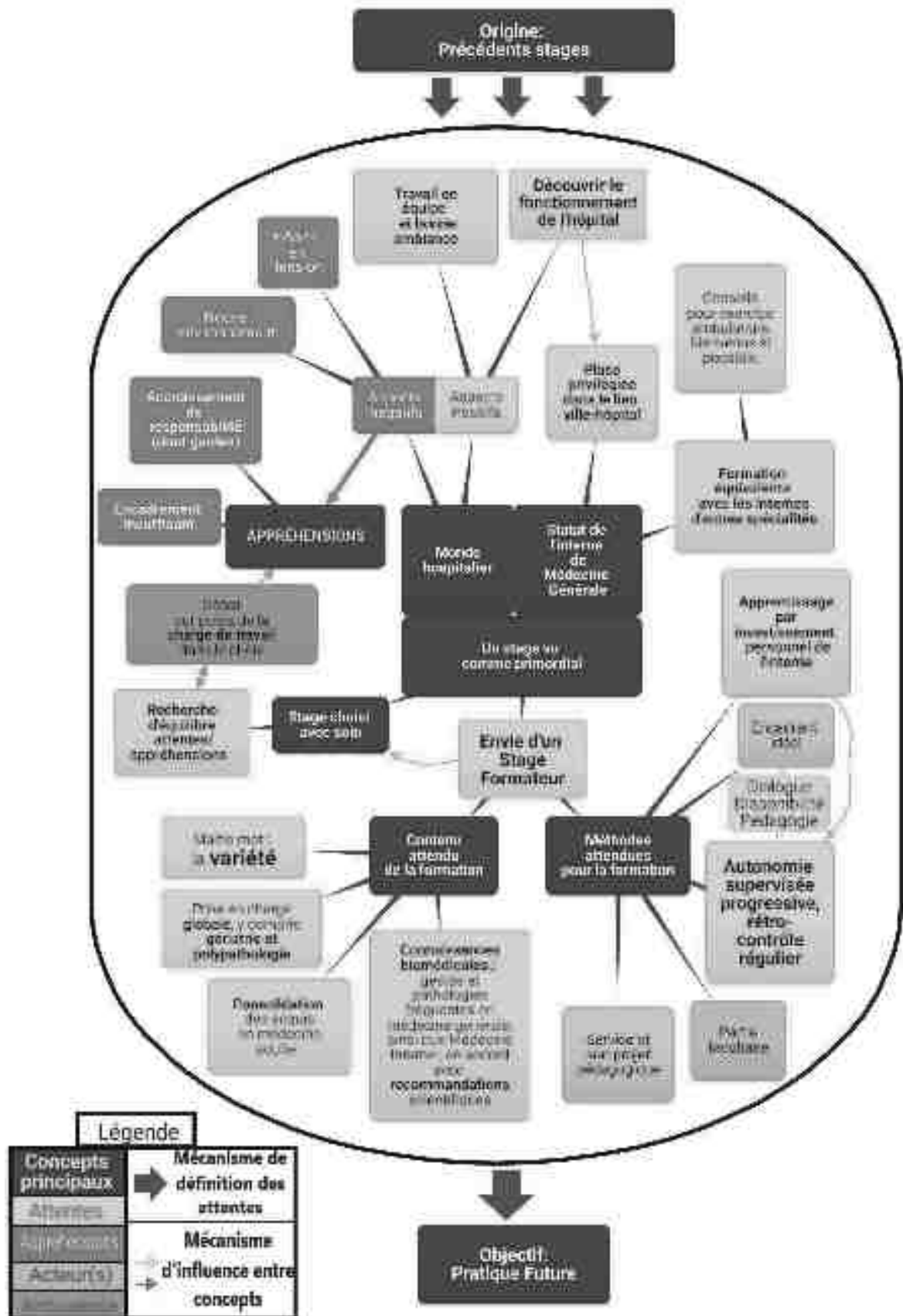


Figure 13 : Carte heuristique représentant les principaux concepts issus de l'analyse ainsi que leurs interactions

i. Le stage hospitalier de l'Interne de Médecine Générale : un stage primordial

a. Un stage considéré comme primordial

1. Un stage vu comme l'un des plus importants de la maquette

Le stage hospitalier de médecine polyvalente est vu par les internes comme l'un des stages les plus importants du D.E.S. de Médecine Générale.

Camille : « C'est un stage qui est essentiel dans la maquette ».

Quentin : « C'est vraiment j' pense un stage assez important de notre internat ».

Ce stage leur paraît important pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le stage est vu comme complémentaire avec la médecine générale.

Alexandre : « En fait je me suis dit que c'était deux aspects qui se complétaient, en médecine générale, on voit beaucoup de choses, pas forcément des choses graves ou euh, plein de choses qui peuvent se régler en libéral et en hospitalier on voit plus hum, ouai d'autres types de pathologies et pas un autre type de médecine mais presque en fait, [...] et du coup je trouvais que ces deux aspects là se complétaient bien en fait pour faire une médecine encore plus globale ».

Plus que de la complémentarité avec la médecine générale, certains internes considèrent le stage comme une extension de la médecine générale mais en milieu hospitalier.

Fanny : « Mais pour la pratique on va dire quotidienne d'un généraliste j' pense que le stage de... médecine polyvalente fait partie des plus importants finalement parce que euh, c'est un petit peu, euh, finalement c'est presque de la médecine générale seulement on a le temps ».

Le stage leur paraît également important car ils considèrent qu'il est dans la continuité du stage d'urgences qu'ils ont fait précédemment, et cette continuité est vue comme nécessaire pour leur pratique future.

Thomas : « Bah j'aimerais bien faire le... le, le post-urgences quand même [...], parce que je pense que ça peut... c'est pas forcément le plus passionnant mais c'est, c'est probablement ce qui servira pas mal pour euh, pour la... médecine générale ».

Camille : « Le post-urgence de ce qu'on a vu aux urgences, ça oui j'aimerais bien l'avoir, comment, comment ils adaptent tout, tout un début de prise en charge que nous bah, on initie comme ça, mais on initie à l'instant T quoi ».

De plus, le fait d'effectuer ce stage avant le stage SASPAS est également une attente.

Fanny : « J' pense que c'est un tremplin entre les urgences et le SASPAS finalement ».

Dans la continuité de ces deux derniers points, des internes trouvent que le stage arrive au bon moment dans la maquette, et que cette place valide son importance et son utilité.

Camille : « Ça clôt finalement la 2e année d'internat je pense que c'est bien de, de le faire en en 2e année internat après les urgences, après le prat, parce que finalement, on voit avec les urgences l'avant, on voit avec le prat l'après, et du coup ça tombe vraiment pile, pile comme il faut dans la, dans la maquette, ça nous permet de voir le milieu, je pense que c'est un stage qui est hyper utile ».

À ce propos, il existe des avis divergents, car certains internes regrettent que ce stage important n'arrive qu'à un moment de la maquette qu'ils trouvent tardif.

Mathilde : « En tout cas tout le monde a dit que c'était le stage le plus utile et qu'ils avaient l'impression d'apprendre enfin leur métier après euh après quand même un an et demi d'internat tu vois ? ».

Par ailleurs, pour des internes qui s'orientent préférentiellement vers un stage de gériatrie, l'importance du stage est aussi évoquée, en raison de la fréquence importante de situations gériatriques en médecine générale.

Coraline : « Bah moi du coup ce serait surtout la géria en fait, et euh j' pense que c'est quand même hyper utile en médecine générale [...] parce que voilà ça représente quand même une grosse population de la patientèle des médecins généralistes, alors voilà, je me dis que ça peut-être pas mal, pour apprendre des choses ».

**On constate donc que le stage hospitalier de médecine polyvalente est important aux yeux des internes de Médecine Générale. Cette importance vient de sa complémentarité avec la médecine générale, voire son caractère d'extension de la médecine générale dans le contexte hospitalier. Les dimensions de continuité avec le stage d'urgences, et de tremplin**

avant le SASPAS leur paraissent également importantes. Certains internes le trouvent bien placé dans la maquette, lorsque d'autres le trouvent trop tardif par rapport à son importance dans leur formation.

## 2. Une envie d'un stage formateur

Le caractère formateur du stage est une attente exprimée d'emblée.

Quentin : « [à propos de ses attentes] Apprendre des choses (rires) ».

Camille : « Par contre, je veux un bon terrain de stage, je veux un terrain de stage où on apprend des choses ».

Le caractère formateur fait partie des critères de choix du stage.

Morgane : « [à propos de la façon de faire son choix] surtout la qualité de formation que t'as ».

Lucie : « [à propos de la façon de faire son choix] de ce qu'on pouvait retirer, en apprendre »

Il est à noter que ce critère de choix qu'est la formation entre aussi en jeu dans d'autres critères comme le choix entre un stage en CHU ou en hôpital périphérique.

« Modérateur : et justement au CHU c'était quoi qui vous a fait que vous aviez pas forcément envie ?

Morgane : (du tac au tac) : la formation, la qualité (sourire) ».

Les internes expriment sous plusieurs formes cette envie d'un stage formateur. Par exemple, ils expriment vouloir tirer un maximum de formation du stage. Ils sont optimistes sur la réalisation de cette attente car ils pensent rencontrer beaucoup de choses intéressantes dans ce stage.

Thomas : « Et pas qu'ils disent « Oh euh tu feras jamais de prescription de, de TNF alors bon euh pas b'soin d'voir euh », Ah non ! Moi j'ai envie de tout apprendre quoi ! ».

Guillaume : « Ben moi euh, un peu d'la même façon j'aimerais voir le maximum de choses hein, c'est un peu euh, le but de l'internat d'se former ».

Fanny : « J'pense que j'vais rencontrer quand même pas mal de, de choses intéressantes ».

Ils n'hésitent pas à mettre en lumière le fait que ce maximum de formation à tirer du stage est dans un but de transposition à leur pratique après l'internat.

Morgane : « Y'aura du post-urgence et de la gériatrie et de la médecine interne donc c'est déjà de voir un petit peu des trois, et bah ce sera d'arriver plus tard au cabinet, de pas... 'fin réussir à me débrouiller un petit peu toute seule devant des patients [...] arriver à gérer d'abord un petit peu en libéral, [...], 'fin voilà être un peu à l'aise avec [ces trois aspects] à l'hôpital, pour pouvoir ensuite le transposer en cabinet ».

Il est important pour certains d'entre eux que cette formation soit à la hauteur de leur investissement personnel dans le stage.

Guillaume : « C'qui m'ferait peur [...] ce serait de faire un stage vraiment euh... où j'apprends peu et finalement j'fais des gros horaires, 'fin j'ai pas on va dire le bénéfice de l'investissement que je mets dans l'stage quoi ».

Une interne exprime même une motivation à travailler plus si elle sait que les bénéfices en termes de formation seront là.

Camille : « Mais je veux dire si on apprend des choses, ça me dérange pas de rester plus longtemps, de travailler [...]. Maintenant du moment où j'apprends quelque chose, je m'en fiche de rester tard ! ».

Dans cette idée de souhait de stage formateur, le contraire entraîne des appréhensions. Des internes craignent de se voir confier uniquement des tâches inintéressantes, au détriment de leur formation. Ils craignent que l'objectif formateur de leur stage soit oublié.

Guillaume : « J'ai un peu peur qu'ça soit très redondant, qu'ce soit du post-urgence et que euh au final on fasse tourner les services mais euh qu'y ai pas toujours une grosse formation quoi ».

Le souhait d'un stage formateur est exprimé spontanément par les internes, et fait partie intégrante du choix du lieu et du stage. Ils souhaitent tirer un maximum de formation de leur stage dans un but de transposer leurs apprentissages à leur pratique future. Ils aimeraient pouvoir obtenir une formation à la hauteur de leur investissement personnel, et certains envisagent même de s'investir plus dans le stage si la formation est au rendez-vous. Cet objectif de formation fait également naître une appréhension d'avoir un stage où la formation serait mise de côté.

b. Les spécificités en rapport avec leur spécialité de Médecine Générale

1. Un statut différent dû à leur spécialité

Les internes de Médecine Générale semblent parfois porter un regard sur leur stage différent des internes d'autres spécialités lors de leur stages hospitaliers, notamment lorsqu'ils ont tendance à s'identifier à un médecin généraliste libéral, même lorsqu'ils sont à l'hôpital.

*Camille* : « Je pense que, on a une vision de ce qui peut se passer à la ville, disons que oui, c'est vrai que là où nous on a un apport, c'est de... sur le, l'après, l'après hospitalier, [...] on a tendance en tant que med G à toujours appeler le médecin traitant de, du patient, et c'est un réflexe qu'on a quasiment tous, alors que les spés l'ont pas du tout ».

Suite à leurs passages dans des stages hospitaliers et ambulatoires, certains se sentent témoins privilégiés d'une déconnexion entre la médecine de ville et hospitalière, et attendent de leur stage qu'il leur permette de concilier les deux visions dans leurs apprentissages.

*Anthony* : « Y'a un tel clivage hospitalier et libéral que j'sais pas s'ils se rendent forcément compte de ce qu'est l'activité libérale et du coup c'est peut-être pas plus mal pour nous de, bah voilà de faire des stages hospitaliers aussi pour ça ! Pour euh,

*rien que pour le fonctionnement de l'hôpital et pas être trop déconnectés, parce que je trouve que dans les stages prats, des fois on a l'impression que...les prats ont l'air un peu déconnectés de ce qu'il se passe à l'hôpital quoi ! Des fois, je me dis que c'est bien quand même d'avoir ce stage-là et de garder ce fonctionnement en tête, et d'avoir vu tous les aspects hospitaliers et libéraux quoi ! ».*

Par leur identification au médecin généraliste libéral, plusieurs internes considèrent qu'ils vont être un interlocuteur privilégié du médecin traitant du patient, afin de fluidifier le lien entre la ville et l'hôpital.

*Fanny* : « bah disons que ouais j'pense que d'un côté j'aimerais bien qu'on prenne en compte le fait, le, la chose qu'on... après nous on travaillera seuls en libéral et peut-être nous impliquer un peu plus dans le lien avec le généraliste du patient par exemple ».

**Les internes de Médecine Générale, étant déjà passés dans des stages hospitaliers et des stages ambulatoires, remarquent la déconnection qu'il existe parfois entre les deux milieux. Ils ont tendance à s'identifier au médecin généraliste libéral même au cours de leurs stages hospitaliers, et considèrent qu'ils vont être un interlocuteur privilégié des médecins généraliste libéraux au cours de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.**

2. Un souhait prédominant de formation équivalente entre les internes de différentes spécialités

À propos du vécu des internes de Médecine Générale à l'hôpital, on s'aperçoit que les internes interrogés n'ont pas tous eu la même expérience sur les stages précédents. Certains internes ont déjà ressenti un manque de respect en rapport avec leur spécialité de Médecine Générale, alors que d'autre n'ont jamais eu ce sentiment.

*Audrey* : « C'est vrai qu'ils disaient ça parfois à \*\*\*\* en tout cas aux urgences j'ai déjà entendu ce genre de propos « t'façon vous êtes en médecine générale » euh, un peu comme euh, ben un manque de respect comme si c'était pas une vraie spécialité, qu'on était vraiment... qu'on était incapable de comprendre certaines choses ».

Quentin : « Le fait d'être considéré comme un médecin généraliste [...] euh j'ai pas vraiment souvenir que quelqu'un ai été médisant avec moi par rapport à ça ».

Les internes semblent avoir une représentation des stages hospitaliers de médecine polyvalente également différente à ce propos. Certains ne pensent pas qu'il sera fait de différence entre les internes en fonction de leur spécialité, quand d'autres envisagent la possibilité d'une différence notamment en raison d'une expérience antérieure, mais ils le déplorent.

Thomas : « [Parlant de la formation pour les internes de différentes spécialités] J'pense qu'ils nous traiteront à peu près pareil ».

Mathilde : « On m'avait dit "non, non mais euh à quoi ça sert qu'on te laisse intuber parce que de toute manière ben tu feras pas ça plus tard en fait ", j'dis oui mais d'accord mais si j'suis là c'est pour apprendre, donc euh donne-moi ce que je peux avoir quoi ! C'est toujours bien d'avoir de l'expérience, de voir le plus de trucs quoi ».

L'idée prédominante exprimée par plusieurs internes est leur souhait d'être traités de la même façon que des internes d'autres spécialités.

Thomas : « Ah moi ça m'arrangerait qu'ils traitent tout le monde pareil ».

Alexandre : « De se dire que bah en face de lui il a l'interne et qu'il enseigne de la même façon que ce qu'il enseignerait à l'interne de Gériatrie et de Médecine Interne et que c'est aussi la manière de... dont on peut profiter le plus possible justement de ses connaissances en la matière, même si effectivement, peut-être qu'il y aura beaucoup de connaissances qu'on réutilisera pas, mais j'pense qu'il y aura toujours certains, certains trucs, certaines petites astuces qui nous serviront pour toujours ».

Ils insistent sur leur désir de vouloir être traité de manière équivalente, même s'ils savent qu'ils ne se prédestinent pas à exercer en hôpital.

Pauline : « J'préfèrerais être traitée comme un interne d'une autre spé et pas être considérée comme interne de med G qui travaillera pas là de manière définitive et qui du coup, qui est pas trop investie justement, pas [que] les séniors se disent que de toute façon on reviendra pas ».



De manière générale, les internes de Médecine Générale aspirent à être traités de la même manière que leurs homologues d'autres spécialités. En fonction de leurs expériences passées, et de leurs représentations du stage, certains pensent que cette équivalence de formation sera naturelle, ou qu'elle sera plus difficile à obtenir.

### 3. Les différences de formations qu'ils envisagent

Certains internes comprendraient qu'une différence de formation soit faite dans la mesure où ils n'ont pas la même expérience, ni le même parcours que les internes de Gériatrie, d'Urgences, ou de Médecine Interne.

*Lucie* : « [un interne de gériatrie] qui a fait déjà 2 stages de médecine, euh, de euh service conventionnel, [...] y'a forcément plus d'expérience, il sera forcément plus vite autonome parce que c'est son trav', sa spécialité et c'est normal, quelqu'un qui a fait de la médecine interne euh pareil, hein, ça me choquerait pas du tout qu'il soit plus vite autonomisé, voilà 'fin j'pense que c'est quelqu'un qui a déjà plus d'autonomie à la base et qui a de l'expérience dans le domaine donc moi ça me choquerait pas d'être traitée différemment quoi ! Parce que j'ai eu des connaissances différentes, j'ai fait d'autres stages ouais ».

Certains internes aimeraient que leur statut d'interne de Médecine Générale soit pris en compte sur le plan des connaissances nécessaires à acquérir. Ils aimeraient pouvoir découvrir des connaissances plus spécifiques à l'hôpital, sans qu'on leur demande forcément d'en retenir les aspects trop pointus s'ils sont inutiles pour leur pratique future.

« *Emilie* : Parce que je me dis il y a déjà tellement de choses à retenir, si en plus je dois retenir tout ce qu'ils font à l'hôpital euh... [...] [j'aimerais que ce soit] orienté sur « là tu le fais » parce que forcément les prises en charge hospitalières, là c'est ce qu'on va faire mais que à un moment, y'a peut-être des trucs qui seront [...] un peu plus poussés dans leur prise en charge, que j'aimerais bien qu'on me dise « bah c'est pas grave si tu le retiens pas tout le temps » et, « pour ta pratique bah t'as pas besoin d'aller plus loin » ».

Par ailleurs, des internes voient d'un bon œil les différences de formations qui sont dans un but d'apprentissages orientés vers une pratique libérale.

*Guillaume* : « Ouai ben forcément si euh s'ils nous donnent euh un peu des... des conseils pour bien gérer après euh notre pratique en cabinet en nous disant euh "voilà si t'es généraliste il faut que tu fasses attention à ça", forcément c'est un plus hein ».

**Les internes de Médecine Générale accepteraient des différences de formation avec les internes d'autres spécialités si elles sont dues à leur parcours différent. De plus, ils aimeraient dans la mesure du possible que leur formation soit légèrement adaptée à leur pratique future, d'une part en termes d'une moins grande exigence à propos des connaissances nécessaires principalement en milieu hospitalier, d'autres part afin qu'on leur propose des conseils pour la pratique libérale.**

c. Les attentes et appréhensions en rapport avec le contexte hospitalier du stage

1. Le travail en équipe : attente d'ambiance agréable et de considération

Les internes sont conscients que le stage hospitalier de médecine polyvalente implique un travail en équipe, et ont des attentes par rapport à ce dernier. En effet, dès le choix de stage, cette dimension est prise en compte. Ils recherchent un stage avec une bonne ambiance dans le service.

*Fanny* : « Si on m'avait dit que, que l'équipe, l'ambiance était très mauvaise euh j'pense que ça aurait pu me faire prendre une autre décision »

De plus, les internes attendent d'être considérés au sein de l'équipe dans laquelle ils travaillent, et espèrent une bonne relation humaine avec leur encadrant.

*Pauline* : « [en parlant de l'encadrant qu'elle aimerait avoir] Bah le fait d'être abordable hum, par exemple là notre stage juste avant là en pédiatrie sur \*\*\*\* c'est vrai que, autant c'était difficile, autant les chefs étaient vraiment sympas et presque à la limite on voyait pas trop, trop de différence on va dire presque hiérarchique, euh... voilà on nous faisait pas sentir qu'on était nettement inférieur à eux dans notre cursus, et du coup c'était vraiment presque une symbiose où voilà l'objectif commun

*pour tout le monde c'était de bien soigner tel ou tel patient, et on se mettait tous en accord pour faire de notre mieux ».*

De même, on remarque les attentes des internes à propos de l'équipe lorsqu'ils expriment leur appréhension de ne pas bien s'intégrer dans le service.

*Fanny : « Mes craintes finalement, euh, au sein du service même euh bah voilà comme dit toujours la, la peur que le contact passe pas forcément bien avec les gens ça va être déjà les équipes médicales et tout ça ».*

Le travail en équipe permis par le contexte hospitalier est également une attente en lui-même. Les internes attendent par exemple d'apprendre via la collaboration avec d'autres membres de l'équipe comme les assistantes sociales, les encadrants, les autres spécialistes présents à l'hôpital, les pharmaciens, et les médecins traitants.

*Camille : « [À propos des visites avec au lit du patient] Je pense que c'est important qu'il y ait aussi un autre visuel, c'est la force de la médecine ! Enfin de la médecine en général, c'est de travailler tous ensemble et d'avoir différents points de vue »*

*Lucie : « Ouais des spécialistes effectivement [...] avoir quelqu'un qui s'y connaît vraiment dans un domaine pour hum des, des questions précises ou ouais répondre à des connaissances précises ».*

*Fanny : « Pouvoir travailler euh, en collaboration j'pense avec l'assistance sociale, avec le, le médecin généraliste justement hum, pour par exemple mettre en place des aides pour les personnes qui en auront, en a besoin je pense que c'est quelque chose de... que j'attends en médecine polyvalente ».*

*Pauline : « Peut-être aussi profiter du milieu hospitalier pour avoir le contact avec les pharmaciens hospitaliers ».*

Ce travail en équipe a aussi pour but aux yeux des internes d'améliorer la prise en charge des patients et la communication avec la médecine de ville.

*Camille : « Comme on sera dans le truc de la médecine, organiser la suite de la prise en charge, et donc c'est là où on va pouvoir joindre le médecin traitant, expliquer tout ça, organiser correctement la sortie et mettre en place les différents acteurs ».*

Les internes attendent un travail en équipe dans un but d'apprentissage. Il anticipent cet apprentissage dès le choix de stage en favorisant les stages qui semblent prodiguer une bonne ambiance de travail et d'équipe. Ils aimeraient une bonne relation avec leur encadrant direct et une prise en considération de leur avis dans les prises en charges des patients. Ils attendent aussi de pouvoir travailler avec une équipe plus élargie comme les autres spécialistes, les médecins traitants, et les paramédicaux. La peur de ne pas être intégrés à l'équipe est également exprimée.

## 2. Service conventionnel : un nouvel environnement auquel s'adapter

Les internes voient le service conventionnel comme un nouvel environnement auquel ils doivent s'adapter. Une appréhension émerge à ce sujet.

*Lucie* : « Des appréhensions, alors euh, oui [...] après c'est par rapport à l'hôpital, c'est un hôpital que je connais pas du tout ».

De plus, du fait de la grande diversité des stages au sein de leur maquette, ils éprouvent le sentiment de repartir à zéro à chaque nouveau stage.

*Lucie* : « Je sais que bah comme dans beaucoup d'étage c'est beaucoup de découvertes et surtout quand, quand on renouvelle à chaque fois un stage qui est vraiment.. euh.. comment dire, en dehors de ce qu'on, tout ce qu'on a fait, c'est vraiment euh, je sais que là on recommence à 0 ».

Plus précisément, les participants pensent que les gardes d'étages vont nécessiter une grande capacité d'adaptation. Ça entraîne également des appréhensions.

*Pauline* : « Sur les gardes d'étages, où ça fait un petit peu peur de se dire, déjà géographiquement parlant (fronce les sourcils) dans l'hôpital on peut être amenés à sortir de notre service donc euh qu'on connaît pas forcément, on est un peu déstabilisés et on sait jamais trop sur quel problème on va tomber, et savoir qu'on a pas forcément, j'sais qu'dans certains services c'est un peu compliqué d'avoir un senior même au bout du fil, donc euh ça, ça peut faire un peu peur ».

Dans ce nouvel environnement, les internes s'attendent à une temporalité différente de ce qu'ils connaissent. Ils ne sont pas tous d'accord. Certains considèrent qu'ils vont avoir plus de temps pour prendre en charge les patients, d'autres pensent que le temps sera restreint.

*Alexandre* : « En médecine polyvalente on a plus le temps de se poser, de réfléchir un petit peu, le pourquoi du comment, de reprendre tout le dossier, et hum, c'est un côté qui me plairait en tout cas d'explorer un peu plus ».

*Mathilde* : « Je trouve que voilà tu parles 5-10min avec le patient par jour, comment t'arrives à créer un lien, comment t'arrives à bah voilà à avoir une espèce de... de vue d'ensemble sur le patient en 5min, comment tu gères la famille aussi ».

**Le nouvel environnement que constitue le service conventionnel génère des appréhensions. Les gardes d'étages sont plus spécifiquement citées par les internes de par leur nécessité d'adaptabilité vue comme plus importante. Le nouvel environnement génère un sentiment de nouveau départ, commun à chaque début de semestre. Les participants voient aussi l'hôpital comme une temporalité dans les prises en charges des patients différente, mais ne sont pas tous d'accord : certains pensent qu'ils auront plus de temps avec les patients, quand d'autres pensent que le temps sera restreint.**

### 3. Les bénéfices attendus de l'hôpital

Les internes interrogés attendent de leur passage à l'hôpital de découvrir comment ce dernier fonctionne et ce qui peut y être fait.

*Thomas* : « La première chose c'est de... de voir comment ça se passe à l'hôpital, [...] comprendre en fait quand on envoie un patient là-bas euh, globalement comment ça va se passer, ce qui peut être fait, dans quel délai et tout ».

Les prises en charges à l'hôpital sont considérées comme plus proches des recommandations scientifiques. Les internes considèrent qu'il y est plus aisé d'avoir de la formation continue. Ils veulent profiter de ces deux aspects au cours de leur stage.

Pauline : « Bah c'est vrai qu'au vu des stages hospitaliers précédents, on voit qu'en milieu hospitalier ils sont quand même beaucoup plus branchés recommandations qu'en médecine générale, et c'est vrai que c'est peut-être l'occasion de se remettre dans... 'fin pas l'droit chemin (sourit) mais de refaire le point sur les dernières recos concernant les pathologies qu'on rencontrera fréquemment justement en med G ».

Guillaume : « Quand même avec l'côté hum... [...] formation continue de l'hôpital où euh c'est un peu différent d'une pratique euh en cabinet même de groupe quoi ».

Certains participants sont attirés par des pathologies hospitalières qui leur paraissent plus intéressantes que ce qu'ils rencontrent en médecine générale.

Alexandre : « Voilà médicalement des cas qui peuvent être, je pense plus intéressants en médecine hospitalière que, ou en tout cas qu'il y ait plus de chance de voir des cas intéressants en médecine hospitalière qu'en médecine libérale. »

D'autres participants recherchent à l'hôpital le sentiment d'utilité que leur présence à l'hôpital leur confère.

Pauline : « Voir que y'a quand même une forte demande et un manque d'effectif donc le côté se sentir un peu utile quoi ».

**Les bénéfices que les internes trouvent à leur présence à l'hôpital sont multiples : découvrir le milieu hospitalier, son fonctionnement et ce qui peut y être fait, apprendre en accord avec les recommandations scientifiques, prendre en charge des patients avec des pathologies vues comme plus intéressantes, se sentir utile.**

#### 4. Les inconvénients ressentis de l'hôpital

Lors des entretiens avec les participants, ces derniers décrivent des inconvénients du caractère hospitalier de leur stage.

Ils ont, par leurs précédents stages, identifié un problème de manque de places d'hospitalisation pour les patients dans les services de médecine polyvalente, ce qui ne leur a pas donné envie d'y travailler. Cependant, ils souhaitent tout de même y passer pour comprendre d'où vient ce problème.

Thomas : « Aux urgences c'est vrai que, qu'on avait un... On galérait énormément pour euh... pour hospitaliser parce qu'on était toujours à flux tendu, donc à l'UH [U.H.C.D] c'était euh... l'horreur, en zone aussi et [...] donc là je me suis plutôt dit j'veux pas aller en médecine poly (rire). [...] Après si j'me suis quand même dit j'veux comprendre, j'aimerais quand même comprendre comment ça se fait que... y'a tellement euh, de manque de places qui n'arrive pas à mettre des [patients qui le nécessitent] en... en gériatrie ».

Certains internes voient le stage hospitalier de médecine polyvalente comme imposé. Un interne considère que le choix qui leur est proposé est un choix limité, ce qui induit des appréhensions. Il n'apprécie pas une pratique purement hospitalière sur une longue période.

Guillaume : « [en parlant du stage] J'le redoute plus qu'autre chose [...] j'suis aussi bien content de pas avoir eu euh... un... voilà...une attirance pour une spé qui était hospitalière parce que l'hôpital ça... ça m'va 3 mois mais au bout d'un certain temps... (rire) là c'est 6 mois à l'hôpital... (hoche la tête) [...] 'fin surtout qu'c'est pas choisis j'veux dire euh..., avant j'disais qu'j'pouvais prendre un... p't'être un exercice mixte par la suite mais euh... dans un lieu choisi, là euh... 'fin ouai, je sais y'a un choix mais euh... il est relatif ».

Une autre inquiétude par rapport à l'hôpital est l'incapacité du système à se tourner vers la formation des internes.

Guillaume : « C'est un peu la crainte que j'ai, 'fin de ce que j'ai vu de certains stages de médecine interne c'était euh pas forcément toujours euh..., 'fin les chefs sont p't'être très bien, mais dans les faits euh j'crois q'c'est pas toujours les trucs les plus intéressants qui sont fait faire aux internes

Modérateur : Mmh, p't'être euh... et tu penses que ça viendrai d'quoi ça ?

Guillaume : Ben d'organisation du système hospitalier quoi euh, qui s'repose pas mal sur les internes parce qu'il y a pas assez d'chefs ».

**Les internes ont eu l'occasion de constater que le système hospitalier éprouve des difficultés à prendre les patients en charge en raison du manque de places et du manque de personnel. Ils appréhendent d'en subir les conséquences, tout en ayant également**





ii. Un stage choisi avec soin

a. Le débat entre un stage de médecine interne et gériatrie

Les internes ont souvent en amont du choix de stage hospitalier de médecine polyvalente une préférence pour un stage de gériatrie, un stage de médecine polyvalente ou un stage de médecine interne. Chacun a des arguments pour expliquer son choix.

1. Les arguments pour un stage en service de gériatrie

Certains internes souhaitent préférentiellement un stage en service de gériatrie.

*Audrey : « J'préfèrerai un stage en gériatrie mais après ça dépendra de c'qui va rester ».*

Ils l'expliquent par la grande fréquence de patients âgés en médecine générale, faisant de la gériatrie est un aspect important à maîtriser pour leur pratique future.

*Coraline : « [Expliquant son choix de stage en service gériatrique] Voilà ça représente quand même une grosse population de la patientèle des médecins généralistes, alors voilà, je me dis que ça peut-être pas mal, pour apprendre des choses ».*

Ces internes considèrent que le stage de gériatrie aurait plus d'intérêt qu'un stage de médecine interne, jugé trop spécialisé et s'éloignant de la pratique de médecine générale.

*Audrey : « J'pense que j'préfèrerai un stage en med'... en gériatrie parce que c'est quand même c'qu'on... la médecine interne ça peut vite devenir très... très spécialisé et du coup moins utile pour la médecine générale... j'pense ».*

**Certains internes portent leur choix sur un stage en service de gériatrie, car ils considèrent que la discipline est très présente en médecine générale. Ils pensent qu'un stage en gériatrie leur sera plus utile pour leur pratique future qu'un stage en médecine interne.**

## 2. Les arguments pour un stage en service de médecine interne

Certains internes préfèrent des terrains de stage en médecine interne ou médecine polyvalente. Ils l'opposent au choix d'un stage de gériatrie, en expliquant que la dimension gériatrique reste importante, mais qu'ils trouvent les stages en gériatrie trop réducteurs.

*Camille : « La gériatrie ça m'aurait intéressée aussi, le SSR, les trucs comme ça, maintenant... (petit soupir) ça restreint vachement le champ des possibles quoi ! ».*

Ils attendent une partie médecine interne qu'ils trouvent intéressante pour leur formation.

*Morgane : « J'aurais été un peu déçue de pas avoir la petite part de médecine interne qui vraiment m'avait intéressée pendant l'externat, donc euh, j'suis contente de pouvoir y passer et d'arriver à... bah voilà à pas paniquer quand je vois des grands noms de de pathologies ».*

Une interne souhaite un stage en médecine interne car la gériatrie génère des appréhensions pour elle, étant plus attirée par une pratique tournée vers la pédiatrie.

*Mathilde : « J'vais prendre un truc aussi où y'a pas gériatrie, un truc qui est plutôt médecine interne que gériatrie parce que, ben comme mon truc c'est la pédiatrie, la gériatrie c'est plus compliqué vraiment ! Donc euh... si j'arrivais à en avoir quelques-uns qui ont moins de 50ans ça serait bien (rigole) ».*

Cette interne exprime le sentiment d'impuissance qu'elle ressent dans les prises en charges en contexte gériatrique.

*Mathilde : « En gériatrie 'fin c'est, tu traites la surinfection ou le sur-problème, ou la sur-complication aiguë du chronique mais finalement le monsieur grabataire ben il marchera jamais de nouveau et etc quoi ! Et euh, ça c'est des choses qui sont un peu compliquées, et je sais que faire 6 mois de chronique ça va être difficile pour moi, voilà [...] Et de gériatrie en plus ».*

Certains internes considèrent que ce débat n'a pas lieu d'être car ils pensent pouvoir acquérir des notions de gériatrie suffisantes dans un stage en service de médecine interne ou de médecine polyvalente.

