UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024 N° 15

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

MEHR Margot Julie

Née le 28 juin 1994 à SCHILTIGHEIM (Alsace, France)

Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg concernant le développement des compétences lors des stages réalisés en ambulatoire à l'issue de leur formation.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thierry PELACCIA (Médecin Urgentiste et Professeur des Universités à la Faculté de Médecine de Strasbourg)

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO (Maître de Conférence Associé de l'Université de Médecine Générale et Directeur du Département de Médecine Générale de Strasbourg)

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

A1 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

A2 - MEMBRE SENIOR À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (IUF)

A3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

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

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

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

F1 – PROFESSEURS ÉMÉRITES

[illegible]

F2 – PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

[illegible]

F3 – MAÎTRES-ASSISTANTS CONTRACTUELS DE L'UNIVERSITÉ

[illegible]

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DEPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DOCENTE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

LA FACULTÉ A AUTORISÉ CELLE DE PRÉSENTER DANS LE CADRE D'ÉTUDES ÉCRITES QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
CONSIDÉRÉ COMME PROPRES À L'AUTEUR

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon **Président de thèse**, Monsieur le Docteur Thierry PELACCIA,

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous m'aviez déjà accompagnée en 2016, lors de la réalisation de mon Master 1 de Pédagogie. C'est dans une certaine continuité que cette thèse a été réalisée, et en toute logique que je vous ai demandé d'être le Président de ce jury. Je vous fais part de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A mon **Directeur de Thèse**, Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de m'avoir guidée à travailler l'univers des méthodes qualitatives et ses complexités. Merci pour votre disponibilité et votre aide tout au long de cette thèse.

Au **3ème membre de ce jury**, Madame le Docteur Sandrine WOLF**,**

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je suis reconnaissante de t'avoir rencontrée et d'avoir fait cette année de remplacement à tes côtés. Tu es une collègue avec qui j'aime partager, débattre et travailler, en toute sérénité. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, et de m'avoir montré que l'on peut tout concilier, vie professionnelle et vie familiale.

A tous les médecins, chefs, internes, que j'ai croisés au cours de mes études, tant en stage d'externe que d'interne, qui m'ont aidée, guidée et transmis leurs savoirs et leurs connaissances.

A tous mes maîtres de stages, qui m'ont aidée à progresser, grandir en tant que médecin, et qui m'ont appris à prendre confiance en moi, à renforcer mes connaissances et mon savoir-faire.

A tous les praticiens et secrétaires que j'ai croisés au cours de ces deux années de remplacements, qui m'ont permis d'apprendre à m'affirmer en tant que médecin.

A tous mes co-externes et co-internes, qui ont partagé, chacun, un petit bout de ce chemin à mes côtés.

Et surtout, MERCI, à tous mes sujets, qui resteront anonymes, d'avoir accepté de partager leur expérience sans retenue, et de m'avoir permis de réaliser cette thèse.

Merci,

A **mes parents**, de m'avoir élevée et aimée depuis ma plus tendre enfance. Merci toujours avoir cru en moi, en mes capacités, et de toujours m'avoir poussé à viser plus loin et plus haut. Merci de m'avoir toujours soutenue, sans faille, tant matériellement qu'émotionnellement, à travers toutes ces années. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur et mon caractère pas toujours facile. Merci de m'avoir aidée à aller au bout de ce rêve et d'avoir tout fait pour m'emmener là où je suis aujourd'hui. Merci d'avoir été là, quoi qu'il arrive, à n'importe quelle heure, pour n'importe quoi, et d'être toujours aussi présents aujourd'hui. Je ne vous le dis pas assez, alors merci de tout ce que vous avez fait pour moi, parce que cette thèse est en partie aussi la vôtre.

A **ma Maman**, pour ta présence et ton amour infini. Merci de toujours avoir anticipé mes besoins, de toujours avoir fait en sorte que je ne manque de rien, et de m'avoir aidée ces dix dernières années à ta façon : du choix de mon foyer en première année aux livraisons de Tupperware en vélo, jusqu'à la relecture de cette thèse. Merci de toujours avoir trouvé les mots pour me rassurer et me réconforter, surtout quand je perdais pied. Merci d'être ma maman, aussi protectrice et aimante, en espérant un jour arriver à ta cheville.

A **mon Papa**, pour ton soutien et ta présence infaillible. Merci d'avoir toujours répondu à mes appels et d'être venu m'aider dès que j'en ressentais le besoin. Merci d'être allé récupérer mes vélos (même ceux que j'oubliais à l'autre bout de l'Alsace), d'avoir réparé mes nombreux pneus crevés ou d'avoir traversé l'Alsace pour m'aider à refaire ma carte Sim ou régler mes petits soucis de voiture. Merci d'avoir toujours fait en sorte que je ne manque de rien, et de m'avoir permis de réaliser mes études, en toute sérénité, en sachant que vous seriez toujours là quoi qu'il arrive.

A **Arthur**, ma moitié, d'être mon refuge, mon pilier, et ma force au quotidien. De toujours m'écouter, même quand je parle un peu trop, et un peu trop fort (merci les Gross !). Merci de toujours chercher à me faire rire, même quand mon cœur n'y est pas. De toujours me remettre les pieds sur terre et me rappeler qu'il y a une vie en dehors de la médecine. Un jour, tu as dit que tu serais là pour m'accompagner sur ce long chemin, tu l'as fait et tu n'as jamais failli. Merci pour tout ce que tu m'apportes, parce que je suis arrivée au bout de ces études en grande partie grâce à toi. A nous, à notre avenir, à tout ce que nous avons construit jusqu'ici et à tous nos projets à venir.

A **Camille,** ma grande sœur, merci pour ta présence, de toujours m'avoir protégé à ta manière, et de m'avoir aidé dans les moments les plus durs. Merci de m'avoir poussée à prendre confiance en moi, à devenir plus forte et plus indépendante, parce que une petite sœur cherchera toujours à ressembler à sa grande sœur, ou du moins à s'y rapprocher au maximum. A mon futur petit neveu/nièce qui pousse doucement!

A **Pierrick**, merci d'aimer ma sœur et d'être là pour elle.

A **Betty et Claude**, de m'avoir accueillie dans votre famille et de toujours répondre présents dès que nous en avons besoin. Merci d'avoir été là durant toutes ces années, et d'avoir pris le relais notamment lorsque mes parents ou Arthur étaient absents.

A **Camille W**, ma plus vieille amie (aux deux sens du terme). Parce que nos années d'amitiés ne se comptent plus. Parce qu'on a déjà tant vécu ensemble : nos après-midis Barbies, Sims, jeux destins, nos premières histoires d'amour, nos premières disputes, la découverte de la vie d'adulte, nos journées spa. Parce qu'on sait qu'on sera toujours là l'une pour l'autre, qu'importe le temps ou la distance. Merci de m'avoir aidée à sortir de ma coquille, de m'avoir appris à m'affirmer et à devenir celle que je suis aujourd'hui. A nos différences qui ont forgé notre amitié, si forte et si belle. A ton petit bout que j'ai hâte de rencontrer !

A **Manon**, mon amie, celle qui me comprend en un regard. Merci de toujours avoir été là, depuis ce fameux projet d'arts plastique qui nous a réunies. Parce que tu es et seras toujours mon coup de foudre amicale, à vie. Je me rappellerais toujours de ton regard, si profond et soucieux quand tu étais à mes côtés juste au moment où j'allais apprendre les résultats de mes ECNs. A nos discussions qui n'ont jamais de fin. Merci d'être celle que tu es, aussi forte que bienveillante. Regarde tout ce que tu as accompli par toi-même, parce que des fois tu l'oublies, mais je suis là pour te le rappeler !

A **Prudence et Aude**, mes acolytes de lycée. A nos fous rires et nos souvenirs, aussi précieux et secrets qu'ils sont (parce qu'on ne fera pas de commentaires !). Merci de toujours être là dans les moments importants et que notre petit trio soit toujours soudé après tant d'année !

Aux **Carabines**, pour toutes ces années passées ensemble. A tous nos souvenirs : des révisions à la bibliothèque universitaire aux fameuses soirées médecines, aux week-ends dans les Vosges, aux vacances au ski et dans le sud. Tant de souvenirs qui ont forgé nos amitiés. Même si chacune fait son petit bout de chemin quelque part en France ou en Alsace, les moments où l'on se retrouve on a toujours l'impression que rien n'a changé !

A **Céline**, mon binôme, mon amie, ma co-externe favorite, celle sans qui de nombreux stages ou TD auraient été bien trop longs. A nos longs débats, à nos discussions et notre soutien mutuel lors de ces nombreuses années. A ta réussite et ton avenir chez nos amis suisses.

A **Marion,** mon amie et acolyte de TD, BU, ou révision D4. Je suis contente que tu aies pu réussir à réaliser tes rêves, même si c'est loin de chez nous !

Toutes ces années de médecine n'auraient pas été pareilles sans chacune d'entre vous.

Aux **larves du Sturm,** pour cette première année ensemble, riche en souvenirs.

A **la famille GROSS,** d'avoir été des bouffées d'oxygène à travers ces années. A Léa, ce rayon de soleil, tant attendu. **Et à Mamie**, dans nous avoir aimées et élevées à sa façon.

A la **famille MEHR,**

A **Mamema,** un exemple de force et de persévérance. A **Babeba,**

A **Fripounet et Louna**, mes compagnons de révisions, les plus fidèles,

A tous ceux que je n'ai pas cité, de rendre mon quotidien chaleureux !

Et à **la jeune fille de 14 ans,** celle qui a eu peur de rêver trop grand … comme dirait ***Oscar Wild : « C'est en visant la lune qu'on atterrit dans les étoiles. »***

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION **23**

A. LA REFORME DU TROISIEME CYCLE APPLIQUEE A LA MEDECINE GENERALE **23**

1. Les études de médecine aujourd'hui *23*

2. L'Histoire de la Médecine générale et de son enseignement *24*

3. La Réforme du Troisième Cycle en Médecine Générale *27*

4. Les modalités d'organisation des stages en ambulatoire *28*

5. La maquette de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg *30*

B. LA MISE EN PLACE D'UNE QUATRIEME ANNEE D'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE 32

C. L'APPRENTISSAGE PAR COMPETENCE **35**

D. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LE RESSENTI DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE SUR L'ACQUISITION DES COMPETENCES LORS DES STAGES EN AMBULATOIRE 38

E. MISE EN PLACE DE LA PROBLEMATIQUE **39**

II. METHODES **40**

A. TYPE D'ETUDE, RECRUTEMENT ET CRITERES D'INCLUSIONS. **40**

B. LE GUIDE D'ENTRETIEN **41**

C. LA REALISATION ET L'ANALYSE DES ENTRETIENS **42**

III. RESULTATS **43**

A. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE **43**

B. LES MAQUETTES REALISEES PAR LES SUJETS DE L'ETUDE **44**

C. SCHEMA RESUMANT LES COMPETENCES ACQUISES LORS DES STAGES EN AMBULATOIRE **45**

D. ANALYSE THEMATIQUE : LES COMPETENCES ACQUISES SUBJECTIVES **46**

1. La relation médecin-patient *46*

a) La médecine générale : une vision de la médecine à part 46

b) Les composantes de la relation médecin-patient 47

i. L'écoute du patient 47

ii. L'empathie 48

iii. L'attitude à adopter face au patient 48

c) L'acquisition de cette compétence 49

i. Une partie innée 49

ii. Apprendre par mimétisme 49

iii. Apprendre par l'expérience et la mise en réflexion de cette expérience 50

iv. Un apprentissage progressif 52

2. Apprendre à appréhender la médecine générale *53*

a) Apprendre à développer une expertise clinique : apprendre à interroger, examiner et émettre un diagnostic 53

b) Apprendre le suivi des patients 54

i. Superviser le suivi médical du patient au sein du système de santé 54

ii. Le suivi des enfants 55

3. Apprendre à avoir une vision globale du patient *55*

4. Apprendre à s'adapter au terrain, à chaque situation, chaque patient selon ses complexités *56*
5. Apprendre les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la pratique de médecin généraliste *58*
a) Pathologies et traitements rencontrés uniquement en médecine générale 58
b) Apprentissage de la pédiatrie : 60
c) Apprentissage de la gynécologie 62
d) Apprendre les papiers/certificats médicaux/dossiers à remplir 64
e) Développer de nouvelles compétences 65
6. Découvrir la médecine générale, son organisation et la gestion d'un cabinet médical *66*
a) Apprendre la gestion d'un cabinet médical 66
i. La découverte d'une consultation médicale et de la visite à domicile 66
ii. Apprendre la gestion technique et administrative d'un cabinet 66
b) Apprendre à gérer la pression et les flux des patients 67
7. Apprendre à découvrir et aimer la médecine générale. *68*
8. Tester plein de pratiques et de types d'exercices différents pour savoir ce que l'interne souhaite faire plus tard. *69*
9. Apprendre à connaître ses limites *71*
a) Apprendre à déléguer et à collaborer avec ses collègues. 71
b) Apprendre à être ferme avec les patients 72
c) Apprendre qu'on n'a jamais fini d'apprendre 73
10. Apprendre à devenir médecin généraliste *73*
a) Prendre confiance en sa pratique 74
b) L'acquisition de l'autonomie 76
11. Ambiguïté sur le sentiment de se sentir prêt à exercer *77*
12. Avis des étudiants sur les stages et la maquette générale *78*
a) Importance des stages en ambulatoires 78
i. Un passage obligatoire pour devenir médecin généraliste 79
ii. L'ambulatoire apporte quelque chose de particulier que ne peut apporter l'hôpital. 79
b) Remarques faites sur les stages de pédiatrie et gynécologies 80
i. Choix des stages hospitaliers d'une autre spécialité lors des stages couplés de gynécologie ou pédiatrie : apprendre une spécialité dans le domaine en question 80
ii. Choix des stages ambulatoires lors des stages couplés de gynécologie ou pédiatrie 82
13. Comment améliorer l'internat *83*
a) Avis sur la mise en place d'une quatrième année de médecine 83
b) Propositions des étudiants pour faire évoluer la maquette de médecine générales et la mise en place d'une quatrième année d'internat. 85

IV. DISCUSSION 90

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 90
1. Forces de l'étude *90*
2. Limites de l'étude *91*

B. COMPARAISON DES DONNEES DE L'ETUDE AUX METHODES PEDAGOGIQUES D'EVALUATIONS DES COMPETENCES 91
1. Comparaison à la Marguerite des compétences et la Grille d'évaluation des compétences utilisée par le DMG de Strasbourg *91*
2. Apprendre par l'expérience *94*

C. L'IMPORTANCE D'UNE SUPERVISION DE QUALITE 95

D. L'INTERET DES STAGES EN AMBULATOIRE 98
1. L'influence des stages en ambulatoire sur l'acquisition des compétences *98*
2. Le cas particulier des stages de gynécologie et pédiatrie en ambulatoire *100*
3. Multiplier les terrains de stage pour limiter les disparités dans les approches pédagogiques *104*
4. Influence des stages en ambulatoire sur le projet professionnel et le sentiment de se sentir prêt à exercer *104*

E. LE DEBAT AUTOUR DE LA QUATRIEME ANNEE DE MEDECINE : POURQUOI LES ETUDIANTS EN MEDECINE ET LES JEUNES MEDECINS GENERALISTES SONT-ILS RETICENTS A UNE QUATRIEME ANNEE DE MEDECINE ? 109

V. CONCLUSIONS 113

VI. BIBLIOGRAPHIE 117

VII. ANNEXES 120

A. GUIDE ENTRETIEN 120

B. VERBATIMS : 121

1. Entretien numéro 6 122

2. Entretien numéro 9 131

C. GRILLE D'EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DU DMG DE STRASBOURG 140

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des Figures

Figure 1 : La marguerite des compétences d'un médecin généraliste (23) 36
Figure 2 : Compétences acquises lors des stages en ambulatoire 45
Figure 3 : Relations triangulaire entre le MSU, l'interne et la patient 50
Figure 4 : Pyramide du système de soins (26) 59

Listes des Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets 44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANEMF = Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APC = Apprentissage Par Compétence

CES = Certificats d'Etudes Spécialisées

CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants

DE = Diplôme d'Etat

DES = Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC = Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DFASM = Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM)

DFGSM3 = Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG = Direction de Médecine Générale

ECNs = Examens Classants Nationaux

ECOS = Examen Clinique Objectif Standardisé

EDN = Epreuves Dématérialisées Nationales

FST = Formation Spécialisée Transversale

ISNI = InterSyndicale Nationale des Internes

ISNAR – IMG = InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI = InterSyndicale Nationale des Internes

INSCCA = InterSyndicale National des Chefs de Clinique et Assistants

MSU = Maître de Stage Universitaire

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

PLFSS = Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

QR CODE = Quick Response Code

I. Introduction

A. La Réforme du Troisième cycle appliquée à la Médecine Générale

1. Les études de médecine aujourd'hui

Les études de médecine en France sont des études supérieures qui s'effectuent au sein d'une université. Les étudiants sont répartis dans les différents centres de formations en fonction de leur région de résidence. Celles-ci s'organisent en trois cycles, ce qui porte les études de 9 à 12 ans selon la spécialité choisie.