*Anthony* : *T'façon j'pense qu'on va avoir des patients âgés, que ça soit en médecine interne ou en gériatrie quoi qu'il arrive ».*

*Morgane* : *« Y'aura du post-urgence et de la gériatrie et de médecine interne donc c'est déjà de voir un petit peu des trois ».*

**Des internes participant à l'étude sont attirés par un stage de médecine interne. Ils ressentent un besoin d'inclure cette discipline dans leur formation et ils trouvent que les stages dans des services purement gériatriques restreignent les apprentissages possibles. Certains internes choisissent un stage en service de médecine interne pour éviter un stage de gériatrie, car ils rencontrent des difficultés à pratiquer cette discipline. Ils éprouvent un sentiment d'impuissance en contexte de soin gériatrique. D'autres internes se tournent vers les stages de médecine interne ou médecine polyvalente car ils pensent pouvoir y concilier l'aspect médecine interne et l'aspect gériatrie.**

b. Combinaison de critères : recherche d'un équilibre entre attentes et appréhensions

Les critères pris en compte par les internes pour le choix de leur stage sont multiples, et ils sont souvent combinés. Les internes cherchent un compromis pour qu'une majorité de leurs critères soient satisfaits.

*Coraline* : *« Je pense qu'il y a beaucoup de facteurs à prendre en compte quand on fait les choix, [...] la distance, l'accessibilité, et surtout [...] je regarde quand même beaucoup l'évaluation des autres internes, pour avoir un peu un avis sur le service, est-ce que les chefs sont sympas, les chefs sont présents, est-ce que les horaires sont corrects, ou... voilà ».*

Nous l'avons vu, et nous le verrons au fil du développement des résultats, les critères pris en compte sont nombreux.

Nous nous attarderons pour l'instant plus en détail sur des critères d'ordre pratique. Tout d'abord, la localisation n'est en général pas le critère principal mais elle est prise en compte.

Lucie : « En fonction de la proximité, on va dire, bon c'était pas forcément mon critère principal mais ça jouait ».

Ils attendent du stage qu'il ne soit pas trop loin de leur domicile, ou si c'est le cas, qu'il soit bien desservi, ou qu'il dispose d'un logement. Plusieurs internes ne souhaitent pas choisir les stages localisés à Mulhouse car ils sont considérés comme trop éloignés.

Quentin : « Pas aller trop loin, 'fin moi j'habite pas à Strasbourg, [...] donc j pense que j'préfèrerai ne pas m'retrouver dans l'nord de l'Alsace ».

Camille : « Dans un commentaire libre tout le monde sait qu'il faut mettre : [...] comment on dort si c'est trop loin ? »

Pauline : « Que ce soit bien desservi, donc si par exemple c'est de la périph que soit que ce soit quand même envisageable soit en termes de budget avec la voiture ou alors que ce soit desservi en train par exemple ».

Anthony : « Globalement dans l'idée c'est Mulhouse que j'ai en tête, qui me paraît un peu loin ».

Certains internes au contraire considéraient que ce n'était pas un critère déterminant.

Camille : « Je m'en fiche de la distance (hausse les épaules) ».

Autre critère pratique, les internes se renseignent sur l'organisation du service avant de choisir un stage. Ils cherchent à savoir comment se déroulent les gardes, et aimeraient être informés du nombre d'internes qui seront affectés à ce stage pour le semestre en question.

Fanny : « Le fonctionnement, quel est notre rôle ? [...] comment se déroulent les gardes ? ».

Anthony : « Le nombre d'internes par rapport au semestre d'avant, [...] je pense que je vais y faire beaucoup plus attention à ça (sourit) ».

Le choix d'effectuer le stage hospitalier de médecine polyvalente en 3e semestre ou en 4e semestre d'internat est parfois délibéré.

Camille : « Je pense que c'est même bien de faire ça en semestre d'été, parce que ça clôt finalement la 2e année d'internat ».

Fanny : « J'ai voulu aller en médecine polyvalente adulte tout de suite après mon stage d'urgences euh parce que je pense que c'est vraiment dans la continuité ».

Les internes aimeraient trouver un point d'équilibre entre leurs différents critères.

Guillaume : « J' pense j' choisirai un stage qui... 'fin le critère ça sera l'équilibre entre pénibilité et distance

Quentin : c'est un bon résumé

Audrey : (acquiesce) ».

Les internes qui n'ont pas encore choisi leur stage semblent avoir plus de mal à faire l'arbitrage entre les différents critères que ceux qui ont déjà choisi.

Coraline : « [après choix de stage] J' préfère avoir un stage où je me déplace mais qui est chouette plutôt qu'un stage horrible juste à côté de chez moi ».

Audrey : « Bah j'avoue qu'entre les deux je sais pas trop, parce que... apparemment à Mulhouse ça se passe bien, euh... mais bon ça reste quand même très loin vu qu'moi j'habite juste à côté de.. de \*\*\*\* donc euh ça m'arrangerai beaucoup de rester à Strasbourg mais... mais du coup je j'sais pas (rire nerveux) ».

**Les critères de choix des internes sont multiples. Ils sont souvent combinés afin de rechercher le stage qui représentera un équilibre aux yeux de chaque interne. Cet équilibre différent pour chacun n'est pas toujours arbitré pour les internes qui n'ont pas encore choisi leur stage. Au niveau des critères d'ordre pratique, on peut citer la localisation, le fonctionnement du service, le nombre d'internes affectés et la temporalité du stage.**

c. Ambivalence et division à propos de la charge de travail

La charge de travail globale et administrative et le temps de travail sont des critères pris en compte par les internes interrogés pour le choix de leur stage.

Lucie : « J'ai aussi un peu regardé le nombre de gardes, le temps que ça pouvait prendre dans la semaine, 'fin les horaires les choses comme ça ».

Thomas : « [en parlant du stage qu'il a choisi] Il y avait une charge de travail surtout administrative un peu moindre ».

Les internes s'attendent à un stage avec une charge de travail importante, et où le temps de travail de 48 heures maximal est rarement respecté.

Guillaume : « Ça a la réputation d'être des stages chronophages euh, assez euh... assez euh... avec une charge de travail importante ».

Emilie : « J pense pas que le 48h sera vraiment respecté mais, y'aura quand même pas l'choix quoi ! »

Certains internes appréhendent cette charge de travail importante en raison de la fatigue engendrée, alors que d'autres la voient plus comme un fait, sans réelle appréhension.

Lucie : « Surtout au niveau de la fatigue : est-ce que je vais finir tard, est-ce que je vais rentrer tard, combien de gardes je vais avoir surtout le week-end euh, est-ce que je vais pouvoir me reposer, est-ce que j'serais en forme euh des choses comme ça ».

Alexandre : « Enchaîner les gardes [...] que c'est quelque chose qui peut être [...] très fatigant à la longue, mais disons je le décrirais pas comme une appréhension en fait j'ai plus l'impression que c'est quelque chose que je vais découvrir une fois sur place ».

Les gardes de 24 heures sont aussi appréhendées par des internes interrogés.

Guillaume : « C'est un truc qui m'f'rait... qui m'stresse un peu d'faire des 24h si jamais y'en a... de pas pouvoir dormir la nuit ».

D'autres appréhensions plus spécifiques émergent en rapport avec la charge de travail, comme la peur de finir très tard leurs journées, ou de ne pas avoir le temps nécessaire pour effectuer leur travail facultaire en parallèle.

Emilie : « Forcément, j'ai pas forcément envie de quitter à 20h30 tous les jours ».

Pauline : « [en parlant des traces d'apprentissage] Plutôt le stress de manque de temps ».

En général, la charge de travail n'est pas le critère principal, mais il occupe une place différente en fonction des internes. Certains ont privilégié un choix de stage dans l'espoir

d'avoir un stage qui respecte le temps de travail maximal. D'autres internes n'accordent que peu d'importance à la charge de travail et au volume horaire, notamment si le caractère formateur est au rendez-vous.

*« Modérateur : [reformule] Donc ce stage-là, en tout cas, tu penses que ça devrait respecter le temps de travail à peu près de 48h/semaines.*

*Coraline : Bah j'espère ».*

*Camille : « Oui, le temps de travail ça reste important quand même, euh, on n'est pas là pour faire du 8h00-20h tous les jours de notre vie, week-end compris, être de garde, travailler 80h par semaine, c'est pas l'objectif non plus. Maintenant du moment où j'apprends quelque chose, je m'en fiche de rester tard ! ».*

Tout comme le caractère formateur du stage, une bonne ambiance dans le service est vue par certains internes comme plus importante qu'une charge de travail conséquente.

*Pauline : « Si c'est une charge de travail assez importante mais que d'un côté ça se passe bien et que l'ambiance est bonne ça serait pas un gros frein ».*

**Le poids dans le choix de stage de la charge de travail importante à laquelle les internes s'attendent pour leur stage suscite le débat entre eux. Elle n'est pas le critère principal, mais certains internes recherchent activement un stage où le temps de travail maximal sera respecté, quand d'autres y accordent peu d'importance, surtout si le caractère formateur du stage et une ambiance agréable dans le service sont au rendez-vous. Les appréhensions suscitées sont la fatigue potentielle due aux gardes de 24 heures et aux longues journées, et le manque de temps pour le travail facultaire.**

#### d. Les limites au choix

La principale limite au choix qu'éprouvent les internes est celle due à leur rang de choix. Ils n'obtiennent pas toujours leur premier choix et choisissent en fonction de ce qu'il reste.

*Audrey : « Bah moi en fonction de c'qui reste déjà ».*

Lucie : « C'était pas mon premier choix, j'avais pas mentir ».

Une autre des limitations est le nombre restreint de stages dans les hôpitaux de périphérie.

Or, les internes interrogés les plébiscitent, pour diverses raisons.

Tout d'abord, ils rejettent les stages en C.H.U. et font un choix par élimination. Ce rejet vient chez certains d'une lassitude vis-à-vis des stages en CHU.

Lucie : « Je voulais pas aller au CHU parce que je.. voilà, (rire gêné) j'n'ai un peu marre du C.H.U. ».

La charge de travail dans les stages en C.H.U. leur paraît beaucoup trop importante.

Coraline : « J'ai une amie qui était chez [Nom de chef de service du C.H.U.] et elle me disait que [...] le volume horaire [...] est beaucoup trop conséquent ».

Les internes rejettent également les stages en CHU en raison des modalités de garde. Suite à leurs expériences passées, les internes savent que les stages effectués en C.H.U. nécessitent de faire des gardes aux urgences adultes, et en gardent un très mauvais souvenir. Par exemple, cette interne souhaite éviter de revivre ces gardes.

Camille : « Les astreintes aux urgences qu'on est obligés de faire qui sont vraiment pas confortables... parce que... 'fin, c'est horrible (ferme les yeux, fait non de la tête) [...] t'as envie de mourir à la fin du truc quoi ! »

Certains internes souhaitent également choisir un stage dans un hôpital de périphérie pour découvrir ces derniers qu'ils connaissent moins que le C.H.U. Ils souhaitent aussi découvrir un point de vue différent.

Thomas : « Je l'ai fait que pendant l'externat mais l'C.H.U. d'Strasbourg euh je... j'vois un peu euh c'qu'on peut y faire mais en périph je sais pas ».

Fanny : « C'est vrai que le C.H.U. c'est quand même particulier, c'est une certaine manière de, de faire et je voulais voir comment on travaille dans des hôpitaux périphériques plus petits, avec peut-être moins de moyens aussi ».



Les internes ressentent une limite au choix libre en raison de le rang de choix. De plus, ils ont tendance à plébisciter les stages dans les hôpitaux de périphérie qui sont en nombre limité. Les raisons de cette préférence pour la périphérie sont d'une part pour découvrir des hôpitaux et un point de vue différent de celui du C.H.U., et d'autre part par rejet des stages en C.H.U. à cause des horaires conséquents, d'une lassitude, ou des modalités de gardes par exemple aux urgences.

e. Les sources d'informations

Les internes interrogés déclarent avoir des sources d'informations multiples avant de choisir et de commencer leurs stages.

Guillaume : « Moi j'essaye d'chopper l'max d'infos (rires généraux) ».

Plusieurs internes obtiennent leurs informations via les évaluations de stages mises à disposition par le syndicat des internes (S.A.I.A.).

Lucie : « J'ai regardé les avis des stages [...] qu'y'avait sur l'site du S.A.I.A. ».

Les informations par le bouche-à-oreille sont aussi prises en compte.

Audrey : « Autrement c'est du bouche-à-oreille un peu, c'est vrai ».

Certains internes n'hésitent pas à contacter directement leurs homologues étant passés dans les stages qui les intéressent.

Mathilde : « Pour les infos, j'essaye de trouver qui est là-bas en stage et j'écris directement aux personnes en général ».

Certaines informations sont disponibles via les services eux-mêmes, mais uniquement après le choix de stage.

Thomas : « [à propos des informations données par le service] On a eu des mails bah sur euh la hum la localisation du service au sein de l'hôpital, sur l'heure de rendez-vous la première journée et voilà, mais c'est tout ».

Ce mode de fonctionnement est plutôt satisfaisant aux yeux des internes, ils se trouvent bien informé avant de faire leur choix.

*Lucie* : « Cqu'on a c'est déjà pas mal je trouve hein, on a quand même en général plusieurs avis euh par stage ».

Cependant, il persiste quelques limites.

La recherche d'informations est difficile et chronophage, et les évaluations disponibles ne sont pas toujours fiables, car elles sont parfois datées.

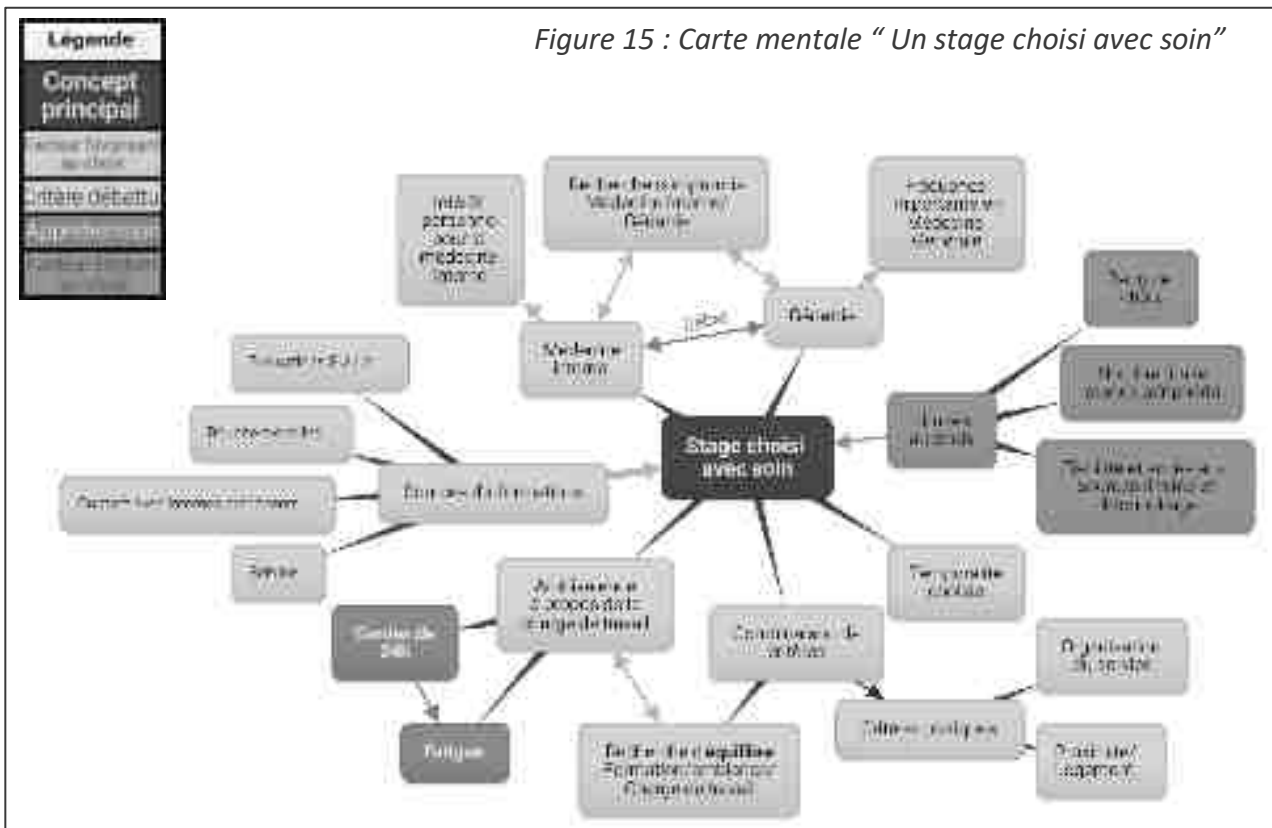
*Fanny* : « J'ai quand même mis beaucoup d'temps [...] déjà l'information est pas forcément facile à trouver je trouve [...], puis sur le site [du SAIA] euh c'est plus ou moins bien fait, il y a des gens qui répondent au questionnaire ou non, donc on n'est pas toujours sûrs que tout soit à jour ».

Malgré toutes ces sources d'informations, il reste des précisions à propos des stages dont les internes aimeraient disposer, mais qu'ils n'ont pas toujours.

*Lucie* : « Je crois que c'était même pas précisé si on avait des gardes aux urgences ou si on avait que des gardes bâtiment [...] le type de pathologies c'est vrai que c'est pas forcément précisé [...] le nombre d'internes ça c'était pas écrit j'crois ».

**Les internes s'informent activement à propos des stages avant leur choix via les évaluations mises à disposition par le syndicat étudiant, le bouche-à-oreille, ou le service lui-même. Des internes tentent de contacter les anciens internes passés dans le stage qui les intéresse. Ce système assez vaste est satisfaisant à leurs yeux mais reste imparfait. La recherche d'informations est chronophage, les évaluations sont parfois datées, avec une faible fiabilité. Il reste des informations que les internes souhaiteraient avoir mais n'obtiennent pas toujours.**

On peut conclure cette partie sur le choix du stage hospitalier de médecine polyvalente par cette carte mentale (Figure 15).



### iii. Contenu attendu de la formation

#### a. Une attente de variété

La variété des apprentissages est une attente exprimée par plusieurs internes. Cette attente est prédominante et est même parfois exprimée en premier.

*Quentin* : « Ouai, voir le maximum de choses possibles, chopper l'plus de trucs qui pourront m'servir plus tard quoi [...]. Ça passe par euh, je sais pas euh des compétences techniques ou euh, ou même des connaissances euh dans certaines spécialités ou euh, ou des choses à savoir oui sur l'plan légal, ou des choses à savoir par rapport à différentes institutions des choses comme ça ».

Elle est d'ailleurs prise en compte dès les choix de stage.

Alexandre : « [en parlant de ses critères de choix de stage] Le fait que si on voit des pathologies ou des médicaments qui peuvent être intéressants, bien sûr assez diversifiées ».

La variété est par ailleurs exprimée à propos des attentes elles-mêmes. Les internes se connaissent de mieux en mieux au fil des stages et savent à quel type d'apprentissage ils aspirent. Ils pensent que chacun va avoir ses attentes propres.

Camille : « On a fait tellement de choses avant, qu'on sait ce que nous on a envie de faire, en fait, parce que je pense que les attentes sont propres à chacun ».

Un autre aspect de la variété attendue est de pouvoir varier les activités au sein du stage. Une interne aimerait par exemple avoir l'opportunité de participer à des consultations avec des médecins hospitaliers.

Fanny : « En allant à des consultations aussi, je sais que les médecins font des consultations et qu'on peut, si on a le temps, y participer pour voir autre chose, ça j'aimerais bien aussi si je peux le faire ».

Toujours pour varier les activités au sein du stage, certains internes portent un intérêt à pouvoir tourner dans différents services ou secteurs du même hôpital pour avoir une plus grande variété d'apprentissage.

Guillaume : « Dans un sens si l'étage fait 6 mois, j'me demande s'il fait vraiment 6 mois pour euh, voilà remplir l'hôpital, ou s'il pourrait pas... 'fin si c'était un but de formation est-ce que 3 mois ou... 2mois, 2mois, 2mois dans différents types de services si c'était ça, ça serait pas plus intéressant genre 3 mois médecine interne, 3 mois gériatrie c'qui changerait pas grand-chose mais on pourrait voir d'autres choses encore, j'sais pas... des SSR des trucs comme ça. [...] J'trouve que voir différents lieux c'est pas mal aussi, [...] et de voir différentes manières de pratiquer, 'fin d'avoir que les habitudes de services c'est pas les mêmes, que dans telles situations il faudrait faire différemment c'est euh... c'est formateur aussi j'pense ».

De façon logique, la redondance dans les prises en charges au sein du stage est une appréhension de certains internes.

*Anthony* : « Ce qui peut faire un peu peur sur le stage c'est que ça soit un peu rébarbatif, un peu répétitif, euh toujours des patients âgés, avec les mêmes pathologies et au final toujours les mêmes prises en charges ».

Une autre crainte associée à cette notion de redondance serait que les patients pris en charge dans le service soient uniquement en attente d'hébergement, sans réelle nécessité médicale à l'hospitalisation.

*Alexandre* : « Voir les patients que personne ne veut, qu'on nous donne aux urgences et puis bah démerde-toi avec, trouve une place quelque part, c'est vrai que ce côté-là qui me déplait un petit peu ».

**La variété dans le stage est le maître mot aux yeux des internes. Ils la prennent en compte dans le choix de leur stage et l'expriment sur plusieurs plans : variété inter-individuelle au niveau des attentes, variété dans les apprentissages et les pathologies prises en charges, variété dans les types d'activités en stage. Ils souhaiteraient par exemple assister à des consultations de médecins hospitaliers, ou encore tourner dans différents secteurs au cours de leur semestre. En parallèle, ils craignent la redondance des prises en charges.**

b. Les modèles de pratique médicale qu'ils souhaitent acquérir

1. Les méthodes de pratiques médicales

Les internes attendent de leur stage qu'on leur enseigne des pratiques récentes, en accord avec les dernières recommandations scientifiques.

*Lucie* : « [En parlant de ses attentes à propos de l'encadrant idéal] J'voudrais quelqu'un qui euh... qui sache en fait se renseigner sur euh les dernières recommandations, qui applique des choses récentes ».

Ils puisent cette attente dans des expériences passées, où ils ont déjà eu affaire à des médecins qui leur enseignaient des pratiques jugées dépassées, et cela les frustraient.

*Lucie* : « Un de mes prats qui faisait des euh, qui prescrivait des trucs un peu dépassés et euh ça c'est vrai que c'est quelque chose qui me rebute ».

Le but de ces prises en charges en accord avec les recommandations serait également d'acquérir des conduites à tenir standardisées, systématiques pour chaque pathologie.

Camille : « On est encore en formation ! J'oublie forcément certaines choses sur un dossier. Et euh, et que je puisse ne plus, à la fin, ne plus passer à côté de ces choses-là que vraiment, voilà, être... apprendre à être aussi systématique ».

Les participants attendent également d'améliorer au cours de leur stage leur capacité à mener une démarche diagnostique.

Alexandre : « J'pense que c'est les urgences qui veulent ça, on essaye pas vraiment de comprendre le pourquoi, ni même de mettre un diagnostic dessus, on est juste « ok il a quelque chose, je sais pas exactement mais démerde-toi avec ça », ou euh, « bah il a rien, on a fait toutes les prises de sang tous les scanners y a rien, hop il rentre à la maison » et au final on comprend pas trop, alors que justement en médecine polyvalente on a plus le temps de se poser, de réfléchir un petit peu, le pourquoi du comment, de reprendre tout le dossier, et hum, c'est un coté qui me plairait en tout cas d'explorer un peu plus ».

Dans la même idée de démarche diagnostique, les internes interrogés souhaitent approfondir un raisonnement scientifique à partir d'examens paracliniques.

Pauline : « Peut-être apprendre à faire des bilans, notamment des bilans paracliniques de débrouillage quand on sait pas trop vers quoi s'orienter avoir peut-être une manière plus systématique de créer ça, en fait d'organiser ça parce que pour le moment pour moi c'est encore assez flou et ça peut être l'occasion d'apprendre à devenir plus systématique ».

L'idée est de pouvoir acquérir ces compétences de raisonnement pour s'en servir eux-mêmes pour la prise en charge des patients en ambulatoire à l'avenir.

Morgane : « Arriver à gérer d'abord un petit peu en libéral [...] Devant une découverte de j'sais pas un bilan, commencer à faire un bilan d'une pathologie médecine interne arriver à savoir un peu quoi faire, donc c'est un peu pour débrouiller les choses ».

**Les internes attendent des apprentissages en accord avec les dernières recommandations.**

**Ils sont aussi à la recherche d'une méthode de travail systématique standardisée, pour**

**acquérir des réflexes pour chaque pathologie. De plus, ils aimeraient approfondir leur capacité à mener des démarches diagnostiques, pour par exemple débiter des bilans paracliniques en ambulatoire en cas de nécessité.**

## 2. Le savoir-être qu'ils espèrent acquérir

Les internes souhaitent profiter de leur stage hospitalier de médecine polyvalente pour se sentir plus à l'aise dans la relation médecin-patient, et dans la communication avec la famille.

*Fanny* : « J'attends vraiment de... en fait de me sentir plus... plus à l'aise euh finalement de préparer en fait mon stage, mon futur stage chez le praticien pour, pour être vraiment très à l'aise avec les patients ».

*Emilie* : « Tout ce qui est prise en charge sociale [...] des patients, de la famille [...] parce que bon c'est très important de savoir comment expliquer à la famille, bien leur faire comprendre ».

Autre point attendu par les internes, être plus à l'aise avec l'annonce des maladies graves ou des décès, et avec la discussion avec les patients du niveau de soins qu'ils souhaitent.

*Emilie* : « Sur tout ce qui est les annonces de cancer, savoir comment les annoncer aux patients et pareil la famille qui sera demandeuse aussi, et euh tout ce qui est un petit peu aussi ben soins palliatifs, les décès aussi, parce que ça je sais pas trop comment aborder le sujet, tout ça. ».

*Morgane* : « Surtout qu'on nous l'demande souvent, ou on nous l'demandera en tant que médecin généraliste, on nous dira « c'est vous qui connaissez le mieux le patient, c'est à vous de nous dire, finalement son niveau de soins », [...] ça pourrait être bien d'arriver à en parler avec les [patients], savoir comment en parler ».

Certains internes ont pour objectif de gagner en autonomie au cours de leur stage.

*Quentin* : « Gagner encore en autonomie ».

**Les internes souhaitent acquérir de l'aisance dans leur rôle de médecin dans la relation médecin-patient et médecin-famille, de l'autonomie. Plus précisément, ils aimeraient**

**grâce à ce stage se sentir plus à l'aise pour annoncer des maladies graves ou des décès, et pour aborder le sujet de la fin de vie avec les patients qu'ils prennent en charge.**

### 3. Une prise en charge du patient dans sa globalité

Les internes mettent l'accent sur un besoin d'apprentissage d'une médecine centrée sur le patient et de prises en charges qui voient ce dernier dans sa globalité.

*Camille : « Une prise en charge globale en fait, dans les, dans les post-urgence, une prise en charge globale, comment on a aussi le, le côté médical, mais aussi le côté un peu plus social ».*

Ce besoin de globalité est également exprimé dans leur souhait d'acquérir des notions de gériatrie, les aidant à prendre en charge les patients âgés. Cette attente forte a été exprimée à plusieurs reprises dans différents entretiens.

*Audrey : « C'est surtout ben pour moi j'aimerais bien apprendre surtout à gérer le, les patients âgés et euh, comme c'est souvent un problème qui est pas uniquement médical, mais aussi social, peut être le côté un petit peu, euh voilà, quelles sont les aides qu'on peut leur proposer ».*

Par rapport à la population âgée et aux prises en charges globales, une attente de thérapeutique ressort. Ils aimeraient apprendre à appliquer un principe de dé-prescriptions des médicaments lorsque c'est possible.

*Guillaume : « Si j'ai un stage de gériatrie euh, ouai j'aimerais bien apprendre un peu à dé-prescrire, nettoyer les prescriptions (E5 (Audrey) acquiesce de la tête) euh, enlever les médicaments inutiles, savoir un peu euh, 'fin voilà si y'a une formation là-dessus c'est un truc qui m'intéresse pas mal ».*

On remarque aussi que les internes expriment souvent un besoin d'acquisition de notions sur le plan social.

*Coraline : « J'me dis la géria c'est quand même pas mal, parce que franchement là toutes les démarches avec les personnes âgées et tout, j'suis... des fois j'suis un peu larguée quoi ».*



Toujours dans l'idée d'apprentissage d'une médecine globale, les internes souhaitent apprendre à être plus à l'aise avec la prise en charge des patients polypathologiques.

*Anthony* : « Une des attentes que j'ai, en tout cas, c'est euh, bah d'avoir des connaissances qui vont être utiles forcément pour la pratique de la médecine générale hein, et plus particulièrement sur les patients polypathologiques, euh les pathologies chroniques j' pense à l'hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, ce genre de patients, d'apprendre à équilibrer ces pathologies j' pense que, 'fin c'est un de mes objectifs j' pense quand même dans ce stage ».

Les internes attendent également de voir le fonctionnement de l'hôpital et d'un service de médecine conventionnel afin de mieux comprendre le parcours patient et de pouvoir l'expliquer dans le futur.

*Camille* : « Donc ça on a déjà ce côté un peu appréhender la gravité d'une situation, [...] on va voir le pendant, du coup en médecine polyvalente, qu'est-ce qu'on fait une fois qu'on a dit que c'était pas gérable ambulatoire donc il faut qu'on hospitalise, [...] c'est voir un petit peu comment ça se passe, ça nous permet de comprendre les prises en charges, de comment on en est arrivé là, et de pouvoir aussi expliquer au patient en amont quand on lui dit "bah je vais vous orienter dans tel service parce qu'il faut une hospitalisation, qu'est-ce qu'on va vous faire?" Ou grossièrement voilà ».

**Les internes attendent d'apprendre une médecine globale, centrée sur le patient, et notamment dans le cadre gériatrique. Ils souhaitent approfondir leur capacité à prendre en charge les patients âgés, ou polypathologiques aussi bien sur le plan médical et thérapeutique que social. Dans l'idée de globalité, ils souhaitent aussi parfaire leur connaissance du parcours patient afin de pouvoir orienter et informer le patient au mieux.**

c. Leurs attentes sur les connaissances biomédicales

Les attentes de connaissances biomédicales sont nombreuses et variées.

*Fanny* : « J'attends de d'hum d'augmenter mes connaissances d'un point de vue hum médicales c'est-à-dire que là aux urgences on, on voit euh, les choses un peu en aigu, puis finalement on, on suit pas euh forcément les prises en charges, on sait pas ce qui se passe ensuite et d'un autre côté quand on est en médecine générale on reprend les

*patients, on va dire plus ou moins guéris entre guillemets et du coup voir l'intermédiaire entre les deux, ça me..., j'trouve ça très intéressant ».*

### 1. Une attente d'apprentissage de gestes techniques

Les internes aimeraient pouvoir profiter du stage de médecine polyvalente pour apprendre à réaliser des gestes techniques, notamment certains qu'ils pourraient reproduire en cabinet libéral.

*Camille : « Apprendre à faire des petits gestes techniques qu'on pourrait éventuellement reproduire en ville, ça, ça pourrait être intéressant. Parce que plutôt que d'envoyer un, un genou ponctionnable chez le rhumatologue pourquoi pas pouvoir nous, le faire et avancer, dans le diagnostic, par exemple, donc ouai, il y a des choses comme ça ».*

La capacité du stage à leur proposer cette dimension est prise en compte dans le choix de stage.

*Pauline : « [en parlant de ce qu'elle regarde dans les évaluations de stages] Aussi si on fait des gestes ou les choses comme ça, euh ça aussi ça peut jouer ».*

À ce propos, une des craintes serait que ces gestes ne leur soient pas proposés sous prétexte qu'ils ne pourraient pas être aussi facilement réalisables en cabinet. Ils considèrent que savoir le déroulement d'un geste est important pour leur formation.

*Mathilde : « Si genre il y a un peu des gestes techniques styles de PL ou des choses comme ça qu'il soit pas à dire « oh ben c'est moi qui vais les faire parce que toi t'en feras pas » parce que voilà quoi, c'est sûr qu'on en fait pas tous les jours dans la pratique de med G mais c'est important dans notre formation pour moi ».*

**Les internes souhaitent apprendre à effectuer des gestes techniques, qu'ils pourraient effectuer en pratique libérale, ou expliquer aux patients. Ce critère entre en jeu dans le choix de stage, et ils craignent d'en être privés pour des raisons qu'ils ne trouvent pas justifiées.**

## 2. Attentes en rapport avec la prévention

Une interne aimerait se servir de ce qu'elle va voir à l'hôpital afin de cibler plus précisément les moyens de faire de la prévention primaire dans sa pratique future en médecine générale en libéral.

*Lucie* : « Faire du préventif aussi, voir quel euh quel facteur de risque peut donner quelle maladie notamment chez les personnes âgées pour éviter justement qui se fassent par exemple une fracture de hanche et qu'ils finissent à l'hôpital et euh, voir un peu les conséquences des fois des euh des choses qu'on à... à côté desquelles on peut passer en médecine générale ».

Sur la même idée de prévention, une autre interne souhaite approfondir des notions de prévention tertiaire.

*Pauline* : « Aussi d'envisager aussi tout ce qui est un peu prévention, je pense à tout ce qui est déséquilibre que ce soit cardio-rénal, ou je sais pas quoi, mais euh au lieu de juste traiter la décompensation bah envisager tout ce qui est prévention ou modification de traitements qui seront valables une fois que le patient sera sorti et qu'on pourra nous l'avoir en med G par exemple ».

**Les internes espèrent pouvoir intégrer l'apprentissage de notions de prévention notamment primaire et tertiaire dans le stage hospitalier de médecine polyvalente. Ils considèrent que cela fait partie intégrante de la médecine générale.**

## 3. Les pathologies courantes en médecine générale

Les internes attendent de leur stage hospitalier de médecine polyvalente qu'il leur permette de se former sur les pathologies courantes en médecine générale, et d'approfondir leur capacité de prise en charges de ces pathologies.

*Fanny* : « J'pense la prise en charge, euh par exemple comme je disais tout à l'heure bah du diabète, des choses, euh des pathologies comme ça un peu euh, ouai qu'on, qu'on va beaucoup être amené à rencontrer en médecine générale euh, c'est un peu notre quotidien mais finalement euh hormis pendant l'externat dans les bouquins où on revoit tous les protocoles finalement au quotidien qu'est-ce qui.. qu'est-ce qui est le mieux ? qu'est-ce qu'on fait ? quand on est arrivé à un stade où on arrive plus à

*gérer le patient, comment on fait ? Ça, c'est un côté je pense qui, qui, que j'ai envie d'approfondir, pour voilà me sentir moi plus à l'aise »*

Les thèmes qui reviennent dans ce contexte sont nombreux. Les domaines cités par les internes sont la diabétologie, la cardiologie, la pneumologie, l'infectiologie, la neurologie, la rhumatologie, les connaissances dans le domaine des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie, et la prise en charge de la douleur. Dans un souci de concision, les verbatims correspondant sont présentés sous forme de tableau (Tableau 3).

**Les internes attendent même à l'hôpital d'être formés à la prise en charge des pathologies fréquentes en médecine générale. Les disciplines citées sont la diabétologie, la cardiologie, la pneumologie, l'infectiologie, la neurologie, la rhumatologie, la cancérologie et la prise en charge de la douleur, notamment dans le cadre de soins palliatifs.**

<b>Tableau 3 : Verbatims pathologies courantes en médecine générale attendues</b>	
<b>Discipline</b>	<b>Verbatims</b>
<b>Diabétologie</b>	<i>Emilie : « Moi c'est aussi ce qui m'intéressait c'est la diabéto parce que j'trouve que c'est important aussi, les patients diabétiques j'trouve qu'il y a en a quand même de plus en plus, donc ça peut être bien de savoir comment gérer, rien que de mettre des insulines, les adaptations, j'trouve que c'est pas évident euh, ça, ça peut être super intéressant »</i>
<b>Cardiologie</b>	<i>Morgane : « Ça peut être intéressant de... pour une fois d'être pas celui qui dit « je sais que c'est une décompensation cardiaque » mais savoir comment la gérer, et oui par exemple 'fin voilà si j'prends l'exemple décompensation cardiaque, quelle dose tu mets, combien de temps, comment tu fais la décroissance classiquement, ça peut être quelque chose, ben voilà je me suis déjà posé la question »</i>
<b>Pneumologie</b>	<i>Mathilde : « Puis les BPCO aussi euh comment tu les gèrent euh, à domic' 'fin comment tu les gèrent en hospit et comment tu fais pour euh du coup adapter les traitements »</i>
<b>Infectiologie</b>	<i>Alexandre : « Mais oui, c'est vrai des pathologies variées que ce soit infectieuses qui sont, j'pense assez fréquentes en médecine générale, des prostatites, des pneumonies ce genre pathologies »</i>

<b>Neurologie</b>	<p><i>Mathilde</i> : « euh comment tu gères un peu aussi pareil l'AVC et le post-AVC [...] »</p> <p><i>Modératrice</i> : [reformule] OK, un peu de neuro aussi ?</p> <p><i>Mathilde</i> : Ouai, on a parlé un peu de neuro [...] j'aimerais en voir plus »</p>
<b>Rhumatologie</b>	<p><i>Camille</i> : « Même la rhumato, je regrette de pas pouvoir passer dans un service de rhumato, parce que le nombre de gens qui ont des soucis rhumatologiques et les rhumatos étant si peu euh... accessibles, c'est vrai que... la, la rhumato je, j'aimerais bien en faire »</p>
<b>Cancérologie</b>	<p><i>Morgane</i> : « C'est peut-être l'idée de tout ce qui était annonces de cancer et euh prise en charge dans l'immédiat, parce que bon finalement ça m'était déjà arrivé en cabinet [...] on avait un diagnostic mais voilà, quoi ! il fallait l'annoncer sans qu'on ait vraiment la démarche à suivre certaine »</p>
<b>Prise en charge de la douleur/ soins palliatifs</b>	<p><i>Morgane</i> : « Surtout aussi sur la fin de vie, bah l'annonce de la fin de vie au patient, à sa famille, et de l'accompagner pour soins pall, savoir comment la soulager, quels traitements mettre ».</p>

#### 4. Les attentes sur les connaissances en médecine interne

À propos des connaissances du domaine de la médecine interne, sur des pathologies plus rares en médecine générale, une différence d'attentes et de besoins en fonction des internes est ressortie de l'analyse.

Certains internes attendent de leur stage hospitalier de médecine polyvalente de découvrir ces pathologies et leurs prises en charges de manière assez précise.

*Morgane* : « [en parlant des thèmes qu'elle souhaite aborder] Un petit peu le bouquin de médecine interne qui était déjà intéressant à lire en soi, et le mettre un peu en pratique, j'sais pas moi les prises en charges d'endocardite, de lupus, les bilans de dépistages de vascularites, fin les choses que voilà, arriver à mettre un petit peu en pratique ce qu'on avait appris, ça, ça me tenterait bien ».

Des internes sont intéressés par la prise en charge de ces pathologies même s'ils considèrent que ça leur servira moins souvent dans leur pratique future.

*Alexandre* : « Moi j'aime bien avoir toujours des cas un peu médicaux qu'on va pas forcément voir en médecine générale, peut-être plus des maladies de système ou des maladies moins fréquentes, pas en voir 10 par semaine mais 1 ou 2 dans tout le stage, juste par pure curiosité médicale ».

D'autres internes ont envie de voir les différents bilans hospitaliers des pathologies plus spécialisées, pour les avoir vus au moins une fois, sans en faire leur priorité.

*Guillaume* : « Par curiosité tout c'qui est maladie inflammatoires auto-immunes ça... ouai j'aimerais bien [...] j'suis pas particulièrement euh curieux de l'hospitalier pur, 'fin des trucs qu'ils vont faire uniquement en hospitalier euh, j'veux bien y participer mais si jamais c'est... c'est, j'ai une curiosité à c'moment là pour, mais euh, c'est pas ma priorité quoi ».

D'autres internes souhaitent également que ces pathologies soient abordées, mais dans une optique plutôt de pouvoir reconnaître les pathologies, voire de débiter des bilans de débrouillage une fois qu'ils exerceront en libéral.

*Emilie* : « Moi ça serait surtout pour reconnaître un peu des pathologies de médecine interne au cabinet, pour pouvoir les adresser au bon endroit, et à la limite faire déjà le bilan de débrouillage pour que bah le spécialiste ait déjà ça ».

Enfin, des internes ne trouvent pas qu'il y ait une grande pertinence à prendre ces pathologies en charge.

*Lucie* : « Niveau pathologies rares j'imagine que ça peut apporter quelque chose mais c'est pas forcément ce qu'il y a de plus pertinent ».

**Les attentes des internes à propos des pathologies rares en médecine générale sont variables. Certains ont un vrai intérêt pour ces pathologies et leurs prises en charges, tout en considérant qu'elles leur serviront peu dans le futur. D'autres internes souhaitent voir par curiosité médicale sans en faire leur priorité. Parfois, la pratique future est mise au centre, avec un besoin d'apprentissage de détection des pathologies afin d'avoir les bons réflexes pour adresser, voire de débiter un bilan de débrouillage. Certains internes ne trouvent pas pertinent d'approfondir leurs connaissances sur les pathologies rares.**

## 5. Le domaine de la thérapeutique

Les internes souhaitent pouvoir approfondir leurs connaissances dans les thérapeutiques médicamenteuses. Ces attentes touchent aussi bien les médicaments courants en médecine générale, que ceux plus rarement utilisés (par exemple pour des pathologies auto-immunes).

*Mathilde : « [en parlant de ce qu'elle attend dans le domaine de la diabétologie] Ouai la thérapeutique, le suivi ça va, c'est plus la thérapeutique : insuline ou glucoophage, euh à partir de quel moment tu fais ça, à partir de quand tu mets tel traitement... même s'il y a des arbres décisionnels au final c'est toujours compliqué j'trouve ».*

*Thomas : « Après c'est plus de m'améliorer surtout en pharmaco avec des médicaments qu'on utilise pas trop euh en, en ville, surtout par exemple l'corticoïde, décroissance des corticothérapies, le méthotrexate tout ça... Parce que j'crois que, je crois que c'est pas mal utilisé là-bas, 'fin surtout en service de médecine interne ».*

Sur ce thème de la thérapeutique, les internes sont aussi soucieux de bien connaître les médicaments, leurs interactions dans le cadre de la polymédication afin de bien les utiliser.

*Pauline : « Tout ce qui est intrication de pleins de traitements différents chez des patients qui ont énormément de médicaments qui pourraient interagir ensemble, bah j'avoue que moi je connais éventuellement des interactions entre deux médicaments, mais quand il y a toute une floppée, j'pense que j'suis pas du tout à l'aise avec ça, donc ça serait p't'être l'occasion de faire le point ».*

Le but de la connaissance précise des médicaments est de limiter à l'avenir la iatrogénie médicamenteuse.

*Emilie : « Moi ce qui m'intéresserait c'est les adaptations au niveau des médicaments, parce que forcément les personnes âgées bah y'en a qui se dégradent ou certaines autres choses possibles, donc j'trouve que ça peut être intéressant de savoir comment adapter les traitements en ville, et notamment bah l'été, pour les patients qui se déshydratent (petit rire) ».*

**Les internes souhaitent approfondir au cours de leur stage leur connaissance des thérapeutiques médicamenteuses courantes ou plus rares en médecine générale. Le but est notamment de mieux connaître les interactions médicamenteuses, et les effets**

**indésirables afin de savoir bien utiliser les médicaments et limiter la iatrogénie médicamenteuse.**

d. Un stage attendu pour une consolidation des acquis en médecine adulte

Pour les internes, le stage hospitalier de médecine polyvalente et son contenu devrait leur permettre de consolider leurs connaissances en médecine adulte.

*Fanny* : « Finalement pour la médecine adulte on commence à se sentir à l'aise, on commence à avoir un peu nos marques et il manque je pense encore ce stage effectivement pour se sentir euh, vraiment plus... plus à l'aise on va dire ».

Les internes attendent de pouvoir approfondir des capacités à suivre des pathologies chroniques, mais aussi des pathologies aiguës.

*Camille* : « La gestion du, du chronique aussi, parce que je pense que c'est en médecine polyvalente qu'on peut des fois découvrir des, des pathologies chroniques qui sont pas explorées par euh... par le médecin généraliste, tout simplement parce que le médecin euh... enfin le patient ne consulte pas ».

*Alexandre* : « En médecine polyvalente bah justement les patients on les garde sur quelques jours et du coup on voit l'évolution sur euh, ok bah alors lui il a ce problème-là on va le gérer [...] on a réussi à bien stabiliser la situation et puis après on le fait rentrer, et donc j'trouve que c'est un peu plus ce côté hum, pathologies aiguës et suivi de pathologies aiguës pour hum pour après le retour à la maison ou autre et c'est plus ce côté-là j'trouve qui va aider à compléter et un peu à me rassurer à la clinique et par rapport à la prise en charge en médecine générale ».

De manière assez générale, il ressort de manière répétée que les internes attendent de ce stage de voir le suivi de manière continue d'une pathologie.

*Quentin* : « Ben... vu qu'on a fait les urgences on a vu la première prise en charge, la prise en charge urgente, c'est p't'être bien de voir euh les suites, justement, c'que les patients deviennent, comment on fait pour le retour à la maison euh, surtout que quand on sera généraliste, ben on va gérer euh le côté maison donc du coup c'est p't'être bien d'voir c'qu'il faut mettre en place euh toutes ces choses-là qu'on gère pas aux urgences forcément ; ça peut être intéressant ».

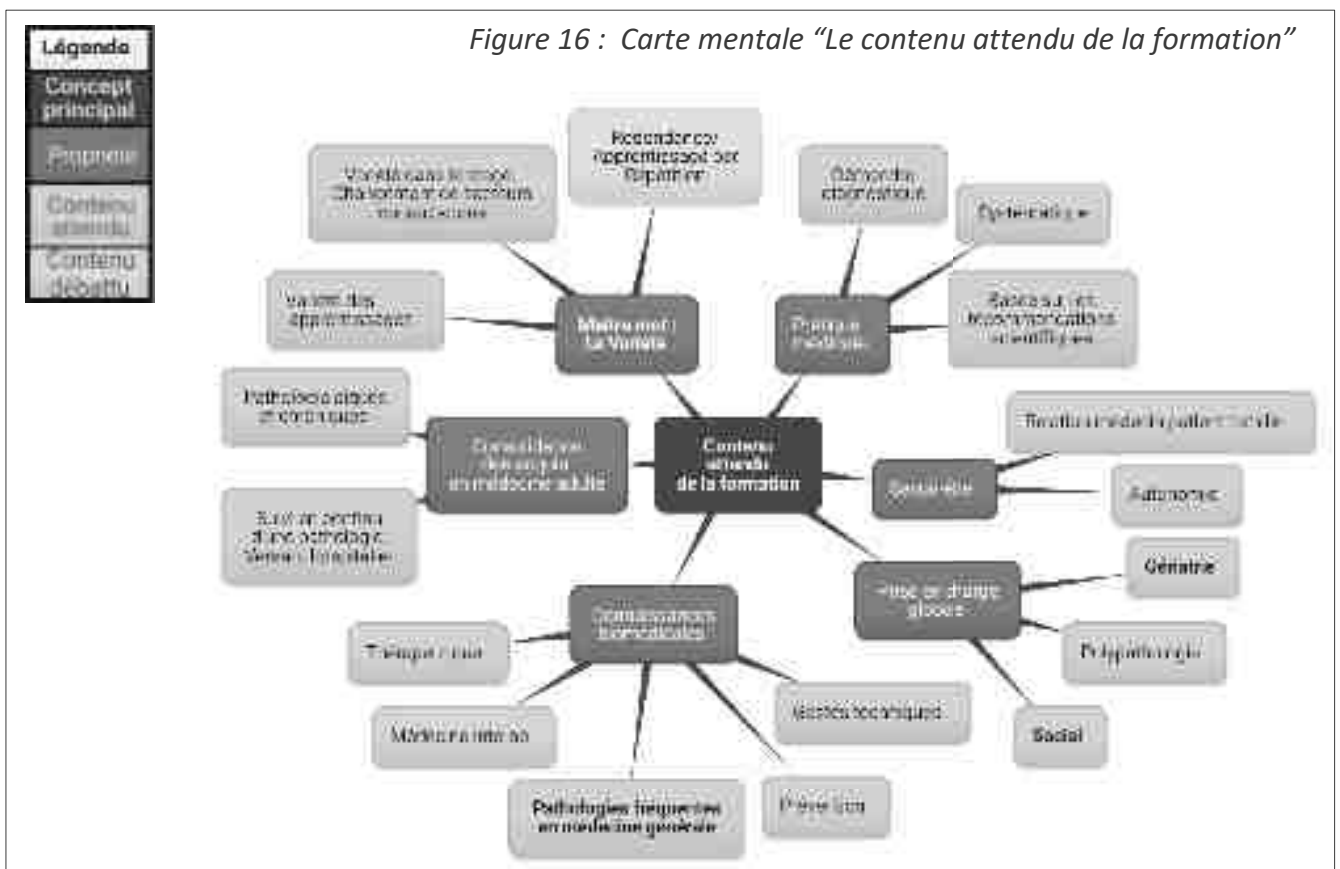


De la même façon, ils veulent voir le versant hospitalier de ce qu'ils ont vu dans leurs stages précédents, ainsi que la suite des prises en charges.

*Lucie* : « J'aimerais bien voir un peu comment sont prises en charge les pathologies à l'hôpital soit que j'ai vues aux urgences, soit que je vois en cabinet ».

Les internes attendent par le contenu de leur stage de consolider leurs acquis en médecine adulte, notamment en approfondissant leurs connaissances de la prise en charge les pathologies aiguës et chroniques. Ils souhaitent aussi un stage leur permettant d'améliorer leur connaissance du suivi des patients à l'hôpital, après les avoir vus en ville et aux urgences.

On peut conclure cette partie sur le contenu attendu par les internes pour le stage par cette carte mentale qui reprend les attentes sur le contenu et leurs relations (Figure 16).



iv. Les appréhensions avant le stage : témoins de leur statut en formation, et d'une confiance en eux partielle

Les internes ont des appréhensions à propos du stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Camille : « [à propos de comment elle aborde le stage] Avec un poil d'appréhension je dois dire (petit silence) ».*

a. Une crainte de responsabilité inadaptée à leur formation notamment en garde

Une des appréhensions est la crainte de se voir confier au cours du stage hospitalier de médecine polyvalente des responsabilités inappropriées par rapport à leurs capacités.

*Audrey : « J'ai surtout peur de m'retrouver dans un stage où les chefs sont pas très présents où j'suis toute seule à gérer des choses que je sais pas forcément gérer ».*

Cette nouvelle responsabilité accrue est également appréhendée au cours des gardes. Les internes craignent de perdre leurs moyens au moment où ils sont les seuls médecins présents sur place.

*Anthony : « Les gardes aussi, les gardes d'étages notamment, vu c'qu'on peut entendre des co-internes (rire gêné) c'est sûr que ce sont des choses qui font un peu appréhender, 'fin qu'j'appréhende un peu en tout cas moi [...] de pas savoir quoi faire dans certaines situations, d'être dans une situation où le patient il a besoin d'un traitement, il est en danger et de pas savoir quoi faire ».*

**Les internes appréhendent l'accroissement de responsabilité, parfois disproportionné à leurs capacités et à leur niveau de formation, notamment au cours des gardes d'étages où ils seront les seuls médecins sur place à prendre en charge les patients.**

b. La crainte d'un encadrement insuffisant

Les internes redoutent d'être dans un stage où l'encadrement ne serait pas suffisant pour assurer leur formation et la sécurité des patients.

*Anthony : « J'appréhende aussi d'avoir un encadrement que je trouve pas suffisant, d'être un peu livré à moi-même ».*

Camille : « *J'ai vraiment peur de... d'être lâchée avec 10 patients qui sont tous euh soit poly-pourris, soit poly-pathologiques soit poly-j'en sais rien, mais je saurais pas quoi faire avec, et me retrouver vraiment perdue, mais perdre euh... perdre pied, en fait, parce que je saurais pas quoi faire, et parce que j'ai personne à qui demander, ça c'est vraiment ma, ma peur !* ».

Des internes considèrent qu'ils ont toujours eu un encadrement suffisant. La possibilité que ça ne soit plus le cas crée une appréhension.

Anthony : « *On avait un encadrement [...] qui faisait que je me suis jamais senti en tout cas livré à moi-même dans des situations critiques* ».

Au contraire, d'autres internes ont cette appréhension car ils ont déjà vécu une situation désagréable où ils étaient livrés à eux-mêmes, et souhaitent que ça ne se reproduise pas.

Camille : « *[À propos d'un précédent stage] J'savais pas quoi en faire et j'avais aucun chef à qui en parler, tout le monde me renvoyait dans mes 22 et puis moi j'avais le patient en face, et je sais pas quoi lui dire, et j'ai personne pour répondre à mes questions* ».

**La peur d'avoir un encadrement insuffisant est prédominante chez les internes, que ce soit dans leurs journées de stage ou dans leurs gardes. Cette appréhension provient parfois d'une expérience passée. D'autres internes considèrent qu'ils ont toujours été bien encadrés dans les situations critiques jusqu'au moment de l'entretien. Les internes, conscients de leur statut de médecins en formation, aspirent à un encadrement adapté à leurs capacités.**

c. Les appréhensions en rapport avec les gardes

Une appréhension répandue dans le discours des internes est celle à propos des gardes.

Lucie : « *Appréhensions oui, sur les gardes parce que j'ai jamais fait de gardes non seniorisées ça sera une première* ».

Cette appréhension est comme nous l'avons déjà vu corrélée aux autres appréhensions en rapport avec une responsabilité accrue et/ou à un manque d'encadrement. D'autres facteurs

plus spécifiques entrent en jeu. Une interne signale une appréhension à ne pas réussir à évaluer à quel moment il est judicieux d'appeler un chef d'astreinte. Cette crainte est aussi en rapport avec le fait que plusieurs internes considèrent qu'appeler le chef d'astreinte équivaut à le déranger.

*Fanny* : « [en parlant de ses appréhensions sur les gardes] C'est vraiment ça, le fait d'être seule finalement euh, à prendre la décision dans l'immédiat alors, bien sûr on a toujours la possibilité d'appeler le chef d'astreinte, mais finalement on a pas forcément toujours envie de le déranger pour savoir quel est le bon moment où l'appeler, parce que si on l'appelle j'pense toutes les, toutes les demi-heures ça... ça, ça devient compliqué, mais c'est vrai le fait de prendre la bonne décision et puis pour le patient et puis pour nous aussi, et puis savoir à quel moment demander de l'aide ».

Les appréhensions en rapport avec les gardes pèsent sur les choix de stages. Une interne explique son rejet d'un stage en raison de l'absence de chef d'astreinte pendant les gardes.

*Coraline* : « [à propos des raisons de son rejet d'un terrain de stage en C.H.U.] Le fait qu'il y ai pas de chef d'astreinte la nuit, donc en fait c'était pas très légal, quoi, qu'on ait pas de chef référent la nuit et puis qu'on est un peu laissé tout seul ».

Un autre interne a choisi un stage où il a l'assurance de ne pas être la personne qui prend les décisions quant à l'admission des patients dans le service au cours des gardes. Il considère que cette tâche est mieux faite par le chef d'astreinte.

*Thomas* : « Je sais que à [lieu de son stage] c'est les... les internes des urgences appellent directement les chefs d'astreinte pour les admissions [...] je trouve que ça peut être un gain d'temps hein parce que si y'a une admission qu'on trouve un peu légère mais que on dirait plutôt « non, euh on attend si jamais quelque chose de plus grave » et qu'après on appelle quand même le chef et qui dit non rappelle le on le prend. Non moi j'trouve c'est un gain d'temps ».

Pour d'autres internes bien que les gardes provoquent une appréhension, ils n'ont pas spécialement cherché à se renseigner sur les modalités de gardes. On peut donc penser que l'appréhension à propos des gardes n'a pas joué sur le choix de stage de ces internes.

*Lucie* : « J'imagine que c'est des gardes avec des seniors d'astreinte mais où on est seul sur place hein, mais j'avoue que j'me suis pas renseignée ».

Les internes ont des appréhensions plus spécifiques à propos des gardes. En plus des responsabilités accrues voire inappropriées, et de la crainte d'un encadrement insuffisant, ils appréhendent d'avoir du mal à jauger le bon moment pour appeler le chef d'astreinte, car ils considèrent parfois que ça équivaut à le déranger. Une autre appréhension serait d'avoir du mal à évaluer si les patients doivent être admis dans le service. Les internes préfèrent alors que cette responsabilité ne leur incombe pas.

d. Les appréhensions, témoins d'un manque de confiance en eux

Au cours de l'analyse, il ressort qu'un des fondements des appréhensions vient du fait que les internes n'ont pas totalement confiance en eux, en leurs connaissances et en leurs prises en charges. Ils l'expriment parfois de manière consciente, et l'amélioration de cette confiance en eux est un objectif de leur stage.

*Alexandre* : « C'est vrai que pour le moment je suis encore assez bien encadré, et pas encore très sûr de la plupart de mes prises en charges, et c'est vrai que en tout cas, sortir des 6 mois de médecine polyvalente, j'aimerais pouvoir me dire que bon j'arrive à gérer justement les patients polypathologiques ou les problèmes médicaux un peu plus aigus et justement sortir beaucoup plus autonome ».

Parfois, on ressent ce manque de confiance en eux à travers leur discours, et l'expression de leurs appréhensions. Ils ont souvent la crainte de ne pas avoir les connaissances requises au début de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Coraline* : « [En parlant de ses appréhensions] Bah d'être un peu... un peu nulle au début, mais ça j pense que... c'est tous un peu pareil quoi ! [...] Ouai de pas trop savoir quoi faire, comment gérer et tout ».

Une autre expression de ce manque de confiance en eux est qu'ils appréhendent le jugement négatif de leur chef. Ils aspirent à un encadrant qui ne soit pas dans le jugement mais plutôt dans la pédagogie.

*Mathilde : « Quelqu'un qui m'explique les choses, qui me fasse des petits cours, à qui j'ai pas peur de poser des questions, à me sentir comme quand je sais pas ».*

Des internes expriment parfois plus précisément des domaines où ils ne se sentent pas à l'aise, par exemple en cas de situation urgente au service, et ce même en ayant déjà validé le stage d'urgences.

*Thomas : « [en parlant de son encadrant idéal] C'est un qui est déjà pas trop loin euh physiquement [...] Si jamais y'a une urgence sur un truc grave quoi ».*

Des internes expriment aussi un manque de confiance dans leur capacité à mener une démarche diagnostique de qualité.

*Pauline : « Peut-être apprendre à faire des bilans, notamment des bilans paracliniques de débrouillage quand on sait pas trop vers quoi s'orienter avoir peut-être une manière plus systématique de créer ça, en fait d'organiser ça parce que pour le moment pour moi c'est encore assez flou et ça peut être l'occasion d'apprendre à devenir plus systématique ».*

**Un manque de confiance en eux et en leurs connaissances sont exprimés de plusieurs façons dans le discours des internes. Parfois avoués explicitement, on détecte aussi un manque de confiance lorsqu'ils expriment une peur de ne pas être à la hauteur au début du stage, lorsqu'ils aspirent à avoir un chef qui n'est pas dans le jugement négatif, lorsqu'ils ne se sentent pas capable de prendre en charge des situations urgentes seuls, ou qu'ils doutent de la qualité de leurs démarches diagnostique. Ce manque de confiance en eux semble être une raison des appréhensions. On s'aperçoit aussi que les internes se servent de la connaissance de leurs points faibles pour en justifier des attentes.**

e. Les mécanismes de diminution des appréhensions

Certains internes ressentent peu d'appréhensions avant de débiter le stage, et ils l'expliquent en partie car ils ont mis en place différentes méthodes pour diminuer cette appréhension.

Par exemple, le fait d'avoir choisi un stage où ils ont bien été informés sur les conditions de travail et où ils connaissent certains de leurs futurs co-internes sont considérés comme rassurants.

*Thomas* : « En fait bon on a été euh je sais pas si c'est spécifique à \*\*\*\* mais on a été quand même bien..., bien informés sur comment ça allait se passer les premiers jours, déjà demain je sais que y aura que une journée d'présentation de l'hôpital, d'information, [...] donc ça me, ça m'stresse pas du tout et puis je... pendant le choix là on... on est plusieurs copains des urgences \*\*\*\* qui sont ensemble euh, qui nous sommes mis d'accord pour aller ensemble en médecine interne à \*\*\*\* [...] donc euh... je sais déjà que j'vais travailler avec des gens euh q'j'aime bien ».

Un autre moyen de diminution des appréhensions notamment par rapport aux gardes est par exemple de choisir un stage où les modalités de gardes sont connues, et sont conformes à des critères qui rassurent l'interne : connaître les équipes, savoir que le chef est disponible, ou que les gardes d'étages sont plus cadrées que celles vécues dans le passé.

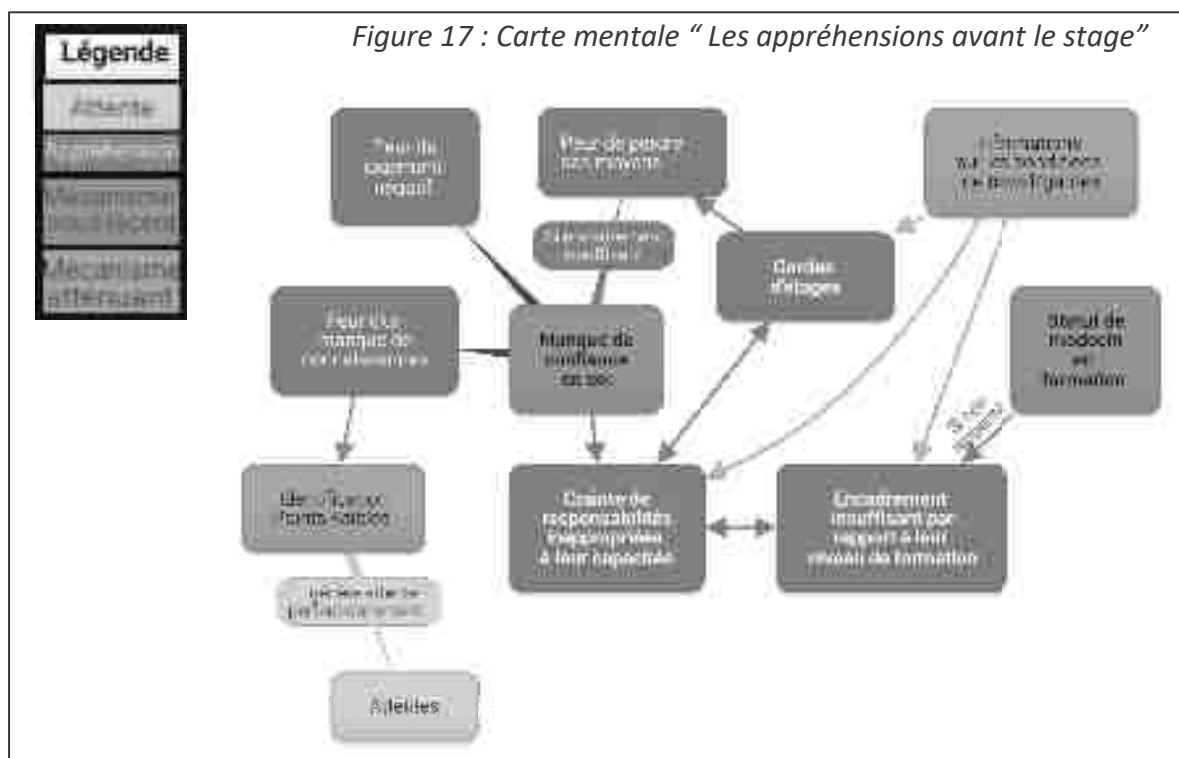
*Morgane* : « Bah ouai du coup vu que je connaissais des urgences qu'on envoyait beaucoup de patients en médecine interne pendant mon semestre là-bas, je sais qu'y a toujours un chef d'astreinte, que mon... je fais que des gardes de médecine interne et pas de tout le bâtiment, ça c'est déjà pas mal, [...] on connaît déjà les équipes, et il y a que un senior d'astreinte qui finalement est disponible, vu que tous les appels des urgences vont chez lui, il est dans tous les cas appelé presque toutes les nuits, donc il est disponible. Donc ça, c'est déjà un peu plus rassurant ».

*Morgane* : « Voilà tous les soirs les transmissions sont assez cadrées pour savoir si le patient... si y'en a un qui est fragile ou pas, et si, voilà s'il est à réanimer ou pas, donc voilà ça permet déjà de cadrer un petit peu plus les choses. [...] Moi là je suis actuellement en \*\*\*\*, et puis je sais que les gardes c'est pas forcément aussi simple,

donc euh je voulais aussi des gardes où ce soit un peu plus cadré, où ça part pas non plus dans tous les sens, où tu dois aller d'un bâtiment à l'autre pour aller voir un patient ».

Les internes se sentent rassurés par la connaissance des terrains de stage et des modalités des gardes, ainsi que par la présence dans l'équipe de personnes avec qui ils ont déjà travaillé au préalable. Le fait de savoir que le terrain de stage remplit des critères limitant les situations appréhendées permet aux internes de se rassurer.

Nous pouvons conclure cette partie sur les appréhensions par cette carte mentale qui rappelle les appréhensions, les mécanismes sous-jacents et atténuants et les rapports entre ces différentes entités (Figure 17).





v. Les attentes sur les méthodes pour la formation

a. Méthodes de formation émanant des internes eux-mêmes

Nous avons identifié au cours de l'analyse que les internes voient leur comportement personnel comme un levier d'apprentissage au cours de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

1. En manifestant intérêt et volontariat

Des internes considèrent qu'un des moyens de tirer un maximum de formation de leur stage hospitalier de médecine polyvalente est de se montrer entreprenant et volontaire en stage.

*Fanny: « [en parlant de ses techniques pour tirer un maximum de formation] Bah déjà de m'intéresser au maximum et de pratiquer un maximum je sais que quand on nous propose aussi bien les, les, les médecins, ou les soignants même, de réaliser des gestes, de se porter volontaires ».*

Cette implication dans le stage se traduit sous différentes formes. Il paraît important aux internes de bien observer, et d'apprendre par analogie en appliquant les méthodes qu'ils voient faire, ou qu'on leur explique.

*Lucie: « Observer bien, comment dire ? S'inspirer de ce qu'on m'explique ».*

Dans la même idée, la répétition des choses en stage est un moyen pour les internes d'acquérir des compétences.

*Mathilde: « Plus tu vois la même pathologie plus tu retiens, plus tu vois les grandes différences ».*

L'apprentissage passe également pour certains internes dans l'implication importante dans la prise en charge du patient.

*Fanny: « Ça j'aimerais bien et je pense que oui en essayant de m'impliquer totalement dans la prise en charge du patient voilà comme dit que ce soit en faisant des gestes très simples moi-même [...] surtout important ouais volontaire et en participant à chaque geste ».*

Une interne déclare aussi qu'elle s'implique en stage en effectuant beaucoup de gardes, pour diverses raisons dont l'une est qu'elle se forme mieux au cours des gardes. Elle considère se sentir plus facilement impliquée dans la prise en charge des patients au cours des gardes.

*Mathilde* : « Aussi pour la formation parce qu'on apprend beaucoup plus parce qu'on est tous seuls et donc quand il y a un truc c'est pour nous, parce que la journée ça peut être pour notre collègue ou autre, là bah c'est forcément pour nous, et puis comme on est tout seul et que t'as le chef qui dort, tu réfléchis un peu plus avant de le réveiller, donc finalement voilà ».

**Une des stratégies envisagées par les internes pour apprendre un maximum au cours de leur stage est de manifester intérêt et volontariat, de s'impliquer un maximum dans les prises en charges des patients afin de pouvoir apprendre au mieux par observation par analogie et par répétition des situations d'apprentissage.**

## 2. Apprentissage par recherches personnelles

Un ressort identifié d'apprentissage relevant du comportement des internes est le fait d'effectuer des recherches personnelles. Certains internes le font spontanément.

*Lucie* : « Y'a des fois on peut se débrouiller tout seul aussi ou apprendre par soi-même en faisant des recherches ».

Ces recherches personnelles spontanées sont parfois à l'occasion de recherches sur internet, sur des applications d'outils d'aides à la prescription ou à la prise en charge.

*Emilie* : « Là je l'ai surtout appliqué, on va dire en pédiatrie ou les recherches personnelles sur trousseau de poche [...] »

*Coraline* : Ouai !

*Emilie* : antibioclic, ou le vidal pour tout ce qui est prescription ».

D'autres internes ont plus de difficultés à effectuer des recherches spontanément, et ont parfois besoin d'être stimulés, par les encadrants notamment. Cependant, ils voient les recherches personnelles comme un bon moyen d'apprentissage.

*Quentin* : « [en parlant d'une recherche demandée par un chef] Moi j'suis plutôt d'accord avec ça hein, quand il faut l'faire on va dire que c'est mieux d'l'esquiver mais euh une fois que c'est fait euh, en général j'suis quand même content d'l'avoir fait, euh, ça m'a quand même apporté quelque chose quoi, c'est un peu ambivalent mais euh, c'est vrai que euh, au début on s'dit « oh, un peu la flemme et tout » (rises) et puis après euh, bon c'est p't'être se conforter comme on peut mais en général j'trouve que ça apporte quand même quelque chose ».