Tout d'abord, il y a **le premier cycle** : qui comprend les trois premières années de médecine et qui permet à l'issue de ce parcours d'obtenir le diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM3) (1).

Ensuite les étudiants rentrent dans **le deuxième cycle et** accèdent au statut d'étudiants hospitaliers ou externes. Le deuxième cycle allie à la fois des enseignements théoriques et pratiques par la réalisation de stages hospitaliers. A l'issue de ces 3 années d'externat, l'étudiant décroche le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM). Jusqu'en juin 2023 à l'issue de la DFASM3, les étudiants présentaient alors un examen national classant, communément appelé Examens Classants Nationales (ECNs). Ce dernier permettait l'accès au troisième cycle des études médicales. Selon leur niveau de réussite au concours, les étudiants choisissaient leur spécialité et leur région d'affectation en fonction de leur classement. Les premiers classés avaient ainsi accès à toutes les spécialités et tous les lieux disponibles, tandis que les derniers classés avaient un choix plus restreint (1).

À partir de la rentrée 2023-2024, les ECNs ont été supprimaient pour laisser place à une combinaison de trois épreuves :

- les épreuves dématérialisées nationales (EDN), un concours qui remplace l'ECNs,
- les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS). Ceux sont des épreuves de simulations de situations cliniques destinées à évaluer les aptitudes cliniques et la communication de l'étudiant,
- Une évaluation du parcours universitaire de l'étudiant,

L'ensemble du score à l'EDN, aux ECOS, et la prise en compte du parcours personnel de l'étudiant est utilisé dans un algorithme complet, appelé « matching », pour déterminer un rang de classement de l'étudiant dans divers groupes de spécialités. La première session des EDNs aura lieu en octobre 2023 et les ECOS en mai 2024 (2).

Ainsi les études médicales se finissent par **le troisième cycle :** Le troisième cycle des études de médecine est communément appelé l'internat. L'étudiant est désormais interne dans une spécialité médicale ou chirurgicale. L'interne réalise ainsi des stages successifs de 6 mois pendant une durée de 3 à 6 ans selon la filière choisie, en fonction d'une maquette spécifique à la spécialité et la région de formation. A la fin de l'internat, l'étudiant accède au titre de Docteur en Médecine. L'interne doit valider le Diplôme d'Etat (DE) par la réussite de tous ses stages, d'un DES (Diplômes d'Etudes Spécialisées de Médecine) et la soutenance de sa thèse de médecine. La définition officielle du DES selon la législation française est « ouvrant droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme » (1,3).

2. L'Histoire de la Médecine générale et de son enseignement

Suite à la Révolution Française en 1789, tout citoyen pouvait délivrer des soins sans diplôme et se faire rémunérer comme bon lui semble. Pour éviter le charlatanisme qui s'était imposé, un

diplôme officiel est réinstauré en 1803. La loi Chevandier, émise le 30 novembre 1892, permet la délivrance d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français dans des établissements supérieurs d'Etat. La Charte de la médecine libérale est créée en 1927 et pose cinq grands principes :

- La liberté de choix du médecin par le malade,
- La liberté de prescription,
- Le respect du secret médical,
- Le contrôle des malades par les caisses d'assurances sociales et des médecins par leur syndicat,
- La liberté des tarifs avec une entente directe entre le malade et le médecin (4).

Hormis ce dernier point supprimé par la création de la sécurité sociale en 1945, les quatre premiers principes sont toujours actuels.

Les années après la deuxième guerre mondiale voient le développement des spécialisations et la fin d'une médecine omnipraticienne. Les hôpitaux se développent, la recherche et les connaissances évoluent. En 1958 sont créés les Centres Hospitaliers Universitaires par la Réforme Debré. Cette réforme donne aux hôpitaux une triple compétence : soins, enseignement et recherche (4).

En 1949, un arrêté établit une liste de spécialités et les conditions pour y accéder. Les Certificats d'Etudes Spécialisées (CES) sont créés et permettent ainsi à un omnipraticien en cours de carrière de s'orienter vers une spécialité. La Loi du 23 décembre 1982 les supprime et accentue la spécialisation médicale dès la formation médicale initiale. Les médecins doivent désormais passer le concours de l'internat pour accéder à une spécialité et valider un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) (4).

Durant cette seconde moitié du XXème siècle, il n'y avait pas de définition précise quant aux missions de la médecine générale : elle était liée à tout ce qui ne relève pas d'un spécialiste. La médecine générale se voit donc progressivement dévalorisée au profit des spécialités par ces différentes réformes. Son enseignement en pâtit également. Depuis la réforme de 1958, la formation des étudiants en médecine est la même pour tous et orientée principalement par une vision hospitalo-universitaire. Les pathologies rencontrées ainsi au quotidien par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne sont peu, voire pas enseignées dans les universités, car peu rencontrées (4).

La création du Collège National des Généralistes Enseignants en 1983, puis celle du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale en 2007, ont œuvré ensemble pour redéfinir un rôle et une fonction de la Médecine Générale au sein des universités. Ce n'est que le 16 janvier 2004 que la Médecine Générale rentre dans le rang des spécialités universitaires par la création de son DES (4).

L'enseignement de la Médecine Générale est donc resté longtemps en marge des enseignements universitaires. Il y a tout de même eu l'instauration du stage obligatoire de 6 mois en médecine ambulatoire auprès d'un maître de stage en libéral en 1997 et la création de la possibilité de réaliser un SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en 2003 (4).

L'enseignement de la Médecine Générale au sein des universités s'est progressivement amélioré au fur et à mesure des années avec une reconnaissance de la spécialité de Médecine Générale « équivalente » à une autre spécialité. Cet enseignement a connu une accélération dans les années 2000, notamment par la création de la Filière Universitaire de Médecine Générale avec la loi du 8 février 2008 et des premiers Enseignants Universitaires Titulaires de Médecine Générale

en 2009.

La réforme du Troisième Cycle appliquée en 2017 a également contribué à l'amélioration et la qualité de formation des futurs médecins généralistes.

3. La Réforme du Troisième Cycle en Médecine Générale

La Médecine Générale est reconnue comme une spécialité à part entière par la création du DES de Médecine Générale le 16 janvier 2004 (5). La durée actuelle de l'internat de Médecine Générale est de 3 ans, portant ainsi le nombre d'années d'études à 9 ans. Avant 2017, les semestres étaient réalisés en fonction des postes disponibles, et les internes choisissaient leur stage en fonction de leur classement aux ECNs et de leur ancienneté. Les maquettes entre les régions étaient ainsi peu homogènes.

Les arrêtés des 12 (6) et 21 avril 2017 (7) fixent les règles de la Réforme du Troisième Cycle des études de médecine en permettant une réorganisation des spécialités et de leur contenu. Cette réforme permet également la création de nouvelles spécialités, telles que la Médecine d'Urgence ou la Gériatrie. Auparavant, il fallait faire un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) après l'internat de médecine générale pour y avoir accès.

L'application de la Réforme du Troisième Cycle, le 1er novembre 2017, a permis une réorganisation de l'internat de Médecine Générale. Désormais, l'étudiant doit effectuer 3 ans d'internat coupé en deux phases différentes, avec une mise en autonomie progressive (8).

La **phase socle** d'une durée d'un an comprend :

- un stage en médecine générale auprès d'un praticien agréé (stage de niveau 1 chez le praticien),
- un stage en médecine d'urgence.

L'objectif de cette phase est de permettre à l'interne une acquisition progressive des compétences de base communes à tous les médecins et à celles de sa spécialité.

La **phase approfondissement** d'une durée de deux ans comprend quatre stages différents :

- stage de santé de la femme,
- stage de santé de l'enfant,
- stage en médecine polyvalente,
- stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) .

Le stage de médecine polyvalente s'effectue au cours de la deuxième année d'internat, et le SASPAS se fait au cours de la troisième et dernière année d'internat. Cette phase permet donc un approfondissement des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale.

Malheureusement dans certaines régions de France, l'offre pédagogique ne permet pas une application stricte de cette réforme. Il existe donc des adaptations possibles telles que regrouper la santé femme et enfant en 6 mois et un stage libre en complément par exemple. L'un des objectifs principaux de la Réforme du Troisième Cycle est le développement des stages en ambulatoire et l'uniformisation sur le territoire de la maquette de Médecine Générale ; mais des disparités persistent entre les régions.

4. Les modalités d'organisation des stages en ambulatoire

Le choix de stage se fait selon l'ancienneté et le rang de classement aux ECNs. Ainsi, plus un interne va être avancé dans sa formation et mieux il sera classé haut dans le classement de son année d'ECNs, plus il sera dans les premiers à choisir son stage.

Les stages en ambulatoire se font auprès d'un MSU (Maître de Stage Universitaire) de la région où l'interne réalise son internat. Ces MSU sont agréés par la Faculté et ont notamment reçu une

formation adaptée à l'accueil et la formation des internes. Ces formations sont réalisées sous forme de journées et sont organisées par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) (9).

Le **stage de niveau 1 chez le praticien** se déroule selon les conditions suivantes. Généralement l'étudiant va être affecté à une liste de 3 MSU différents. Le temps passé chez chaque MSU doit être équivalent. Généralement l'interne va passer un mois à tour de rôle chez chaque praticien, soit un total de deux mois chez chaque praticien sur les six mois. Le stage de niveau 1 chez le praticien est le premier stage en ambulatoire de l'étudiant en tant qu'interne. Ce stage lui permet de s'initier à la médecine générale. Il s'organise selon différentes phases pédagogiques :

- une phase d'observation :

Cette phase peut être assez courte sur la durée, généralement de quelques jours maximum.

- une phase de supervision directe :

L'interne réalise des consultations avec le MSU (Maître de Stage Universitaire). Selon le MSU et ses habitudes, les organisations divergent. Il existe plusieurs façons de faire. Par exemple, l'interne mène la consultation sous la surveillance du MSU, et celui-ci intervient quand il le juge nécessaire ou fait un débriefing à la fin de la consultation. Une autre possibilité est que le MSU et l'interne collaborent et travaillent en binôme, l'un réalise l'interrogatoire et l'autre examine.

- Une phase de supervision indirecte :

Si les conditions environnementales le permettent, et selon le degré d'autonomie de l'interne, ce dernier peut être amené à réaliser des consultations seules en autonomie. Cependant, le maître de stage doit être à proximité, soit à quelques kilomètres du cabinet, soit au sein même du cabinet, pour être disponible, répondre aux questions de l'interne et intervenir si cela est nécessaire. Cependant, sur une même journée, ce nombre de consultations doit être limité à

maximum quinze. En effet, l'interne n'a pas encore les ressources nécessaires pour assurer la prise en charge complète seul d'un cabinet médical.

L'objectif de la réalisation du **SASPAS** est de permettre à l'interne d'acquérir de l'autonomie. Les internes sont affectés entre 3 à 4 praticiens différents, et réalisent généralement un jour dans la semaine chez chaque praticien. Les internes en stage de SASPAS sont en supervision indirecte. C'est-à dire que l'interne réalise des consultations en autonomie et gère seul le cabinet médical, sans que le MSU ne soit présent physiquement au cabinet, en ayant la possibilité de contacter le maître de stage à tout moment pour l'aider à gérer une situation dans laquelle il se sentirait en difficulté. Cela impose donc au maître de stage de rester joignable par téléphone et de se trouver à une distance proche du cabinet. La journée se finit généralement par un débriefing entre le MSU et l'interne sur les consultations et les difficultés rencontrées par l'étudiant (10).

5. La maquette de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Depuis le 1er novembre 2017, le Département de Médecine Générale de Strasbourg a ouvert un nombre de postes suffisants pour permettre aux nouveaux internes de la Promotion 2017-2018 de réaliser leur stage de niveau 1 chez le praticien en première année. Une adaptation d'une année aura cependant eu lieu. En effet, certains étudiants des promotions ayant fait leurs ECNs en 2017, auront réalisé leur stage de médecine d'urgence en deuxième année et le stage de médecine polyvalente en première année d'internat. Cependant, dès la Promotion 2018-2019, les internes ont réalisé la maquette suivante (11) :

- Phase socle : un stage en médecine générale auprès d'un praticien agréé (stage de niveau 1 chez le praticien) et un stage de médecine d'urgence, en première année d'internat.
- Phase approfondissement :

- En deuxième année d'internat : stage de médecine polyvalente et stage de santé de l'enfant ou stage de santé de la femme.
- En troisième année d'internat : SASPAS et stage de santé de l'enfant ou stage de santé de la femme.

Une des particularités de la Faculté de Médecine de Strasbourg est la proposition des choix de stages pour les stages et femme, chacun d'une durée de 6 mois depuis l'année 2018-2019. Parmi les stages proposés, il existe quatre combinaisons de stage possible :

- Stage mixte hospitalier-ambulatoire. En effet, les internes passent 3 mois dans un service de pédiatrie ou 3 mois dans un service de gynécologie. Puis les autres 3 mois, soit chez des praticiens en ambulatoire dont la patientèle représente minimum 20 % de consultations gynécologiques ou pédiatriques, soit chez des praticiens libéraux comme en stage de niveau 1 chez le praticien, appelé stage d'approfondissement de médecine générale.
- Stage mixte hospitalier-hospitalier. L'étudiant, en complément des 3 mois en gynécologie ou pédiatrie, fait également 3 mois dans un service hospitalier spécialisé par exemple en cardiologie ou dermatologie.
- Stage de 6 mois en ambulatoire **:** chez des praticiens en ambulatoire dont la patientèle contenant minimum 20% de consultations gynécologiques ou pédiatriques**.**
- Stage de 6 mois dans un service hospitalier de gynécologie ou pédiatrie.

En variant ainsi l'offre de choix de stages pour les semestres consacrés à la santé de la femme et l'enfant, certains internes peuvent réaliser jusqu'à 18 mois, soit la moitié de leur cursus en ambulatoire. Cette offre de choix de stages répond à la Réforme du Troisième Cycle qui cherche à développer les stages en ambulatoire dans la formation des Médecins Généralistes. D'autres

Facultés, telles que Grenoble, appliquent déjà ce format de stages depuis plusieurs années avec des es retours favorables au développement des compétences et à la préparation des internes à leur futur exercice de Médecin Généraliste (12).

B. La mise en place d'une quatrième année d'internat de médecine générale

L'internat de médecine générale dure actuellement 6 semestres, soit 3 ans de formation. Depuis plusieurs années, des rumeurs de mise en place d'une quatrième année d'internat circulaient et faisaient débat. Dans un contexte médical de pénurie de médecins généralistes et de volontés politiques de répondre à ce besoin, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2023 (PLFSS) proposait de rallonger d'un an la durée de l'internat. L'objectif est de rendre l'internat plus professionnalisant et de favoriser ainsi l'installation des jeunes internes à la sortie de leurs études. Cette quatrième année de médecine a donc été validée le 23 décembre 2022 (13).

« *La dernière année du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale est effectuée en stage, sous un régime d'autonomie supervisée par un ou plusieurs praticiens, maîtres de stage, des universités agréées, dans des lieux agréés en pratique ambulatoire dans lesquels exercent un ou plusieurs médecins généralistes et en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.* »

Article L632-2 du Code l'éducation chapitre les études médicales, modifié par l'Article 37 LFPSS 2023 (14)

L'article du 3 août 2023 définit les modifications de la maquette de médecine générale :

« Durée totale du DES : 8 semestres dont au moins 4 en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale, sauf dérogation sur projet professionnel avec accord du coordonnateur du DES » (15).

Pour répondre au déficit en médecins dans les zones sous-denses, le rapport, publié le 13 juin 2023 relatif aux modalités de mise en place de la quatrième année de médecine, explique que certaines études ont montré que le nombre d'installations de nouveaux médecins est plus importants dans les zones où il y a des MSU (10).

L'autre finalité de réaliser plus de stages en ambulatoire est de compléter la formation des internes de médecine générale, par une année de **Docteur Junior**, considérée comme une **phase de consolidation**. Ce statut de Docteur Junior est apparu en même temps que la Réforme du Troisième Cycle, et fait déjà partie de la maquette d'une grande partie des spécialités. Jusqu'à présent, cette phase ne faisait pas encore partie de la maquette de Médecine Générale. L'article Article R6153-1-2 définit son rôle : *« Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale ou des missions de pharmacie hospitalière, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.* » (16).

Ce statut permet à l'interne en dernière année d'internat de suivre sa formation sous le régime de **l'autonomie supervisée ;** c'est-à-dire il réalise des actes et pratique seul sans se référer automatiquement à son supérieur, avec un certain degré d'autonomie. Le Docteur Junior est sous la responsabilité d'un référent médecin de son lieu de stage. Ce référent se doit d'accompagner, conseiller le Docteur Junior dans les actes médicaux quotidiens, et dans la prise en charge d'une situation à laquelle ce dernier ne pourrait faire face seul en autonomie. L'objectif des stages en tant que Docteur Junior est de préparer l'interne à l'exercice seul et de

lui permettre de mieux se préparer, en devenant plus autonome qu'au statut d'interne classique, mais tout en pouvant se référer à un supérieur dès qu'il en ressent le besoin(16,17).

Mettre en place cette quatrième année de médecine sous le statut de Docteur Junior rendrait la formation plus professionnalisante. Cela permettrait aussi notamment de mieux préparer les internes de Médecine Générale à l'autonomie, la gestion d'un cabinet et ainsi favoriser l'installation des jeunes médecins à l'issue de leur internat (10,18).

L'application de cette réforme ne se fera qu'à partir des promotions d'internes réalisant leurs ECNs en 2023, et donc ne sera effective qu'en novembre 2026.

Les premières modalités d'application de cette réforme sont donc apparues le 13 juin 2023 (10).

Le premier changement se ferait déjà au sein de la phase approfondissement : l'objectif est de fusionner les stages de pédiatrie et gynécologie (actuellement stage de 6 mois chacun) en un seul semestre sous un schéma de stage 3 mois-3mois. Cela permettrait notamment de réduire le nombre de stages nécessaires, car actuellement les stages de 6 mois se font souvent en stage hospitalier dans de nombreuses facultés. Le rapport souligne également la nécessité de favoriser le stage de pédiatrie et gynécologie en ambulatoire, tant chez des médecins généralistes que chez des gynécologues ou pédiatres.

Le deuxième changement serait donc la mise en place d'un stage libre au sein de la phase approfondissement.

Le troisième changement serait la création d'une phase de consolidation, avec l'instauration d'une quatrième année de médecine en autonomie supervisée en ambulatoire, sous la forme de deux stages de 6 mois. L'un des objectifs des objectifs fondamentaux serait de privilégier le fait que les internes restent au même endroit pour les deux stages. Ainsi, ils suggèrent un choix de stage par appariement, prenant en compte à la fois l'ancienneté, le rang de classement aux ECNs et le souhait de l'interne de rester au même endroit. Cette année ne pourrait se faire en

hospitalier que dans ces cas exceptionnels (exemple projet d'exercice hospitalier) et sur accord validé par le coordonnateur local du DES de médecine générale, la Commission Locale de Coordination de Médecine Générale et le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR).

Les autres changements annoncés seraient éventuellement la participation des internes à la permanence de soins et une revalorisation des revenus des internes à la hauteur de la responsabilité qui leur est confiée. En effet, l'Etat suggère un salaire fixe versé par l'Université, et en complément, un pourcentage de rétrocession des consultations effectuées, allant de 25 à 30% dans les zones sous dotées, avec un maximum de 4 500 euros par mois (10).

Ce sujet fait débat, notamment auprès des internes de médecine générale et jeunes médecins actuellement en activité (18,19). En effet, le délai d'application de cette réforme est relativement court et les modalités d'application précises sont encore assez floues. Une des craintes des syndicats d'internes de médecine générale est notamment une application trop précoce de cette réforme qui serait mal perçue par les étudiants et conduirait à une baisse du nombre de choix de la spécialité de médecine générale suite aux ENCs 2023 (20).

C. L'apprentissage par Compétence

La formation des internes en médecine générale est actuellement fondée sur le principe **d'Apprentissage par Compétence (APC)** (21).

La compétence a une définition complexe. Une des plus connues est celle proposée par le Professeur Jacques Tardif, qui la décrit comme : « un *savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »* (22).

L'interne en médecine apprend en étant confronté à une situation clinique. Il va devoir mobiliser ses connaissances pour résoudre le problème/la situation clinique. L'acquisition de la compétence est quelque chose de dynamique, évoluant avec l'expérience et le temps. Le niveau d'exigence demandé à un interne de première année ne sera pas le même que pour un interne de dernière année d'internat (21).

Un groupe de recherche national a été créé en 2013, issu de plusieurs départements de médecine générale, afin d'aboutir à un consensus et de définir les compétences à acquérir à un médecin généraliste pour exercer. C'est ainsi qu'a été créée **la Marguerite des compétences du médecin généraliste**, sur laquelle les différentes facultés de médecine se basent pour évaluer l'acquisition des compétences des internes de médecine générale au cours de leur internat(23).

Figure 1 : La marguerite des compétences d'un médecin généraliste (23)

La grille d'évaluation du développement des compétences de médecine générale, utilisée par la DMG (Direction de Médecine Générale) de Strasbourg, reprend les 5 compétences de la

marguerite des compétences d'un médecin généraliste issu de ce groupe de travaille (23). La dernière version 2023-2024 de cette grille d'évaluation est visible en annexe en page 141-148 :

- Premier recours, urgence : gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- Relation, communication, approche centrée patient : construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- Approche globale, prise en compte de la complexité : mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine (EBM), Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.
- Professionnalisme : assurer l'engagement envers la société, répondre à ses attentes, développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

En fonction de l'avancé dans l'internat, le niveau requis pour valider un semestre en fin de phase socle et d'approfondissement ne sera pas le même. Chaque compétence est stratifié en différents niveaux : novice, intermédiaire et compétant. Avec le développement des connaissances et l'expérience, au fur et à mesure de l'internat, l'interne va être de plus en plus à l'aise dans une même famille de situation clinique. A la fin de son cursus, l'interne doit avoir acquis un certain niveau compétences dans toutes les 5 compétences, pour valider son internat et ainsi pourvoir exercer en autonomie.

La grille d'évaluation est délivrée à chaque responsable pédagogique ou maître de stage au cours des stages réalisés par l'interne. Ces derniers évaluent la progression de l'interne à la fin de chaque semestre. Les internes de médecine générale ont déjà tous abordé, vu ou lu cette marguerite de compétences et cette grille d'évaluation durant leur internat, ceci lors des entretiens de fin de semestres ou lors de séances de tutorat. Cependant, ils n'en connaissent pas forcément tous les détails.

D. Revue de la littérature sur le ressenti des internes de médecine générale sur l'acquisition des compétences lors des stages en ambulatoire

Une étude a déjà été réalisée sur la perception de l'acquisition des compétences des internes de médecine générale, mais avant l'application de la Réforme du Troisième Cycle (un seul stage en ambulatoire était alors obligatoire au moment du recueil des données). C'est une étude quantitative, descriptive, transversale, nationale. Elle a notamment permis de déterminer que le sentiment de maîtrise des compétences du métier de médecin généraliste s'améliore significativement après le stage chez le praticien, et en fin d'internat, excepté pour la compétence « éducation du patient » (24).

Une autre étude effectuée en Lorraine a cherché à évaluer la perception des internes sur le stage de niveau 1 et le SASPAS. Cependant cette étude a été réalisée juste avant l'application de la réforme du 3ème cycle, le stage de niveau 1 était donc obligatoire, et le SASPAS était alors optionnel. Les opinions des étudiants sur le SASPAS étaient majoritairement négatives, voire mitigées. L'étude explique notamment les raisons qui poussaient les étudiants à choisir un stage hospitalier à la place d'un SASPAS, laissant ainsi des postes vacants. A contrario, le stage chez le praticien était globalement bien vécu et dans 90,2% des cas, les sujets disaient avoir atteint une certaine autonomie suffisante (25).

Suite à de nombreuses recherches, la thésarde a trouvé que peu d'études ont cherché à évaluer le ressenti des internes sur leur formation et sur l'acquisition des compétences. Ces analyses sont généralement des études descriptives. Une seule étude qualitative réalisée à Grenoble entre novembre 2018 et avril 2019 a cherché à évaluer le ressenti des internes de médecine générale sur les compétences acquises. Elle a été réalisée après la Réforme du Troisième Cycle, mais elle s'intéresse uniquement au stage de pédiatrie (12).

E. Mise en place de la problématique

Il a été vu au décours de cette introduction que l'objectif de la Réforme du Troisième Cycle est de favoriser le développement du nombre de stages en ambulatoire. La thésarde a pu constater le fait que peu d'études se sont intéressées au ressenti des internes de médecine générale sur le développement des compétences lors des stages en ambulatoire. Aucune étude récente n'a cherché à étudier ce thème sur la globalité des stages réalisés en ambulatoire lors de l'internat depuis l'application de la Réforme du Troisième Cycle.

La Faculté de Médecine de Strasbourg est une des premières facultés à laisser l'opportunité aux étudiants de choisir de faire plus de stages en ambulatoire que juste le stage de niveau 1 et le stage SASPAS.

Ainsi, il semble pertinent de s'intéresser à ceux qui ont déjà expérimenté le fait d'effectuer plus de stages en ambulatoire et de voir ce qu'ils en pensaient. Par conséquent, l'objectif principal de l'étude est : **Quel est le ressenti des internes de Médecine Générale de la Faculté de Strasbourg, à l'issue de leur internat, sur le développement des compétences lors des stages réalisés en ambulatoire ?**

Secondairement, suite à l'actualité récente et le débat sur la mise en place d'une quatrième année de médecine, l'objectif secondaire est de déterminer à partir de l'expérience et du point de vue des sujets, des pistes de réflexion sur l'évolution de la maquette de l'internat de médecine générale.

II. Méthodes

A. Type d'étude, recrutement et critères d'inclusions.

Le choix de l'étude s'est porté sur une étude qualitative, non interventionnelle, inspirée de la phénoménologie interprétative. Ce type d'étude permet ainsi d'explorer au mieux le ressenti des sujets.

Les sujets ont été contactés individuellement par l'investigatrice, par message privé type SMS ou par un réseau social dénommé Facebook®. Les sujets devaient avoir réalisé leur internat de

Médecine Générale à la Faculté de Strasbourg, et avoir validé le dernier stage de la maquette, dans un délai inférieur à 2 ans. Onze personnes ont été contactées par la thésarde. Dix ont répondu positivement pour participer à l'étude et une demande d'entretien n'a jamais eu de réponse. Le choix des sujets s'est fait selon le principe d'un échantillonnage raisonné homogène en vue de se rapprocher d'une méthode d'analyse interprétative phénoménologique. Ainsi, 5 personnes issues des promotions ayant terminé leur internat en novembre 2021 et 5 personnes ayant fini leurs études en novembre 2022 ont été recrutées.

B. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien avait été réalisé en amont des interviews, en abordant les différents thèmes que l'investigateur souhaitait aborder, tout en gardant des questions ouvertes pour permettre aux sujets de s'exprimer librement. Ce guide d'entretien a été réajusté après chaque entretien, en fonction des données préalablement recueillies, afin d'améliorer l'exploration du ressenti des sujets. Le guide d'entretien devait aborder les thèmes suivants :

- Pour chaque stage en ambulatoire (stage de niveau 1, stage de pédiatrie, stage de gynécologie et stage SASPAS) : parler de l'organisation, du vécu, et de ce que le stage a apporté au sujet.
- Le sentiment de se sentir prêt à exercer et l'acquisition de l'autonomie.
- L'acquisition des compétences au cours des stages en ambulatoire, dont trois axes principaux à relancer si non abordés par le sujet : la gestion administrative, les connaissances, savoir-faire et pratiques médicales et la relation médecin-patient/le professionnalisme.

- Des questions devaient également aborder l'avis du sujet sur la maquette de Strasbourg, la mise en place d'une quatrième année de médecine et les pistes d'amélioration de la maquette de médecine générale.

La version finale du guide entretien est visible en annexe page 121.

C. La réalisation et l'analyse des entretiens

L'étude s'est réalisée sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés, effectués par visioconférence et enregistrés par un dictaphone numérique. Tous les sujets avaient donné leur accord oral pour participer à l'étude. Une date était fixée selon les disponibilités du sujet.

Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits en verbatim. Dans le but de préserver l'anonymat des participants, chaque sujet s'est vu attribuer un numéro de 1 à 10, selon l'ordre chronologique des enregistrements. Les données qui permettent de retrouver leur identité ont été remplacées par des étoiles « *** ». Les entretiens ont ensuite été analysés manuellement à l'aide d'un logiciel nommé « Taguette ».

Ce projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine ne nécessitait pas de demander un avis à un comité d'éthique. Un questionnaire en ligne, fourni par la Faculté de Médecine de Strasbourg, a été rempli et envoyé à la Déléguée des protections des données de la Faculté de médecine de Strasbourg. En répondant à ce questionnaire, la thésarde s'est engagéee à respecter la méthodologie de référence MR-004 encadrant les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Les données recueillies au cours de cette étude ont été conservées au cours de la réalisation de la thèse sur un ordinateur protégé par un mot de passe et dans une pièce fermée

à clés. Deux entretiens sont visibles en annexes page 123-132. La totalité des entretiens rédigés sont accessibles via un Quick Response Code (QR CODE), visible en annexe page 122-123.

La thésarde est l'investigatrice de cette recherche.

III. Résultats

A. Caractéristiques des entretiens et de la population de l'étude

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le mois de février 2022 et le mois de mai 2023. La saturation des données a été obtenue dès le 9ème entretien. Le 10ème a été réalisé pour le confirmer.

Les entretiens ont duré entre 27 minutes 10 secondes et 40 minutes et 56 secondes. La moyenne de durée des entretiens est de 33 minutes environ. L'âge moyen des sujets est de 28,7 ans. Sept femmes et 3 hommes ont été interviewés. La moitié des internes ont achevé leur internat en novembre 2021, l'autre moitié en novembre 2022. Parmi les sujets, 9 avaient un statut de médecin remplaçant en Alsace au moment de l'entretien, et un exerçait en tant que praticien hospitalier dans un hôpital de campagne, en Alsace.

Les caractéristiques des sujets de l'étude sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Sujet	Sexe	Age	Fin internat	Date interview	Statut actuel
Sujet 1	Femme	27 ans	Novembre 2021	Févier 2022	Remplaçante
Sujet 2	Femme	27 ans	Novembre 2021	Mars 2022	Remplaçante
Sujet 3	Femme	28 ans	Novembre 2022	Décembre 2022	Remplaçante
Sujet 4	Femme	28 ans	Novembre 2022	Décembre 2022	Remplaçante
Sujet 5	Homme	29 ans	Novembre 2021	Janvier 2023	Remplaçant
Sujet 6	Homme	28 ans	Novembre 2022	Janvier 2023	Remplaçant
Sujet 7	Homme	34 ans	Novembre 2021	Avril 2023	Praticien Hospitalier
Sujet 8	Femme	29 ans	Novembre 2021	Avril 2023	Remplaçante
Sujet 9	Femme	29 ans	Novembre 2022	Avril 2023	Remplaçante
Sujet 10	Femme	28 ans	Novembre 2022	Mai 2023	Remplaçante

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets

B. Les maquettes réalisées par les sujets de l'étude

Suite à l'analyse des verbatim, il a été constaté :

- 4 sujets ont réalisé l'équivalent de 3 semestres, soit 18 mois en ambulatoire ;
- 5 sujets ont accompli 15 mois en ambulatoire, soit l'équivalent de 2,5 semestres, et 1 sujet 2 semestres en ambulatoire.
- 9 des 10 médecins interviewés ont effectué plus de mois en libéral que les 12 mois obligatoires en principe.