**Les recherches personnelles à propos de situations rencontrées en stage, de façon spontanée ou après demande de leur encadrant, sont vues par les internes comme un levier d'apprentissage.**

### 3. Apprentissage au lit du patient vu comme important

L'apprentissage au lit du patient, est décrit comme un moment important de leur formation par des internes.

*Camille* : « Pas une visite sur ordinateur, une visite vraiment au lit du patient, euh... moi je trouve ça intéressant de pouvoir naviguer avec un ordi portable, de chambre en chambre, et de, de pouvoir voir le patient, lui poser les questions parce que c'est, enfin j'aime pas quand les, les chefs se fient forcément à ce que moi, je leur dis. Je pense que c'est important qu'il y ait aussi un autre visuel, c'est la force de la médecine ! ».

Ce contact au sein du stage et de leur formation est attendu au cours de la visite du matin, mais aussi dans l'après-midi, soit pour préciser les choses, ou au cours d'une contre-visite également au lit du patient.

*Fanny* : « Après je me dis l'après-midi j'aimerais bien, [...], pouvoir prendre le temps avec les patients de leur expliquer bah tout ce qui a été fait, de, de leur expliquer la suite ».

**Plusieurs internes expriment leur attente de se former au lit du patient, que ce soit au cours de la visite du matin, lors de la contre-visite ou dans l'après-midi.**

4. En notant dans un drive ou carnet les astuces/protocoles importants

Pour tirer un maximum de formation de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, les internes évoquent également la nécessité pour eux de tenir un carnet où ils notent les astuces et protocoles qu'ils veulent retrouver rapidement, ou qu'ils estiment utiles pour leur pratique future.

*Coraline : « Bah j'ai aussi comme tout le monde le carnet quoi, où je note des trucs de temps en temps, bah après retrouver les infos dans son carnet, ça, c'est autre chose, mais oui pareil, j pense qu'on a tous un peu la même petite technique. ».*

Certains utilisent la même méthode de manière un peu plus moderne, à base de photographies, ou tiennent un « carnet » sous forme de Cloud internet pour l'avoir à portée de mains en toutes circonstances.

*Mathilde : « Tout ce qui est dermato j'aime bien prendre des photos et j note c'qu'il y a sur le téléphone, et je note ce que c'était et après je me fais un petit tableau euh regroupé par euh je sais pas, ça c'est toutes les dermatites atopiques euh différentes ».*

*Emilie : « Et aussi par rapport à certaines pathologies, par exemple la laryngite aiguë on en a eu quand même pas mal, et ouai les chefs me disaient la posologie des corticoïdes à mettre, donc je me là suis notée sur un google drive, et j'ai fait plein de choses, notamment avec l'hydratation, sur les dosages d'hydratation qu'il faut mettre en fonction des poids tout ça... donc ça je les ai notées juste sur un google drive ce qui fait que c'est assez pratique notamment en garde quand le chef n'est pas forcément là, on commence déjà notre prise en charge ou tout simplement traiter le patient ».*

**Les internes trouvent utile pour leur formation de compiler des astuces, protocoles ou photographies dans un carnet ou un drive. Le but est d'avoir accès rapidement et en toutes circonstances à une informations dont ils pensent avoir besoin dans le futur.**

b. Attentes sur le contenu du projet pédagogique du service : avis riches et divergents

Les internes ont exprimé au cours des entretiens des attentes et des avis de méthodes de formation qui pourraient être mis en place par les lieux de stage.

1. Les cours magistraux : des avis divergents

Plusieurs internes sollicitent la tenue de cours ou de topos au sein du service.

*Anthony* : « *Moi ça me va les cours quand même, euh souvent ils... [...] Ils parlent quand même de situations concrètes et euh, j'sais pas, quand j'ai eu un cours je vois plus les choses de la même manière quand je vois les patients derrière, ça fait écho à ce qu'on a vu avant et euh, j'trouve que ça me convient mieux pour le coup* ».

Cependant, les internes insistent sur la nécessité que les cours portent sur des pathologies utiles pour le stage et leur formation future, et présentes dans le service.

*Emilie* : « *[en parlant des cours en stages] Oui ça j'trouve ça bien, nous on en avait beaucoup aux urgences, et c'est vrai que c'était très intéressant, c'était vraiment sur des pathologies qu'on allait souvent voir aux urgences, donc euh ce que j'avais retenu... sur les plaies de la main, ils nous disaient où on pouvait suturer où on pouvait pas suturer, donc souvent pour retenir c'était en gros « alors si c'est pas la pulpe, vous suturez pas, et vous envoyez à SOS mains* ».

Une interne n'est pas demandeuse de cours magistraux, car elle préfère des temps d'échanges en équipe sous forme de staffs, autour des patients actuellement en service. Elle considère que cet apprentissage est plus efficace pour elle.

*Pauline* : « *J pense que par exemple les staffs, les choses comme ça c'est intéressant, parce que ça permet de remettre en situation un cas, et de dire ce qui a été fait et de refaire le point avec en rétro avec bah un avis extérieur, avec des seniors, des gens qui ont plus d'expertise que nous, et ça peut être bénéfique pour tous, donc ce genre de modalités, moi ça m'irait. [...] Parce qu'en général c'est plutôt les cas marquant du coup j'trouve ça reste mieux en tête que des cours un peu informels et avec beaucoup de blabla* ».

**Les internes sollicitent la tenue de cours magistraux au sein du service à propos de pathologies fréquentes dans le stage et utiles pour la médecine générale. Cependant,**

**certains les trouvent trop abstraits et préfèrent les apprentissages en staff, avec une discussion en équipe autour d'une situation clinique actuelle du service.**

## 2. Les présentations de cas cliniques

Les avis à propos de l'intérêt de présentation de cas cliniques à l'équipe sont très variés. Certains internes les trouvent très intéressants et sont prêts à le proposer spontanément car ils considèrent que c'est un très bon moyen de formation.

*Fanny : « On est quand même là pour apprendre et je pense que pour apprendre parfois bah le fait de faire des présentations soit eux nous en faire ou nous, euh devoir présenter un cas, ou parler de, d'une situation qui nous a un peu questionnés je pense que ça c'est une des meilleures manières d'apprendre ».*

D'autres internes sont plutôt défavorables à devoir présenter des cas cliniques au service, en raison du stress et de la charge supplémentaire que cela représente.

*Pauline : « Moi pour être tombée dans des stages où j'ai dû faire des présentations, c'est quand même du stress pour les internes de présenter un diapo devant les chefs etc., et puis c'est une charge de travail quand même supplémentaire ».*

D'autres internes sont plus ambivalents, en concédant que la charge de travail supplémentaire peut valoir le coup car il y a un bénéfice formateur.

*Alexandre : « Présentations de cas cliniques, personnellement j'en ai fait aussi aux urgences, alors autant certains, alors ceux que les autres ont fait ça m'a pas marqué mais je trouve le fait que moi quand j'ai dû en faire un, je me suis vraiment impliqué dedans, effectivement ça représentait quand même une certaine charge de, de travail, mais au moins sur la présentation que je faisais, je trouvais que j'avais appris pas mal de choses ».*

Une autre condition posée par les internes quant à l'intérêt de présenter des cas cliniques au service est que les pathologies traitées soient des pathologies fréquentes dans le service, et intéressantes pour la médecine générale.

*Emilie : « Bah moi j'dirais que ça dépend en fait si c'est un cas que j'ai au service et dont je dois m'en occuper, ou c'est quelque chose que je vais voir souvent, j'trouve*

*que ça peut être intéressant de le présenter, de savoir les prises en charges, et peut-être d'en discuter avec le chef, par contre si c'est vraiment un truc super rare que je verrais jamais j'pense ça va me saouler ! (petit rire) ».*

**Les internes sont plutôt mitigés sur la formation via des présentations de cas cliniques à l'équipe. Certains sont enthousiastes et les considèrent comme un bon moyen d'apprendre, d'autres les rejettent en raison du stress et de la charge de travail surajoutée. Certains internes sont plus ambivalents, admettant l'intérêt formateur du fait d'effectuer des recherches approfondies sur une pathologie, notamment en cas de situation courante au service et en médecine générale.**

### 3. Checklist de choses à voir et à faire

Une interne souhaiterait qu'il y ait, dans un but de formation, une liste de notions à voir en stage de médecine polyvalente. Elle l'exprime surtout à propos des gestes techniques potentiellement réalisables en stage.

*Fanny : « Si on pouvait un peu avoir (rires) des gestes obligatoires à faire, un peu comme les infirmiers qui ont des euh, des choses à valider ça... peut-être ça faciliterait les choses ».*

À propos des grilles d'évaluation avec notions à avoir vues en stage, des internes en ont une mauvaise image en raison d'un manque de retour sur expérience.

*Alexandre : « C'est vrai que j'ai... on a eu ça aussi dans le cahier d'évaluation pour l'stage enfant aussi avec des familles de situations, par exemple comment faire l'examen de J1, parler de prévention, quand faire les vaccins, avec les enfants : parler alimentation [...] ».*

*Modératrice : Ok, et ça euh, y'a un intérêt ?*

*Pauline : Bah déjà si y'avait un retour, on a pas forcément (rit) ».*

De manière plus générale, ces internes ne pensent pas que ce soit un bon moyen de formation, car ils préfèrent avoir un moment d'échange à propos de leur stage, plutôt que des cases à cocher.

*Alexandre : « J'trouve qu'on voit plus nos axes d'améliorations en fait en discutant directement avec bah des chefs, un tuteur plutôt qu'avec une feuille et des cases à cocher ».*

**Certains internes évoquent l'intérêt de mettre en place une checklist de gestes et de notions à voir au cours du stage hospitalier de médecine polyvalente. Même si cette modalité peut intéresser quelques internes, ce genre de liste avec des cases à cocher ne semble pas être indispensable à leurs yeux, et certains la rejettent au profit d'un moment d'échange constructif avec les chefs.**

#### 4. Dispositif de tutorat au sein du service

Par analogie à certains de leurs précédents stages, certains internes ont évoqué l'intérêt d'un dispositif de tutorat au sein du stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Pauline : «Le semestre qui a suivi [mon passage] ils ont créé en fait on va dire une forme de tutorat au sein du service des urgences, en gros chaque interne avait deux urgentistes séniors qui étaient en gros leurs tuteurs, leurs référents, qui surveillaient en gros l'évolution dans leur stage et c'est vrai qu'apparemment pour certains ça a permis de refaire le point en leur disant ce qui allait, ce qui allait pas et apparemment ça a permis à des gens de changer leur manière de prendre en charge les patients au milieu du stage ».*

Certains ont eu une mauvaise expérience dans le passé, et sont dubitatifs sur l'intérêt d'un dispositif de tutorat au sein du stage, surtout s'il est fait dans les mêmes conditions.

*Anthony : « Oui, j'disais effectivement au [stage d'urgences] on avait un tuteur, [...] l'idée peut être intéressante, après voilà j'ai la mauvaise expérience avec ça quoi parce que, pareil pour les évaluations c'était même pas les tuteurs qui les faisaient, donc en fait (hausse les épaules) ... ».*



D'autres internes ont eu une expérience positive. Ils apprécient la notion de retour sur expérience qu'un tel dispositif peut amener, et seraient plutôt favorable à sa mise en place. Ils mettent tout de même en garde sur la réalisation. Ils craignent que le nombre moins important de chefs dans les services conventionnels hospitalier de médecine polyvalente entraîne un dispositif plus facilement biaisé qu'aux urgences.

*Alexandre : « C'est toujours tuteur-dépendant, bien évidemment c'est vrai que le mien était quand même assez chouette [...] on avait quand même fait une réunion de fin d'étage, et bon c'est vrai au final j'étais assez d'accord avec l'analyse qu'il faisait et des points à améliorer, des points forts, [...] Donc c'est vrai que j'trouve ça quand même intéressant après je sais pas si... p't-être les urgences se prêtent plus à ce type de pratiques comme il y a beaucoup, beaucoup d'urgentistes, et du y'a beaucoup de points de vue différents sur euh, 'fin chacun peut donner un peu son point de vue alors que si y'a un seul tuteur, un seul PH en service de médecine polyvalente, peut-être que l'avis serait un peu plus biaisé ».*

**Certains internes sont favorables à un dispositif de tutorat au sein du stage hospitalier de médecine polyvalente dans une idée de retour sur expérience et de dialogue, à condition qu'il soit fait d'une manière cohérente, c'est-à-dire en essayant de limiter les dérives et biais qui pourraient émerger en raison d'un nombre plus réduit de tuteurs.**

#### 5. Évaluation de mi-stage

Certains internes ont déjà eu l'occasion de bénéficier au cours de leurs stages précédents d'évaluations de mi-stages. Ils apprécient ce concept, notamment l'idée du moment de dialogue, du retour sur expérience, et des axes d'améliorations que cela a pu leur apporter.

Une condition indispensable aux yeux des internes à l'efficacité de cette méthode d'apprentissage est que ce moment soit effectué avec un interlocuteur qui les connaît et avec qui ils travaillent pendant le stage, afin de discuter en détail de leur parcours passé et à venir. Le fait que ce soit fait en cours de stage plutôt qu'à un moment trop tardif leur paraît intéressant.

*Anthony* : « [en parlant d'une évaluation de mi-stage dans un stage praticien] Ouai c'est vrai que j'avais bien aimé pour le coup l'évaluation de [mi-]stage ça permet de se, bah déjà de voir un peu le travail qui a été accompli mine de rien, et puis aussi de se projeter sur la suite en se donnant des objectifs concrets, et de pouvoir se rendre compte au milieu du stage ce qui va et surtout ce qui ne va pas ce qui peut être amélioré, plutôt qu'à la fin ou en fait, c'est la fin ».

**Une évaluation de mi-stage, sous forme d'un moment d'échange avec un interlocuteur qui les connaît bien est un concept apprécié des internes. Le but de le faire à ce moment-là est de faire le point sur leur parcours depuis le début du stage, et de fixer de nouveaux objectifs pour la suite du stage, afin qu'ils puissent encore les atteindre avant la fin.**

c. Une attente de dialogue avec leur encadrant

Le dialogue avec l'encadrant est une notion centrale dans les attentes des internes pour leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Audrey* : « [en parlant de son encadrant idéal] Voilà, quelqu'un avec qui on puisse échanger, c'est ça qui est important ».

1. Une attente de retour sur expérience pour mieux progresser

Les internes expriment leur appréciation des moments de retour sur expérience, dans un but de meilleure formation et d'apprentissage plus efficace.

*Mathilde* : « [en parlant d'une évaluation de mi-stage] Bah c'est bien, parce que ça permet de savoir ce qui va et ce qui va pas au bout de 3 mois et puis t'arrives à savoir quoi corriger parce que qu'on te dise à la fin du stage ça c'était nul, ça tu sais pas faire, ça t'arrive pas, ok ben il reste 5 jours de stage qu'est-ce que j'en fait, quoi !? ».

Les internes souhaitent avoir un regard extérieur afin de les aider à se positionner sur leurs parcours et leurs objectifs, et surtout des temps dédiés pour en discuter, recueillir des conseils, plutôt qu'une simple évaluation papier de leur évolution et compétences.

*Alexandre* : « J'trouve qu'on voit plus nos axes d'améliorations en fait en discutant directement avec bah des chefs, un tuteur plutôt qu'avec une feuilles et des cases à

*cocher, euh... surtout que personnellement on en a rempli aussi pour le stage chez le prat et honnêtement je me souviens même plus de ce qui a été vraiment dit alors que pour l'éval aux urgences, 'fin avec mon tuteur j'me souviens quand même grosso modo de mes points faibles, là où il fallait que je m'améliore, ou c'qui était bien ».*

**Les internes souhaitent par le dialogue avoir des moments d'échanges et de retour sur expérience afin de mieux progresser.**

## 2. Attente de bienveillance, et de critique si constructive

Les internes attendent du dialogue avec le(s) encadrant(s) qu'il soit bienveillant, et que la critique soit à visée constructive.

*Thomas : « [à propos de l'encadrant idéal] Puis euh après euh j'sais pas si on va q'même être encadré ou mis sous pression mais, moi après ça s'rait plutôt euh, un gars enfin pas qu'il... qui engueule pas mais qui explique pourquoi c'est pas bon, euh et comment faire, comment mieux faire quoi, et pas juste quelqu'un qui t'dis « ah non là c'est pas bon » mais qui t'explique pas comment mieux faire ».*

Cette notion de critique constructive est même attendue comme une méthode pour apprendre.

*Coraline : « Bah, d'aller voir les patients ensemble et après de proposer la prise en charge et après le chef il dit si ça lui convient ou pas quoi [...] comme ça après il peut nous corriger et euh, moi j'apprends plus quand on me dit là où je fais des erreurs quoi ! ».*

En exprimant ce besoin de bienveillance, les internes dévoilent aussi une crainte d'une relation uniquement dans la critique négative avec leur encadrant.

*Pauline : « Et que ce soit pas sous forme, 'fin au cours d'une réprimande qu'on apprenne de nos erreurs, plus au contraire le côté bienveillant, euh, de nous apprendre quelque chose ».*

**Les internes souhaitent et attendent apprendre via un dialogue empreint de bienveillance.**

**Ils considèrent que la critique constructive à partir de leurs lacunes est un vecteur puissant**

**de formation, et rejettent et craignent l'idée d'un dialogue uniquement basé sur une critique négative.**

### 3. Attente d'un encadrant à l'écoute

Les internes souhaitent pouvoir échanger sur un maximum de choses avec leur encadrant, et plus précisément ici ils attendent un encadrant qui soit à l'écoute, avec qui ils se sentent à l'aise de poser des questions.

*Coraline : « [à propos de l'encadrant idéal] Quelqu'un d'abordable quoi, c'est-à-dire que on peut lui poser un peu toutes les questions sans forcément se sentir un peu bête des fois ».*

Ils ont besoin de savoir qu'ils peuvent dire lorsqu'ils ont atteint une de leur limite, ou qu'ils ne savent pas faire ce qu'on leur demande.

*Thomas : « [à propos de l'encadrant idéal] Quelqu'un à qui tu oseras dire que tu sais pas faire un truc, qui faut qu'il te montre une fois et qu'après tu peux le faire quoi ! ».*

L'idée principale est qu'ils bénéficient d'un encadrement sans jugement, afin d'être à l'aise pour exprimer leurs doutes et leurs craintes.

*Emilie : « Si j'ai un souci que je puisse lui demander et qu'on puisse en discuter [...] et pareil sans jugement, si à un moment je lui dit quelque chose et je sais pas, [pas] qu'il me réponde en jugeant, en disant " mais pourquoi tu fais ça !? (Imite des cris) " ».*

**Afin de pouvoir exprimer leurs doutes, leurs peurs et poser leurs questions sans crainte du jugement, les internes attendent des encadrants à l'écoute et bienveillants.**

### 4. Une idée de dialogue bénéfique pour tout le monde

Certains internes envisagent les bénéfices du dialogue sur un plan plus large que leur formation personnelle. Le but premier reste leur formation, mais ils considèrent que d'autres personnes peuvent en tirer un bénéfice, par exemple le patient si l'échange a lieu devant lui.

Emilie : « [à propos du déroulement du débrief au cours de son stage chez le praticien] Souvent on rediscutait devant le patient[...] et la plupart, ‘fin tous, le prenaient bien parce qu’en plus ils comprenaient un petit peu la prise en charge, et beaucoup nous ont dit “ah mais j’trouve ça intéressant en plus de vous voir bah discuter, parce qu’en fait je comprends ce qu’il se passe et pourquoi j’ai ce médicament” ».

Aux yeux de certains internes, les encadrants peuvent aussi bénéficier indirectement du dialogue.

Pauline : « Je pense que le débrief c’est vraiment pas mal, ça permet aux internes et aussi aux séniors des fois de se rendre compte qu’ils sont plus forcément à la page sur telle ou telle pathologie et du coup bah les deux sont un peu gagnants dans l’histoire parce que soit on cherche ensemble, soit y’en a un des deux qui dit bah je fais la recherche et en gros je te dis ce qu’il en est et ouai j’pense que c’est assez bénéfique pour les deux parties ».

**En plus d’être vu comme bénéfique pour leur formation, le dialogue est considéré par certains internes comme bénéfique également pour le patient, et pour les encadrants.**

d. L’encadrant idéal

1. Attente d’apprentissage par l’intermédiaire et au contact de leur chef

Certains internes expriment spontanément qu’ils attendent de leur chef qu’il joue un rôle dans leur formation, qu’il joue un rôle stimulant dans un but de meilleur apprentissage.

Camille : « J’aime bien être stimulée par les chefs, j’aime bien quand on me pose des questions, quand on m’interroge, même si j’ai pas la réponse, je m’en fiche, parce que je pense que c’est comme ça qu’on apprend, quand on sait pas on, on mémorise, on mémorise bien ».

Les internes attendent de leur encadrant qu’il soit compétent.

Lucie : « Quelqu’un qui euh bah d’jà qui est compétent (hausse les sourcils) [...] j’voudrais quelqu’un qui euh qui sache en fait se renseigner sur euh les dernières recommandations, qui applique des choses récentes ».

Cependant, certains internes signalent ne pas avoir d'attente spécifique par rapport à leur encadrant, et ne pas extraire d'attentes plus précises que celles plus globales du stage.

*Guillaume* : « Je, je, je vois pas juste euh... le chef extrait complètement du lieu d'étage, en fait c'est un tout ! Le lieux d'étage, y'a tout un ensemble, donc c'est pas... le stage il dépend pas juste du chef quoi, après ça joue beaucoup hein, si euh, s'il est insupportable c'est chiant quoi mais euh, du coup j'ai pas particulièrement, 'fin ouai j'ai pas particulièrement d'attente ».

**Certains internes attribuent un rôle important à leur encadrant direct, le souhaitant stimulant et compétent. D'autres internes n'accordent pas autant d'importance à ce critère, et n'arrivent pas à extraire d'attentes spécifiques.**

## 2. Une attente d'un encadrant pédagogue

Les internes souhaitent que leur encadrant soit pédagogue.

*Emilie* : « [À propos de son encadrant idéal] C'est vraiment le critère principal qu'il soit présent physiquement, très abordable et pédagogue parce que sinon ça va être compliqué ».

Cette notion fait référence elle-même à plusieurs attentes. Par exemple, elle correspond parfois à une envie que le chef prenne le temps d'expliquer aux internes ce qu'il fait, ou qu'il réponde à leurs questions, ou encore qu'il fasse des petits cours spontanés.

*Coraline* : « [À propos de son encadrant idéal] Quelqu'un qui prend le temps de nous expliquer un peu c'qui fait quoi, parce que des fois y a des chefs qui disent, bon bah, on fait ça, ça, ça et puis c'est tout ».

*Mathilde* : « [À propos de son encadrant idéal] Quelqu'un qui m'explique les choses, qui me fasse des petits cours, à qui j'ai pas peur de poser des questions ».

Les internes appuient également sur le fait qu'ils souhaiterait que leur encadrant aime leur enseigner des connaissances et aime les former.

*Morgane* : « [À propos de son encadrant idéal] [Quelqu'un] Qui soit pédagogue, qu'il ait envie de discuter, de nous apprendre des choses ».

**Les internes attendent que leur encadrant soit pédagogue en prenant le temps de leur expliquer ce dont ils ont besoin, en leur faisant des petits cours spontanés. Ils aimeraient aussi que l'encadrant s'épanouisse dans cette notion de pédagogie.**

### 3. Relation avec l'encadrant basé sur la confiance mutuelle

Les internes expriment le besoin d'une relation de confiance mutuelle avec leur chef. La première condition à cette confiance est qu'il y ait un nombre restreint d'encadrants, avec un encadrant référent qui les connaisse et qui connaisse les patients.

*Mathilde* : « *Qu'on ait pas 17 chefs qui disent autre chose quoi, [...] quand tu fais ta visite avec X Chefs qui disent ça et Y chefs qui disent autre chose, bah du coup tu sais même pas trop quoi retenir quoi ! A part que ce chef veut faire ça, voilà !* »

Les internes aimeraient plus précisément que leur encadrant connaisse leurs capacités et les encadre en conséquence, afin de ne pas les mettre dans une situation qu'ils ne jugent pas capable de gérer seuls. Ils sont cependant conscients que l'encadrement demande un investissement important de la part du chef.

*Thomas* : « *[À propos de son encadrant idéal] Mais c'est, en gros euh... quelqu'un qui sait euh juger ce dont tu es capable quoi, qui va pas te laisser faire des trucs impossibles mais qui sera pas sur ton dos tout le temps non plus quoi* ».

*Thomas* : « *On a toujours envie que (toujours en souriant) ... qu'on s'intéresse plus à nous, mais j'imagine qu'c'est aussi du boulot, c'est pas grave* ».

Les internes attendent également de leur encadrant qu'il ait confiance en eux sur leurs prises en charges, mais également sur leurs capacités à demander l'aide en cas de besoin.

*Fanny* : « *Sans qu'il ait forcément besoin d'aller vérifier tout derrière mais éventuellement qu'il aille vérifier quand moi j'ai un doute, dire bah j'sais pas, tel patient pour moi pourrait rentrer mais je suis pas certaine, qu'il aille le voir, voilà bien sûr je sais qu'il doit, qu'on est sous leur responsabilité donc je me dis j'aimerais quand même qu'ils aient une certaine confiance et que si moi j'ai un doute je sois capable moi-même de, de l'dire, de dire que j' préfère qu'il aille le revoir qui m'dise ce qu'il en pense* ».

**Les internes attendent de leur stage hospitalier de médecine polyvalente d'avoir un encadrant qui les connait et connait leurs capacités, en qui ils pourraient avoir confiance. Ils espèrent aussi que l'encadrant leur fasse confiance sur leurs prises en charges, mais également sur leurs capacités à demander l'aide en cas de besoin.**

e. La question centrale de l'autonomie supervisée

1. L'autonomie supervisée

Les internes attendent de leur stage un apprentissage en autonomie supervisée.

Ils expriment avoir besoin d'autonomie afin de progresser, mais l'encadrant se doit d'être disponible en cas de besoin.

*Quentin* : « *J pense qu'on apprend plus quand on est un peu encadrés après faut nous laisser une certaine autonomie quand même ça c'est sûr [...] mais, faut qu'y ait quelqu'un qui... si on a une question qui puisse être présent, pour répondre pour nous après* ».

La disponibilité de leur encadrant est une attente importante. Ils sont plusieurs à souhaiter comme Pauline que leur encadrant idéal soit « *disponible* ». Ce critère de l'encadrement et de la disponibilité entre même dans les critères de choix de stage pour quelques internes.

*Audrey* : « *[en parlant d'un stage qui l'intéresse] 'pparement les chefs sont quand même assez présents et sympas* ».

De même, les internes souhaitent être encadrés pendant la visite, avec des visites seniorisées. Cette attente provient parfois d'expériences passées où ce n'était pas le cas.

*Camille* : « *J'aimerais bien avoir une seniorisation, une vraie seniorisation avec 2-3 visites par semaine, parce que clairement en \*\*\*\* c'est ce qui nous a manqué, euh... et où des gens qui parfois étaient hospitalisés du début à la fin sans avoir vu un seul passage senior sur leur dossier, c'était quand même un peu compliqué...* ».



Finalement, l'attente d'autonomie supervisée peut se résumer à une attente d'équilibre entre l'autonomie nécessaire à la formation, et la seniorisation indispensable à la sécurité des patients et de l'interne, ainsi qu'à la formation de ce dernier.

*Fanny* : « Quelqu'un qui, qui est disponible mais tout en nous laissant quand même de l'autonomie, parce que si on, finalement on est tout le temps supervisé on n'apprend pas non plus, donc je dis oui, quelqu'un qui nous fait confiance qui nous laisse de l'autonomie s'il voit qu'on en est capable et qui... mais qui reste voilà joignable qui, qui supervise on va dire un peu de de loin [...] je trouve que ce principe est bien ».

**Les internes attendent que leur encadrement soit équilibré entre une autonomie nécessaire à leur formation, et un encadrant disponible et présent en cas de questions ou de difficultés afin de garantir la sécurité des patients et la formation des internes.**

## 2. Notion de progressivité dans l'acquisition d'autonomie

Les internes souhaiteraient que l'acquisition d'autonomie soit progressive au cours de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Pauline* : « Peut-être progressivement, euh une modification de la manière de sénioriser, p't'être, 'fin l'idéal pour moi, au départ être entre guillemets systématiquement séniorisée pour être sûr que ce qu'on fait est correct et une fois que les séniors commencent à se dire bah « ça tient la route », bah nous laisser de plus en plus d'autonomie, et quitte à la fin gérer tout seul ses patients sans forcément avoir besoin d'aide et si besoin est, bah pouvoir toujours solliciter quand même un sénior au cas où ».

Ils expliquent ce besoin de progressivité par le fait qu'ils sont moins expérimentés dans les services hospitaliers conventionnels, et qu'il sont donc moins rapidement autonomes que des internes qui sont déjà passés dans les terrains de stages en services conventionnels. Ils trouvent d'ailleurs cohérent que la formation soit différente entre les internes sur ce point.

*Lucie* : « Quelqu'un [...] qui a fait déjà 2 stages de médecine, euh, de euh service conventionnel [...] ya forcément plus d'expérience, il sera forcément plus vite autonome parce que c'est son trav', sa spécialité et c'est normal, [...] 'fin j'pense que c'est quelqu'un qui a déjà plus d'autonomie à la base et qui a de l'expérience dans le

*domaine donc moi ça me choquerait pas d'être traité différemment quoi ! [...] Parce que j'ai eu des connaissances différentes, j'ai fait d'autres stages ouais ».*

Une interne explique même que la disponibilité initiale d'un chef lui a déjà permis de progresser vers l'autonomie plus facilement, car ça a renforcé sa confiance en elle.

*Mathilde* : « J'ai une chef qui m'a dit l'autre jour " tu sais, je suis payée pour que tu m'appelles si t'as une question, tu n'hésites pas " et c'est vrai que je me suis dit " bon bah c'est chouette" et finalement je me suis dit " est-ce que vraiment j'ai besoin de l'appeler ou est-ce que ça je suis sûre de moi ? " et au final, j'étais sûre de moi donc au final, j'ai même pas eu besoin de l'appeler finalement parce que euh elle m'a tellement rassurée que ça allait quoi, voilà ! ».

**Les internes souhaitent que l'acquisition d'autonomie soit progressive au cours du stage, avec des encadrants plus présents au début et une autonomisation croissante. Ils accepteraient que des internes d'autres spécialités soient plus rapidement autonomes car sont conscients qu'il leur faudra un temps d'adaptation au nouvel environnement du service conventionnel. Certains internes déclarent que la disponibilité de l'encadrant est un vecteur d'autonomisation grâce à la réassurance apportée, créant un cercle vertueux.**

### 3. Autonomie supervisée avec pour objectif la formation

Les internes considèrent que l'autonomie est nécessaire pour la formation.

*Fanny* : « Mais tout en nous laissant quand même de l'autonomie, parce que si on, finalement on est tout le temps supervisé on n'apprend pas non plus ».

Les internes déclarent qu'ils apprennent mieux lorsqu'ils réfléchissent par eux-mêmes puis confrontent leur avis à celui de leur senior.

*Guillaume* : « Moi j'trouve que ce qui était le plus formateur pour moi c'est quand je me suis occupé seul de mes patients en... séniorisant ensuite, c'est-à-dire, où que j'me dis " tiens qu'est-ce qui faut en faire ? " et après on en discute, donc euh ça j'trouve quelquefois c'est plus formateur que si on accompagne un chef et qui nous dit " faut faire ça, ça, ça, et donc euh vas-y fais-le " au final on n'a pas besoin de réfléchir ».

À contrario, un manque d'encadrement, avec des questions qui restent en suspens, est aussi vu comme une moins bonne formation.

*Quentin* : « Une certaine autonomie mais... si euh 'fin on peut en discuter derrière, si on a des questions on peut les poser, 'fin des choses comme ça ! Pas être lâché complètement tout seul, ça c'est... c'est sûr que j'pense que... on progresse moins bien comme ça ».

Les internes apprécient le concept de l'évolution en autonomie associé ensuite à un débriefing. Ils ont pu l'expérimenter dans les stages précédents, et aimeraient que la technique soit appliquée au stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Coraline* : « De toute façon dans les stages prats, après pas forcément toutes les consults, 'fin voilà des consults qui mettent un peu en difficultés on se dit bah « moi j'ai fait ça je savais pas trop qu'est-ce que j'aurais pu faire de plus », donc euh là y'a la discussion, et sinon ouai en pédiatrie, on se faisait des petits debriefs par patients ».

*Emilie* : « Je pense que c'est essentiel en fait de faire un debrief en médecine polyvalente sur les patients (rires) [...] Après le debrief ça peut être aussi l'équivalent de la contre-visite ».

Les internes connaissent leurs limites et préfèrent se faire leur idée propre et demander confirmation ou de l'aide en cas de besoin.

*Lucie* : « Par exemple, c'que j'aime bien... j'pense que j'aime bien quand même quand j'étais à l'UHCD c'est qu'on me dise... "y a ça et ça à faire", qu'on me laisse voir les patients, si j'avais besoin d'aide, euh je l'disais ».

**L'autonomie supervisée est vue par les internes comme un moyen d'avoir un stage le plus formateur possible. Un encadrement trop présent ou insuffisant est vu comme délétère pour la formation. Les internes souhaitent être à l'origine de la réflexion puis confronter leurs conclusions au cours notamment d'un débriefing, et considèrent bien connaître leurs propres limites. Ça leur permet de demander de l'aide si elles sont atteintes.**

f. Le lien avec la partie facultaire de la formation

## 1. Rôle du tuteur

Un des rôles attendus par les internes pour leur tuteur du D.M.G. serait un rôle de soutien en cas de difficultés dans le stage. Certains internes se tourneraient dans ce cas également vers les autres tuteurs du trinôme constituant les groupes de GEAP.

Coraline : « *Un rôle de soutien moral au cas où il y a quelque chose qui se passe mal* ».

Fanny : « *[à propos des interlocuteurs en cas de moments difficiles] Il y a le tuteur référent, et il y a le groupe des 3 tuteurs hein donc le les autres aussi qui sont, voilà avec qui finalement on a quand même des liens vus qu'on les voit régulièrement puis après ben le, le [D.M.G.] hein si vraiment on a un soucis* ».

Les internes attendent que leur tuteur continue son rôle d'accompagnant de l'interne au cours de son troisième cycle, sans attribuer de rôle plus spécifique.

Alexandre : « *Bon après ça il le fait déjà, de temps en temps prendre des nouvelles savoir comment se passe le stage, bon après sinon je vois pas un grand rôle par rapport à tout ça !* ».

L'accompagnement peut revêtir différentes formes, comme un accompagnement à la production de traces d'apprentissages écrites pour le portfolio, à la thèse, ou encore un retour sur les évaluations de stages.

Anthony : « *[en parlant de ce que son tuteur fait déjà] me relancer pour les travaux écrits (sourire) [...] et puis après discuter des évaluations aussi* ».

Fanny : « *Il m'aide déjà même à réfléchir à des sujets de thèse, ou à des choses comme ça [...] donc peut-être qu'il pourrait m'aider là-dessus, disons si j'ai une piste qui me vient à l'esprit pendant ce stage de médecine polyvalente* ».