C. Schéma résumant les compétences acquises lors des stages en ambulatoire

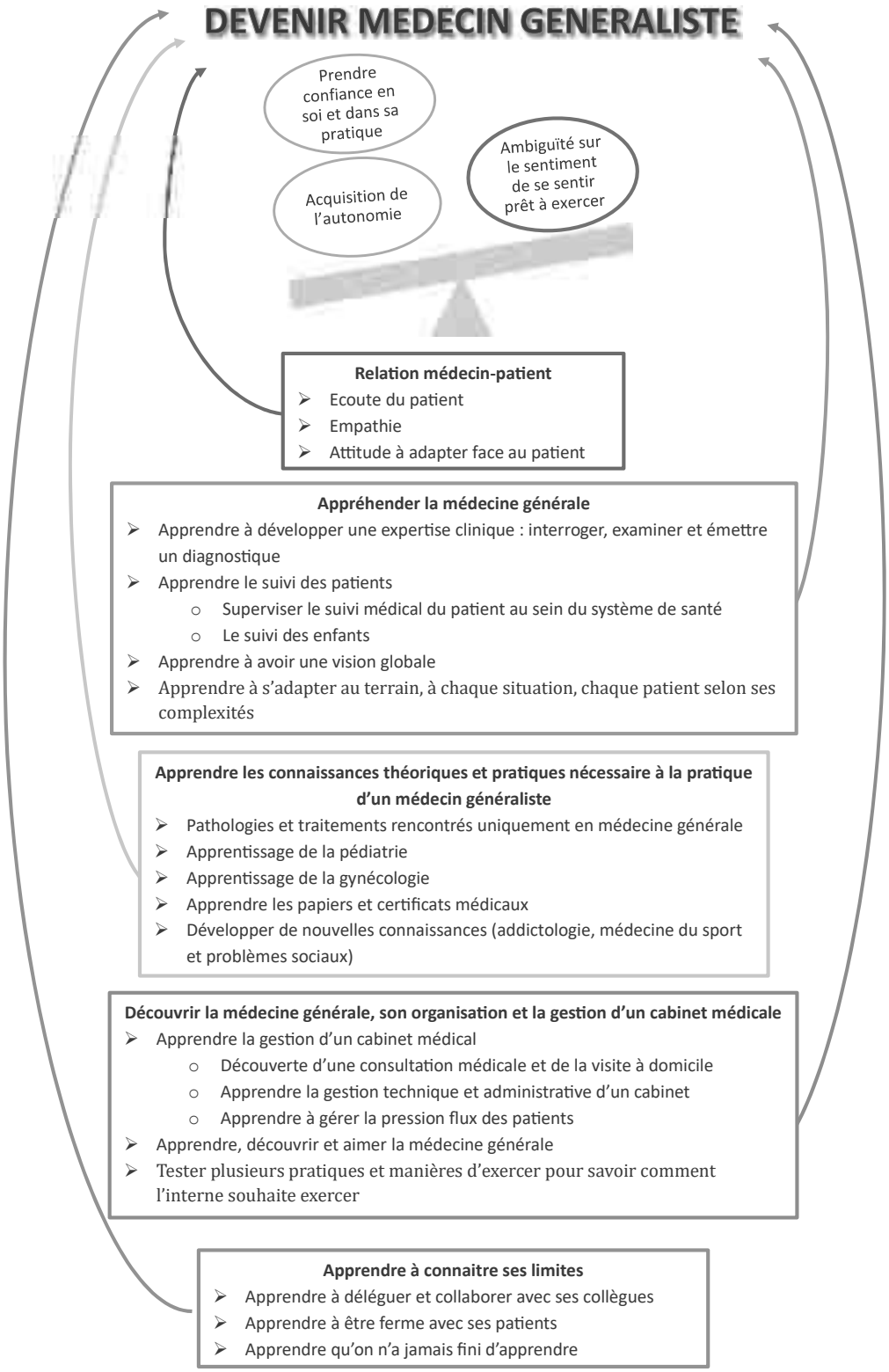

Figure 2 : Compétences acquises lors des stages en ambulatoire

D. Analyse thématique : les compétences acquises subjectives

L'acquisition des compétences nécessaires au développement de la relation médecin-patient sera abordée dans cette partie.

1. La relation médecin-patient

a) La médecine générale : une vision de la médecine à part

Tous les sujets ont exprimé l'importance de réaliser des stages en ambulatoire. Cela leur semble inconcevable d'exercer en médecine générale sans être passé en stage de niveau 1 et SASPAS. En effet, c'est lors de ces stages qu'on apprend la médecine ambulatoire, qui est une **médecine bien à part**. Le médecin généraliste est **le médecin traitan**t d'un patient. Il est son référent au sein du système de santé et la première barrière d'accès au système de santé. C'est une **médecine de premier recours.**

« bah ... c'est différent d'aborder une consultation en médecine générale que d'aborder quelqu'un à l'hôpital. C'est une vision complètement différente de la médecine. On voit les patients, on est le premier interlocuteur en fait des gens. » (S2)

Le médecin traitant peut également être amené à suivre des patients durant de nombreuses années, contrairement à l'hôpital où la relation médecin-patient est beaucoup plus courte, sur quelques heures, voire quelques jours. C'est donc avant tout également une **médecine de proximité.**

« On voit que c'est une relation quand même plus personnelle qu'à l'hôpital où c'est plutôt impersonnel » (S4)

La relation entre le patient et son médecin traitant semble par évidence **primordiale**. Le développement de cette relation médecin-patient est une compétence évoquée par tous les sujets, et même répétée à plusieurs reprises par certains. Certains sujets considèrent même que c'est une des compétences principales à acquérir. Des expressions telles que *« c'est vraiment primordial »* (S4), *« Bah déjà, le contact avec le patient, quand même »* (S6), *« déjà en premier lieu »* (S9), appuient l'importance de cet apprentissage.

b) Les composantes de la relation médecin-patient

Les sujets décrivent de différentes manières la relation médecin-patient. Certains parlent d'**empathie**, d'**écoute du patient**, ou encore **d'attitude à adopter avec le patient**.

i. L'écoute du patient

La première composante de cette relation médecin-patient est **l'écoute du patient**.

En effet, le médecin généraliste est le premier interlocuteur des personnes au sein du système de santé. Ainsi, le médecin pose un diagnostic et détermine les prochaines étapes à réaliser pour lui permettre de faire ce diagnostic : réalisation d'examens complémentaires, avis de spécialistes, etc… Mais parfois une simple consultation suffit pour poser un diagnostic. Cependant, pour arriver à cette finalité, le patient doit pouvoir se sentir en confiance afin de pouvoir s'exprimer librement et délivrer toutes les informations nécessaires au médecin afin qu'il puisse aborder au mieux la plainte de ce dernier. Et cela passe par l'écoute. **L'écoute** permet d'instaurer un climat de confiance avec le patient. Tous les sujets ont précisé cette écoute du patient.

« Le côté humain du médecin, je pense que c'est vraiment primordial pour instaurer une confiance entre le médecin et le patient. » (S4)

« Bah je pense, la première c'est relationnelle, sociale. Il faut écouter. Si tu n'écoutes pas et que tu fais juste ta vie... ça tu peux le faire si tu es hyper spécialisé dans un domaine mais heu … Les gens, ils attendent des compétences, mais ils attendent d'abord quelqu'un qui t'écoute je pense. » (S5)

ii. L'empathie

La deuxième composante de cette relation médecin-patient est **l'empathie,** c'est à dire la capacité du médecin à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre et d'arriver à se mettre à la place d'autrui. Plus de la moitié des sujets ont employé ce mot « *empathie* ».

Cela passe également par la capacité à cerner les patients. En effet, comme l'exprime le sujet 6 : *« Mais moi, les consultations qui se passent le plus mal, c'est des consultations où je sens pas le patient, où le patient m'énerve et c'est là où je fais un peu de la « mauvaise » médecine, parce que du coup … J'arrive pas … J'arrive pas à situer le patient par rapport à sa pathologie, par rapport à ce qu'il dit. Donc ça, déjà c'est important. »*

iii. L'attitude à adopter face au patient

Les deux premières composantes sont essentielles au bon déroulement d'une consultation. Mais le patient n'attend non plus de son médecin d'être son ami. Il vient en consultation pour résoudre un problème et non uniquement pour se confier sur ses maux. Être en consultation demande de tenir une certaine **position et attitude face au patient**. Lors de la consultation, le patient arrive inquiet. Le médecin doit par conséquent être en capacité de pouvoir rassurer le patient, tout en ayant une position de savant, et ne pas montrer ses doutes.

« Bien savoir rassurer le patient et même si nous on a des doutes, de ne pas leur montrer » (S1)

Le médecin doit également se comporter de manière professionnelle dans une certaine mesure entre distance et proximité, pour arriver à mettre en confiance le patient, tout en gardant une distance émotionnelle.

« Ce qui m'a déjà apporté, c'est le contact, avec le patient, savoir comment lui parler, comment heu … l'approche qu'il faut avoir. Hum… comment on peut se positionner par rapport au patient aussi : ne pas trop avoir d'affect, mais être dans l'empathie et etc … » (S6)

c) L'acquisition de cette compétence

i. Une partie innée

Trois sujets expliquent qu'une partie, du moins la base de cet apprentissage, est innée et fait partie du caractère du médecin.

« Je pense que l'attitude par rapport au patient. Bon après il y a des choses qu'on avait déjà avant, enfin j'espère (rires). », « Enfin, déjà de base, je pense que c'est aussi un caractère ! » (S8)

Un des sujets explique même que pour lui, cela ne peut s'apprendre.

« Je suis pas persuadé que ça fasse partie de l'apprentissage. On a la personnalité qu'on a, on a le relationnel qu'on a, heu... voilà. Je pense qu'on apprend pas à être un ... médecin … qui répondrait à tel et tel critère, si ces critères ne sont pas les nôtres à la base. » (S7)

Cependant, d'autres sujets considèrent que les stages en ambulatoire leur ont permis d'améliorer la relation médecin-patient. Ainsi, ce n'est pas parce que certaines personnes ont plus de facilités à interagir avec les gens, que cela ne peut pas s'améliorer avec le temps, la pratique et les stages pour les autres.

ii. Apprendre par mimétisme

Plusieurs sujets ont décrit que l'acquisition de cet apprentissage se fait par **mimétisme**, c'est-à-dire en observant leur maître de stage interagir avec leurs patients. Ils ont pu s'en imprégner afin

de le reproduire et le réajuster selon leur propre façon de faire avec le patient. Cela peut se faire lorsqu'on consulte à deux avec le praticien, par exemple lors du stage de niveau 1 et lors des stages ambulatoires de pédiatrie ou de gynécologie.

« Mais je trouve que ça, on l'apprend en voyant plusieurs médecins et en voyant comment ils s'occupent de leurs patients, et en prenant le côté positif et en enlevant le côté négatif, en critiquant la prise en charge. » (S3)

« Je pense que c'est en regardant, en voyant déjà peut-être... en voyant l'autre interagir avec ses patients. Il y en a qui ont plus de feeling avec leurs patients, voilà, qui sont plus proches de leurs patients que d'autres. Peut-être, c'est de la constatation je pense, plutôt que de … Ça c'est pas quelque chose qu'on m'a appris, je pense, c'est en voyant faire et que voilà on essaye de trouver soi, son propre, ce qui nous convient quoi ! » (S9)

iii. Apprendre par l'expérience et la mise en réflexion de cette expérience

Les interactions médecin-patient sont différentes lors de la présence ou non du maître de stage lors d'une consultation. La présence du maître de stage, comme en stage de niveau 1, rend les interactions triangulaires. Le patient interagit principalement avec l'interne, et le praticien reste en retrait, mais peut être amené à intervenir s'il le juge nécessaire.

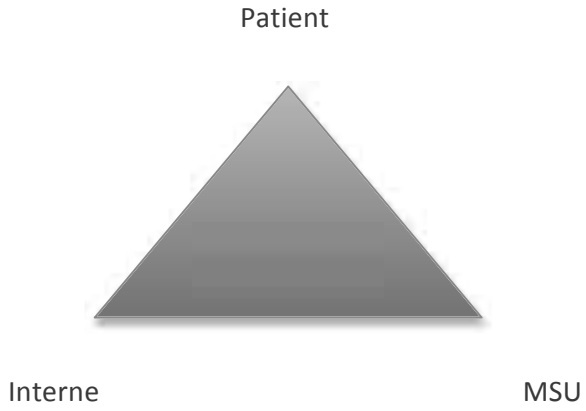

Figure 3 : Relations triangulaires entre le MSU, l'interne et la patient

Un des sujets aborde l'observation du maître de stage quand il pratiquait :

« Mais généralement, ils étaient toujours en back stage, derrière à regarder un peu ce que je faisais » (S5)

Les conseils/remarques donnés par le maître de stage lors du débriefing permettent également d'améliorer l'attitude qu'adopte l'étudiant face au patient.

« Hum... l'attitude par rapport au patient à avoir, après on a des modèles par les personnes qui nous encadrent aussi, qui nous donnent des conseils, qui nous disent ça tu n'aurais pas dû faire comme ça, ou moi j'aurais plutôt fait ça comme ça... Ça oui, ça aide » (S2)

Lors d'une consultation sans maître de stage « observateur », les interactions médecin-patient reviennent dans un schéma classique de consultation d'interaction bilatérale entre médecin-patient. L'étudiant est ainsi amené à gérer une consultation seul face au patient. L'étudiant doit apprendre à se débrouiller avec les outils appris antérieurement. **C'est l'apprentissage par l'expérience.**

« De nouveau, encore plus, le contact avec les patients. Encore plus ! C'est vraiment là, où je me suis rendu compte que j'ai affiné ma sensibilité par rapport aux dépressions, par rapport aux patients qui ont des difficultés. Heu.., quoi leur dire, quelle approche prendre. C'est vraiment ça que j'ai affiné durant ce SASPAS. » (S6)

Les étudiants peuvent à posteriori être amenés à rediscuter avec leur maître de stage, lors du débriefing en fin de journée. Par exemple, le sujet 3 explique que les discussions sur son rapport avec le patient lui ont permis d'améliorer son approche avec le patient.

« Il était plutôt intéressant parce qu'il me posait des questions sur mes ressentis et ma relation médecin-patient, c'est ce qui l'intéressait beaucoup. » (S3)

Cependant, cette mise en situation ne doit pas être trop précoce non plus, sinon l'étudiant peut se sentir perdu face au patient, n'ayant pas le recul et l'expérience nécessaires pour aborder certaines situations.

« Et elle n'arrivait pas à m'en parler parce que j'étais l'interne et moi actuellement, j'aurais su me sortir de ça. La faire parler ou simplement couper la consult'. Mais là, ni avec l'expérience, je l'ai eu en consultation au moins 45 minutes et … ça n'a abouti à rien. Donc je pense que j'étais quand même un peu inexpérimentée pour consulter seule. » (S3)

iv. Un apprentissage progressif

Selon l'analyse des verbatims, il n'y a pas de stages précis qui permettent de développer cette compétence. C'est **l'accumulation d'expériences, des consultations et des stages** qui permet à l'étudiant de développer progressivement l'empathie et l'écoute face au patient, l'attitude à adopter.

« c'est le heu …, bah le… l'approche de différentes populations, de différents types de patients, qui m'ont enrichi beaucoup. Qui ont, hum, beaucoup enrichi mon empathie et puis heu..., voilà mon approche de l'autre. » (S6)

« les connaissances subjectives aussi, la mise en situation, s'adapter aux gens, etc... C'est pas qu'un savoir livresque, j'entends, c'est aussi un savoir pratique, heu... de terrain. » (S7)

« Et puis, après avec les stages et tout ça, il y a aussi la façon d'être, heu..., comment se comporter, comment parler. Heu..., ça c'est au fur et à mesure avec les stages. » (S8)

L'interne va réussir à développer un certain type de relations avec ses patients. Cependant, il n'y a pas de définition précise de cette relation. Il y a autant de médecins qu'il y a de façons de se comporter/pratiquer avec ses patients. Chacun a son caractère de base, chacun va faire des stages différents, vivre des expériences différentes qui vont faire qu'il va développer et

améliorer la relation médecin- patient d'une certaine façon. Au final, comme l'exprime le sujet 7, le médecin va avoir une patientèle qui lui ressemble et vice-versa.

« Et la preuve en est, c'est que finalement les patientèles ressemblent souvent au médecin, et vice versa. Il y a une espèce de... de réciprocité qui s'installe dans le relationnel qu'on a avec les gens quoi. » (S7)

2. Apprendre à appréhender la médecine générale

Comme il a été abordé dans la première partie, la médecine générale est une spécialité bien à part : c'est une médecine de proximité et de premier recours, avec toutes les subtilités qui lui sont propres. Dans cette seconde partie, l'auteur va aborder les différentes compétences permettant aux internes d'apprendre à appréhender cette médecine générale. Néanmoins, les processus d'apprentissage de ces compétences ne vont pas être abordés, car ils superposables aux techniques d'apprentissage décrites dans la partie relation médecin-patient.

a) Apprendre à développer une expertise clinique : apprendre à interroger, examiner et émettre un diagnostic

Pendant l'externat, les étudiants en médecine ne font quasi exclusivement que des stages hospitaliers, excepté éventuellement un stage d'un mois de médecine générale. Les internes ayant choisi la spécialité médecine générale, ont l'habitude de soigner les patients selon les protocoles et la rigueur hospitalière. Ainsi, l'interne en médecine générale doit apprendre à effectuer des diagnostics selon la gestion ambulatoire : apprendre à ne pas avoir la biologie ou la radiologie immédiatement ou dans les heures qui suivent, mais dans un délai un peu plus long. A la fin d'une consultation, le médecin généraliste doit être en capacité d'avoir plus ou moins une idée ou un diagnostic afin d'orienter la prise en charge du patient. Les examens

complémentaires prescrits ne viendront qu'infirmer ou confirmer ce diagnostic dans un second temps. L'interne doit ainsi **apprendre à interroger et examiner** un diagnostic dans un délai relativement court (15-20 minutes selon les pratiques). Trois sujets abordent l'apprentissage de cette **expertise clinique** à acquérir.

« Il y a aussi l'expertise clinique, entre guillemets « bien savoir examiner un patient », mais surtout je pense l'interrogatoire. Parce que je pense qu'en faisant bien l'interrogatoire, la plupart du temps quand tu vas examiner le patient, tu as déjà une idée du diagnostic, et du coup ça te confirme ou pas. » (S1)

« Là il faut comprendre si le problème est urgent ou pas en l'espace de 5 minutes de consultation. Et heu... dans les 5 minutes de la consultation, tu dois savoir ce que tu vas faire de ton patient. » (S2)

« Et puis surtout la découverte de la clinique « pure » entre guillemets quand même. Parce que, voilà, il y a quand même une énorme part de clinique, plutôt la découverte de ça aussi. Moins d'examens, moins de machins, plus de … voilà je me base sur ce que j'ai là en clinique et comment je l'interprète et comment je fais avec ce que j'ai quoi. » (S5)

b) Apprendre le suivi des patients

i. Superviser le suivi médical du patient au sein du système de santé

Le médecin généraliste est le médecin traitant du patient. Il est donc amené à suivre des patients, voir même des familles entières pendant de nombreuses années. Le médecin est généralement le premier interlocuteur des personnes avant de les réorienter si cela est nécessaire. L'interne doit ainsi apprendre à gérer le patient avec ses pathologies, les examens complémentaires qu'il prescrit, l'orienter vers les spécialistes si nécessaires et le suivre dans le temps. L'interne doit donc apprendre à **superviser**. Cet aspect va encore s'accentuer avec la

désertification des spécialistes dans certains territoires, le médecin généraliste sera ainsi amené à aller encore plus loin dans le suivi et les prises en charge des patients, comme le décrit le sujet 4.

« Ça m'a aussi appris que le médecin traitant était là pour tout gérer » (S4)

ii. Le suivi des enfants

Concernant la pédiatrie et le suivi des enfants, neufs sujets différents expliquent que ce sont les stages en ambulatoire qui leur ont permis d'apprendre les connaissances du suivi pédiatrique. Ceci se passe lors des stages où l'étudiant sera confronté à un nombre important d'enfants ; c'est-à-dire la répétition de consultations pédiatriques d'âges différents et de divers motifs va permettre de découvrir, puis d'ancrer ces connaissances.

« Donc là pour le coup, la PMI, je savais que c'était tous les vaccins, les machins, qu'il y avait pas de médecine aiguë pédiatrique, que c'est vraiment tout le suivi normal, de l'enfant normal, plus ou moins, de temps en temps un petit rhume ou un truc. Et donc, ça finalement à la fin des consult' … c'était assez rempli comme planning, et donc j'étais devenu une « machine » à bébés normaux, quoi. Entre guillemets « NORMAUX », bien sûr. » (S7)

« C'est surtout le suivi de l'enfant. Le suivi de l'enfant, c'est vraiment ce que moi j'ai appris en libéral » (S8)

3. <u>Apprendre à avoir une vision globale du patient</u>

Contrairement à l'hôpital où le patient se rend aux urgences ou chez un spécialiste pour une raison bien spécifique, le rôle du médecin généraliste est de prendre en charge le patient à la fois pour le problème soulevé lors de la consultation du jour, mais aussi pour faire le point sur sa santé et assurer ainsi un suivi global : dépistages, vaccins, suivis de spécialistes pour les pathologies chroniques, etc…

« Moi je trouve qu'on prenait quand même plus le patient dans son ensemble en médecine générale, qu'à l'hôpital où on essaie de traiter le problème pour lequel il vient et puis voilà quoi. » (S4)

*« Puis ça t'apporte quand même une approche différente des patients, donc heu... qui est nettement plus globale. » (*S10)

Le stage de niveau 1 permet d'acquérir une première approche de cette vision. Mais c'est grâce à l'expérience et notamment la réalisation du stage SASPAS, que l'étudiant approfondit cette nuance.

Les sujets 1 et 3 expriment bien cela :

« Alors je sais pas si j'avais une vision biaisée parce que tous les patients que je voyais en stage niveau 1... les médecins sélectionnaient un peu, ou si c'est vraiment parce que c'est du rural, du coup les patients sont plus complexes parce que forcément le suivi avec le spécialiste, enfin … il y en a moins des spécialistes, du coup tu fais le bilan plus longtemps toi-même et tu essaies de gérer toi-même avant. » (S1)

« Lui à chaque patient, il se pose la question des dépistages, la question du tabac, de l'alcoolisme. Il a une vision vraiment très globale de la prévention cardio-vasculaire, beaucoup plus que le motif de consultation, et de trouver une consultation à cela. Voilà je pense que ça m'a pas mal apporté car je me pose plus de questions maintenant. » (S3)

4. <u>Apprendre à s'adapter au terrain, à chaque situation, chaque patient selon ses complexités</u>

Pour la préparation des ENCs, les internes apprennent des symptômes, des pathologies, des traitements de façon assez protocolaire. Cet aspect rigoureux se retrouve également dans les

pratiques hospitalières. Ainsi, la découverte de la réalité du terrain, des contraintes de l'exercice du libéral se fait notamment au cours des stages ambulatoires.

« Bah je pense en fait qu'il y a beaucoup de choses dans les bouquins, mais il y a beaucoup de choses qui n'y sont pas non plus. Et la vie en consultation, je ne suis pas sûre qu'on soit prêt durant l'externat à ce qui nous attend ensuite quand on veut faire du libéral. L'hôpital c'est très encadré, le libéral c'est un ressenti par rapport au patient. » (S2)

L'interne apprend à **s'adapter à chaque patient, à chaque situation clinique**. Chaque patient ne rentre pas dans une case. Il faut prendre en compte le contexte médical (antécédents, allergies, contre-indications médicamenteuses), les contraintes techniques du libéral, et également le souhait du patient.

« ça m'a montré que finalement…. qu'il y avait un écart assez important, entre ce qu'on apprenait dans les bouquins, et ce que on pouvait réellement pratiquer et mettre en œuvre avec les gens. Parce que forcément, fallait composer avec le réel, ce qui est pas le cas avec les cas cliniques. Et puis heu, voilà, c'est vraiment quelque chose de très terre à terre. » (S7)

L'aspect social et économique rentre également en jeu, notamment la priorisation des examens complémentaires chez les patients migrants sans CMU ou AME, ou la gestion des problèmes sociaux des personnes.

*« Et pour tout ce qui est **** (le PASS), j'ai appris à prioriser je pense. C'est à dire savoir ce qui est urgent, ce qui n'est pas urgent à faire. Savoir ce qui est vital, ce qui ne l'est pas » (S2)*

« Ça m'a appris énormément de choses sur tout ce qui est démarche sociale, voilà tous les prémices avant qu'ils aient la CMU, et puis même l'arrivée en France des étrangers, c'était intéressant. » (S9)

Certains internes mettent aussi en avant les **difficultés de la prise en charge en ambulatoire** : l'ambulatoire est bien plus complexe que l'on ne peut croire, surtout dans les territoires reculés où les spécialistes manquent crucialement.

« C'est *lui qui doit gérer quand il y a pas de spécialistes disponibles, quand on sait que les hôpitaux sont surchargés. C'est lui qui a quand même pas mal de charges à faire ! Que au final, les médecins chez qui j'étais, ils géraient déjà pas mal de choses eux-mêmes, que de directement orienter » (S4)*

« Je pense que tu as quand même un décalage entre les médecins hospitaliers et les médecins ambulatoires. Et je pense que tous les médecins à l'hôpital devraient venir faire un petit stage en ambu' (petits rires) pour se rendre compte que c'est compliqué, et que tu as la vie rêvée des anges et que t'as la réalité. » (S10)

5. Apprendre les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la pratique de médecin généraliste

L'interne apprend également toutes les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la pratique de médecin généraliste.

a) Pathologies et traitements rencontrés uniquement en médecine générale

L'apprentissage des principales connaissances théoriques se fait lors des six premières années de médecine. Cependant après l'apprentissage théorique, il y a la mise en pratique, c'est-à-dire apprendre par la répétition des expériences cliniques : voir une pathologie pour savoir comment la diagnostiquer, apprendre à la traiter, le choix des traitements vis à vis des autres déjà en place, les interactions et contre-indications médicamenteuses, etc... Cela se fait à la fois à l'hôpital et en ambulatoire, tout au long de l'internat.

« Mais ouais, je pense que c'est vraiment de voir un maximum de patients, et de faire des consultations variées, et ouais, je pense que c'est ça. » (S10)

Cependant, comme il a été évoqué précédemment, le médecin généraliste est le premier recours des patients au sein du système de santé. Il fait partie du système de soins primaires.

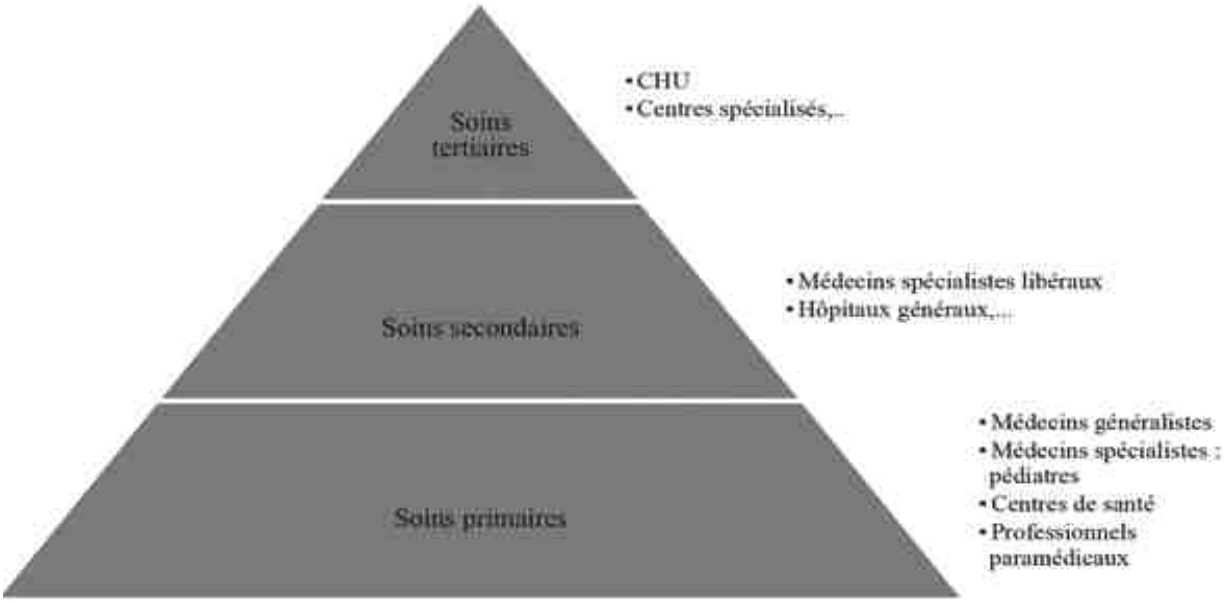

Figure 4 : Pyramide du système de soins (26)

Toutes **les pathologies « simples » des soins primaires** ne sont pas détectées dans les hôpitaux, là où l'externe réalise la quasi-totalité de ses études et son apprentissage initial. Ainsi, l'interne de médecine générale va devoir apprendre *« la bobologie »* (S2) lors de ses stages ambulatoires. Une bonne partie des sujets n'aborde cet apprentissage de ces pathologies et traitements retrouvés principalement qu'en médecine générale. C'est également un savoir qui se développe par la répétition des consultations.

« Mais par contre j'ai surtout appris tout ce qui était la petite prescription de ville. (…) Mais tous les petits médicaments pour les bobos du quotidien, les gastros, etc.. je les connaissais pas. » (S1)

« Déjà il y a toutes les viroses. Quand on commence vraiment le libéral, honnêtement on ne sait pas faire la différence entre une grippe et une rhinopharyngite, enfin ... Bah parce que tout ça, on l'apprend pas durant l'externat. Déjà tout ça c'est la base. Et après il y a toutes les autres questions qui n'arrivent jamais chez le spécialiste, les douleurs abdominales psychosomatiques… les angoisses. Enormément la psy. » (S3)

b) Apprentissage de la pédiatrie :

La pédiatrie est une spécialité à part de la médecine générale. Toutefois, un médecin généraliste s'occupe également d'enfants, que ce soit lors d'épisodes aigus infectieux ou de suivis pédiatriques « physiologiques ».

L'acquisition des connaissances nécessaire au suivi des enfants a déjà été abordée antérieurement. Cet apprentissage s'acquiert principalement lors des stages réalisés en ambulatoire, selon la majorité des sujets de l'étude. Le rôle du médecin généraliste notamment est d'assurer le suivi « normal » des enfants, de détecter un problème afin de les réorienter dans ce cas-ci vers le pédiatre. L'interne doit ainsi devenir « une *« machine » à bébés normaux » (S7).*

Pour cela, l'interne doit être confronté à ces situations en réalisant, en premier lieu, des stages en ambulatoire chez des praticiens, dont une bonne partie de leur activité regorge de consultations pédiatriques. Ainsi, la répétition des actes et des expériences permet aux internes d'acquérir une **expérience clinique pédiatrique**.

« Heu bah, c'est super intéressant parce que je voyais des enfants du matin au soir. J'avais je pense 30 consultations de « gamins » par jour. » (S2)

« Et heu... en fait, elle faisait aussi pas mal d'enfants, donc et de suivis classiques en fait, de mensuels quoi. Donc c'est plutôt là où j'ai appris, je pense, à faire le suivi, heu.., des bébés. » (S8)

En premier, il y a **l'apprentissage de l'examen clinique**. Comme énoncé précédemment, il y a à la fois l'apprentissage par mimétisme et l'apprentissage par l'expérience, c'est-à-dire en faisant et en étant corrigé dans nos gestes, et bien évidemment en répétant plusieurs fois.

« Comment prendre l'enfant, comment l'examiner. Heu..., parce que, après en hôpital de jour, bah on était un peu laissé à nous même. Alors que là elle était à côté, elle hésitait pas à me faire une remarque « mais là, tiens mieux la tête », « tiens-le plutôt de cette manière-là » (S6)

« Presque encore aujourd'hui, ce que j'applique dans ma pratique aujourd'hui, c'est elle qui me l'a enseigné, sur les enfants. Je suis à l'aise avec les enfants grâce à elle. » (S9)

L'interne doit également **apprendre à développer une relation avec l'enfan**t, entrer en interaction avec lui, pour que l'examen se passe bien.

« du coup je n'avais plus peur d'examiner un enfant et je prenais le temps. Et j'ai appris aussi à prendre le temps, à trouver des techniques pour que les enfants ne pleurent pas ... Voilà. » (S1)

Un enfant n'est pas seul en consultation, il faut aussi **apprendre à gérer les parents** souvent inquiets.