On voit que le tuteur constitue le lien avec la partie facultaire, mais les internes ne lui attribuent pas de rôle propre au sein du stage, car ils disent pouvoir définir eux-mêmes leurs attentes, et ne pensent pas nécessiter de discussions avec leur tuteur à ce propos.

Camille : « Mais c'est surtout l'à-côté stage qui, qui est le rôle du tuteur et pas forcément de, de nous donner des clés, des pistes [...] pour notre stage en lui-même quoi ! [...] Je crois qu'à force de passer dans différents stages, on a fait on a fait tellement de choses avant, qu'on sait qu'on sait ce qu'on nous on a envie de faire, en fait, parce que je pense que les attentes sont propres à chacun, on n'a pas tous les mêmes envies et que le tuteur, lui, il voit... ben, il a son point de vue très subjectif, et puis nous on a le nôtre, donc c'est pas forcément ce que nous on a envie, et surtout je pense qu'on sait ce qu'on... ce qu'on... à force de voir de la ville et de l'hôpital on sait ce qu'on a ce qu'on a besoin d'approfondir ou pas ! ».

On s'aperçoit finalement que ce rôle est largement dépendant de la relation interne-tuteur déjà en place. Certains internes ayant un tuteur absent ne lui attribuent pas de rôle propre, quand d'autres tuteurs plus présents permettent d'imaginer des rôles plus divers, comme un suivi par entretien au cours du stage.

Pauline : « J'ai un tuteur plutôt absent alors, je fais pas trop de commentaires, par rapport à ça ».

Quentin : « Non non mais oui, mais c'est vachement large comme question parce que... elle peut intervenir à pleins d'niveaux ».

Quentin : « Nous l'an dernier par exemple on avait fait un entretien c'était bien j'trouve, elle m'avait posé quelques questions euh d'ordre assez générales hein, mais j'veux dire c'est bien de pouvoir justement en discuter ».

**Les internes attendent de leur tuteur qu'il continue le rôle d'accompagnement déjà mis en place, et qu'il soit un soutien en cas de difficultés dans le stage. L'accompagnement attendu est en rapport avec le portfolio, la thèse et le parcours de l'interne au sein du troisième cycle. Certains internes trouveraient intéressant d'effectuer un entretien avec le tuteur du D.M.G. au cours de leur stage. Le rôle attribué au tuteur au sein du stage hospitalier de médecine polyvalente semble dépendant de la relation interne-tuteur, mais ils trouvent de manière générale que le rôle n'est pas en lien direct avec le stage, sauf en cas de difficultés dans celui-ci.**

## 2. Le portfolio

Les avis à propos du portfolio sont divergents. Pour certains internes, le portfolio est un lien avec la partie facultaire de leur formation, et le voient comme un témoin de leur évolution au cours du troisième cycle. D'autres internes ont du mal à y voir un intérêt. Certains internes considèrent enfin que les traces d'apprentissages ne constituent pas la meilleure façon d'apprendre.

*Fanny : « C'est vrai qu'moi le portfolio, j'sais qu'ça embête beaucoup de personnes, finalement moi je me dis que c'est le seul lien qu'on a un peu avec la fac, et c'est c'qui, un petit peu ce qui, je pense, qui va servir voilà à voir un peu notre évolution au sein de bah pendant nos 3 années d'internat ».*

*Thomas : « Bah alors j'ai jamais vraiment compris l'intérêt euh du portfolio ».*

*Mathilde : « Moi j'trouve que la rédaction de RSCA euh... j'aurais préféré qu'on nous fasse des cours de comment gérer ça, [...] quelle est la conduite à tenir [...] c'est vachement plus utile que de passer des heures à savoir comment décrire de manière dramatique comment tu as vécu n'importe quelle situation et puis te dire « bon ben voilà j'ai fait un plan dans ce sens il faut que je trouve des articles qui sont à peu près d'accord avec mes idées » [...] mais j't'avoue que moi les RSCA et tout (soupire) j'trouve que c'est pas forcément la meilleure façon d'apprendre quoi !».*

Les internes n'attendent pas d'aide particulière de leur encadrement de stage à propos du portfolio, car ils considèrent que les chefs ne connaissent pas l'existence du portfolio.

*Thomas : « Bah en fait je sais même pas s'ils sont au courant de des travaux annexes qu'on a à fournir hein ».*

À propos des traces d'apprentissages en elles-mêmes au cours du stage, là aussi les avis divergent. Certains internes pensent trouver facilement des sujets pour les traces d'apprentissages et R.S.C.A. La difficulté viendrait pour eux plutôt du manque de temps.

*Pauline : « Bah pareil que Anthony, plutôt le stress de manque de temps, donc plutôt anticiper, après c'est vrai qu'il y a des familles de situation qui se prêtent bien je pense quand même au stage de med po, parce qu'il y a quand même tout ce qui est*

*pathologies chroniques, euh quand même on parlait de gériatrie du côté social, je sais qu'il y a une famille de situations qui à trait à ça, donc ça peut quand même être source on va dire d'idées pour les R.S.C.A., ça peut entrer dedans ».*

D'autres internes sont plus soucieux. Ils craignent de rencontrer des difficultés à trouver des sujets dans le champ de médecine générale.

Coraline : « Bah c'est surtout que sur le point des R.S.C.A., 'fin des fois on propose des trucs et ils disent "non c'est pas assez médecine générale, médecine générale, médecine générale, médecine générale" (fais les gros yeux) sauf que au bout d'un moment on est pas en stage de médecine générale quoi donc euh... (moue agacée) ».

**L'utilité du portfolio est débattue entre les internes, mais ils pensent globalement trouver des sujets intéressants pour leurs traces d'apprentissages. Certains craignent un manque de temps à consacrer à leur portfolio, ou une difficulté à rester dans le champ de la médecine générale. Ils n'attendent pas de rôle de leur encadrant au sujet du portfolio.**

### 3. Les rencontres collectives au sein du Tutorat : les G.E.A.P.

Les avis recueillis sur les Groupes d'Analyse et d'Échange de Pratiques sont plutôt mitigés.

Un sentiment de redondance est exprimé par les internes.

Lucie : « Je dois avouer que j'ai pas forcément trouvé énormément de rôle aux G.E.A.P. dans mes autres stages, [...] une séance on va dire de retour d'expérience de temps en temps, pour se poser des questions sur soi-même ça peut être intéressant mais c'est quasiment que axé là-dessus et que euh, ça devient pesant quoi et qu'on en tire pas forcément du bénéfice. ».

Plusieurs internes expriment leur souhait que les séances de tutorat soient plus variées.

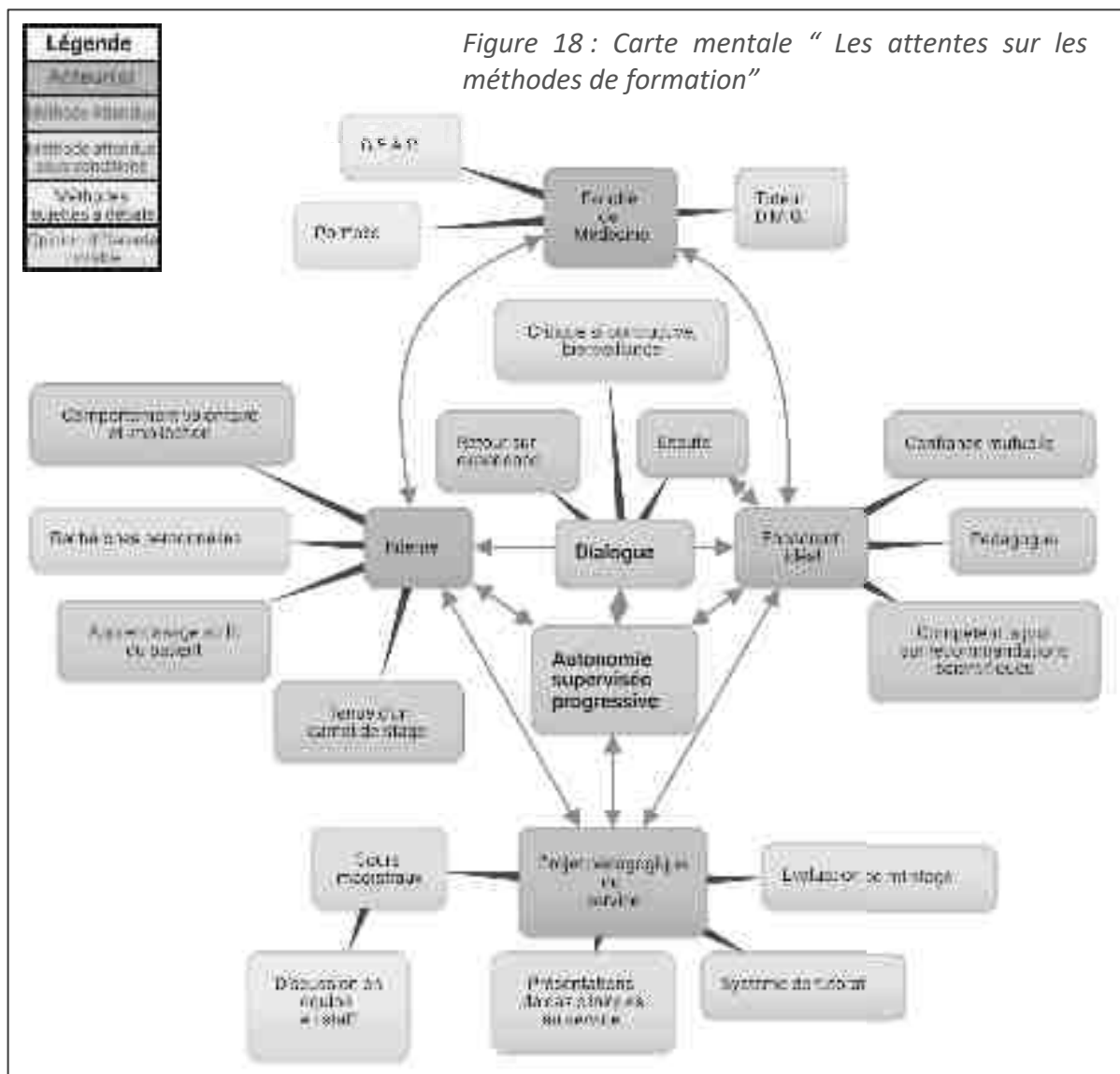
Émerge notamment une envie des cours théoriques sur des pathologies vues en stages.

Morgane : « Tu vois j'trouve ça un petit peu bête qui ai pas de ... de, 'fin c'est bien de se réunir en G.E.A.P., de raconter des trucs mais, c'est vrai que ça fait du bien de se décharger un peu, c'est un lieu où tu te sens à l'aise pour parler, mais des fois ça manque un petit peu de cadre, tu vois de dire « bon bah on pourrait se dire on fait un petit topo sur une pathologie , ou sur un truc qu'on voit que en cabinet », où le praticien pourrait faire et on fait pas [...] , alors qu'il y en a dans plein d'autres spé !

Dans le cadre spécifiquement de la médecine polyvalente, bah oui ça peut être intéressant de faire un petit rappel, ou je sais pas on se prend une demi-heure, “je vous fait un petit topo”, ou alors quelqu’un qui était en stage, qui a envie de partager quelque chose, faire un petit topo sur une pathologie qui va peut-être vous resservir, qui moi m’a servi pendant mon stage, ça, ça pourrait être intéressant. ».

Les internes expriment un sentiment de lassitude pour les séances de tutorat sous forme de G.E.A.P., et aimeraient que des rappels théoriques sur des pathologies soient possibles.

On peut proposer en conclusion de cette partie sur les méthodes attendues pour la formation cette carte mentale schématisant les intervenants, les méthodes attendues et leurs interactions (Figure 18).





vi. Les mécanismes de définition des attentes et appréhensions

a. Attentes générées par leur parcours passé

1. Les origines des attentes dans le stage praticien niveau 1

Nous avons pu le voir dans d'autres parties des résultats, les internes justifient parfois naturellement leurs attentes pour le stage hospitalier de médecine polyvalente par ce qu'ils ont vécu au cours de leurs stage de niveau 1 chez le praticien. Parfois, cette justification vient d'un sentiment de manque de compétence à propos d'un domaine dont ils ont eu besoin en stage praticien pour prendre en charge les patients, et qu'ils estiment qu'il sera plus facile d'acquérir à l'hôpital. Ça peut être sur des connaissances d'ordre biomédicale, comme les pathologies auto-immunes, ou des compétences plus globales, comme le social.

*Thomas* : « [en parlant des pathologies auto-immunes] On en avait euh... toutes les semaines on en avait un quoi ! [...] C'était pas hyper fréquent mais... plus que c'que j'pensais quoi [donc je me suis dit] Faut qu'j'sois meilleur (sourire) ».

*Thomas* : « [dans son stage praticien niveau 1] Bon y'a aussi souvent quand, 'fin on a fait quelques admissions en maison de retraite et euh... donc ils parlaient des des ViaTrajectoire, des demandes d'EHPAD, d'aides, tout ça et en fait c'était souvent fait à l'hôpital et pas par le médecin généraliste enfin en tout cas, des cas q'j'ai vus [...] donc ça pareil j'me suis dit là ça sera l'occasion euh ce semestre de bien savoir ».

Les internes justifient également leurs attentes par la constatation qu'ils font de pratiques de la médecine différentes entre le libéral et l'hôpital. Ils considèrent qu'en ville, la pratique se basait moins sur des recommandations et des prises en charges standardisées. Cette constatation a donné lieu à un besoin ressenti d'apprendre des conduites à tenir plus standardisées lors de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Anthony* : « [en médecine générale] On voit quand même pas mal de patients âgés polypathologiques, et c'est vrai que j'me dis dans les stages praticiens euh, j'sais pas y'avait pas forcément une prise en charge standardisée ils avaient des fois tous leurs manières de faire euh, pas forcément basées sur les recos, et je me dis c'est l'occasion

*tout en passant dans un service hospitalier bah d'avoir une meilleure idée d'une prise en charge de ces patients-là quoi ! ».*

Certains internes se sont parfois sentis limités dans l'application de leurs connaissances par l'exercice libéral, et attendent des stages hospitaliers de pouvoir les appliquer pleinement.

*Mathilde : « En pédiatrie j'trouve qu'en libéral on est très vite coincés pour les trucs aigus, [...] par exemple j'ai été très frustrée dans l'étape de médecine générale [...] on était vendredi soir à 17h, y'a une petit qui est venue, elle avait 5ans pour une suspicion d'infection urinaire, [...] j'ai dit oui je sais il faut absolument faire comme ça, comme ça, [...] et il me dit "ouai mais non, on est d'accord mais en fait moi j'vais pas pouvoir avoir un ECBU, demain c'est samedi, j'vais pas travailler ça va pas aller, donc en fait on va juste l'envoyer aux urgences pédiatriques pour qu'ils fassent tout ça là-bas quoi", et j'ai trouvé ça trop triste ! En disant mais on peut même pas traiter d'l'aigu en pédiatrie à part une rhinite ?! et il m'a dit bah... non c'est compliqué ! »*

Certains internes ont constaté qu'ils avaient eu peu de situations d'urgences en libéral, et aimeraient pouvoir y être confrontés au cours du stage hospitalier.

*Camille : « La prise en charge de pathologies aiguës [...] j'ai déjà vu des gens qui appelaient au secrétariat en disant « voilà j'ai très très mal j'sais pas... en fosse iliaque gauche » par exemple, " je suis tordu de douleur [...]", là et y'a pas de place, donc ils vont aux urgences, et en fait c'est une diverticulite [...], et puis ils sont gardés en hospit pour surveillance ou euh... des choses comme ça, voir ça en fait, j'pense ».*

**Les internes puisent dans les constatations qu'ils ont faites au cours du stage praticien niveau 1 pour justifier leurs attentes dans le stage hospitalier de médecine polyvalente. Ils expliquent leurs attentes pour le stage hospitalier en raison d'un sentiment de manque de connaissances dans certains domaines, d'une constatation de pratiques différentes entre la ville et l'hôpital, ou d'un sentiment de limitation des possibilités d'apprentissage en cabinet libéral.**

## 2. Les origines dans les stages hospitaliers précédents

### A. Attentes générées par le stage d'urgences

Le stage hospitalier précédent influençant majoritairement les attentes des internes pour le stage hospitalier de médecine polyvalente est le stage d'urgences, effectué au cours de la phase socle de leur troisième cycle des études médicales.

Aux urgences, les internes ont souvent eu l'impression de ne voir que le début des prises en charge, et de ne pas avoir eu l'occasion de mettre en place une démarche diagnostique. Ça leur a souvent donné envie de voir la suite des situations au cours du stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Alexandre : Bah j'trouve qu'aux urgences, souvent c'était, un peu des prises en charges à la va-vite et bon on fait un bilan biologique, y a quelque chose qui va pas, hop on l'envoie en hospit et en fait on essaye pas, après c'est... j'pense que c'est les urgences qui veulent ça, on essaye pas vraiment de comprendre le pourquoi, ni même de mettre un diagnostic dessus, [...] alors que justement en médecine polyvalente on a plus le temps [...] de réfléchir un petit peu, le pourquoi du comment, de reprendre tout le dossier, c'est un coté qui me plairait en tout cas d'explorer un peu plus ».*

Le stage d'urgences influence les appréhensions pour le stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Lucie : [en parlant de ses appréhensions] Surtout au niveau de la fatigue, est-ce que je vais finir tard, est-ce que je vais rentrer tard, combien de gardes je vais avoir surtout le week-end euh, est-ce que je vais pouvoir me reposer est-ce que j'serais en forme euh des choses comme ça. (petit silence) Voilà parce que je sais que justement aux urgences c'était assez difficile mais euh... mais bon. Euh (rire gêné) J'pense qu'il y aura quand même beaucoup moins de gardes ».*

D'autres stages hospitaliers influent sur les attentes de certains internes. Un interne exprime avoir été frustré au cours de son passage en service de gynécologie pour son stage de santé de la femme car il ne pouvait pas y appliquer une vision globale de la médecine. Il espère

qu'il pourra éviter ce genre de situation au cours du stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Quentin : « Dans mon service là en gynéco des fois j'envoie des gens à la maison j'dis vous verrez avec le médecin traitant, alors que c'est un problème qui est en suspens et qui est pas résolu quoi et... c'est vrai que ça m'embête un peu, y'a des fois c'est pas toujours cool pour le médecin traitant qui récolte des surprises.*

*Modératrice : [reformule] te servir de... l'hospitalier pour euh, pas forcément renvoyer les patients de cette façon-là quoi ?*

*Quentin : Oui idéalement ouai ».*

De même, une interne explique sa crainte d'un encadrement insuffisant suite à une situation vécue au cours de son stage hospitalier en santé de la femme.

*Camille : « J'ai vraiment peur de... d'être lâchée avec 10 patients qui sont tous euh soit poly-pourris, soit poly-pathologiques soit poly-j'en sais rien, mais je saurais pas quoi faire avec, et me retrouver vraiment perdue, mais perdre euh... perdre pied, en fait, parce que je saurais pas quoi faire, et parce que j'ai personne à qui demander, ça c'est vraiment ma, ma peur ! C'est ce qui m'est arrivé en [service conventionnel du stage santé de la femme] plus d'une fois ».*

**Les stages hospitaliers déjà effectués pas les internes, notamment le stage d'urgences, ont généré aussi bien des attentes que des appréhensions pour le stage hospitalier de médecine polyvalente. L'attente principale issue du stage d'urgence est celle de voir la suite des prises en charges et l'évolution des patients en service hospitalier après l'initiation vécue comme succincte aux urgences. Le stage de santé de la femme a aussi créé des attentes et des appréhensions, comme la crainte de revivre une situation d'encadrement insuffisant.**

### 3. Origine dans la constatation de problèmes

De manière plus générale, les internes ont tendance à décrire des frustrations ou des problèmes constatés pour expliquer leurs attentes.

## A. Attentes et appréhensions sur le même thème

On peut le constater lorsqu'on s'aperçoit que les appréhensions et insécurités d'une interne sont les mêmes que ses attentes. On comprend donc qu'elle a peur de ne pas s'en sortir dans un domaine qu'elle connaît peu, mais espère justement s'améliorer dans ce domaine.

*Lucie* : « Des appréhensions, alors euh, oui, je pense déjà que j'ai un peu un déficit en (rire gêné) au niveau de la cardiologie vu que j'ai fait un stage [d'urgences] où il y avait pas trop de cardiologie. [...] »

*Lucie* : « Une personne qui a une décompensation cardiaque à minima par exemple en EHPAD mais qu'on avait pas hospitalisée, c'est vrai que ce genre de pathologie je saurais pas par exemple quelle dose de lasilix administrer en fonction de la clinique, en fonction des antécédents, des traitements déjà en place et ouai, ça c'est le genre de chose justement que je me voyais bien, bien apprendre en médecine interne ».

## B. Frustrations du passé pour expliquer les attentes

Il est très fréquent que les internes expliquent leurs attentes ou appréhensions en évoquant des frustrations du passé, des choses qu'ils n'ont pas pu apprendre pour différentes raisons comme le manque de temps.

*Camille* : [à propos des gestes techniques] Je pense que j'aimerais bien... aux urgences j'ai pas eu le temps de faire, parce que on est dans l'immédiateté du truc, euh... mais des fois c'est vrai qu'en médecine interne on peut prendre en charge je sais pas des oligo-arthrites des bidules comme ça, on peut ponctionner un genou ».

Un interne explique son envie de découvrir le service conventionnel hospitalier pour comprendre ce qu'il a vécu aux urgences. Il évoque les difficultés qu'il a ressenti pour hospitaliser les patients qui le nécessitaient pendant son stage d'urgences du fait du manque de moyens et de lits.

*Thomas* : « Après aux urgences c'est vrai que, qu'on avait un, on galérait énormément pour hospitaliser parce qu'on était toujours à flux tendu, donc à l'UH c'était euh... l'horreur, en zone aussi et [...] après si, j'me suis quand même dit j'veux comprendre, j'aimerais quand même comprendre comment ça se fait que... y'a tellement de manque de places [qu'on arrive pas à admettre en gériatrie ceux qui le nécessitent] ».

De même, une situation passée mal vécue en raison d'un manque d'encadrement est utilisée pour expliquer l'appréhension d'encadrement insuffisant.

*Camille* : « Je, je pense que j'ai aussi, j'ai aussi peur qu'on m'encadre pas dans les gestes que je maîtrise pas, euh... Plus d'une fois on nous avait [demandé] je sais pas moi de faire une ponction lombaire en \*\*\*\*[...] mais moi la PL si j'ai personne à côté de moi je la fais pas, en fait (petit rire) [...] Je n'ai pas envie qu'on me demande de faire des choses que je maîtrise pas et qu'on m'accompagne pas dessus ».

### C. Explication du rejet du C.H.U.

Nous l'avons vu précédemment, les internes ont tendance à rejeter les stages en CHU. Ils expliquent ce rejet également par la constatation de problèmes dans ces stages, et plébiscitent donc les stages en hôpitaux périphériques.

Le rejet des stages en C.H.U. provient d'une part de conditions de travail dont les gardes et d'une formation de moins bonne qualité vue par certains internes.

*Modératrice* : « Justement au C.H.U. c'était quoi qui vous a fait que vous aviez pas forcément envie ?

*Morgane (du tac au tac)* : La formation, la qualité (sourire)

*Coraline* : Après c'est pas [...] la qualité de la formation, parce que apparemment, 'fin j'ai une amie qui était [stage de CHU] et elle, elle disait que les médecins sont géniaux, hyper formateurs et tout ça mais le fait qu'il y ai pas de chef d'astreinte la nuit, donc en fait c'était pas très légal, quoi, qu'on ait pas de chef référent la nuit et puis qu'on est un peu laissé tout seul, et le volume horaire qui est beaucoup trop conséquent ».

De même, l'ambiance est réputée meilleure dans les stages de périphérie qu'au CHU.

*Coraline* : « Bah de toute façon en périph, bah, les gens, c'est quand même toujours plus sympa, que au C.H.U. de Strasbourg, mais j'pense que ça se voit dans les choix des gens de toute façon ».

D. Attente en raison d'un manque ressenti de connaissances et de compétences

Parfois, les attentes sont issues d'un sentiment des internes de manque de formation et de compétence dans un domaine. Le manque de connaissance est alors aux yeux des internes une source de difficultés, que le stage de médecine polyvalente pourrait permettre d'éviter à l'aide d'apprentissage de connaissances biomédicales, ou de savoir-être.

*Pauline* : « Sur le côté médicamenteux, tout ce qui est intrication de pleins de traitements différents chez des patients qui ont énormément de médicaments qui pourraient interagir ensemble, bah j'avoue que moi je connais éventuellement des interactions entre deux médicaments, mais quand il y a toute un floppée, j pense que j'suis pas du tout à l'aise avec ça, donc ça serait p't'être l'occasion de faire le point et peut-être aussi profiter du milieu hospitalier pour avoir le contact avec les pharmaciens hospitaliers ».

*Emilie* : « Tout ce qui est les annonces de cancer, savoir comment les annoncer aux patients et pareil la famille qui sera demandeuse aussi, et euh tout ce qui est un petit peu aussi ben soins palliatifs, les décès aussi, parce que ça je sais pas trop comment aborder le sujet, tout ça. J'ai déjà été confrontée au décès parce que quand j'étais FFI [...] une patiente était décédée et je devais appeler la famille pour leur dire, je savais pas trop comment leur annoncer ».

**Les internes évoquent souvent des constatations de problèmes qu'ils ont fait dans le passé pour expliquer leurs attentes. Les situations de frustrations des internes estimant ne pas avoir eu assez de temps, de moyens ou d'encadrement pour se sortir de difficultés ou se former donnent naissance à des attentes ou à des appréhensions pour le stage hospitalier de médecine polyvalente. On remarque aussi que les stages en C.H.U. sont rejetés en raison d'inconvénients constatés dans ces services à propos de l'ambiance ou des conditions de travaux notamment en garde. Enfin, les internes ont tendance à attendre du stage hospitalier de médecine polyvalente qu'il les aide à s'améliorer dans des domaines**

**où ils ont ressenti un manque de formation et de compétences dans le passé, dans un but d'éviter certaines situations difficiles ou d'incertitude vécues précédemment.**

4. Parfois une absence d'attente, en raison d'une difficulté à se projeter

Il nous a paru intéressant de noter que parfois, les internes ont du mal à identifier des attentes sur certains domaines. Il semble que ça venait souvent d'une difficulté à se projeter.

Par exemple, un interne exprime qu'il se projette rarement dans ses futurs stages au cours d'un semestre.

*Modératrice : « est-ce que à un moment par exemple dans ton, un de stages tu t'es dit euh « bon ça j'espère que je le verrai quand je serai en stage » ?*

*Thomas : (silence) Non en fait j'ai pas trop, j'ai jamais trop euh réfléchi au... au stage futur ».*

De même, certains internes expliquent qu'ils n'ont pas tendance à anticiper leur réflexion, notamment au niveau des appréhensions.

*Audrey : « [à propos des gardes] J' préfère pas y penser (rires) ».*

*Quentin : « [à propos des gardes] J'sais que de c'coté là j'ai pas trop tendance à anticiper les... les angoisses comme ça ».*

Une interne déclare même en fin d'entretien, qu'il est difficile pour elle de connaître ses attentes, car n'a pas encore commencé son stage.

*Fanny : « Ouais je pense après c'est vrai que comme j'y suis pas encore c'est... c'est un peu difficile ».*

**Les internes expriment parfois des difficultés à se projeter dans le futur pour leur stage hospitalier de médecine polyvalente. Ils déclarent notamment rarement se projeter dans**



**un futur stage avant que celui-ci ait commencé, ou encore éviter de se projeter à l'avance en raison de certaines appréhensions. Une interne évoque aussi la difficulté à identifier ses attentes du fait que l'entretien ait lieu avant le début du stage.**

b. Un stage avec pour objectif la pratique future

1. La pratique future comme objectif important de mon stage

A. Un objectif important

Les internes sont nombreux à citer leur pratique future notamment en libéral comme objectif de leurs attentes au cours du stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Morgane : « Voilà y'aura et du post-urgence et de la gériatrie et de la médecine interne donc c'est déjà de voir un petit peu des trois, et bah ce sera d'arriver plus tard au cabinet de pas... 'fin réussir à me débrouiller un petit peu toute seule devant des patients qui faut stabiliser, pas envoyer forcément aux urgences, décompensations cardiaques, arriver à gérer d'abord un petit peu en libéral, sans tout de suite les envoyer en hospitalier ».*

Ils le prennent d'ailleurs en compte dès leur choix de stage, par exemple en priorisant un stage de gériatrie, ou un stage où ils pourront voir des pathologies dites de « post-urgence ».

*Audrey : « Personnellement j'préfèrerai un stage en gériatrie [...] parce que c'est quand même c'qu'on... la médecine interne ça peut vite devenir très... très spécialisé et du coup moins utile pour la médecine générale... ».*

*Thomas : « J'aimerais bien faire le post-urgences quand même [...] Parce que je pense que ça peut... c'est pas forcément le plus passionnant mais c'est, c'est probablement ce qui servira pas mal pour pour la... médecine générale ».*

Quelques-uns précisent d'ailleurs que cet objectif de la pratique future passe en priorité par rapport aux apprentissages de compétences moins utiles en médecine générale.

*Guillaume : « Mais des choses euh finalement que j'pourrai euh... qui vont m'servir dans ma pratique, j'suis pas particulièrement curieux [...] des trucs qu'ils vont faire uniquement en hospitalier euh, j'veux bien y participer mais si jamais c'est... c'est, j'ai une curiosité à c'moment là pour, mais euh, c'est pas ma priorité quoi ».*

Enfin, certains internes ayant pour projet professionnel possible d'avoir une activité mixte attendent le stage hospitalier de médecine polyvalente pour préciser leur projet professionnel.

*Alexandre* : « C'est sûr j'espérais voir ce qui se passerait en médecine polyvalente, bah du coup c'est vrai que je suis un peu curieux justement par rapport à ça, savoir comment ça se passe en vrai, si c'est quelque chose que j'envisage par la suite ».

**La pratique future, notamment en libéral, est un objectif important des internes pour leur stage hospitalier de médecine polyvalente. Ils justifient leurs attentes, leur choix de stage, et leurs priorités de formation dans le stage par cet objectif. Certains internes souhaitent également profiter de ce stage pour préciser une éventuelle pratique future mixte.**

## 2. Des attentes dans un but d'autonomie plus grande en cabinet

À propos de l'objectif pour la pratique future, les internes attendent de leur stage hospitalier de médecine polyvalente qu'il leur permette de s'autonomiser en cabinet de médecine libérale.

*Alexandre* : « J'aimerais pouvoir me dire que [...] j'arrive à gérer justement les patients polypathologiques ou les problèmes médicaux un peu plus aigus et justement sortir beaucoup plus autonome, c'est ce qui pourrait m'aider dans la pratique future ».

Ils souhaiteraient notamment réussir à identifier plus facilement les situations nécessitant une hospitalisation ou pouvant être prises en charges en médecine libérale.

*Lucie* : « Voir quelle est la différence entre l'évolution d'une pathologie en ville et à l'hôpital, est-ce que c'est bénéfique ou pas pour l'patient d'aller à l'hôpital euh, 'fin, surtout [...] dans un contexte où c'est compliqué de trouver des places à l'hôpital, à quel moment on peut s'en passer quoi ! ».

L'objectif d'autonomisation pour leur pratique future en libéral est aussi vu par les internes comme une nécessité pour éviter au maximum une perte de chance pour les patients. Cette

autonomisation pourrait selon eux les aider dans le cas où les patients ne pourraient pas être hospitalisés en raison d'un refus, ou des délais trop importants à l'hôpital.

*Pauline : « Par la suite en étant en med G on peut appliquer ce qu'on a appris en med po ou en médecine interne et q'ça permet peut-être d'éviter d'attendre par exemple une hospitalisation, 'fin pour le patient c'est peut-être aussi un gain de temps, j'sais pas dans les démarches diagnostiques etc., donc euh, j'trouve ça intéressant de s'être investie durant ce stage-là pour, pour que ce soit vraiment une chance pour le patient ou euh, une absence de perte de chances dans les délais ».*

*Emilie : « Par exemple les patients qu'on trouve un peu limite, qu'on aimerait bien les hospitaliser mais que le patient refuse, j'me dit que ça peut déjà être sympa de savoir ce qu'on peut faire déjà en ville, avant de l'hospitaliser ».*

Les internes justifient par cet objectif d'autonomisation en cabinet aussi les attentes à propos des pathologies qui sont classiquement prises en charges en hospitalier. Le but est de pouvoir expliquer à leurs futurs patients le parcours hospitalier, et en cas d'intérêt personnel pour ces pathologies, de pouvoir initier des bilans en ambulatoires.

*Camille : « Donc là c'est pareil [qu'en gynéco], avoir des pathologies un petit peu particulières, qui seront pas gérées par nous mais où on peut déjà euh, répondre aux questions euh, au moins partiellement, aux questions du patient ».*

*Morgane : « [en parlant de ses attentes] Arriver à gérer d'abord un petit peu en libéral, sans tout de suite les envoyer en hospitalier, devant une découverte [...] commencer à faire un bilan d'une pathologie médecine interne, arriver à savoir un peu quoi faire, donc [ça serait] un peu pour débrouiller les choses ».*

**Pour leur pratique future en cabinet libéral, les internes attendent de pouvoir s'autonomiser grâce à leur stage hospitalier de médecine polyvalente. Ils souhaitent que le stage leur permette d'identifier les situations où une hospitalisation pourrait être évitée et d'être plus autonome dans les cas où une hospitalisation doit être temporisée en cas de refus par le patient ou de délai trop important à l'hôpital. Les internes justifient aussi leur souhait de formation pour les pathologies plus rares en médecine générale par l'objectif**

**de la pratique future. Ils l'expliquent par le besoin d'expliquer le parcours et la pathologie au patient, ou pour débiter un bilan en ambulatoire.**

3. Souhait de ciblage vers la médecine générale des compétences à acquérir

Toujours dans cet objectif de formation pour leur pratique future, les internes expriment leur souhait qu'une partie de la formation soit ciblée vers la médecine générale.

*Anthony* : « Moi une des attentes que j'ai, en tout cas, c'est d'avoir des connaissances qui vont être utiles forcément pour la pratique de la médecine générale ».

Des internes souhaitent si possible que les encadrants orientent leur discours vers la pratique de médecine libérale.

*Audrey* : « Ça, ben justement, ça, je suis d'accord avec ça, si, si, s'il est mmmh... prêt à nous donner des choses, 'fin des astuces des techniques comme ça qui pourront nous servir en cabinet oui ! C'est justement ça, ça peut être un avantage ».

Cependant, certains internes sont d'accord avec cette notion, mais émettent des doutes sur le fait que les médecins hospitaliers soient les mieux placés pour prodiguer des conseils sur la pratique libérale.

*Anthony* : « Bah j'y crois pas trop non plus (rire des deux), parce que y'a un tel clivage hospitalier et libéral que j'sais pas s'ils se rendent forcément compte de ce qu'est l'activité libérale et du coup c'est peut-être pas plus mal pour nous de, bah voilà de faire des stages hospitaliers aussi pour ça [...] Du coup, j'suis assez pessimiste sur le fait que les médecins hospitaliers puissent prendre en compte l'aspect ambulatoire, l'aspect médecine générale derrière quoi ! ».

Certains internes ont donc une autre stratégie par rapport à ça. Ils expliquent leur attente d'apprentissage varié par l'objectif de formation pour la pratique future. En effet, ils souhaitent voir un maximum de choses à l'hôpital puis effectuer le travail de transposition à la pratique libérale eux-mêmes.

*Alexandre* : « Qu'il enseigne de la même façon que ce qu'il enseignerait à l'interne de Gériatrie et de Médecine Interne et que c'est aussi la manière de dont on peut profiter le plus possible justement de ses connaissances en la matière, même si effectivement, peut-être qu'il y aura beaucoup de connaissances qu'on réutilisera pas, mais j' pense qu'il y aura toujours certains trucs, certaines petites astuces qui nous serviront pour toujours. [...] Ça serait en fait trier sur ce qui va nous servir ou pas par la suite ».

À propos des gestes techniques, certains internes souhaiteraient également qu'on leur enseigne des gestes utiles pour la pratique de médecine générale en ville.

*Fanny* : « C'est des gestes très simples mais qui finalement, bah euh on est pas forcément formés hein euh à le faire, ça j'aimerais bien [apprendre] [...] Moi j'aimerais bien plus tard aussi pouvoir un peu me débrouiller, euh, pas forcément devoir emmener aux urgences dès que y a un petit, un p'tit abcès par exemple ou autre ».

Enfin, on peut identifier un objectif de certains internes de se former pour leur pratique future dans un contexte de système de santé libérale en tension. Par exemple, au niveau de l'attente dans le domaine de la dé-prescription, une interne constate que les ordonnances complexes sont parfois le fruit d'un nomadisme médical dans les zones en tensions.

*Camille* : « La gestion raisonnée des prescriptions, je pense que ça peut être aussi chouette à l'heure où tout le monde est dans une espèce d'errance médicale parce que le médecin, il est pas disponible dans l'immédiat, et donc je vais voir un autre médecin, et puis, il fait une autre prescription et puis après la prescription du patient devient un véritable fourre-tout de tout et n'importe quoi, avoir aussi la possibilité d'avoir un regard sur la prescription et [...] simplifier une ordonnance, à se poser des questions de euh « est-ce que ça c'est utile ou pas ? », pouvoir faire aussi ça, je pense que ça me ferait hum... ça serait important de de faire ».

**L'objectif des internes de se former à leur pratique future grâce à leur stage hospitalier de médecine polyvalente est aussi visible dans leur souhait de ciblage sur la médecine générale des compétences à acquérir. Les internes souhaitent avoir des conseils et des astuces pour leur pratique libérale future, que ce soit ciblé par leur encadrant, ou en triant eux-mêmes les notions utiles pour la pratique libérale. Les internes attendent également**

que certains des gestes qu'ils apprennent soient réalisables en ville, et que les compétences qu'ils acquièrent au cours de leur stage leur permettent d'améliorer leurs prises en charges en cabinet libéral dans un contexte de système de santé en tension.

On peut conclure cette partie sur les mécanismes de définition des attentes et des appréhensions par cette carte mentale (Figure 19).

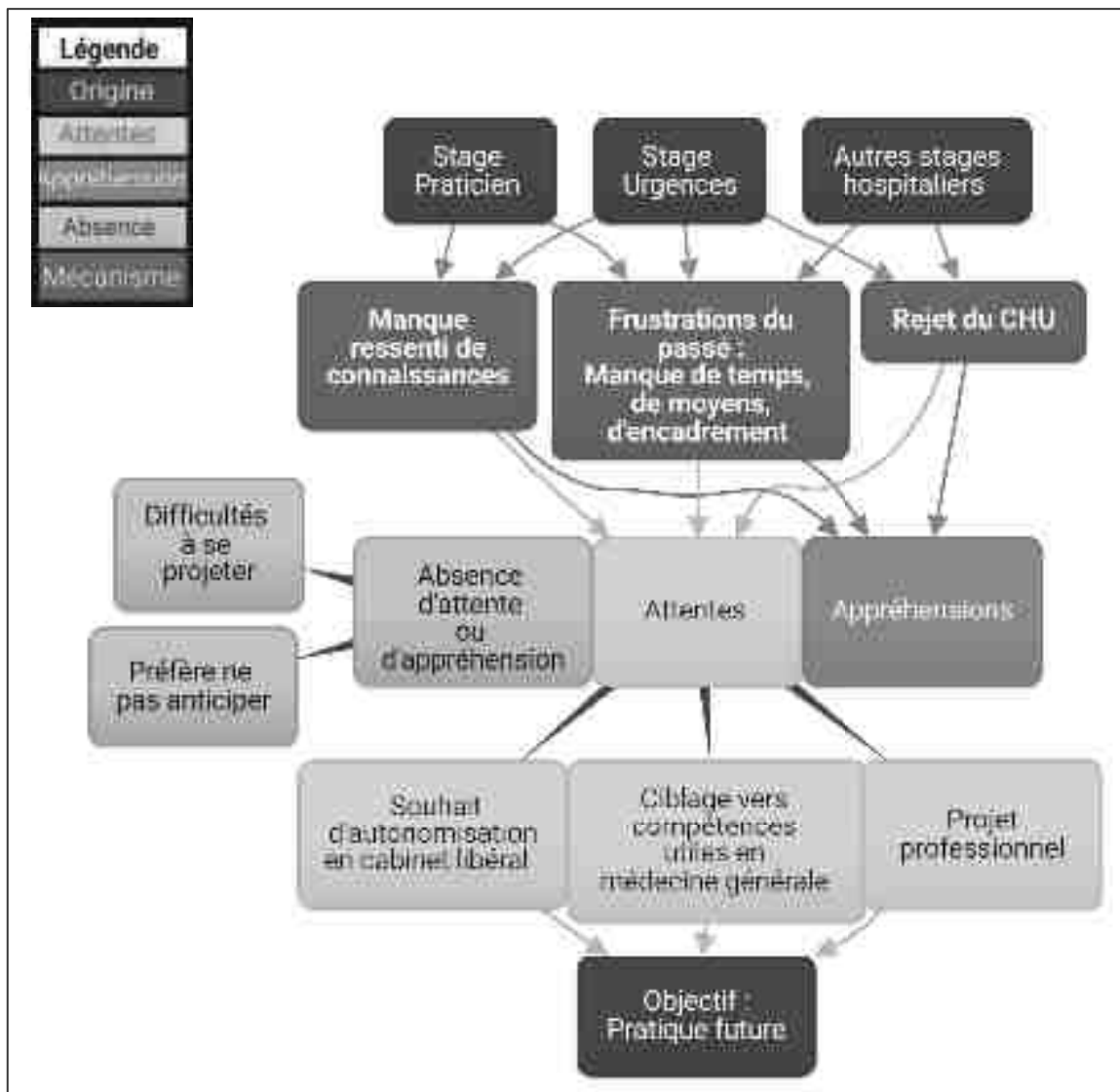


Figure 19 : Carte mentale "Les mécanismes de définition des attentes et des appréhensions"

## DISCUSSION

### I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

**La principale force de cette étude est son originalité.** C'est à notre connaissance la seule étude explorant spécifiquement les attentes des internes de Médecine Générale avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente, à fortiori après la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales de 2017. Comme précisé en introduction, ce thème était pertinent dans la mesure où il touche un grand nombre d'étudiants, et que la formation des futurs médecins généralistes influe sur la qualité des soins qu'ils prodigueront. La connaissance des attentes des étudiants pourrait permettre de leur proposer des apprentissages au plus près de leurs besoins, ce qui améliore la qualité des apprentissages et la motivation à apprendre (8). L'autre force de cette étude est sa **méthodologie qualitative inspirée de la théorisation ancrée**, qui permet de proposer un modèle théorique expliquant les processus sociaux d'une population autour d'un phénomène, le plus souvent en l'absence de données préalables. Cette méthode a été choisie car il nous a paru important de recueillir des témoignages sans supposer à l'avance ce que nous allions obtenir comme résultats, ce qui a permis de laisser les participants s'exprimer le plus librement possible.

Le recueil de données sur un **modèle mixte entretien individuel/focus group** peut être considéré comme une force. **Les entretiens individuels** pouvaient permettre de recueillir des données **plus personnelles** et sensibles grâce à une confiance envers l'investigateur plus facile à obtenir en tête à tête, et sans crainte de monopolisation de la parole par une personne « leader », comme cela arrive parfois dans les **focus group**. Ces derniers pouvaient permettre de recueillir des **idées plus larges et novatrices** grâce aux interactions entre les participants, pouvant mener au **débat**, et à l'émergence des nouvelles notions.

Le fait que la modératrice ait vécu l'internat de Médecine Générale dans les mêmes modalités que les participants constitue par ailleurs une force, afin de créer un lien de confiance au moment des entretiens.

Cependant, notre étude a également des limites :

- **L'investigatrice**, et modératrice dans l'ensemble des entretiens, n'avait **pas d'expérience** dans la conduite d'étude scientifique à méthodologie qualitative, ni dans la conduite d'entretiens semi-dirigés. Afin de limiter l'impact de ce manque d'expérience, l'investigatrice **s'est formée** dans le domaine de la recherche qualitative en santé, et un **journal de bord informel** a été tenu. Il était constitué de plusieurs types de documents : manuscrits, comptes-rendus des discussions avec la directrice de thèse, enregistrements vocaux après entretiens, et documents mémos dans le logiciel Nvivo. Devant le caractère informel et la multiplicité des documents, ce journal de bord ne pourra cependant pas être partagé.
- L'investigatrice était interne en Médecine Générale au moment du choix du sujet de l'étude, puis médecin généraliste remplaçante, exerçant en activité libérale au moment de la conduite des entretiens. Elle avait bénéficié de la même maquette de D.E.S. que les participants à cette étude, et avait son propre avis sur cette dernière, ce qui a probablement influé sur son choix de sujet. De plus, elle était adhérente à un syndicat de Médecine Générale. La directrice de cette thèse était membre du D.M.G. de la Faculté de médecine de Strasbourg. **L'ensemble de ces éléments a pu avoir un impact sur la conduite des entretiens semi-dirigés par la modératrice et de l'analyse des résultats.** Afin de **minimiser cet impact, des actions** ont été mises en place : formation en recherche qualitative de l'investigatrice, attention particulière de cette



dernière pour maintenir une neutralité, notamment au cours des entretiens semi-dirigés et de l'analyse, et tenue du journal de bord.

- Le **guide d'entretien n'a pas pu être testé** avant le début des entretiens en raison d'un temps trop limité avant le début du nouveau semestre (semestre d'hiver 2021/2022). Le guide d'entretien a été **adapté** après deux entretiens semi-dirigés individuels, afin de correspondre au mieux au besoin de l'étude. (Annexes n°1 et N°2)
- La **prédominance des entretiens en visio-conférence** due à la crise sanitaire (COVID-19) et aux emplois du temps des participants pourrait constituer une limite, mais elle a participé à l'échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens en présentiel imposaient le port du masque chirurgical, limitant les données de communication non verbale, mais des données différentes pouvaient émerger grâce au contact réel entre le modérateur et les participants, permettant théoriquement plus de spontanéité. La visio-conférence permettait de proposer des horaires élargis pour les entretiens, ce qui a favorisé le recrutement, et les participants pouvaient finalement se sentir plus à l'aise dans un environnement qu'ils avaient choisi.
- Le recueil de données par entretiens semi-dirigés peut induire un **biais de sélection des participants, les internes les plus motivés** étant ceux qui répondraient le plus aux appels lors du recrutement. Les **difficultés de recrutement**, notamment dans des techniques d'envois de messages groupés par courriel ou via les réseaux sociaux nous ont poussé à **diversifier les modes de recrutements** (contact via les médecins hospitaliers des stages de santé de l'enfant et santé de la femme, ou rencontre avec l'investigatrice au cours de ses remplacements). Ceci a, à notre avis, contribué à diminuer ce biais. La participation restait bien sûr sur la base du volontariat, mais des internes n'ayant pas répondu aux sollicitations collectives se sont portés volontaires

par d'autres moyens. La **proposition d'un focus group au cours d'une séance d'enseignement facultaire obligatoire** a permis de recruter des participants pour qui le manque de temps constituait un des freins à la participation. Le recrutement d'un interne candidat au **droit au remord** nous a paru intéressant afin d'obtenir l'avis de quelqu'un qui ne s'épanouit à priori pas dans l'internat de Médecine Générale. De même, le recrutement **d'internes ayant choisi un stage Santé de la femme mixte avec un trimestre en service conventionnel** de médecine adulte aurait pu constituer une limite. Cependant, avec la maquette de D.E.S. actuelle, certains internes effectuent des stages en service conventionnel hospitalier au cours de leur stage Santé de la femme, parfois avant le stage de médecine polyvalente. Il nous a donc paru important de recueillir des données auprès de ces internes afin de s'assurer que d'éventuelles attentes différentes ou supplémentaires soient détectées, et de pouvoir en tenir compte le cas échéant. Il semblerait néanmoins que les attentes et appréhensions soient **relativement comparables**, la différence pouvant se percevoir dans la **précision** des attentes et appréhensions.

- **L'absence de triangulation** au moment de l'analyse des données est également une limite de notre étude. Afin de limiter l'impact de cette absence de triangulation, une **présentation des résultats**, après analyse, **à quatre participants** a été réalisée sous la forme d'un commentaire des différentes cartes heuristiques. **Ces internes ont affirmé être en accord avec les résultats présentés.**
- Les **résultats à propos des G.E.A.P.** ne sont pas utilisables pour générer des perspectives, car les internes recrutés n'ont pas bénéficié de la **modification de l'enseignement collectif** entrée en vigueur depuis la promotion 2021-2022 à la faculté de médecine de Strasbourg.

## II. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

### a. Comparaisons du contenu attendu avec les données de la littérature

Bien qu'il existe **peu de sources** traitant des attentes en matière de contenu des internes de Médecine Générale avant leurs stages hospitaliers de médecine polyvalente, nous pouvons tout de même tenter de comparer avec les quelques données disponibles.

Nous avons tout d'abord **comparé nos résultats** à ceux de Marie Teste ayant soutenu une thèse s'intitulant « Formation des internes de Médecine Générale en milieu hospitalier: avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 » (9) basée sur une **méthode quantitative**. Nous avons pu **rattacher à des attentes issues de nos résultats l'ensemble** des critères définis comme « **AVANTAGES DES STAGES HOSPITALIERS** » et une partie des critères dit « **INTERMÉDIAIRES** » selon les résultats de ce travail de thèse (*Tableau 4*).

Il n'a **pas été trouvé de concordance** entre nos résultats et les « **INCONVÉNIENTS DES STAGES HOSPITALIERS** » que sont « la gestion du temps, l'utilisation de la biologie, [et] l'accès aux examens complémentaires ». Selon l'auteure, ces paramètres seraient des inconvénients car ils ne permettraient « pas d'appréhender la pratique de la médecine générale ambulatoire ».

La prévention, telle qu'elle est abordée dans les services hospitaliers, était également perçue comme un inconvénient, alors qu'elle constitue une attente retrouvée dans nos résultats. **En dehors de cette exception, on peut considérer que nos résultats sont plutôt cohérents avec les résultats de cette étude antérieure à la nôtre** ; et on identifie un schéma qui consiste, pour les internes participant à notre étude, à **attendre les aspects vus comme positifs dans la formation hospitalière**. Les internes ayant participé à notre étude semblent également

conscients qu'ils ne pourront **pas apprendre certains aspects spécifiques à l'exercice de ville** au cours de leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

*Tableau 4 : Mise en concordance des attentes issues de nos résultats et des résultats de la thèse « Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier : avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 » - Teste M.*

Résultats issus de l'étude intitulée « Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier : avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 » - Teste M.		Attente issue des résultats de notre étude
<b>« AVANTAGES DES STAGES HOSPITALIERS »</b>		
	Permettent d'appréhender le <b>monde hospitalier</b> et son fonctionnement.	Attente découverte du <b>monde hospitalier</b>
	<b>Recrutement</b> spécifique de l'hôpital (polypathologie, pathologies plus graves)	Attente formation à la prise en charge de la <b>polypathologie</b>
	Permettent d'acquérir une expérience dans certains domaines précis du champ de la médecine	Attente formation <b>biomédicale</b> (discipline médecine interne) Attente travail en équipe (au contact d'autres spécialités)
	<b>Formation délivrée</b> (accès plus aisé aux dernières recommandations à l'hôpital qu'en ville)	- Attente de formation en accord avec <b>recommandations</b> - Formation continue vue comme plus accessible à l'hôpital
	Création d'un <b>réseau</b>	Attente de <b>travail en équipe</b>
	Apprentissage du rapport au <b>patient hospitalisé</b>	Attente <b>aisance relation médecin patient</b> Attente <b>gestion de la relation médecin-patient</b> en service conventionnel
<b>ASPECTS INTERMÉDIAIRES</b>		
	Apprentissage de <b>prises en charges « idéales »</b>	Attente de <b>prises en charges standardisées, systématiques</b>
	Suivi des <b>pathologies chroniques</b>	Attente d'apprentissage de la <b>partie hospitalière du suivi des pathologies</b>
	<b>Éventail plus restreint</b> de pathologies à l'hôpital	Ambivalence retrouvée dans nos résultats : <b>Attente pathologies rares</b> <b>Attente apprentissages variés</b>

L'étude de Teste M. était basée sur les résultats d'une **thèse** qualitative initiale datant de 2012 intitulée « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale : Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen » de Casaux-Voroniuc I. (6). Le caractère qualitatif de cette deuxième étude permet d'identifier des

aspects **supplémentaires** à comparer avec nos résultats, toujours dans le domaine du contenu de la formation hospitalière (*Tableau 5*).

*Tableau 5 : Mise en concordance des attentes issues de nos résultats et des résultats de la thèse « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale : Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen » - Casaux-Voroniuc I.*

Aspects positifs et pistes d'amélioration souhaitées du contenus des stages hospitaliers identifiées dans les résultats de la thèse intitulée « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale : Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen » - Casaux-Voroniuc I.		Attente issue des résultats de notre étude
<b>Aspects vus comme positifs</b>		
	Apprentissages en rapport avec le <b>social</b>	Attentes en rapport avec le <b>social</b>
	Apprentissage d'un <b>raisonnement clinique</b> différent mais parfois utile pour l'exercice libéral	Attente <b>perfectionnement démarche diagnostique</b>
<b>Pistes d'amélioration souhaitées</b>		
	Cibler les acquis les plus utiles pour la <b>pratique future</b> et les rendre obligatoires	Attentes de ciblage de la formation vers les <b>connaissances utiles en médecine générale</b> Pas d'attente de rendre ce ciblage obligatoire
	<b>Éliminer les tâches inutiles</b> et chronophages	Attente de <b>stage formateur</b> <b>Crainte d'oubli de l'objectif de formation</b> en raison du contexte hospitalier
	Souhait meilleure formation à la <b>thérapeutique</b> notamment des pathologies chronique et au suivi de ces dernières	Attente formation sur <b>thérapeutique</b> Attente formation <b>suivi de façon continue d'une pathologie</b>
	Souhait <b>tâches variées</b>	Attente <b>apprentissages variés</b>
	Souhait <b>pathologies fréquentes en médecine générale</b>	Attente formation <b>pathologies fréquentes en médecine générale</b>

Au niveau des discordances entre nos résultats et cette thèse :

- On remarque que les participants de 2012 souhaitaient que des **objectifs précis en début de stage** soient fixés, mais cette idée n'a pas été retrouvée dans nos résultats. Les hypothèses pouvant expliquer cette différence seraient que les participants à notre étude n'ont pas encore ressenti ce besoin au cours de leurs stages, ou qu'ils ont le sentiment de suffisamment connaître leurs objectifs en début de stage.

- La problématique de **difficultés à identifier les connaissances à apprendre en stage hospitalier** en l'absence de stage ambulatoire préalable n'a pas été retrouvée dans nos résultats. Ceci est probablement en raison de la **modification de la maquette de stage qui place le stage praticien niveau 1 avant le stage de médecine polyvalente**.
- Les participants à l'étude de 2012 se sentaient insuffisamment formés à l'hôpital en **dermatologie ou en psychiatrie pour leur pratique future. Ces deux disciplines ne sont pas retrouvées au sein des résultats de notre étude**, bien qu'elles soient très fréquentes en médecine générale (40).

Il est possible que **l'absence de la psychiatrie** dans les attentes des internes de Médecine Générale selon notre étude soit d'ailleurs expliquée par la notion évoquée dans le travail de Casaux-Voroniuc I. : les stages hospitaliers ne formeraient pas bien à la prise en charge des pathologies de cette spécialité. Ainsi, **on ne retrouverait pas la psychiatrie dans les disciplines attendues avant le stage de médecine polyvalente car ce dernier est réputé ne pas être utile pour la formation dans ce domaine**. Cette hypothèse est soutenue par le fait que les internes de Médecine Générale semblent tout de même juger nécessaire une formation dans le domaine de la psychiatrie selon une autre thèse.

En effet, la thèse de Cathalan T. intitulée " Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal »" (17) montre que la **psychiatrie est une discipline dont un stage d'au moins 3 mois paraît nécessaire durant le D.E.S. de médecine générale pour 26% des participants**. Il est aussi intéressant de noter que la psychiatrie faisait partie des disciplines paraissant davantage nécessaires pour les internes en 4<sup>e</sup> trimestre de D.E.S. et au-delà (32%) contre 24.2% pour les internes de 1<sup>er</sup> semestre. Ainsi, l'autre hypothèse à l'absence de la psychiatrie dans les

attentes issues de nos résultats serait le fait que les internes interrogés sont internes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> semestre, et ne ressentiraient pas encore le besoin de se former à cette discipline.

Les résultats des autres disciplines étudiées par Cathalan T. sont **cohérents à nos résultats**.

En effet, voici les disciplines concernées ainsi que les pourcentages de participants les jugeant nécessaires dans un stage d'au moins 3 mois durant le D.E.S. : Gériatrie (69,6%), Diabéto-endocrinologie (56,3%), Cardiologie (46,8%), Rhumatologie (25,3%), Médecine interne (17,6%), Pneumologie (15,8%), Hépato-gastro-entérologie (9,5%), Autres (dont oncohématologie et soins palliatifs, neurologie, néphrologie) (24,4%). L'hépatogastro-entérologie étant la moins représentée, il est plutôt cohérent qu'elle ne soit pas retrouvée dans nos résultats. Les autres disciplines sont citées par les internes ayant participé à notre étude.

**Nos résultats sur le plan du contenu attendu de la formation semblent cohérents avec les quelques données de littérature disponibles sur notre sujet. On notera toutefois l'absence d'attente dans le domaine de la psychiatrie au sein de notre étude, pouvant venir notamment d'une représentation du stage de médecine polyvalente comme peu utile pour la formation dans ce domaine, ou du fait que les internes n'ont pas encore suffisamment identifié leur besoin en formation dans le domaine de la psychiatrie.**

- b. Comparaison de nos résultats à propos de l'environnement éducatif avec les données de la littérature

Afin d'évaluer **la validité externe de nos résultats à propos de l'environnement de formation attendu**, nous avons comparé les différents concepts du modèle théorique issus de notre étude avec les éléments de deux questionnaires : le questionnaire **P.H.E.E.M. (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure)** et le questionnaire **D-RECT (Dutch Residency Educational Climate Test)** (41–43).

Le questionnaire P.H.E.E.M a été développé pour évaluer les **milieux éducatifs hospitaliers des médecins en formation du Royaume-Uni**, puis a été traduit et validé en milieu francophone (41,43). **Nous avons pu rapprocher les concepts issus de nos résultats à 30 items sur 40.**

Il est nécessaire de noter que cette version du P.H.E.E.M a été traduite pour les milieux d'éducation médicale francophones par une équipe québécoise, ce qui peut expliquer les quelques items aux formulations peu communes en France, notamment le respect du terme « Postgraduate » en anglais, traduit en post-gradué, qui n'est pas utilisé en France, mais qui peut être rapproché de l'internat dans le système de formation médicale français. Il n'existe à ce jour, à notre connaissance, pas de version ayant été validée pour la France spécifiquement.

La totalité de la comparaison est exposée en Annexe n°5.

Nous y voyons notamment que certaines attentes des internes de Médecine Générale peuvent être rapportées à des critères utilisés pour évaluer les milieux éducatifs post-gradués en milieu médical :

- Attente de **se former** dans un environnement basé sur **l'autonomie supervisée**, via un dialogue constant avec **des encadrants pédagogiques et disponibles**
- Attente de **travail en équipe** dans une **ambiance agréable**, où ils se sentent **considérés**, avec des **responsabilités, une charge de travail et un encadrement approprié**, leur fournissant des **temps de retour sur expérience nécessaire** à leur formation.
- Attentes dans un but de **perfectionnement dans le suivi** des patients et d'**autonomisation** pour leur pratique future, avec **des situations et des enseignements adaptés à leurs besoins.**



On peut émettre plusieurs hypothèses à l'absence de concordance pour les 10 éléments du P.H.E.E.M. n'ayant pas été retrouvés dans nos résultats. Les items « **7.** Il y a du racisme dans ce stage (item négatif) » et « **13.** Il y a de la discrimination sexuelle dans ce stage (item négatif) » auraient pu être rattachés à l'« Attente de **bonne ambiance dans le service** » mais ces notions n'ont pas été évoquées spécifiquement par les participants de notre étude. On peut imaginer qu'ils n'envisagent pas ce type de comportement au préalable de leur stage, ou qu'ils n'ont pas souhaité l'évoquer. Les items « **20.** L'hôpital a des installations de bonne qualité pour les résidents, surtout lorsqu'ils sont de garde » « **24.** Je me sens physiquement en sécurité dans l'environnement hospitalier » et « **26.** Il y a des services alimentaires adéquats lorsque je suis de garde » se rapportent à des aspects très pratiques des stages qui pourraient être considérés comme acquis dans un environnement hospitalier en France, ou trop précis ou secondaires pour que les internes ne pensent à l'évoquer. L'item « **11.** Je me fais signaler de façon inappropriée [appels injustifiés en garde] » correspond à une appréhension à propos des gardes qui n'a pas été évoquée par les internes interrogés. Les gardes ont fait l'objet de plusieurs appréhensions, et il se peut que les internes aient considéré celle de l'item 11 comme secondaire et ne l'ont pas évoquée, ou qu'ils n'appréhendent pas ce type de situation. L'item « **19.** J'ai un accès adéquat à des conseils sur la planification de carrière » n'a pas été retrouvée dans nos résultats. Les hypothèses nous semblant possibles seraient que les internes de Médecine Générale de début de phase d'approfondissement ne ressentent pas le besoin de planifier leur carrière précisément, ou qu'ils n'attendent pas ce rôle de leur stage hospitalier de médecine polyvalente. Enfin, les items « **2.** Mes superviseurs cliniques établissent des attentes claires », « **23.** Mes superviseurs cliniques sont bien organisés » et « **35.** Mes superviseurs cliniques ont de bonnes aptitudes comme mentors » peuvent évoquer l'attente d'un encadrant pédagogue,

mais les concepts issus du questionnaires P.H.E.E.M. étant plus précis, nous avons choisi de ne les apparier afin de ne pas aller vers une interprétation trop hasardeuse.

Le questionnaire D-RECT a lui été développé initialement aux Pays-Bas, dans le but de mieux évaluer les environnements éducatifs post-gradués, après **constatation des limites du questionnaire P.H.E.E.M.** La limite principale en question était la structure interne du questionnaire peu reproductible, les 3 sous-groupes étant décrits de manière variable et non validés dans certaines traductions notamment la traduction francophone (43,44). Cette limite entraînait une **difficulté à fournir un retour et les axes d'améliorations prioritaires** auprès des environnements éducatifs évalués. La version simplifiée du questionnaire **D-RECT de 35 items a été traduite et validée en français par une équipe marocaine (42,45).**

La comparaison globale de nos résultats avec les items du questionnaire D-RECT est disponible en Annexe n°6. Nous avons pu rapprocher les concepts issus de nos résultats à **29 des 35 items du D-RECT.** Les items du D-RECT sont regroupés en 9 sous-groupes.

Nous avons pu rapprocher nos résultats à chaque item des sous-groupes suivants :

- « **Atmosphère éducative** ». Nous précisons que l'item « **1. La continuité des soins des patients n'est pas affectée par les différences d'opinions entre les encadrants (enseignants)** » a été rapproché de l'« Attente méthodes de formation : **discussion de cas cliniques** au cours de staff » car les discussions d'équipes autour de cas cliniques étaient vues par l'interne qui en a parlé comme un moyen de proposer des prises en charges cohérentes au sein de l'équipe.
- « **Le travail en équipe** »
- « **Enseignement et formation** »
- « **Travail adapté à la compétence des résidents** »

- « **Accessibilité des encadrants** »
- « **La sortie du patient** ». Nous précisons que les items de ce sous-groupe ont été rapprochés du concept issu de nos résultats « Attente de place privilégiée dans le lien ville-hôpital (appel du médecin traitant à la sortie) » car ce lien a plusieurs fois dans notre étude été mis en rapport avec la sortie du patient et la place privilégiée d'un interne de Médecine Générale au moment de la sortie.

1 des 6 items du sous-groupe « **Coaching et évaluation** » n'a pu être rapproché d'aucun concept issu de nos résultats : en effet, les participants à notre étude ne sont pas entrés dans les détails sur leurs souhaits de contenu de l'évaluation. On ne peut donc pas trouver de concordance avec l'item « Mes encadrants évaluent non seulement mon expertise médicale mais aussi d'autres compétences telles que le travail d'équipe, l'organisation ou le comportement professionnel ».

De la même façon, un des 3 items du sous-groupe « **Collaboration entre résidents** » n'a pu être rattaché à aucun concept issu de nos résultats, probablement du fait que les participants à notre étude ne sont pas allés aussi loin dans la précision du souhait de travailler en équipe. (L'item en question était le suivant : « 27. Au sein de notre groupe de résidents, il est facile de trouver quelqu'un pour assurer ou échanger une garde »).

Enfin, 4 des 6 items du sous-groupe « **Rôle du chef de service** » n'ont pas pu être mis en concordance avec nos résultats, probablement en raison d'un rôle différent des chefs de service dans les systèmes de santé marocain et français. Le terme initial du D-RECT était « **Speciality Tutor** » présent dans la formation médicale au Pays-Bas. Des concordances auraient peut-être pu apparaître en cas de remplacement du « Rôle du chef de service » par un questionnaire sur le « Rôle du tuteur du D.M.G. lors du stage hospitalier » ou sur le « Rôle du référent de stage au sein du service ». Enfin, on retrouve une des discordances

avec le questionnaire P.H.E.E.M. dans l'item « 13. Mes projets pour l'avenir font partie de ces discussions (lors des évaluations) » qui n'a pu être rapproché d'aucun concept issu de nos résultats.

**Il semblerait donc que les résultats de notre étude se rapportant à l'environnement éducatif sont cohérents avec les critères utilisés pour évaluer l'environnement éducatif hospitalier, ce qui appuie la fiabilité de nos résultats. Par ailleurs, l'utilisation de l'outil P.H.E.E.M ou du D-RECT dans un but d'évaluation de l'environnement éducatif au cours des stages hospitaliers de médecine polyvalente en Alsace pourrait s'avérer pertinent au regard de nos résultats.**

### III. CONSIDÉRATIONS PÉDAGOGIQUES, PERSPECTIVES ET HYPOTHÈSES

Afin de **parler de perspectives découlant des résultats de notre étude**, il faut tout d'abord se demander si la législation et les principes pédagogiques structurant le D.E.S. de médecine générale sont compatibles avec les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens avant leur stage de médecine polyvalente.

Il est important de rappeler qu'actuellement, principes pédagogiques et législation sont difficilement dissociables.

Nous l'avons déjà dit, le D.E.S. de Médecine Générale est construit sur un modèle **d'apprentissages par compétences** (APC) depuis la réforme de 2017 (46). Les principes du paradigme d'apprentissage, par opposition au paradigme d'enseignement, «privilégient les **compétences contextualisées**, appréciées à partir de tâches professionnelles complètes, complexes et signifiantes, en enchâssant l'évaluation au sein des activités d'enseignement et d'apprentissage et **en mobilisant autour des apprentissages des étudiants la communauté des enseignants** » (47).

Le modèle d'apprentissage par **compétences** découle de l'approche pédagogique **constructiviste** « avec pour principes essentiels l'affirmation du **caractère individuel et actif de tout apprentissage**, lequel provoque une **modification des représentations** du sujet, le **centrage de l'enseignement sur l'apprenant**, qui est l'acteur de la construction de ses connaissances. L'**enseignant** est vu comme un **médiateur des savoirs** et un **facilitateur des apprentissages** » (48).

Les **compétences** sont décrites comme « un **savoir-agir complexe**, un savoir-intégrer qui ne peut se développer qu'au contact de situation-problèmes au sein de familles de situations et au travers **d'un parcours de développement** » (49).

Le but de l'apprentissage par compétences est que l'apprenant, interne de Médecine Générale, au terme de son parcours de développement soit capable d'exercer la médecine générale en autonomie, dans une pratique réflexive (46).

Selon la page internet « Concepts et principes pédagogiques » du C.N.G.E., « La réflexivité est provoquée par un évènement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions. Selon John Dewey, il est décrit cinq étapes dans l'organisation opérationnelle d'une telle expérience :

- la reconnaissance d'un problème ;
- la définition de ce problème
- la formulation de solutions hypothétiques
- l'anticipation des résultats possibles
- la mise à l'épreuve des hypothèses résolutives. »

Sur cette base d'apprentissage par compétences, et pour aboutir à une formation professionnalisante pour les futurs médecins généralistes, une série de publications scientifiques s'est attachée à définir et décrire les compétences nécessaires à l'exercice de la

Médecine Générale (50), les différents niveaux de compétences (novice, intermédiaire et compétent) « afin de suivre le processus d'acquisition des compétences et d'être en mesure de certifier ces dernières » (49), et enfin les grandes familles de situations cliniques que les internes doivent rencontrer pour acquérir les compétences. Ces différentes publications ont ensuite été utilisées par les pouvoirs publics pour légiférer sur la maquette de D.E.S. de Médecine Générale.

- a. Mise en relation de la procédure d'agrément, familles de situations et compétences avec les résultats de l'étude

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'agrément des lieux de stage est la base législative permettant d'attester du caractère formateur du lieu de stage tel que prévu dans la maquette de la spécialité pour laquelle il est attribué. La commission attribue l'agrément en fonction de divers documents décrivant précisément le stage proposé (par exemple lieu, activités en stage, encadrement, réunions d'enseignement). Il est demandé aux lieux de stage de fournir un projet pédagogique et de préciser l'organisation du temps de formation en stage (24,51). Ce projet pédagogique précise « le **niveau d'encadrement** et les **moyens pédagogiques** mis en œuvre, la **capacité à proposer des activités médicales adaptées au degré d'autonomie** des étudiants en lien avec leur phase de formation et la **nature et l'importance des activités de soins** et éventuellement de recherche clinique» (24).