« aussi l'approche avec les parents, pour savoir les rassurer, savoir quoi répondre aux questions.» (S6)

Cela s'apprend lors des stages en ambulatoire auprès de médecins généralistes ayant en partie une patientèle pédiatrique ou même de pédiatres installés en ville, tel que le sujet 2. Mais cet apprentissage peut également se faire lors de stages hospitaliers telles que les urgences pédiatriques qui participent également à l'apprentissage général de la pédiatrie. Le sujet 10 (n'ayant effectué que 6 mois de stages hospitaliers) explique avoir appris la pédiatrie « *au contact des pédiatres ».*

Le stage de pédiatrie hospitalier permet également d'apporter au médecin d'autres connaissances comme apprendre à détecter des pathologies aiguës graves, et ainsi apprendre à déterminer et à déléguer quand cela requiert du spécialiste.

« Mais c'est sûr que ça m'a surtout appris à savoir quand savoir déléguer, aussi quand est-ce que c'est plus de notre ressort, et quand est ce qu'il faut adresser aux urgences. » (S9)

Les sujets S3 et S4 expriment un manque de compétences dans la pédiatrie. Ces deux derniers sujets ont été confrontés à des enfants, mais peut-être pas suffisamment en nombre pour bien approfondir leur expertise clinique pédiatrique.

« Après il y a des choses que je n'ai pas trop vu, par exemple en pédiatrie les bronchiolites, j'étais en été à l'hôpital, en hôpital de jour, donc il y en avait pas. Chez le prat', il y en avait pas trop. Donc j'ai l'impression qu'il y a des trucs un peu classiques que j'ai pas trop trop vu. » (S3)

Au final, l'apprentissage de la pédiatrie se fait à la fois en ambulatoire et en hospitalier. **Les deux visions sont complémentaires** dans l'apprentissage de la pédiatrie pour l'interne de médecine générale.

c) Apprentissage de la gynécologie

Concernant toutes les connaissances liées à la gynécologie, 8 sujets sur 10 expliquent qu'ils n'ont pas beaucoup expérimenté de problèmes gynécologiques en ambulatoire. Certains sujets parlent de quelques consultations liées à la contraception.

Les huit sujets concernés ont appris les principales connaissances gynécologiques qu'on peut rencontrer en médecine générale, principalement grâce à leur stage hospitalier. Les services de polycliniques de gynécologie, les consultations de gynécologie, ou les urgences gynécologiques sont les lieux de stages les plus propices à cet apprentissage.

« Et en fait on a vu tout en gynéco : on a fait l'IVG, pause de stérilet, voir une dame qui a des douleurs pelviennes. Ça franchement c'est notre quotidien de médecin et je ne regrette pas de l'avoir fait. » (S2)

« Parce que c'est beaucoup de questions qui se posent en médecine générale. Beaucoup de questions liées à des débuts de grossesse, liées à des saignements pendant la grossesse, des douleurs pelviennes durant la grossesse. Des problèmes de mycoses, de vaginoses. Donc ça, ça a vraiment été utile. Je pense que j'ai beaucoup aussi appris sur la contraception. Je me sens vraiment à l'aise en santé de la femme grâce à ça » (S3)

En effet, la répétition des actes et des expériences cliniques permet cet apprentissage. C'est d'ailleurs pour cela que la plupart ont choisi ces terrains de stages.

« Moi ça, temps plein quoi. Donc polyclinique à fond. Heu ... pour voir un max de personnes différentes, de prendre la main, des échos à tout va. » (S5)

Cependant, les sujet S4 et S10 ont pu expérimenter l'apprentissage pratique de la gynécologie en ambulatoire. Le sujet 4 est satisfait de ce type de stage car elle s'est sentie mieux guidée et encadrée qu'en stage hospitalier. Elle était très contente d'avoir appris les bases gynécologiques avant de se retrouver en milieu hospitalier. Le sujet 10 explique que c'est un des stages en ambulatoire qui lui a apporté le plus de connaissances.

« Bah déjà ça m'a permis de m'introduire la gynéco pour le stage après à l'hôpital. Donc déjà je savais poser un spéculum, faire un frottis, les petits gestes de base. » (S4)

*« J'ai surtout appris des choses pendant mon stage, heu... quand j'étais à ***, quand j'ai fait beaucoup de gynéco. Là j'ai appris beaucoup de choses » (S10)*

Le sujet 10 explique également que l'approche de la gynécologie en ambulatoire est bien différente de celle de l'hôpital.

« Ouais, la gynéco je l'ai apprise en ambulatoire et à l'hôpital. Mais pour le coup, c'est complètement différent l'approche ! Hum..., je suis contente d'avoir appris l'approche ambulatoire avant l'hospitalière. » (S10)

Concernant les connaissances gynécologiques, tous sont unanimes sur l'importance d'avoir un minimum de compétences dans ce domaine afin d'avoir un bagage minimal et aborder sereinement les consultations « basiques » de gynécologie. Même pour les sujets de sexe masculin, sur les trois interviewés, tous expriment le fait que ce n'est pas un domaine qu'ils souhaitent forcément approfondir à l'avenir.

« ça m'aurait embêté, étant médecin généraliste, d'avoir des limites très rapidement atteintes pour mes patientes femmes, heu... dans un certain nombre de gestes, qui pour le coup sont essentiels.» (S7)

d) Apprendre les papiers/certificats médicaux/dossiers à remplir

Un aspect du médecin traitant qui n'a pas encore abordé est l'apprentissage des documents administratifs à compléter pour les patients. Le médecin traitant est le **superviseur du patient au sein du système de santé**. Il réalise par conséquent les **arrêts de travail** quand cela est nécessaire, ainsi que tous les **certificats médicaux** quant aux demandes d'aides liées à des pathologies ou handicap : dossier MDPH, demande de trajectoire, etc... Cet apprentissage ne peut se faire qu'en étant confronté à une situation clinique qui l'exige. Cela se fait au contact des médecins généralistes directement.

« C'est ce que j'ai vu au SASPAS. Ça c'était vraiment cette chose, du … voilà ces papiers administratifs, les arrêts de travail, le dossier MDPH, les demandes, de ... voilà ABRAPA et tout ça » (S6)

Cependant, ces papiers à compléter sont parfois tellement **nombreux et complexes**, que leur apprentissage durant l'internat est difficile. Les sujets 2 et 3 expriment clairement leur manque de connaissances dans ce domaine.

« Pareil... là où ça pêche énormément, c'est les documents sociaux, les certificats et tout ça. Ça en fait, c'est super difficile. On sait rien. Pendant l'internat en général on appelle notre chef, parce que on ne sait pas quoi écrire. Résultat, lui il sait à peu près quoi écrire… » (S2)

« Les certificats. Moi au début de mon remplacement, j'ai fait des certificats que je pense que j'avais pas le droit de faire. Alors j'espère que j'aurais jamais de plainte là-dessus, mais ça c'est important vraiment de nous apprendre les limites, de ce que on peut faire ou ne pas faire. » (S3)

Comme l'explique le sujet 3, les patients font parfois des demandes de certificats jugées inappropriées. Cette raison souligne l'importance de cet apprentissage : savoir ce qu'en qualité de médecin, on a le droit de faire ou ne pas faire, car en cas d'erreur, c'est la responsabilité du médecin qui est engagée.

e) Développer de nouvelles compétences

Multiplier les stages chez différents types de praticiens a permis à certains de développer des connaissances dans des domaines plus spécifiques. Ainsi, les internes en stage peuvent être amener à découvrir et apprendre par exemple l**a médecine du sport** ou encore l'**addictologie**. Certains MSU vont également avoir une patientèle plus précaire. De ce fait l'interne va devoir apprendre à gérer des **problèmes liés à la précarité**.

« J'ai appris beaucoup de choses sur comment gérer le problème social des gens » (S2)

« Et ça pareil, j'aime bien l'addictologie, du coup je trouvais vraiment ça intéressant.» (S3)

« Après le stage de médecine du sport, au début c'était un petit peu compliqué, mais à force de voir des patients, c'est un peu la même chose qui revient, et ça m'a vraiment aidé pour tout ce qui est examen locomoteur, tout ce qui est examen d'une épaule, d'un genou. Quelques fois on fait un petit peu approximativement. Là, ça m'a permis de bien être à l'aise avec ça. » (S4)

« Donc heu... c'était intéressant. J'ai appris plein de choses sur le suivi des patients sous méthadone etc.. » (S9)

6. Découvrir la médecine générale, son organisation et la gestion d'un cabinet médical

Cette partie présentera la thématique suivante : comment l'interne découvre la médecine générale, l'organisation et la gestion d'un cabinet médical.

a) Apprendre la gestion d'un cabinet médical

i. La découverte d'une consultation médicale et de la visite à domicile

Quand l'interne arrive en stage de niveau 1, il a un vague souvenir du déroulement d'une journée en libéral. Ainsi, il est confronté à l'organisation d'un cabinet médical, notamment la rencontre avec le patient. Il découvre **le processus et comment s'articulent les consultations et visites à domicile** :

« ce que c'est qu'une consultation, ce que c'est qu'une visite à domicile » (S2)

« ce que c'est qu'une consultation de médecine générale, parce qu'avant on ne sait pas grand-chose de ce que c'est » (S4).

ii. Apprendre la gestion technique et administrative d'un cabinet

Les stages en ambulatoire permettent à l'interne de découvrir tout le côté technique de gestion d'un cabinet : l'utilisation de logiciels, le codage des actes …Tout le fonctionnement d'un cabinet

et la gestion de la suite des consultations : **apprentissage de la comptabilité, les réceptions des bilans et des examens complémentaires**.

« J'ai appris à classer des bios » (S5)

« de comprendre le tenant exact de la paperasse du libéral, de savoir passer une carte vitale, d'apprendre à coder, voilà. Finalement, tous ces trucs un peu obscurs, que tu connais un peu en théorie, mais que tu vois jamais pendant les cours. » (S7)

« Et puis après en SASPAS, là généralement, je devais faire, donc je devais faire la compta » (S8)

« C'est les premières fois que j'apprenais à manier les logiciels, heu...la compta à côté. Après heu... ouais voilà, tout ce qui est codage et tout, cotations des actes et machins. Heu... ils m'ont appris pas mal tout ce qui était ROSP » (S9)

Certains sujets ressentent un **manque de formation** concernant la gestion d'un cabinet, notamment celle de la **casquette de *« chef d'entreprise »*** (S2)

« Franchement, il y a personne, à aucun moment qui nous a expliqué comment est-ce qu'on gère… On est chef entreprise quand on est en libéral… Comment est-ce qu'on gère une boîte. » (S2)

« Ouais, il y a une autre chose qui serait intéressant, c'est apprendre à tenir un cabinet. Ça ça serait bien. Des fois ça nous manque. Envoyer des feuilles de soins à la CPAM, moi je sais toujours pas le faire par exemple » (S3)

« Mais pour ce qui est démarche URSAFF, heu... et tout ça, heu..., on l'apprend pas. Il y avait la formation, mais est-ce que c'est suffisant ?! » (S8)

b) Apprendre à gérer la pression et les flux des patients

Le médecin généraliste voit également un nombre plus conséquent de patients par jour qu'en service hospitalier. Il faut **apprendre à gérer ces flux de patients**, qui peuvent être assez conséquents.

« C'est un cabinet qui est complètement pris d'assaut par les patients. Donc j'ai découvert ce que c'était de gérer la pression des patients, et ce genre de cabinet. » (S3)

7. Apprendre à découvrir et aimer la médecine générale.

Beaucoup de sujets ont relaté qu'ils étaient satisfaits de découvrir la médecine générale, en stage de niveau 1. L'externat permet déjà de donner une micro vision avec un stage d'un mois. Mais un interne qui choisit la spécialité a besoin de pouvoir se projeter pour se conforter dans son choix post ECNs.

« Je savais déjà que je voulais faire médecine générale, parce que je voulais pas rester à l'hôpital. Mais ça m'a encore plus conforté que c'était le genre de médecine que je voulais faire : proches de ses patients, voilà ! » (S4)

« Après heu..., c'est important d'en faire je pense en première année. Tu te lances là-dedans, autant savoir si c'est ce qui te plaît ou pas quoi. » (S5)

« Mais là, ça m'a réconforté dans l'idée que j'avais fait le bon choix, et c'était important pour moi de commencer par la médecine générale. » (S9)

Et puis les stages ultérieurs permettent de conforter le choix de l'interne et le fait qu'il se sent bien à sa place.

« Et puis quand même, un peu l'amour du métier, un peu quand même ! Même si tout n'est pas parfait, il y a quand même des belles choses, et puis c'est quand même un beau métier. Donc bon, on a dit bon on a quand même bien fait de faire médecine ! (petits rires) » (S6)

« le fait de revenir en médecine générale, je … ça me faisait vraiment l'effet : ouf, c'est bon je suis à ma place ! A chaque fois, soulagement, c'est bon j'ai pas fait d'erreur, c'est là que je suis bien. » (S9)

8. Tester plein de pratiques et de types d'exercices différents pour savoir ce que l'interne souhaite faire plus tard.

Dans le terme médecine générale, le mot « générale » exprime toute la **polyvalence** de cette spécialité.

« En médecine générale, le panel est tellement large dans ce que tu veux faire. Si tu veux faire de l'ambulatoire toute ta vie tu peux, si tu veux faire du salariat toute ta vie tu peux le faire en étant médecin généraliste » (S1)

« l'internat qui allait me fermer aucune porte, c'était la med gé ! » (S10)

Comme l'expriment très bien les sujets 1 et 10, les possibilités d'exercice en qualité de médecin généraliste en post internat sont infinies. Il existe autant de pratiques que de praticiens différents. Ainsi, il est essentiel que l'interne expérimente le plus de pratiques diversifiées, tant par les différents lieux d'exercices, que les différents types de populations, tant en termes d'âge, que de milieux sociaux :

« Et du coup de voir l'ambulatoire, et de voir plusieurs pratiques. Parce que durant tous mes stages, j'ai fait de la ville, du semi rural, puis du rural. Et bah en fait, cela m'a permis aussi de voir toutes les pratiques et même il y a mille pratiques mais heu... Aussi de voir dans un cabinet seul comment c'est, dans un cabinet à plusieurs, donc je pense que c'est important. » (S1)

« Bah c'est-à-dire, en fait heu … c'était un peu étonnant ! Parce que moi, je me disais ça va être un peu partout pareil hein. Bah, pas tout à fait ! (…) Mais heu..., j'étais un peu étonné, mais

toutes les patientèles étaient sympas quand même. De toute façon, globalement, c'était bien, un peu différent, mais c'était sympa ! Mais du coup, il y avait pas les mêmes pathologies » (S6)

« Bah finalement, je trouve que mon … que ces différents stages étaient assez complets ! Dans le sens où tu voyais, heu... quand même des enfants, des jeunes et des personnes âgées. Il y avait du un peu plus urbain et un peu plus campagne. Certains qui étaient seuls en cabinet et d'autres où il y avait d'autres personnes. » (S8)

C'est donc en testant et en rencontrant toutes ces pratiques différentes que l'interne va progressivement se faire son idée de ce qui lui plaît et surtout de savoir comment il souhaite exercer plus tard.

« Je n'avais pas encore fait de stage rural mais déjà au sein d'une ville, je savais ce que j'avais envie de faire ou ne pas faire. » (S1)

*« c'était Dr *** à ***, donc médecine de campagne, comme j'aime, ce que j'adore, heu.. je suis plus médecine de campagne ! Donc heu..., j'étais toute contente ! Et heu..., bah c'était ce que je m'étais imaginé ! » (S9)*

En arrivant au stage SASPAS, l'interne va déjà avoir une certaine expérience. Cette mise en situation, en incarnant le rôle du médecin traitant pour une journée, permet ainsi à l'interne de se projeter dans sa future pratique : comment il se voit exercer, quel type de patients, quel lieu etc....

« Donc il y avait, un peu cette approche future de se dire, bon bah quand je ferais mon cabinet libéral qu'est-ce que je prendrais comme patients, quels patients je voudrais bien dans ma patientèle. C'était plus dans une vision d'avenir. Bah savoir, qu'est-ce que je vais faire plus tard, quelles vont être mes pratiques, qu'est-ce que je veux faire ! » (S6)

Ainsi, la somme de ces expériences aura une influence qu'elle soit positive ou négative sur les futurs choix d'exercice de l'interne.