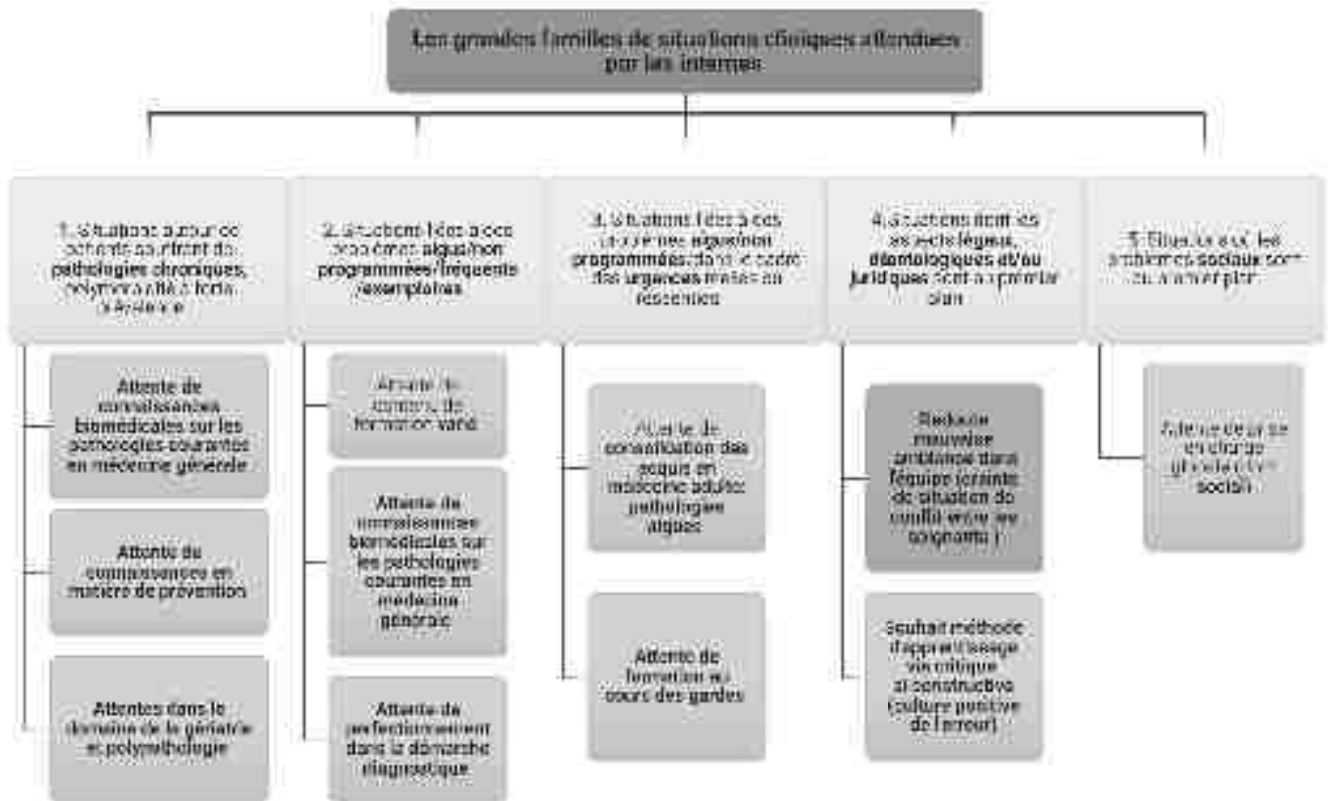
De plus, il est demandé à la commission de prendre en compte le fait que les étudiants soient confrontés aux **11 familles de situations cliniques** de la médecine générale, et que « le stage permette **des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte** des actes effectués en autonomie, des **rétroactions régulières** et des **prescriptions pédagogiques** en lien avec le cursus universitaire » afin de les faire évoluer dans l'acquisition des six **compétences** de la médecine générale (4). On retrouve donc dans la procédure d'agrément

l'obligation pour les services de fournir aux internes un encadrement et des responsabilités appropriées dans un contexte d'autonomie supervisée acquise de manière progressive, avec séquence de retour sur expérience régulière, dans un objectif de formation orientée sur la pratique future en médecine générale, au moyen d'un projet pédagogique adapté. **Ces notions sont concordantes avec les attentes des internes de Médecine Générale issues de nos résultats.**

À propos des familles de situations, nous avons voulu savoir si les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente coïncidaient avec les familles de situations auxquelles ils doivent être confrontés au cours de leur D.E.S. Nous avons pu identifier, à partir de l'article de Attali et Al. « Les grandes familles de situation cliniques », **5 grandes familles de situations qui pouvaient être rapprochées d'attentes des internes de Médecine Générale issues de nos résultats** (*Figure 20*). Il est cohérent de ne pas retrouver les 6 autres familles car elles sont rencontrées plus spécifiquement dans les stages Santé de l'enfant, Santé de la femme, ou dans les stages ambulatoires (22).

On peut remarquer qu'une des notions concordantes issue des résultats de notre étude est **une appréhension**. En effet, on trouve au sein de la famille « 8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan » la notion « L'interne devra être mis en situation de gérer des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ». Les résultats de notre étude semblent montrer que cette situation engendre une appréhension chez les internes, alors qu'elle figure dans les situations à rencontrer au cours de l'internat.

Figure 20 : Mise en évidence des concordances des résultats de notre étude et des familles de situations auxquelles les internes de Médecine Générale doivent être confrontés au cours du D.E.S.



De la même façon, nous avons cherché à identifier les attentes des internes de Médecine Générale issues de nos résultats pouvant correspondre aux compétences (50) qu'ils doivent acquérir au cours de leur D.E.S. (Figure 21)



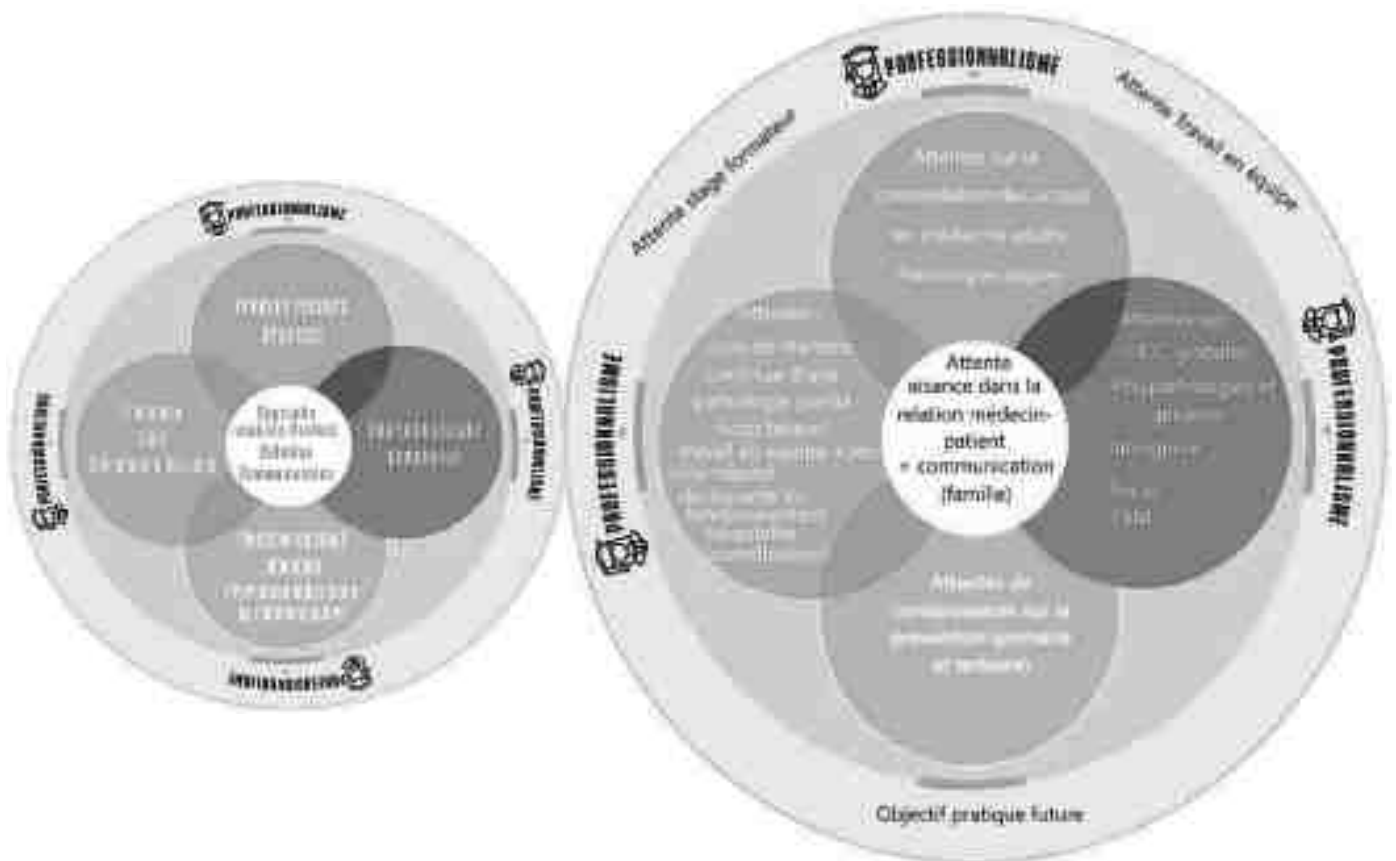


Figure 21 : Mise en évidence des concordances des résultats de notre étude et de la Marguerite des compétences de la médecine générale – Site Officiel du C.N.G.E.

On remarque en faisant ses comparaisons, que les notions de « **pathologies psychiatriques** » et « **pathologies psychologiques** » des Grandes familles de situations de médecine générale (22), ainsi que la **dimension « psychique »** du modèle biopsychosocial sur lequel se base la notion de complexité dans les compétences de Médecine Générale (50) sont **absentes des attentes des internes de Médecine Générale issues de notre étude**.

En effet, les internes ont d'une attente de formation à la prise en charge globale des patients mais la rapportent plutôt à un modèle **bio-social**. On peut tout de même considérer que l'attente de « gain en aisance dans la relation médecin-patient-famille », notamment dans sa dimension d'attente de « gain en aisance dans l'annonce de maladie grave », est une attente qui prend en compte la dimension psychologique des situations. Mais l'influence de la dimension psychique des patients n'est pas explicitement été évoquée par les internes, et notre analyse ne l'a pas objectivée dans les attentes des internes de Médecine Générale.

Nous avons déjà vu dans la partie comparant nos résultats à propos du contenu de formation attendu à la littérature, l'hypothèse que l'absence de la dimension psychique/psychiatrie des concepts issus de nos résultats viendrait d'une part du fait que les internes ont une représentation du stage hospitalier de médecine polyvalente ne leur permettant pas de se former à cette notion, et/ou d'autre part que les internes ayant participé à notre étude en début de phase d'approfondissement n'ont pas encore identifié totalement l'importance de la dimension psychique/psychologique/psychiatrique en médecine générale et notamment dans l'approche globale du modèle biopsychosocial.

Cette deuxième hypothèse semble être en accord avec la notion de parcours d'apprentissage sur lequel se base l'apprentissage par compétences. On peut penser que, du fait que les internes ayant participé à notre étude sont en début de phase d'approfondissement, ils n'ont pas encore atteint le niveau « Compétent » de l'approche globale. Ils n'incluent pas encore facilement la dimension psychique à prendre en compte dans les différentes situations.

**On constate donc que la législation en vigueur est compatible avec la proposition de stages hospitaliers de médecine polyvalente en concordance avec les attentes des internes de Médecine Générale. Pour se faire, il faudra veiller à ce que la procédure d'agrément soit rigoureusement appliquée et que les stages proposent un projet pédagogique cohérent avec le système d'apprentissage par compétence sur lequel est basé le D.E.S. de médecine générale. On pourra enrichir cette procédure d'agrément en y incluant des attentes plus précises émanant des internes sur les méthodes de formation, comme la rétroaction régulière au cours de débriefing et éventuellement d'une évaluation de mi-stage. La mise en place d'actions éducatives comme les cours théoriques en rapport avec les pathologies**

**fréquentes en médecine générale au sein du service, les discussions d'équipes autour de cas cliniques pourrait être encouragée en vue de l'agrément. La procédure pourrait également permettre de s'assurer de l'adéquation aux attentes des internes en termes de contenu de formation, en privilégiant les stages présentant des situations et contexte d'apprentissages variés, avec des pathologies fréquentes en médecine générale. Cette variété devrait être recherchée aussi bien sur le terrain de stage en lui-même, que dans la diversité des terrains de stages proposés, afin de proposer des stages adaptés aux attentes plus spécifiques de certains internes. En cas de difficultés à proposer un terrain de stage offrant une variété de contenus adaptés à la Médecine Générale, une réflexion sur la pertinence de combiner des terrains de stages pourrait être envisagée.**

- b. Hypothèse : des attentes dans un but de progression dans le parcours d'apprentissage ?

Nous avons constaté dans nos résultats que pour définir leurs attentes, les internes se basaient d'une part sur les besoins identifiés lors de leurs précédents stages, via un questionnement de leurs connaissances, du système de santé, de leurs prises en charges et de celles de leurs encadrants, en prenant appui sur des méthodes de formation déjà rencontrées. D'autre part les internes se basaient sur leur objectif de formation pour la pratique future. Nous avons alors émis l'hypothèse que les attentes des internes de Médecine Générale avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente s'inscrivent dans le processus de développement nécessaire à l'apprentissage par compétences, car ce mécanisme de questionnement et de recherche de réponses en situation est présent dans le paradigme d'apprentissage (47).

Témoin de ce processus d'apprentissage, **l'attente de culture positive de l'erreur**, et de demande de rétroaction fréquente, notamment via le débriefing pourrait correspondre à **l'appropriation du processus de réflexivité par les internes comme un facteur favorisant les apprentissages**. Cette démarche s'inscrit dans l'apprentissage par compétences, où l'apprenant est au centre de la démarche, et où la mission de l'enseignant est de médier et faciliter les apprentissages. La rétroaction régulière est un principe utilisé dans ce but (47).

La constatation de cette **attente de formation par la réflexivité et la rétroaction**, ouvre la possibilité pour **l'enseignant et l'encadrant d'agir sur les apprentissages**, par exemple au cours d'un débriefing comme le suggèrent les internes. Il faut savoir que **cette rétroaction** peut être **efficace**, elle guide alors l'étudiant vers le but recherché, notamment en renforçant le sentiment d'efficacité personnel (8,52). Cependant, il faut également garder à l'idée que **la rétroaction peut être inefficace**, c'est-à-dire qu'elle produit l'effet inverse (52).

Nous pouvons donc chercher à savoir comment les médecins hospitaliers qui encadrent des internes de Médecine Générale au cours de leur stage de médecine polyvalente se sentent dans leur rôle d'enseignant au sein d'un système d'apprentissage par compétences, et comment ils se sentent dans l'exercice de rétroaction. En effet, une étude marocaine de Sebbani et Al. intitulée « Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des enseignants à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en vue de l'implantation de l'approche par compétences » a permis de mettre en relief «la nécessité [pour les enseignants] de pouvoir bénéficier d'une formation, d'un accompagnement et de temps, pour une meilleure appropriation du concept et des méthodes pédagogiques associées [à l'approche par compétence]» (53). Il serait intéressant de savoir si des résultats similaires apparaîtraient en France.

La notion du stage de médecine polyvalente attendu pour progresser dans **le parcours d'apprentissage et de professionnalisation en médecine générale** semble se retrouver également au niveau du **processus de détermination du contenu** qu'ils attendent et de l'attente d'un stage formateur. Pour rappel, ils attendent selon nos résultats que le stage les forme à leur pratique future, via un contenu de **formation varié, de connaissances biomédicales** sur les pathologies fréquentes en médecine générale, sur **la polypathologie**, sur un modèle de **prise en charge globale** basée sur des **recommandations scientifiques**, des **prises en charges standardisées** et un perfectionnement de leur **démarche diagnostique**.

Nous nous sommes alors posé la question de la raison d'une telle recherche **prédominante de connaissances biomédicales, et de protocoles standardisés**. Par nos lectures, nous avons remarqué que cette recherche pouvait correspondre à un **processus de gestion de l'incertitude en médecine générale**.

**L'incertitude est très présente en médecine générale**, pluriquotidienne, elle est multiple et multifactorielle (54,55). Sa gestion fait partie des compétences à acquérir pour des futurs médecins généralistes (49,56). Dans notre étude, en exprimant un sentiment de manque de connaissances dans certains domaines et leur souhait d'y acquérir des connaissances principalement biomédicales, **les internes semblent rapprocher les difficultés rencontrées au cours de leurs précédents stages à des incertitudes à propos de leurs savoirs**.

L'incertitude médicale sur le front des savoirs a été l'une des premières décrites, par Andrée Fox. Elle se répartit " sur trois différents niveaux : un **niveau 1** qui « **résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible** », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment, et un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part des choses entre le premier et le deuxième niveau» (57,58).

Du fait probablement de leur statut en formation, et du manque de confiance en eux et en leurs connaissances, les internes semblent avoir tendance à partir du principe que les **situations d'incertitudes rencontrées par le passé appartiennent au premier niveau**, et attendent donc de leurs stages suivants, dont le stage hospitalier de médecine polyvalente de parfaire leurs connaissances biomédicales afin de limiter ces situations d'incertitudes.

Cette hypothèse semble cohérente avec les travaux de Light sur **les comportements mis en place par les étudiants face à l'incertitude** (57). Ils **dépendraient du type d'incertitude**.

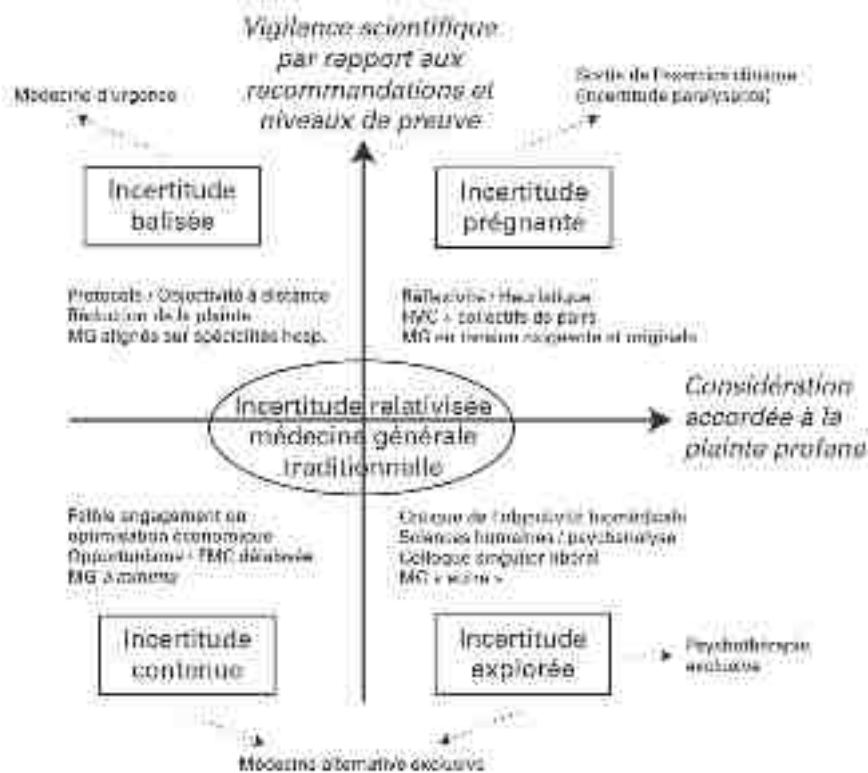
Belhomme et al. dans leur article intitulé « Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique » nous décrivent les travaux de Light : « Ainsi, **une incertitude perçue comme étant liée à un manque de connaissance va pousser l'étudiant à approfondir ses connaissances** [...]. Chez les étudiants exposés à une incertitude d'ordre « diagnostique », il était observé des comportements visant à leur permettre d'acquérir de l'expérience clinique, à augmenter leurs connaissances, et enfin à partager leurs difficultés avec d'autres praticiens, et à se conformer à l'opinion collective. Les mêmes observations s'appliquaient aux situations d'incertitude « thérapeutique », avec également la tendance chez les étudiants à se focaliser sur l'aspect purement technique du traitement proposé (procédure chirurgicale, méthode d'administration d'un médicament, posologie, pharmacologie...) bien plus maîtrisable que l'effet thérapeutique attendu, qui est lui bien plus aléatoire et détermine en grande partie cette incertitude liée aux traitements» (55). Belhomme poursuit : « D'une manière générale, le gain d'autonomie était une stratégie mise en place quel que soit le type d'incertitude : en s'affranchissant de l'avis ou des directives de leurs aînés, les jeunes praticiens étaient ainsi libres de définir librement leur stratégie de gestion de l'incertitude, gagnant par la même occasion en expérience ».

Une autre hypothèse de réponse à la question de la raison d'attentes biomédicales basées sur les recommandations scientifiques pourrait se trouver dans le travail de Géraldine Bloy intitulé « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles » (57), qui a proposé une représentation (*Figure 22*) des « différents positionnements possibles des généralistes par rapport à l'incertitude dans un espace commun ordonné selon deux principes non hiérarchisés :

- le premier (axe horizontal) correspond à l'incertitude introduite dans le cabinet de médecine générale par la forme « brute » de la plainte du patient : sa considération, c'est-à-dire le fait qu'elle puisse être entendue dans sa formulation profane et que le professionnel accepte d'y voir un objet à part entière du travail médical, est d'autant plus importante qu'on se déplace vers la droite du graphique, tandis que se déploient sur la gauche des pratiques de réduction ou fermeture par rapport au matériau non immédiatement pertinent pour le médecin qu'amène le patient ;

- le deuxième (axe vertical) correspond à l'incertitude liée aux questions de maîtrise du savoir scientifique biomédical, [...] : plus on se déplace vers le haut, plus leur vigilance par rapport à l'évolution des connaissances biomédicales et au régime contemporain d'administration de la preuve en médecine est grande. » Dans l'hypothèse où les internes de Médecine Générale aspireraient à une pratique selon un principe **d'incertitude balisée ou prégnante**, et considérant leur **manque de confiance en eux et en leurs connaissances dans le champ biomédical**, il serait légitime de leur part **de chercher à approfondir leurs connaissances dans ces domaines** au cours de leur stage hospitalier de médecine polyvalente dans la mesure où ils considèrent que ce stage pourrait les y aider.

Figure 22 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale - L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles - Bloy



Il pourrait être intéressant de chercher à évaluer la **perception**, et le **vécu des internes de Médecine Générale** face à l'incertitude au cours de leur phase socle afin d'étayer ou d'infirmer nos hypothèses sur le rôle de la gestion de l'incertitude dans les attentes au cours du stage de médecine polyvalente. Sur le plan du manque de confiance en eux et en leur connaissances que semblent éprouver les internes, il pourrait être intéressant d'explorer plus en détail les **raisons** et les **conséquences de cette basse estime de leurs connaissances**, afin de trouver des pistes d'amélioration de la formation visant à limiter ce phénomène.



Un **autre témoin** faisant supposer que les attentes des internes de Médecine Générale avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente s'inscrivent dans le processus de développement nécessaire à l'apprentissage par compétences est leur attente de perfectionnement de leur démarche diagnostique standardisée.

Ils décrivent avoir ressenti une **différence** dans la démarche diagnostique entre **la ville et l'hôpital**, la ville se basant moins sur ce qu'ils considèrent être des prises en charges standardisées à base de recommandations scientifiques.

Cette notion de **démarche diagnostique** peut être rapprochée du **raisonnement clinique**, dans la mesure où les participants parlent de vouloir s'améliorer dans la démarche leur permettant d'aboutir à un diagnostic afin de prendre en charge les patients en autonomie.

M. Lorenzo nous propose dans sa thèse intitulée « Développer le raisonnement clinique, la réflexivité et le professionnalisme des futurs médecins généralistes » plusieurs définitions de raisonnement clinique : initialement il était « "L'ensemble des processus cognitifs qui permettent au professionnel de santé d'évaluer et de prendre en charge le ou les problèmes de santé d'un patient". On considère maintenant qu'au-delà du seul aspect cognitif il s'agit d'un **processus complexe, contextuel, multifactoriel et non-linéaire** »(59).

Le modèle de raisonnement clinique admis actuellement est celui d'un « **double processus** », associant en parallèle **des mécanismes intuitifs et analytiques** (60).

Les mécanismes intuitifs sont les premiers à être mis en jeu à l'abord d'une nouvelle situation de soin. Ils sont irrépressibles, souvent inconscients, et rapides (59,60). Ils sont principalement représentés par le mécanisme de « **reconnaissance de forme** », c'est-à-dire la reconnaissance d'une présentation clinique typique permettant d'évoquer une ou plusieurs pathologie(s), et le mécanisme de « **reconnaissance d'exemple concret** », c'est-à-

dire « l'identification intuitive [...] d'une situation clinique déjà vécue dans le passé, lui permettant d'évoquer très fortement un ou plusieurs diagnostic(s)» (60).

Les mécanismes analytiques agissent en parallèle, comme un **système de contrôle des mécanismes intuitifs** (61). Le raisonnement hypothético-déductif serait le plus utilisé, avec la recherche au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique d'informations orientées pour **confirmer ou infirmer les hypothèses** préalablement émises intuitivement (61). En absence de possibilité d'émettre des hypothèses d'emblée, un autre **mécanisme analytique** est souvent utilisé, appelé « **raisonnement en chaînage avant** » (60,61). Il consiste à recueillir systématiquement des données cliniques et paracliniques sans préjuger de l'issue, puis d'émettre des hypothèses à postériori. Selon les situations, l'un ou l'autre des différents mécanismes prédominent. Les mécanismes intuitifs sont les plus susceptibles de **varier** en fonction de différents facteurs, notamment du contexte (62). Les processus analytiques quant à eux sont les plus **énergivores** pour le praticien (59).

Sur le plan de la formation, **les connaissances théoriques**, apprises souvent en début de cursus, deviennent peu à peu **des connaissances cliniques**, puis des **scripts cliniques** au contact des patients. Les connaissances théoriques se basent sur les pathologies et leurs causes physiopathologiques et psychosociales (59). Les connaissances cliniques associent les signes, les symptômes, les examens paracliniques et les traitements d'une pathologie. Grâce à ces connaissances cliniques, des prototypes de pathologies sont élaborés, puis des scripts cliniques, qui sont « des réseaux élaborés de connaissances permettant de déterminer les informations à collecter et de porter des micro-jugements sur les hypothèses diagnostiques » (59).

Confronté à la résolution d'un problème clinique, **l'étudiant novice** utilise majoritairement un **mécanisme causal** pour déterminer ce qui explique un signe ou un symptôme clinique. Il

raisonne ainsi de **manière analytique** associant le signe ou symptôme à ses connaissances théoriques antérieures (59).

En **soins primaires**, les mécanismes intuitifs sont fréquemment utilisés, sous le contrôle des **raisonnements analytiques**, d'autant plus si le médecin est expérimenté (63,64). **À l'hôpital**, les **mécanismes analytiques** sont plus fréquemment utilisés qu'en ville, en raison du recrutement différent des patients, et de la disponibilité immédiate des examens complémentaires (65).

Ainsi, il est probable que les internes aient été confrontés à des situations où les hypothèses diagnostiques ne leur apparaissaient pas facilement, par absence de script clinique connu ou du fait d'une incertitude ou complexité importante. Ils ont donc dû utiliser des mécanismes analytiques, qu'ils considèrent ne pas bien maîtriser jusqu'à présent. Selon cette hypothèse, la recherche de perfectionnement dans la démarche diagnostique serait une recherche de **perfectionnement dans leur raisonnement sur le plan des mécanismes analytiques**.

Il pourrait être intéressant de déterminer l'évolution du raisonnement clinique avant et après le stage hospitalier de médecine polyvalente, afin de savoir si le stage permet aux étudiants une progression efficace sur ce plan. De manière plus générale, il serait intéressant **d'évaluer si les stages hospitaliers de médecine polyvalente répondent aux attentes des internes de Médecine Générale**. Pour ce faire, nous pourrions envisager la conception d'un **questionnaire d'évaluation des stages hospitaliers de médecine polyvalente**, basé sur les questionnaires **P.H.E.E.M. et D-R.E.C.T. enrichis des résultats de notre étude**. La validation de ce questionnaire au niveau local ou national pourrait permettre de garantir la **pertinence d'un stage dans le cursus des futurs médecins généralistes, et de fournir un retour aux terrains de stage sur les axes d'amélioration**.



## Conclusion

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a permis d'explorer les attentes et les appréhensions des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

Le stage hospitalier de médecine polyvalente semble être important aux yeux des internes de Médecine Générale dans un but de formation et d'autonomisation pour leur pratique future. Les attentes sont définies au regard des besoins de formation qu'ils ont identifiés au cours de leur précédents stages. Le stage est choisi de manière soignée, à la recherche d'un équilibre propre à chaque interne, entre d'une part les différentes attentes en termes de contenu et de méthode de formation et d'autre part les appréhensions préalables au stage.

Sur le plan de l'environnement éducatif, les internes de Médecine Générale souhaitent un apprentissage sur un modèle d'autonomie supervisée acquise de manière progressive. Ils mettent au centre le besoin de dialogue constant avec les équipes et avec des encadrants disponibles, bienveillants et à l'écoute. Les internes aspirent aussi à une rétroaction régulière.

Sur le plan du contenu attendu de la formation, les internes attendent un contenu varié, un renforcement de leurs acquis en médecine adulte, notamment sur les aspects qu'ils pensent pouvoir approfondir préférentiellement en contexte hospitalier. Ces aspects sont la prise en charge de la polypathologie, la partie hospitalière des pathologies rencontrées au cours de leur phase socle, les connaissances biomédicales et sociales, en accord avec les recommandations scientifiques, et des capacités de réflexion systématiques. Les thèmes attendus sont variés, incluant les pathologies fréquemment rencontrées en Médecine Générale, mais également les pathologies plus rares pour lesquelles ils souhaitent tout de même avoir des réflexes diagnostiques voire thérapeutiques. La dimension relationnelle est

identifiée dans le souhait d'améliorer leur capacité à échanger avec les patients, et leurs familles.

Les principales appréhensions des internes de Médecine Générale avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente identifiées sont la crainte d'être mis en situations de responsabilité et d'encadrement inappropriés à leur statut de médecin en formation, à leurs capacités et à leur niveau de compétences.

Les attentes identifiées au sein de ce travail semblent compatibles avec le cadre législatif et pédagogique actuel et semblent concorder avec les données de la littérature. Avoir identifié ces attentes pourrait permettre de favoriser la proposition de stages hospitaliers de médecine polyvalente en accord avec les besoins des internes de Médecine Générale.

Il pourrait être intéressant dans le futur d'évaluer si les stages hospitaliers de médecine polyvalente actuels répondent à ces attentes, et plus largement, s'ils sont performants pour accompagner les internes de Médecine Générale dans leur parcours d'apprentissage, afin de proposer une formation toujours plus performante aux futurs médecins généralistes à Strasbourg.

VII  
Strasbourg, le... 26/05/2023  
Le président du jury de thèse  
Professeur..... J. VOGEL



VII et approuvé  
Strasbourg, le 17 MAI 2023  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Manipulologie et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA

## **ANNEXES :**

### ANNEXE N°1: Guide d'entretien semi-dirigés (version n°1) :

(Méthode V.b)

Je voulais tout d'abord te remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse qui s'intitule :

Les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement, avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

Nous allons pouvoir commencer si tu es d'accord.

Je sais que tu y as déjà répondu dans le questionnaire que je viens de te faire remplir, mais comme je ne l'ai pas encore lu je commence par une question plus générale :

As-tu des idées de projet professionnel/Où te vois-tu dans 5ans ?

As-tu déjà choisis ton stage hospitalier de médecine polyvalente ? si oui, où vas-tu l'effectuer ?

Raconte-moi comment tu as procédé pour faire ton choix, ou comment procéderais-tu pour le faire ?

Quelles seraient tes attentes vis-à-vis de ce stage ?

Quelles seraient tes appréhensions vis-à-vis de ce stage ?

Quelles attentes particulières tes stages d'internat précédents ont-ils éventuellement suscité pour ton stage de médecine polyvalente ?

Quels thèmes aimerais-tu aborder particulièrement pendant ton stage de médecine polyvalente ?

Quelles seraient tes idées (techniques/envies) pour tirer un maximum de formation de votre stage de médecine polyvalente ?

Comment décrirais-tu l'encadrant paraissant idéal pour ce stage hospitalier de médecine polyvalente ?

Vois-tu un rôle pour ton tuteur ? Si oui, lequel ?

ANNEXE n°2 : Guide d'entretien semi-dirigés (version n°2) : (Méthode V.b)

Je voulais tout d'abord vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse qui s'intitule : Les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement, avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

Nous allons pouvoir commencer si vous êtes d'accord.

Avez-vous des idées de projet professionnel/Où vous voyez-vous dans 5ans ?

Avez-vous déjà choisis votre stage hospitalier de médecine polyvalente ? si oui, où vas-tu l'effectuer ?

Racontez-moi comment vous avez procédé pour faire votre choix, ou comment procéderiez-vous pour le faire ?

Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de ce stage ?

Quelles seraient vos appréhensions vis-à-vis de ce stage ?

(Si sujets évoqués par les participants, faire développer problématiques des gardes, des horaires, des GEAP)

Quelles attentes particulières vos stages d'internat précédents ont-ils éventuellement suscité pour votre stage de médecine polyvalente ?

Quels thèmes aimeriez-vous aborder particulièrement pendant votre stage de médecine polyvalente ?

Quelles seraient vos idées (techniques/envies) pour tirer un maximum de formation de votre stage de médecine polyvalente ?

Comment décririez-vous l'encadrant paraissant idéal pour ce stage hospitalier de médecine polyvalente ?

(Si sujet évoqué par les participants, faire développer problématique de d'organisation souhaitée)

Quelles spécificités au stage pourraient découler du fait que votre spécialité soit la médecine générale ? Y voyez-vous un intérêt, si oui lequel ?

Voyez-vous un rôle pour tuteur ? Si oui, lequel ?

Quelle place voyez-vous pour le portfolio dans le stage ?

Avez-vous des choses à ajouter ? Des choses dont nous n'avons pas parlé ? Des choses à préciser ?



ANNEXE n°3 : Questionnaire ayant pour but de décrire la population de mon étude :

(méthode V.b) :

Nom Prénom :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Age :

Sexe :

Faculté où vous avez effectué votre 2<sup>e</sup> cycle (externat) :

Semestre en cours (n°) :

Quels stages (et quels terrains de stage) avez-vous effectué au cours de vos semestre de 3<sup>e</sup> cycle jusqu'ici ?