9. Apprendre à connaître ses limites

Dans cette partie, il va être démontré que l'interne doit apprendre à connaître ses limites tant sur le plan des connaissances que sur le plan émotionnel.

a) Apprendre à déléguer et à collaborer avec ses collègues.

Le médecin généraliste peut être amené à gérer beaucoup de choses sur le plan médical. Mais il reste un médecin dans sa spécialité qu'est la médecine générale. Le médecin généraliste ne peut remplacer un cardiologue ou un pneumologue et inversement. Le médecin généraliste doit par conséquent apprendre à gérer, mais dans les limites de ses connaissances. Cet apprentissage se réalise sur tout l'internat, tous stages confondus :

- En stage ambulatoire

« Mais c'est vrai que n'étant pas spécialiste, je suis pas à l'abri de faire une erreur, si je ne prends pas d'autres avis. Et je suis parfaitement d'accord avec eux, et je le fais maintenant. J'envoie plus rapidement les patients pour un avis ou alors simplement je discute par téléphone pour être sûr. » (S3)

- En stage hospitalier également :

« Mais c'est sûr que ça m'a surtout appris à savoir quand savoir déléguer, aussi quand est-ce que c'est plus de notre ressort, et quand est ce qu'il faut adresser aux urgences. » (S9)

Comme le souligne le sujet 10 : « *Tu as l'expérience parce que tu te fais mal. »*. C'est en testant, en voyant, en réfléchissant sur les erreurs faites ou qui auraient pu être faites, que le stagiaire apprend à connaître ses limites et savoir ce qu'il est capable de gérer ou pas.

b) Apprendre à être ferme avec les patients

La multiplication des stages en ambulatoire permet notamment de tester différents types de pratiques et façons d'exercer. Tous les sujets abordent à un moment donné l'idée de « mettre des limites », c'est-à-dire mettre des limites avec les patients, dans leur sollicitation, pour éviter de se laisser déborder. Plusieurs présentent des expériences chez des praticiens qui se sont laissés submerger de travail, soit par la quantité de patients, le nombre d'heures de consultations effectuées, soit par les demandes faites par les patients en dehors des consultations.

« on allait vacciner des gamins de 6 ans à la maison, on allait voir des rhinopharyngites chez des mecs de 50 ans. Enfin, c'étaient des trucs (lève les yeux), enfin complètement inappropriés. On allait distribuer des ordonnances dans les boîtes aux lettres, enfin les patients, ils l'appelaient sur son portable pour tout et n'importe quoi. » (S10)

Ils évoquent surtout ne pas vouloir répéter certaines « erreurs » faites par ces praticiens. Certains sujets décrivent aussi prendre exemple sur les maîtres de stages qui sont plus fermes avec les patients, et l'adapter selon leur propre façon de faire.

« Mais je trouve que ça on l'apprend en voyant plusieurs médecins et en voyant comment ils s'occupent de leur patient, et en prenant le côté positif et enlevant le côté négatif, en critiquant la prise en charge. » (S3)

Le temps passé lors de ces stages ont permis aux sujets de découvrir la réalité du terrain, la complexité et surtout les difficultés de l'ambulatoire. Tous sont conscients des difficultés d'exercice de la médecine générale : désertification des territoires, pénurie de spécialistes,

vieillissement de la population, etc... Beaucoup soulèvent la nécessité **d'apprendre à être ferme avec les patients pour éviter de tomber dans le burn-out.**

« Pour être bon médecin, je pense qu'il faut aussi s'accorder du temps à soi-même ! Pour pas rentrer trop vite en burn-out. Donc je pense qu'il faut que la médecine reste le travail, et pas que ça nous prenne toute la place dans la vie, pour pouvoir durer, enfin ... pourvoir tenir sur la durée plutôt… pour pouvoir tenir dans le temps et pouvoir continuer à faire ce métier. » (S4)

« Tu es très sollicité. Hum, il faut vraiment que tu t'accroches … C'est pas facile, c'est pas facile ! Faut que tu te mettes tes limites aussi ! Et faut surtout ... je pense faut être un peu ferme. Faut être à l'écoute, c'est un truc, mais faut que tu sois ferme. Parce que si tu es pas ferme, les gens ils te bouffent quoi ! Et ça, c'est terrible quoi ! Tu penses pas à toi, mais t'es détruit, mais vraiment t'es détruit ! Et tu te fais un burn-out direct dans les années qui suivent, et tu tiens pas. » (S5)

c) Apprendre qu'on n'a jamais fini d'apprendre

Un élément souvent évoqué par les sujets est l'apprentissage tout au long de la vie de médecin. Il est essentiel de toujours rester ouvert et continuer à se former.

« Autant, je pense pas qu'il faut qu'on soit orgueilleux, et puis que heu… on peut toujours apprendre plus. On peut toujours un peu revoir ses pratiques, hum, je pense que ça aussi c'est très important. Et puis aussi, se mettre à jour quoi, régulièrement, quand même. Être, rester intéressé. Rester surtout ouvert aux nouvelles choses, ou à de nouvelles pathologies, avec les formations, et tout ça. » (S6)

10. Apprendre à devenir médecin généraliste

L'objectif de l'acquisition de toutes ces différentes compétences au cours de l'internat est de **devenir un médecin ;** c'est-à-dire être capable, avec ses connaissances et son expérience,

d'effectuer un diagnostic, de prendre des décisions et de prescrire. Sauf que la prise de ces décisions suppose prendre des responsabilités et devenir ainsi autonome.

a) Prendre confiance en sa pratique

Premièrement, l'interne doit apprendre à devenir et se sentir « médecin ». L'interne doit **apprendre à prendre confiance en sa pratique**. Cette confiance s'acquiert par la mise en pratique et l'expérience. Forcément en début d'internat, l'interne manque de connaissances et de compétences pour assumer entièrement ce rôle.

Par exemple pour les sujets 4 et 8, les deux expriment clairement ce manque de confiance en stage de niveau 1. Ils expliquent se sentir comme *« un peu super externe ! (rires)» (S4)* ou « plutôt toujours étudiante, je dirais ! Je, je … je me trouvais pas médecin » (S8)

Les sujets 3 et 6 soulèvent que le manque de connaissances et d'expériences explique le fait qu'ils n'ont pas le recul nécessaire pour mener une consultation seule en début d'internat.

« Compliqué de se mettre en tant que médecin de prendre l'ascendant sur la consultation. Et après médicalement, on a pas encore tout le recul *» (S3)*

« Genre j'ai passé les ECNs, et heu... je comprenais rien, je connais pas les nom des médicaments, heu... j'avais vraiment besoin, vraiment besoin des prat' à côté. Je pouvais pas être tout seul. En tous cas, pas seul face au patient, pour la prise en charge globale. » (S6)

Chacun apprend progressivement à s'approprier le statut de médecin, chacun à un rythme différent. Beaucoup de facteurs participent à l'acquisition de cette mise en confiance en sa pratique. Il y a déjà le caractère de la personne.

« j'ai jamais été trop coincé non plus, je veux dire... je suis pas si ... je ne suis pas vraiment … je suis timide sur beaucoup de points, mais sur le côté médical, je fais ma vie, je réfléchis, je fais mes choses, je posais pleins de questions quand j'étais à l'hôpital » (S5)

L'âge a également une influence. Comme l'explique le sujet 7 : *« j'avais une certaine, une certaine aisance que probablement j'aurais pas eue si j'avais eu quelques années en moins et que j'avais pas exercé en tant que kiné avant. ».* En effet, les patients peuvent considérer le médecin comme celui qui détient un savoir, et du coup par logique, plus le médecin sera mature en âge, plus les patients estiment que ce dernier détient un savoir.

Le fait de se retrouver face à l'inconnu influe également sur la confiance en soi et en sa pratique.

« C'est-à-dire que à chaque fois j'arrivais avec cette espère de tétanie quoi… de « merde », maintenant faut que je fasse quelque chose de nouveau ». Et au bout de quelques semaines ça se débloquait à nouveau et en fait j'arrivais à me débrouiller. » (S2)

Puis, un des facteurs majeurs influant est *« l'expérience »* (S5). Le sujet 5 répète plusieurs fois ce mot « expérience », pour insister sur son importance. Le sujet 10 parle de *« voir un maximum de patients, et de faire des consultations variées ».* Tous abordent ce sujet d'une certaine manière : l'acquisition du savoir par l'expérience. C'est la mise en situation de l'interne qui doit se débrouiller avec ses connaissances déjà acquises, qui elle va lui permettre de se rendre compte de ce qu'il est capable de faire. Ainsi cela va lui permettre de prendre confiance en lui et devenir un médecin plus affirmé. Ce processus se fait notamment par le SASPAS.

« Parce que finalement ça a pu me permettre d'exercer, et là je me sentais vraiment médecin. C'est la première fois qu'on m'appelait docteur aussi, enfin voilà on me considérait vraiment comme tel. Donc ouais, je me sentais quand même grandir dans mon métier. » (S9)

Cette acquisition de l'expérience va ainsi permettre au jeune interne à devenir un médecin plus affirmé, qui se sent capable de prendre des décisions et d'avoir confiance en ce qu'il fait. Cette acquisition de la confiance en sa pratique est donc intimement liée à l'acquisition de l'autonomie.

b) L'acquisition de l'autonomie

L'acquisition de l'autonomie est par définition le but ultime des études de médecine : permettre à un étudiant d'acquérir les connaissances, le savoir-faire et l'expérience suffisante pour que ce dernier puisse, au terme de ses études, exercer seul. Toutes les compétences abordées précédemment vont permettre à l'étudiant d'avoir les clés et ustensiles nécessaires pour pouvoir exercer seul : être en capacité de mener une consultation entièrement seul et prendre des décisions.

Cette prise de responsabilité peut faire peur. C'est pourquoi le SASPAS a été rendu obligatoire. Comme énonce le sujet 2 *: « Bah le SASPAS c'est l'autonomie. »* . Le SASPAS met en situation l'interne comme s'il exerçait seul, tout en ayant un joker, c'est-à-dire le praticien à proximité et disponible, dès qu'il en a besoin.

« je pense qu'il m'a surtout appris à être autonome, à gérer seule tout en ayant la petite aide derrière où je savais que si j'avais un gros soucis, je pouvais appeler le médecin. » (S1)

« Et en même temps, mais si jamais je fais une erreur, ce sera pas une grosse erreur, donc c'est pas grave, on verra avec le débrief et puis heu … Enfin il y avait toujours, heu… la sécurité des débriefs. » (S6)

« Heu... bah, ça m'a appris, heu..., l'autonomie, heu..., essayer de gérer la chose de A à Z, quoi. » (S8)

Le SASPAS est un peu la dernière expérience avant la fin de l'internat. Comme l'exprime le sujet 5 : *« …m'a plutôt appris en me mettant en situation, on va dire comme de difficultés, où tu apprends à utiliser le peu de compétences que tu peux avoir dans certaines choses pour t'en sortir. En fait c'est ça quoi. Ça te donne des clés pour pouvoir s'en sortir derrière »*

Bien sûr, certains sujets avaient déjà pu pratiquer un peu l'expérience des consultations en étant seul lors de précédents stages, tels les sujets 1, 3, 8, ou 9. Parfois cette autonomie était même trop précoce, tel que précisé précédemment. D'autres n'avaient pas eu cette opportunité avant le SASPAS, comme le sujet 4. Finalement, tous les sujets ont un avis unanime : **l'acquisition de l'autonomie se fait progressivement au fur et à mesure de l'internat, mais principalement au décours du SASPAS.**

« Puis progressivement, je trouve que ça s'est bien mis en place globalement. Ne pas être autonome au début et de l'être quasiment complètement à la fin. Ça je trouve que c'est pas mal pour l'apprentissage de l'autonomie » (S3)

« Le SASPAS sert à ça, le SASPAS est devenu obligatoire pour ça, et heu... le SASPAS suffit parfaitement pour se sentir prêt à remplacer. Pour moi, le SASPAS est à faire en dernier temps. Ça veut dire, la transition parfaite, c'est : tu fais ton internat, tu finis ton SASPAS, et tu remplaces quoi. Voilà, c'est parfait. Parfait, comme ça, c'est parfait ! » (S5)

« Mais heu..., c'était une continuité. Il y a pas eu de... de rupture de l'internat jusqu'au SASPAS, ensuite le SASPAS, on serait jeté en pâture et démerde toi. C'était pas du tout comme ça, que je l'ai ressenti quoi. » (S7)

Finalement, le fait de se trouver dans une situation où l'interne doit apprendre à se débrouiller avec son savoir et en voyant qu'il réussit, justifie le fait que l'interne prendra confiance en lui. **Ainsi l'acquisition de l'autonomie et le développement de la confiance en soi et sa pratique sont intimement liés et se nourrissent l'un et l'autre.**

11. Ambiguïté sur le sentiment de se sentir prêt à exercer

L'objectif de l'internat est de permettre à l'interne d'être autonome pour exercer seul. Cependant, ce n'est pas parce que on est capable d'exercer en autonomie qu'on se sent capable

de le faire. Uniquement deux sujets ont exprimé clairement le fait qu'ils se sentaient prêts à exercer seul à la fin de l'internat.

« Oui. Oui, parce que voilà, je veux dire de l'autonomie, j'en faisais depuis un moment maintenant. » (S1)

« Je pense que le SASPAS ça a vraiment eu le... un rôle, pour que je me sente prête » (S9)

Les sujets expriment **une vraie ambiguïté sur le fait de se sentir prêt à exercer.** Certains expriment un sentiment d'angoisse et de peur qui les empêche de se sentir prêt à exercer, notamment par les expressions utilisées tel le sujet numéro 4 : *« Alors ça, c'est la grande question ! (rires) »*, ou le sujet 2 *« Bah j'ai pas le choix vu que j'y suis (rires) ».*

Certains se disent se sentir prêt mais nuancent leurs propos, en émettant un petit doute.

« Oui, 99% de temps. » (S3), « tu te sens plus ou moins prêt ! » (S8)

C'est finalement le passage d'un statut d'étudiant sous la responsabilité de quelqu'un d'autre au statut de médecin qui exerce seul avec toute la responsabilité qui en découle, qui peut créer un sentiment d'angoisse et de peur.

« Mais dans tous les cas à partir du moment où tu es seule responsable bah je pense que c'est une responsabilité en plus, et du coup tu te sens quand même pas prêt » (S1)

L'inconnu fait et fera toujours peur. Finalement comme l'exprime le sujet *7 : « Mais hum..., après heu, je suis plutôt partisan du, du, du fait que 3 ans, 4 ans ou 5 ans, le saut vers l'inconnu sera toujours le même ».*

12. Avis des étudiants sur les stages et la maquette générale

Dans cette partie, l'auteur va analyser l'avis des sujets de l'étude sur la maquette de médecine générale qu'ils ont expérimentée.

a) Importance des stages en ambulatoires

i. Un passage obligatoire pour devenir médecin généraliste

Tous les sujets expriment qu'il est **primordial pour un futur médecin généraliste de passer en ambulatoire.** Comme précise le sujet 1 : *« semble inconcevable »* de ne pas passer en ambulatoire, ou le sujet 6 pense que cela est « obligatoire ». Le sujet 5 même explique qu' *« il y a quand même un bon truc qui se fait progressivement ».*

En effet, le SASPAS et le niveau 1 sont obligatoires que depuis l'application de la Réforme du Troisième cycle, ainsi l'interne peut passer un an sur les trois en ambulatoire. Auparavant, les médecins ne réalisaient que six mois en ambulatoire sur les trois ans. Tous les sujets estiment qu'il est primordial de voir et de passer en ambulatoire en tant qu'interne de médecine générale. Même le sujet 10, qui envisage de travailler à l'hôpital, déclare être *« très contente d'avoir, heu... d'avoir été en ambulatoire, voir comment cela se passait, l'organisation, etc..* »

ii. L'ambulatoire apporte quelque chose de particulier que ne peut apporter l'hôpital.

Tout au long de cette analyse, il a été montré que l'ambulatoire et l'hospitalier apportent des choses similaires sur certains points. Mais il a également été démontré que beaucoup de choses ne peuvent pas s'apprendre en hospitalier, et que seul l'ambulatoire permet à l'étudiant de les acquérir, notamment une vision bien particulière de la médecine.