-

-

-

-

Avez-vous effectué un stage en qualité de Faisant Fonction d'Interne (FFI) jusqu'ici ? Si oui dans quel service ?

Avez-vous effectué un stage équivalent Médecine polyvalente ou Gériatrie au cours de votre externat ? Si oui lequel ?

-Avez-vous pris une disponibilité au cours de votre 3<sup>e</sup> cycle jusqu'ici ? Si oui à quel moment de votre internat ?

-Vers quel type de projet professionnel vous orientez-vous :

Hospitalier

Cabinet libéral

Cabinet en salariat

Mixte

Autre

Ne sait pas

-Envisagez-vous de suivre une Formation Optionnelle (FO) ?

Si oui, laquelle ?

**ANNEXE n°4 : FICHE D'INFORMATION**

(Méthode VI)

**FICHE D'INFORMATION****1) Présentation du cadre de la recherche**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de thèse en médecine générale, mené par Anaïs Wagenheim, sous la direction de Docteur Anne Berthou, Maître de conférences associée au Département de Médecine Générale Faculté de Médecine de Strasbourg.

La thèse s'intitule : Les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement, avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

**2) Objectif de l'étude**

L'objectif est d'identifier, décrire et définir les attentes et appréhensions des Internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement à propos de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, avant ou pendant le premier mois de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, c'est-à-dire entre la validation de la phase socle et la fin du premier mois de stage hospitalier de médecine polyvalente.

**3) Déroulement de l'étude**

L'étude sera réalisée par le biais d'entretiens collectifs appelés « focus groupe » et d'entretiens individuels.

Ces entretiens auront lieu en présentiel à la faculté de médecine générale de Strasbourg (salle réservée et dédiée le cas échéant) ou au domicile de l'investigateur, éventuellement par appels Visio en raison de la pandémie COVID 19, en fonction de l'évolution de la situation sanitaire, et ce afin d'assurer la sécurité des participants.

Les participants sont sélectionnés sur la base du volontariat, ils seront invités par différents biais (courriel, enseignement facultaires, groupes privés sur réseaux sociaux destinés aux internes de Médecine Générale de Strasbourg, ou technique « Boule de neige ») à participer à ces entretiens individuels ou en Focus groupe.

Chaque participant répondra à un questionnaire en amont de l'entretien, ayant pour but de décrire la population étudiée

**4) Participation volontaire et droit de retrait**

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

**5) Confidentialité et gestion des données**

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche.

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

**6) Protection des données personnelles :**

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Anaïs Wagenheim jusqu'à un an après la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : [anais.wagenheim@etu.unistra.fr](mailto:anais.wagenheim@etu.unistra.fr)

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée. Aucun transfert des données hors Union européenne n'est réalisé.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Titre de la recherche : Les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement, avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente.

Je soussigné(e) .....,

ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'en comprends le contenu.

De ce fait, *ma participation à cette recherche/étude est volontaire et je consens à ce que mes réponses soient utilisées aux fins de ce projet de recherche.*

J'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

- J'accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio et vidéo dans le cadre de ma participation à la recherche «Les attentes des internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement, avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente ». Celui-ci sera uniquement accessible par Anaïs Wagenheim et sera détruit après retranscription et relecture. Mes propos retranscrits seront analysés pour les besoins de ce projet de recherche

OUI  NON

Date :

Signature du participant :

Signature du responsable de la recherche :

ANNEXE n°5 : Tableau recensant l'ensemble des éléments du questionnaire P.H.E.E.M. et les concepts issus des résultats de notre étude pouvant s'y rapporter (43)

Éléments du questionnaire PHEEM	Concepts issus des résultats de notre étude
1. J'ai un contrat d'embauche qui m'informe sur les horaires de travail	Attente d' <b>informations</b> sur l'organisation du stage Ambivalence sur poids de la <b>charge de travail</b> dans le choix
2. Mes superviseurs cliniques établissent des attentes claires	
3. J'ai du temps privilégié pour l'étude dans ce stage	Crainte de ne pas avoir le temps nécessaire pour le <b>travail facultaire</b>
4. J'ai eu une séance d'information à mon programme de résidence au début de mon stage	Attente d' <b>informations</b> sur l'organisation du stage Mécanisme d' <b>atténuation des appréhensions</b> (informations)
5. J'ai des responsabilités appropriées pour mon niveau de formation dans ce stage	Crainte de <b>responsabilité disproportionnée</b> à leurs capacités Attente de <b>travail en équipe et de considération</b> Attente d'apprentissage en <b>autonomie</b> supervisée
6. J'ai une bonne supervision clinique en tout temps	Crainte d' <b>encadrement insuffisant</b> (y compris en garde) Attente d'apprentissage en <b>autonomie</b> supervisée
7. Il y a du racisme dans ce stage (item négatif)	
8. Je dois réaliser des tâches inappropriées pour mon niveau de formation (Item négatif)	Crainte de <b>responsabilité disproportionnée</b> à leurs capacités
9. Il y a un manuel d'information sur le stage à l'intention des résidents	Attente d' <b>informations</b> sur l'organisation du stage Mécanisme d' <b>atténuation des appréhensions</b>
10. Mes superviseurs cliniques ont de bonnes habiletés de communication	Attente de <b>dialogue</b> avec leur encadrant
11. Je me fais signaler de façon inappropriée (gardes)	
12. J'ai la possibilité de participer activement à des activités éducatives	Attente d'apprentissage émanant de l' <b>interne lui-même</b> (volontariat et implication) Attente d'apprentissages par <b>projet pédagogique du service</b>
13. Il y a de la discrimination sexuelle dans ce stage (item négatif)	
14. Il existe des protocoles de soins clairs dans ce stage	Attente à propos de <b>pratiques médicales : standardisée et selon les recommandations</b>
15. Mes superviseurs cliniques sont enthousiastes	Attente d'un encadrant <b>épanouit</b> dans son rôle d'enseignement
16. J'ai une bonne collaboration avec les autres résidents de mon niveau	Souhait de <b>formation équivalente</b> aux internes d'autres spécialités Attente de <b>travail en équipe</b>
17. Mon horaire de travail respecte l'entente collective en vigueur	Ambivalence à propos du poids de la <b>charge de travail</b> dans le choix

18. J'ai l'opportunité d'offrir une continuité de soins aux patients	Attentes sur le <b>suivi de pathologies dans leur versant hospitalier</b> Attente de place privilégiée dans le <b>lien ville-hôpital</b>
19. J'ai un accès adéquat à des conseils sur la planification de carrière	
20. L'hôpital a des installations de bonne qualité pour les résidents, surtout lorsqu'ils sont de garde	
21. J'ai accès à un programme éducatif pertinent à mes besoins	Attente de cours théoriques et/ou présentations de cas cliniques à propos de <b>pathologies fréquentes dans le stage et utiles pour la médecine générale</b>
22. Je reçois régulièrement de la rétroaction par mes superviseurs cliniques	Attente d' <b>évaluation de mi-stage</b> au sein du service Attente de <b>dialogue</b> avec l'encadrant (critique constructive, retour sur expérience) Attente d'apprentissage via autonomie et <b>débriefing</b>
23. Mes superviseurs cliniques sont bien organisés	
24. Je me sens physiquement en sécurité dans l'environnement hospitalier	
25. Il existe une culture de non-blâme dans ce stage	<b>Crainte de jugement négatif</b> venant de leur encadrant Attente de <b>bienveillance et critique si constructive</b>
26. Il y a des services alimentaires adéquats lorsque je suis de garde	
27. J'ai suffisamment d'opportunités d'apprentissage clinique pour mes besoins	<b>Attente d'un stage formateur</b> Argument dans le <b>débat stage gériatrie/médecine interne</b> Attente de <b>variété</b> dans le contenu de la formation Attentes de <b>formation sur pathologies courantes en médecine générale et sur la médecine interne</b>
28. Mes superviseurs cliniques sont de bons professeurs	Une attente d'un <b>encadrant pédagogue</b>
29. Je sens que je fais partie d'une équipe de travail	Attente de <b>travail en équipe et de considération au sein de l'équipe</b> Attente de <b>dialogue car bénéfique pour tous</b>
30. J'ai la possibilité d'acquérir les techniques appropriées à mon niveau de formation	Attente d'apprentissage de <b>gestes techniques</b> Attente de formation en <b>thérapeutique</b>
31. Mes superviseurs cliniques sont accessibles	Attente de <b>bonne relation humaine avec l'encadrant</b>
32. Ma charge de travail dans ce stage est adéquate	Ambivalence à propos du poids de la <b>charge de travail</b> dans le choix
33. Mes superviseurs cliniques utilisent efficacement les occasions pour enseigner	Attente d'apprentissage par l'intermédiaire et au contact de leur chef ( <b>stimulation des apprentissage</b> )

<p><b>34. La formation dans ce stage me fait sentir prêt à être un médecin clinicien autonome</b></p>	<p>Attente de <b>gain en autonomie</b> et en <b>aisance dans la relation médecin-patient-famille</b>  Attente de prise en charge <b>globale</b>  Un stage avec pour objectif <b>la pratique future</b></p>
<p><b>35. Mes superviseurs cliniques ont de bonnes aptitudes comme mentors</b></p>	
<p><b>36. Je retire beaucoup de plaisir de mon stage actuel</b></p>	<p>Attente de <b>pathologies intéressantes sur le plan médical</b>  Attente de <b>bonne ambiance dans le service</b></p>
<p><b>37. Mes superviseurs cliniques m'encouragent à apprendre par moi-même</b></p>	<p>Attente d'apprentissage via des <b>recherches personnelles</b>  Attente de <b>présentation de cas cliniques au service</b>  Attente d'apprentissage par l'intermédiaire et au contact de leur chef (<b>stimulation des apprentissages</b>)</p>
<p><b>38. Il existe des services de soutien/orientation pour les résidents qui échouent leur stage</b></p>	<p>Attente de dispositif de <b>tutorat au sein du service</b>  Attente à propos du <b>rôle du tuteur du D.M.G.</b>  Attente d'un <b>encadrement à l'écoute</b></p>
<p><b>39. Les superviseurs cliniques me fournissent une bonne rétroaction sur mes forces et faiblesses</b></p>	<p>Attente de dispositif de <b>tutorat au sein du service</b>  Attente d'<b>évaluation de mi-stage</b> au sein du service  Attente de dialogue avec l'encadrant (critique constructive, <b>retour sur expérience</b>)</p>
<p><b>40. Les superviseurs cliniques encouragent le respect mutuel</b></p>	<p>Attente de <b>bienveillance</b> et critique si constructive  Attente de relation avec l'encadrant basé sur la <b>confiance mutuelle</b>  Souhait de <b>formation équivalente aux internes d'autres spécialités</b></p>

ANNEXE n°6 : Tableau recensant l'ensemble des éléments du questionnaire D-RECT et les concepts issus des résultats de notre étude pouvant s'y rapporter (45)

Sous-groupes	Items du D-RECT	Concepts issus de nos résultats
Atmosphère éducative	1. La continuité des soins des patients n'est pas affectée par les différences d'opinions entre les encadrants (enseignants)	Attente méthodes de formation : <b>discussion de cas cliniques</b> au cours de staff
	2. Les différences d'opinions entre les encadrants (enseignants) au sujet de la prise en charge des patients, sont discutées de manière instructive pour les autres personnes présentes.	Attente méthodes de formation : <b>discussion de cas cliniques</b> au cours de staff
	3. Les différences d'opinion n'ont pas un impact négatif sur le climat de travail	Attente <b>d'ambiance agréable de travail</b> et d'équipe
	4. Aucun encadrant n'a un impact négatif sur le climat de formation	Attente <b>d'ambiance agréable</b> de travail et d'équipe <b>Crainte</b> relation uniquement négative avec encadrant
	5. Mes encadrants me traitent avec respect	Attente de <b>bonne relation humaine</b> avec l'encadrant
Le travail en équipe	6. Les encadrants, le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé et les résidents travaillent ensemble en équipe.	Attente de <b>travail d'équipe</b>
	7. Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé apportent une contribution positive à ma formation.	Attente de <b>travail d'équipe</b> dans un <b>but de formation</b>
	8. Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé sont disposés à réfléchir avec moi sur la prestation des soins aux patients	Attente de <b>considération</b> au sein de l'équipe
Rôle du Chef de service	9. Le chef de service surveille les progrès de ma formation.	X
	10. Le chef de service fournit des conseils à d'autres encadrants en cas de besoin.	X
	11. Le chef de service est activement impliqué dans l'amélioration de la qualité de l'enseignement et de la formation.	X
	12. Durant ce stage, les évaluations incluent des discussions utiles sur mes performances	Attente <b>d'évaluation de mi-stage</b> (moment de dialogue et de rétroaction)
	13. Mes projets pour l'avenir font partie de ces discussions (lors des évaluations).	X

	14. L'avis de plusieurs encadrants est pris en considération lors des évaluations	Réserves sur système de tutorat au sein du service en cas d'avis d'un tuteur unique sans prise en compte l'avis d'autres encadrants
Coaching et évaluation	15. Mes encadrants prennent l'initiative d'évaluer ma performance.	Attente de retour sur expérience
	16. Mes encadrants prennent l'initiative d'évaluer les situations difficiles dans lesquelles j'ai été impliqué.	Attente de retour sur expérience et apprentissage via débriefing
	17. Mes encadrants évaluent si ma performance dans la prise en charge des patients correspond à mon niveau de formation	Attente d'évaluation de mi-stage et fin de stage (retour sur expérience)
	18. Mes encadrants m'observent occasionnellement quand j'interroge un patient	Attente de critique si constructive, et de visite seniorisée
	19. Mes encadrants évaluent non seulement mon expertise médicale mais aussi d'autre compétences telles que le travail d'équipe, l'organisation ou le comportement professionnel	X
Enseignement et formation	20. Mes encadrants donnent des Feedback réguliers sur mes forces et mes faiblesses	Attente de retour sur expérience et apprentissage via débriefing
	21. Les résidents sont généralement en mesure d'assister aux activités d'enseignement programmées (exemple : cours, staffs...)	Attentes liées au projet pédagogique du service
	22. Les activités d'enseignement se déroulent comme planifié	Attentes liées au projet pédagogique du service
	23. Les encadrants contribuent activement à la présentation d'un contenu académique de grande qualité.	Attente projet pédagogique du service Attente formation selon recommandations scientifiques
	24. Les activités d'enseignement et de formation académiques sont appropriées à mes besoins	Attente de cours théoriques et/ou présentations de cas cliniques à propos de pathologies fréquentes dans le stage et utiles pour la médecine générale
Collaboration entre résidents	25. Les résidents travaillent bien ensemble	Attente d'ambiance agréable de travail et d'équipe Attente formation équivalente avec les internes d'autres spécialités



	26. Les résidents, en tant que groupe, s'assurent que le travail de la journée a été réalisé.	Attente <b>d'ambiance agréable de travail</b> et d'équipe
	27. Au sein de notre groupe de résidents, il est facile de trouver quelqu'un pour assurer ou échanger une garde	X
Le travail est adapté à la compétence des résidents.	28. Le travail que je fais est adapté à mon niveau d'expérience.	<b>Crainte responsabilité disproportionnée</b> au statut en formation Attente <b>considération au sein de l'équipe</b> Attente <b>formation en autonomie supervisée</b>
	29. Le travail que je fais correspond à mes objectifs d'apprentissage à ce stade de ma formation.	Attentes de formation sur <b>pathologies courantes en médecine générale</b> Attentes de formation avec pour objectif la <b>pratique future</b> Attente d'un <b>stage formateur</b>
	30. Il est possible de suivre l'évolution des patients.	Attentes sur le <b>suivi de pathologies</b> dans leur versant hospitalier
Accessibilité des Encadrants	31. Lorsque j'ai besoin d'un encadrant, je peux toujours en contacter un.	Attente <b>encadrant disponible</b> Attente apprentissage en autonomie supervisée
	32. Quand j'ai besoin d'avoir l'avis d'un encadrant, ils sont facilement disponibles.	Attente <b>encadrant disponible</b>
	33. L'encadrant qui me supervise est clairement identifié	Attente <b>d'encadrant référent</b>
La sortie du patient	34. La sortie des patients est utilisée comme une opportunité d'enseignement	Attente place privilégiée dans le <b>lien ville-hôpital</b> (appel du médecin traitant à la sortie)
	35. Les encadrants encouragent les résidents à participer à la discussion lors de la sortie des patients	Attente place privilégiée dans le <b>lien ville-hôpital</b> (appel du médecin traitant à la sortie) Attente <b>considération</b> au sein de l'équipe

## BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA. LES DEFINITIONS EUROPEENNES des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille [en ligne]; 2002 [cité le 7 décembre 2022]. Disponible sur : [https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)
2. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine [en ligne]; 2004 [cité le 8 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024038141>
3. C.N.G.E. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [en ligne]; 17 mars 2016 [cité le 7 décembre 2022]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/proposition\\_du\\_cnge\\_pour\\_la\\_nouvelle\\_maquette\\_du\\_d/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/)
4. Légifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [en ligne]; 2017 [cité le 30 novembre 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881?init=true&page=1&query=Arr%C3%AAt%C3%A9+du+21+avril+2017+relatif+aux+connaissances%2C+aux+comp%C3%A9tences+et+aux+maquettes+de+formation+des+dipl%C3%B4mes+d%27%C3%A9tudes+sp%C3%A9cialis%C3%A9es&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881?init=true&page=1&query=Arr%C3%AAt%C3%A9+du+21+avril+2017+relatif+aux+connaissances%2C+aux+comp%C3%A9tences+et+aux+maquettes+de+formation+des+dipl%C3%B4mes+d%27%C3%A9tudes+sp%C3%A9cialis%C3%A9es&searchField=ALL&tab_selection=all)
5. Couraud F., Pruvot F-R. Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux [en ligne]; juin 2015 [cité le 6 décembre 2022]. Disponible sur : [https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation\\_continue/80/9/RAPPORT\\_G3C2\\_080615v2\\_449809.pdf](https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation_continue/80/9/RAPPORT_G3C2_080615v2_449809.pdf)
6. Casaux-Voroniuc I. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale: Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Rouen (FRA) : Université de Rouen-Normandie ; 2012 [cité le 05 décembre 2022]. Disponible sur : [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/684748/filename/Casaux\\_Voroniuc\\_Lulia.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/684748/filename/Casaux_Voroniuc_Lulia.pdf)
7. Landry C. Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Créteil (FRA) : Université de Paris Est Créteil ; 2015 [cité le 05 décembre 2022]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/These\\_Enquete\\_internes\\_Landry\\_2015.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Landry_2015.pdf)
8. Pelaccia T, Viau R. La motivation en formation des professionnels de la santé [en ligne]. Pédagogie Médicale . 2016 nov [cité le 08 décembre 2022];17(4):243-53. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2016/05/pmed170020.pdf>
9. Teste M. Formation des internes de médecine générale en milieu hospitalier: avantages et inconvénients : enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Limoges en 2018 [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Limoges (FRA) Université de Limoges ; 2019
10. Hardy-Dubernet AC, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc MA. Laboratoire d'économie et sociologie du travail. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins [en ligne]; Novembre 2001 [cité le 07 décembre 2022]. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-00847791/file/Internat.pdf>

11. ISNAR-IMG. Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale: Propositions de l'ISNAR-IMG [en ligne]; Avril 2011 [cité le 7 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/propositions-des-mg.pdf>
12. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale [en ligne]; Avril 2010 [cité le 8 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000184.pdf>
13. Hubert E. Rapport sur la médecine de proximité [en ligne]; Novembre 2010 [cité le 8 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000622.pdf>
14. Aubin C, Daniel C, Schaetzel F, Billon A, Blemont P, Eliot A, Veyret J. Rapport conjoint IGAS / IGAENR : Le post-internat Constats et propositions [en ligne]; Juin 2010 [cité le 6 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000383.pdf>
15. Couraud F, Pruvot F-R. Propositions pour une restructuration du Troisième cycle des Etudes Médicales [en ligne]; avril 2014 [cité le 6 décembre 2022]. Disponible sur : [https://cncem.fr/sites/default/files/documents\\_en\\_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf](https://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf)
16. C.N.G.E. L'activité de CNGE Collège Académique [en ligne]; 12 mars 2012 [cité le 7 décembre 2022]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/lactivite\\_de\\_cnge\\_college\\_academique/](https://www.cnge.fr/le_cnge/lactivite_de_cnge_college_academique/)
17. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal » [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Créteil (FRA) Université de Paris Est Créteil ; 2015 [cité le 05 décembre 2022]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/These\\_Enquete\\_internes\\_Cathalan\\_2015.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Cathalan_2015.pdf)
18. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [en ligne] ; Novembre à Décembre 2013 [cité le 30 novembre 2022]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
19. Therminot A. Opinion des internes en médecine générale à la Faculté de médecine de Paris Est Créteil concernant leur formation durant le DES de médecine générale [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Créteil (FRA) Université de Paris Est Créteil ; 2017 [cité le 08 décembre 2022]. Disponible sur : [https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET\\_INST/1291897630004611](https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/1291897630004611)
20. Légifrance. Article Annexe V - Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [cité le 29 novembre 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000024679445](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000024679445)
21. C.N.G.E. Présentation du D.E.S [en ligne] 24 nov 2012 [cité le 8 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
22. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques [en ligne]. Exercer. 2013 [cité le 08 décembre 2022];(108):165-9 . Disponible sur : [https://www.exercer.fr/full\\_article/531](https://www.exercer.fr/full_article/531)

23. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS. [en ligne]; Janvier 2020 [cité le 4 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>
24. Légifrance. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [en ligne]; 2017 [cité le 7 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000034425386>
25. Département Médecine Générale - Université de Rouen. Règles de validation de DES [en ligne]; Mars 2021 [cité le 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/c/regles-de-validation>
26. Département de Médecine Générale de Strasbourg. Référentiel du DES de Médecine Générale Version 2022-2023 [en ligne]; 2022 [cité le 2 janvier 2023]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2022/10/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-du-DES-de-MG-2022-2023-1.pdf>
27. Moussac A. Évaluation des attentes des internes pour le stage de niveau 1 en médecine générale: enquête quantitative auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine, en ligne]. Poitiers (FRA) Université de Poitiers; 2019 [cité le 02 janvier 2023]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e9018547-6b1e-4e5a-8b9b-436529fa2e23>
28. Warchalowski I. Attentes des maîtres de stage des universités (MSU) de l'évaluation de stage des internes en ambulatoire: étude qualitative auprès des MSU de la faculté de médecine de Lille [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) Université de Lille ; 2019
29. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ? [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine, en ligne]. Rennes (FRA) Université Bretagne Loire ; 2018 [cité le 02 janvier 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02142408#:~:text=R%C3%A9sultats%20%3A%20Les%20%C3%A9tudiants%20estiment%20que,et%20p%C3%A9diatriques%2C%20leur%20semblent%20pertinents.>
30. Eivaz-Khani S. Évaluation des nouveaux terrains de stage « santé de l'enfant » par les internes de médecine générale: étude qualitative par focus groups et entretiens individuels auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg issus de la réforme du 3ème cycle [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine, en ligne]. Strasbourg (FRA) Université de Strasbourg ; 2021 [cité le 02 janvier 2023]. Disponible sur : [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2021/2021\\_EIVAZ\\_KHANI\\_Sarah.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_EIVAZ_KHANI_Sarah.pdf)
31. Gorget A. Ressenti et opinion des internes ayant effectué les premiers SASPAS obligatoires depuis la réforme du 3ème cycle de 2017: Étude qualitative auprès des internes de la faculté de médecine [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Paris (FRA) Sorbonne université ; 2021.
32. Cozzolino G. Portfolio: évolution de la satisfaction des internes en fin de DES de médecine générale ayant inauguré la réforme [Thèse pour Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Montpellier (FRA) Université de Montpellier. 2021 [cité le 02 janvier 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03230296>

33. Michel M. Opinion des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot sur le stage ambulatoire de niveau 1 réalisé précocement au cours de l'internat [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris (FRA) Université Paris Diderot ; 2019.
34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [en ligne]. Kinésithérapie Rev. janv 2015 [cité le 03 avril 2023];15;(157):25-7. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
35. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative [en ligne]. Exercer. 2008 [cité le 04 janvier 2023];19(84):142-5. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)
36. Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone - Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cawallader JS, Gilles De La Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global santé; 2021. 192.
37. Touboul P. Collège de médecine générale de Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [en ligne]; Mars 2013 [cité le 06 janvier 2023]. Disponible sur : [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche\\_qualitative\\_PT\\_Seminaire\\_de\\_these\\_2011.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf)
38. Département de médecine générale de Strasbourg. Éthique et procédures réglementaires [en ligne]; 2015 [cité le 6 janvier 2023]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/ethique-et-procedures-reglementaires/>
39. Unistra. Registre des traitements mis en oeuvre par Université de Strasbourg [en ligne]; 2021 [cité le 6 janvier 2023]. Disponible sur : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-572>
40. Observatoire de Médecine Générale - Top 50 des Résultats de Consultation les plus fréquents [Internet]; 2009 [cité le 1 avril 2023]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
41. Roff S, McAleer S, Skinner A. Development and validation of an instrument to measure the postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospital-based junior doctors in the UK [en ligne]. Med Teach. juin 2005 [cité le 20 mars 2023];27(4):326-31. Disponible sur : <https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/abs/10.1080/01421590500150874>
42. Silkens MEWM, Smirnova A, Stalmeijer RE, Arah OA, Scherpbier AJJA, Van Der Vleuten CPM, et al. Revisiting the D-RECT tool: Validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions [en ligne]. Med Teach. Mai 2016 [cité le 29 mars 2023];38(5):476-81. Disponible sur : <https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/full/10.3109/0142159X.2015.1060300>
43. Caron F, Pina A, Mahone M, Costa JP, Sansregret A, Durand M. Évaluer l'environnement éducatif post-gradué : traduction et validation d'un questionnaire [en ligne]. Pédagogie Médicale. Mai 2014 [cité le 02 avril 2023];15(2):91-8. Disponible sur : <https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/full/10.3109/0142159X.2015.1060300>
44. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate [en ligne]. Med Teach. Oct 2011 [cité le 02 avril 2023];33(10):820-7. Disponible sur : <https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/full/10.3109/0142159X.2010.541533>

45. Majbar MA, Majbar Y, Benkabbou A, Amrani L, Bougtab A, Mohsine R, et al. Validation of the French translation of the Dutch residency educational climate test [en ligne]. BMC Med Educ. Oct 2020 [cité le 02 avril 2023];20(1):338. Disponible sur : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02249-4>
46. C.N.G.E. Concepts et principes pédagogiques [en ligne]. 2013 [cité le 27 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/)
47. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? [en ligne] Pédagogie Médicale. Août 2003 [cité le 27 mars 2023];4(3):163-75. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2003/03/pmed20034p163/pmed20034p163.html#:~:text=Les%20principes%20du%20paradigme%20d,des%20apprentissages%20des%20C3%A9tudiants%20la>
48. Bernard J louis, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie) [en ligne]. Pédagogie Médicale. Août 2001 [cité le 27 mars 2023];2(3):163-9. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Bernard.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Bernard.pdf)
49. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, et al. Les niveaux de compétences [en ligne]. Exercer. 2013 [cité le 29 mars 2023];108:156-64. Disponible sur : [https://www.exercer.fr/full\\_article/529](https://www.exercer.fr/full_article/529)
50. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale [en ligne]. Exercer. 2013 [cité le 27 mars 2023];108:148-55. Disponible sur : [https://www.exercer.fr/full\\_article/529](https://www.exercer.fr/full_article/529)
51. Légifrance. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales - Article 3 [En ligne]; 2011 [cité le 30 novembre 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000024679473?init=true&page=1&query=arr%C3%AAt%C3%A9+agr%C3%A9ment+des+terrains+de+stages+m%C3%A9decin&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000024679473?init=true&page=1&query=arr%C3%AAt%C3%A9+agr%C3%A9ment+des+terrains+de+stages+m%C3%A9decin&searchField=ALL&tab_selection=all)
52. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique [en ligne]. Pédagogie Médicale. août 2003 [cité le 06 mars 2023];4(3):184-91. Disponible sur : <https://sfap.org/system/files/feedback-element-essentiel-intervention-pedagogique-milieu-clinique.pdf>
53. Sebbani M, Adarmouch L, Amine M, Bouskraoui M. Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des enseignants à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en vue de l'implantation de l'approche par compétences [en ligne]. Pédagogie Médicale. 2019 [cité le 10 mai 2023];20(1):23-33. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2019/02/pmed190005/pmed190005.html>
54. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Strasbourg (FRA) Université de Strasbourg ; 2013 [cité le 3 avril 2023]. Disponible sur: [https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MEDECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20\(73%20pages%20-%201,1%20mo\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MEDECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20(73%20pages%20-%201,1%20mo).pdf)

55. Belhomme N, Jegou P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique [en ligne]. *Rev Médecine Interne*. Juin 2019 [cité le 27 mars 2023];40(6):361-7. Disponible sur <https://www-sciencedirect-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/science/article/pii/S0248866318311366>
56. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins [en ligne]. *Pédagogie Médicale*. 2020 [cité le 7 avril 2023];21(1):39-51. Disponible sur [https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/full\\_html/2020/01/pmed180039/pmed180039.html#:~:text=L'incertitude%20y%20est%20relativis%C3%A9e,dans%20son%20contexte%20d'exercice](https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/full_html/2020/01/pmed180039/pmed180039.html#:~:text=L'incertitude%20y%20est%20relativis%C3%A9e,dans%20son%20contexte%20d'exercice).
57. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles [en ligne]. *Sci Soc Santé*. 2008 [cité le 7 avril 2023];26(1):67-91. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-1-page-67.htm?contenu=article>
58. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris, France, Belgique: L'Harmattan; 1988. 202 p.
59. Lorenzo M. Développer le raisonnement clinique, la réflexivité et le professionnalisme des futurs médecins généralistes [Thèse pour le diplôme de Docteur en Sciences de l'Éducation et de la Formation, en ligne]. Strasbourg (FRA): Université de Strasbourg; 2021 [cité le 07 avril 2023]. Disponible sur [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_doctorat/2021/lorenzo\\_mathieu\\_2021\\_ED519.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2021/lorenzo_mathieu_2021_ED519.pdf)
60. Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Ammirati C, Bertrand C, Charlin B. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques? Les enjeux en médecine d'urgence [en ligne]. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2011 [cité le 08 avril 2023];1(1):77-84. Disponible sur <https://www.ceeiade.fr/wp-content/uploads/articleRC.pdf>
61. Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory [en ligne]. *Med Educ Online*. Mars 2011 [cité le 09 avril 2023];16:1. Disponible sur <https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/full/10.3402/meo.v16i0.5890>
62. Croskerry P. Context is everything or how could I have been that stupid? [en ligne]. *Healthc Q Tor Ont*. août 2009 [cité le 09 avril 2023];12(Special issue):171-6. Disponible sur <https://www.longwoods.com/content/20945/healthcare-quarterly/context-is-everything-or-how-could-i-have-been-that-stupid->
63. Balla JJ, Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Balla ME. A model for reflection for good clinical practice [en ligne]. *J Eval Clin Pract*. 2009 [cité le 13 avril 2023];15(6):964-9. Disponible sur <https://onlinelibrary-wiley-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1111/j.1365-2753.2009.01243.x>
64. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale : étude quantitative en Corrèze [Thèse pour Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Limoges (FRA): Université de Limoges ; 2013 [cité le 14 avril 2023]. Disponible sur <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-37071>
65. Pestiaux D, Vanwelde C. Le difficile enseignement de la démarche clinique [en ligne]. *Santé Conjuguée*. 2008 [cité le 14 avril 2023];46:40-8. Disponible sur <http://hdl.handle.net/2078.1/93128>





# DÉCLARATION 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 : WAGENHEIM ..... Prénom : ANAIS .....

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 existant(e)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 20/04/2023 .....

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

---

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :** La formation des futurs médecins généralistes se fait au cours du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) de Médecine Générale. Celle-ci doit leur permettre, une fois réalisée, de prodiguer des soins de qualité pour tous.

Le stage de médecine polyvalente fait partie des deux stages hospitaliers restant obligatoires à l'issue de la réforme du D.E.S. de 2017. Il nous a paru intéressant de connaître les attentes des internes de Médecine Générale avant ce stage, afin d'adapter et de proposer une formation toujours plus performante aux futurs médecins généralistes à Strasbourg.

**Objectif :** L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes et les appréhensions des Internes de Médecine Générale alsaciens de phase d'approfondissement à propos de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, avant le début de celui-ci.

**Matériels et méthodes :** Une étude qualitative dans une approche inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels et en groupe, auprès d'Internes de Médecine Générale en Alsace. Ces derniers ont été recrutés et interviewés avant de réaliser leur stage hospitalier de médecine polyvalente, entre octobre 2021 et avril 2022.

**Résultats :** 3 Focus Group et 5 entretiens individuels ont été réalisés pour cette étude. Le stage de médecine polyvalente semble important aux yeux des internes dans un but d'autonomisation pour leur pratique future, au regard des besoins de formation qu'ils ont identifiés durant leurs précédents stages. Les internes choisissent avec soin, à la recherche d'un équilibre propre à chacun, entre leurs attentes et appréhensions. Ils attendent du stage qu'il permette l'acquisition de connaissances biomédicales et sociales, en accord avec les recommandations scientifiques, sur la polypathologie et les pathologies courantes en médecine générale qu'ils espèrent approfondir à l'hôpital. Les méthodes de formation attendues se basent sur un modèle d'autonomie supervisée acquise de manière progressive, dans un environnement de responsabilité et d'encadrement approprié à leur niveau.

**Discussion :** Notre travail est innovant, le sujet ayant été peu exploré jusqu'ici. La validité interne de notre étude aurait pu être enrichie grâce à une triangulation de l'analyse. Les attentes identifiées par ce travail semblent concorder avec les données de la littérature.

**Conclusion :** Cette étude a permis de proposer un modèle théorique des attentes et appréhensions des Internes de Médecine Générale de phase d'approfondissement alsaciens à propos de leur stage hospitalier de médecine polyvalente, avant le début de celui-ci. La connaissance de ces attentes pourrait faciliter la proposition de stages au plus près des besoins de formation, d'autant que le cadre législatif et pédagogique actuel semble compatible.

---

**Rubrique de classement :** Médecine Générale

---

**Mots-clés :** Interne de Médecine Générale ; Stage hospitalier de Médecine Polyvalente ; Phase d'approfondissement ; Pédagogie Médicale ; Étude qualitative ; Réforme D.E.S.

---

**Président du jury :** VOGEL Thomas, Professeur des Universités

---

**Asseseurs :**

LÉPINE CAMILLE, Docteur en Médecine Générale, Chef de Clinique des Universités

GERBER VICTOR, Docteur en Médecine Générale, Chef de Clinique des Universités

BERTHOU Anne, Professeur associée de Médecine Générale

---

**Adresse de l'auteur :** WAGENHEIM Anaïs, 1 allée de la Brasserie, 67200 STRASBOURG

---