« Parce que les stages hospitaliers, c'est quand même des stages qui sont vraiment, TOTALEMENT, différents de ce qu'on fait en médecine générale. » (S10)

Une majorité des étudiants qui suivent le cursus de médecine générale vont finir par exercer en libéral. L'ambulatoire est l'essence même de la médecine générale. C'est la façon dont la majorité d'entre eux va exercer. L'interne doit donc être formé sur le terrain sur lequel il exercera plus tard.

« Donc pour moi ça n'avait pas trop de sens de faire 3 ans d'internat exclusivement à l'hôpital, vu que c'est pas du tout la pratique que je voulais faire quoi. » (S2)

« Parce que les stages hospitaliers, c'est quand même des stages qui sont vraiment, TOTALEMENT, différents de ce qu'on fait en médecine générale. » (S9)

b) Remarques faites sur les stages de pédiatrie et gynécologies

i. Choix des stages hospitaliers d'une autre spécialité lors des stages couplés de gynécologie ou pédiatrie : apprendre une spécialité dans le domaine en question

A Strasbourg, les étudiants effectuent 2 stages hospitaliers : en médecine d'urgence et en service de médecine polyvalente, souvent en gériatrie ou en médecine interne. L'interne n'a pas la possibilité de faire un stage dans une autre spécialité exceptée lors des stages couplés dans les semestres de gynécologie et pédiatrie.

Pour les 6 mois de pédiatrie, le sujet 3 a choisi de réaliser 3 mois dans un service d'une autre spécialité, couplé aux 3 mois en service de pédiatrie. Le sujet 10, quant à lui, a choisi de faire 6 mois en service de pédiatrie. Pour les stages de gynécologie, six sujets (1,2,5,6,7,10) ont réalisé un stage dans un service d'une autre spécialité en plus du passage en service de gynécologique. En tout, 7 sujets ont fait le choix à un moment donné d'effectuer un stage hospitalier au lieu d'aller en ville. L'auteur s'est donc penché sur la question : pourquoi les étudiants ont-ils fait ce choix ?

Premièrement, le sujet 10 considère : *« je trouve que heu... les spécialités, notamment la pédiatrie, tu les apprends au contact des pédiatres, quoi »*. Le sujet 5 reprend également les mêmes termes.

Les sujets 3, 5, 6 et 10 considèrent qu'ils effectuaient déjà beaucoup de stages en libéral au cours de leur internat. C'était une des seules occasions qui se présentait à eux pour aller dans une autre spécialité.

« Donc heu…, c'était un peu la seule occasion que j'avais pour passer en cardio quoi » (S5)

Puis deuxièmement, ils estiment que le choix d'un stage dans une autre spécialité permet d'ouvrir leurs champs de connaissances et de les approfondir.

« Je me suis dit que je ferai de l'ambulatoire probablement toute ma vie et que j'avais beaucoup de choses à apprendre encore à l'hôpital sur la prise en charge de patients un peu compliqués, savoir quand est ce qu'on peut gérer en ambulatoire et quand est ce qu'il faut les envoyer à l'hôpital. » (S1)

« tu peux mettre en avant autant que tu veux le libéral, si tu veux progresser, et avoir des bonnes connaissances, parce que, au final c'est quand même sur tes connaissances que tu dois te baser, parce que c'est ce que les gens attendent aussi, que tu ais des compétences. Pour moi, c'est à l'hôpital que tu l'apprends, pur et dur. » (S5)

« Je pense que tu as besoin de voir des choses à l'hôpital. Hum… des choses compliquées que tu apprends à gérer, pour pouvoir les gérer en ambulatoire, ou même heu... les rechercher tu vois, dans ton quotidien » (S10)

Troisièmement, quelques sujets précisent que certains stages ambulatoires dans ces semestres de pédiatrie et de gynécologie sont *« des « faux » stages de santé de l'enfant, des « faux » stages de santé de la femme »* (S5) ou *« encore une grosse arnaque cette étiquette pédiatrie »* S7. Les sujets 6 et 10 reprennent également cette idée où on ne rencontre pas assez de pathologies concernant la pédiatrie ou la gynécologie dans certains stages, ce qui a pu motiver leur choix pour le milieu hospitalier. De plus, certains expliquent également avoir déjà réalisé assez de

stages en ambulatoire et préféraient retourner à l'hôpital pour élargir et approfondir leurs compétences.

ii. Choix des stages ambulatoires lors des stages couplés de gynécologie ou pédiatrie.

A contrario, d'autres sujets considèrent que certains services où ils ont effectué leurs stages, ne sont pas adaptés à leur formation.

Tout d'abord, dans certains services de pédiatrie et de gynécologie, certains des sujets relèvent que le stage n'était pas forcément propice à leur formation car certaines pathologies abordées ne relevaient pas de leurs champs de compétences de médecin généraliste.

« Moi j'ai clairement rien appris mais je suis tombée dans un endroit qui est pas du tout adapté à des médecins généralistes, qui est de la surspécialisation de pédiatrie, que même les pédiatres ne comprennent pas quand ils sont internes. » S2

« c'est quand même un peu surspécialisé quoi. » (S4)

« *Donc c'était intéressant, mais en même temps c'était un peu trop spé » (S6)*

L'auteur s'est donc intéressé au choix des internes pour connaître la raison pour laquelle ils ne sont pas allée dans des stages d'autres spécialités au cours des semestres de gynécologie et pédiatrie.

Tout d'abord, ceci est lié au fait qu'ils peuvent ne pas aimer l'hôpital ou qu'ils ne s'y sentent pas à leur place.

« Parce que pareil, je voulais encore faire de la médecine générale, car c'est là où je me sens le mieux plutôt qu'à l'hôpital. » (S4)

« Parce que les stages hospitaliers, c'est quand même des stages qui sont vraiment, TOTALEMENT, différents de ce qu'on fait en médecine générale (…) Mais hum, moi c'est des stages qui me décourageaient pas mal. » (S9)

Le sujet 8 exprime aussi qu'elle ne se sentait pas prête à aller dans un service qui n'est pas dans son domaine de compétences.

« En fait, j'aime pas l'hôpital, mais en plus la cardio en tant qu'interne, c'est toi qui est responsable, donc comme moi j'ai pas l'impression d'être formée de ouf, je vais pas encore être responsable des infarctus quoi ! (petits rires) » (S8)

D'autres sujets abordent également le fait que faire de l'ambulatoire, en plus des stages de niveau 1 et SASPAS, leur a permis d'approfondir davantage leurs connaissances et expériences en médecine générale.

« Après ça m'a permis un peu de m'affirmer dans tout ce qui était le reste de la médecine générale classique. » (S4)

« En médecine générale, j'ai encore un peu évolué, ça c'est sûr, sachant que j'ai fait mon stage femme après mon stage SASPAS, donc heu... c'était vraiment mon tout dernier stage. Mais oui, je pense qu'il m'a encore … ça me faisait du bien d'avoir encore quelqu'un à côté pour être sûre que je faisais bien, et ça m'a donné la dernière assurance qu'il fallait, » (S9)

13. Comment améliorer l'internat

Cette dernière partie va aborder des propositions d'améliorations de l'internat en se basant sur les suggestions et constations des sujets de l'étude.

a) Avis sur la mise en place d'une quatrième année de médecine

Au vu de l'actualité fin 2022, concernant la décision de mise en place d'une quatrième année d'internat en médecine générale, le guide d'entretien a été modifié. Ainsi les 8 derniers sujets

ont été interrogés sur la mise en place de cette quatrième année. Les réponses sont partagées, mais personne n'a véritablement d'avis tranchés.

Deux sujets comprennent les raisons qui motivent la réalisation d'une quatrième année de médecine générale :

- se mettre au même niveau que la formation des autres spécialités :

  « J'entends le côté de l'internat qui est court, donc rajouter une année semble légitime et logique. Surtout que les autres spécialités ont augmenté leur internat de 1 an. » (S5)

- répondre aux raisons économiques et démographiques des déserts médicaux :

  « une obligation de passer un an au sein de son académie, dans une zone déficitaire, je trouve que là ça a vraiment une vertu » (S7)

D'autre sujets soulignent le fait qu'ils ne voient pas l'intérêt formateur de cette quatrième année, si ce n'est pour *« boucher les trous et faire de la main d'œuvre dans les hôpitaux » (*S4), ou bien *« pour se « servir » de nous, pour combler les trous des déserts médicaux, je suis pas trop pour »* (S8). Les sujets 3, 5, 9 et 10 expriment également des propos similaires. En effet, ils ont l'impression que cette réforme n'est pas forcément mise en place dans l'intérêt du l'interne, mais e qu'elle répond davantage à un « intérêt national » de combler les déserts médicaux. Cependant, ils nuancent bien leurs propos en exprimant qu'ils sont loin d'être contre cette quatrième année de médecine dans l'hypothèse : *« où ce serait vraiment fait dans l'intérêt de l'interne » (S3),* ou encore *« si elle est faite pour progresser » (S9).*

Certains étudiant sont même pour la mise en place de semestres supplémentaires afin d'enrichir encore plus leur formation.

« Moi je pense que c'est pas forcément une mauvaise idée, si la quatrième année c'est un peu une prolongation du SASPAS. Je pense qu'un SASPAS d'un an ça pourrait être bien, notamment

pour les gens qui ne se sentent pas forcément sûrs d'eux, avant de commencer le remplacement. » (S4)

« j'étais content quand c'était fini les 3 ans, mais heu… autant je pense qu'une 4ème année, ça aurait pas forcément été de trop ! » (S6)

Même si le sujet 2 n'a pas été questionné directement sur la mise en place d'une quatrième année de médecine, cette personne avait déjà exprimé le souhait qu'elle aurait aimé prolonger son internat de 6 mois : *« Moi clairement, j'aurais bien aimé faire 6 mois de SASPAS en plus. Voilà. »*

Pour résumer, un constat s'impose : les internes ne sont pas contre la mise en place d'une quatrième année de médecine. Au contraire, même ceux qui stipulent qu'ils se sentent bien formés au bout de 3 ans, voient l'intérêt de faire un semestre, voire une année supplémentaire d'internat, notamment pour enrichir leurs expériences, et acquérir davantage d'armes et d'outils pour pouvoir mieux exercer seul par la suite. Cependant, chacun exprime le fait que cette année doit être mise en place **dans l'intérêt de la formation de l'étudiant.** Ainsi se pose la question suivante : comment les étudiants verraient cette quatrième année d'internat ?

b) Propositions des étudiants pour faire évoluer la maquette de médecine générales et la mise en place d'une quatrième année d'internat.

Tout d'abord, il est important de noter que tous les sujets sont globalement satisfaits de la maquette actuelle et de leur formation de manière générale. Seuls deux sujets soulèvent quelques questionnements : le sujet 10 pense qu'il y a trop d'ambulatoire, et le sujet 7 précise qu'il n'y a pas assez de stages hospitaliers. Les autres sujets sont globalement satisfaits de leur internat et des stages réalisés. Il est également important de noter que certains sujets expriment le fait qu'ils se sentent bien formés en 3 ans seulement :

« Je trouve que en trois ans nos internes sont quand même très bien formés. » (S4)

« nous on a fait que 3 ans et on s'en sort en étant remplaçant, donc on va pas dire qu'on est moins bon ! (petits rires). » (S8)

Il est évident que la décision de rajouter une quatrième année de médecine, modifiera la maquette qui sera amenée à évoluer et à être remaniée. L'avis de ceux qui ont déjà expérimenté l'internat de médecine générale semble par conséquent évident d'être pris en considération.

C'est pourquoi l'objectif secondaire de cette étude était de déterminer, à partir de l'expérience des sujets, des pistes de réflexions sur l'évolution de la maquette de l'internat de médecine générale.

Premièrement, il y a ceux qui voient ces semestres supplémentaires **en mode ambulatoire** : les sujets 2, 4 et 9. L'idée abordée est de faire une **sorte de SASPAS amélioré**, c'est à dire une sorte de SASPAS avec plus de responsabilité, un intermédiaire entre le SASPAS et le remplacement. Cela permettrait de mettre davantage en situation l'interne, avec un degré supplémentaire de responsabilité, tout en ayant encore un filet de sécurité, tel un maître de stage à qui se référer.

« Moi je pense que ce qui pêche vraiment pour l'internat, c'est qu'on devrait vraiment avoir un semestre de plus en libéral. Et heu… pareil pour avoir du rodage, avec quelqu'un qui nous supervise un petit peu. Mais vraiment avoir des explications claires sur ce que c'est que la gestion d'une boîte quoi. (…) Hum… moi je trouverais ça beaucoup mieux qu'on ait plus ambu'. Parce que je pense que c'est là qu'on gagne en expérience et en maturité. » (S2)

« Alors, il faudrait peut-être faire un SASPAS, mais un SASPAS … Je sais pas comment on pourrait l'instaurer, mais un SASPAS avec heu … peut-être un peu plus de distance qu'avec le maître de stage qu'on a durant le SASPAS, mais sans être complètement largué et tout seul. Sans être complètement tout seul. » (S4)

Certains sujets considèrent que la maquette actuelle propose suffisamment de stages en ambulatoire.

« Et hors de question de faire une année de libérale 100% pur et dur. Le SASPAS sert à ça, le SASPAS est devenu obligatoire pour ça, et heu… le SASPAS suffit parfaitement pour se sentir prêt à remplacer » (S5)

Ce groupe (sujets 3, 5, 6, 7 et 10) penche plutôt vers la réalisation de **stages hospitaliers**. Ils verraient plutôt ce stage en hospitalier, c'est-à-dire comme **un stage « libre »**.

« Et il y a tellement de choses qu'on peut apprendre en dermatologie, en rhumatologie. Moi j'étais en gériatrie, mais je pense que si tu passes pas en gériatrie, il faut y aller aussi ! Heu… et heu et voilà quoi. Je pense que c'est ça quoi : le stage libre et peut-être un semestre supplémentaire. Un « vrai » semestre d'internat quoi. » (S6)

« Rétrospectivement, je pense que ça m'aurait beaucoup plus aidé si j'avais été plus en hospitalier qu'en libéral. » S7

Les sujets 5 et 10 proposent le principe des FST (formation spécialisée transversale), c'est-à-dire laisser la possibilité à l'étudiant de développer une compétence dans le domaine souhaité.

« C'est un stage libre ouais. Ou alors le principe des FST. C'était une bonne chose, le principe des FST. » (S5)

« Tu vois un peu dans cette option de FST, heu..., un truc optionnel que tu pourrais avoir en plus, et où tu pourrais choisir les stages où tu voudrais aller. » (S10)

Le sujet 3 met bien l'accent sur la réalisation de stages dans des services de spécialités mais dont les pathologies rencontrées sont celles rencontrées en médecine générale.

« C'est juste que la dérive de l'hôpital, c'est d'être dans un domaine qui est de nouveau trop spécialisé. Faudrait trouver le juste milieu entre la médecine générale qui est trop général et

l'hôpital qui est parfois trop spécialisé. Et je trouve que ce juste milieu c'est soit les urgences, ou la polyclinique. Parce qu'il y a des questions de médecine générale. » (S3)

Un des points soulevés est également le schéma de ces stages. Les internes sont plutôt satisfaits des modèles de semestres coupés en deux, **un schéma de stage couplés 3 mois-3mois**. Cela permettrait notamment de multiplier les expériences et les possibilités de choix. Cet argument est justifié par le fait que le médecin généraliste doit avoir des compétences générales dans tous les domaines : avoir un minimum de savoirs pour aborder au mieux les pathologies, plus tard en libéral. De plus, les sujets expriment bien que 3 mois suffisent à l'apprentissage des bases d'une spécialité.

« ça aurait été de bien faire 3 mois-3 mois d'un stage libre. Parce que 6 mois de dermato, je ne suis pas sûre que ce soit utile non plus. » (S3)

« Donc heu…, voilà faire 3 mois de libéral à un endroit et 3 mois de rhumato dans un autre truc, ce serait parfait quoi ! Le juste équilibre ! Moi je pense que moitié-moitié, c'est bien en globalité, sur tout l'internat. » (S5)

« Pas besoin de faire 6 mois, en 3 mois j'avais fait, j'avais vu la majorité des choses que je verrais en libéral » (S6)

« Après 6 mois en pédiatrie ça va, mais 6 mois en gynéco ça aurait été beaucoup trop long. Parce que déjà en 3 mois, on avait vraiment fait le tour. » S9

Une autre possibilité de type de stage proposé par certains sujets est le développement de **stages en ambulatoire auprès de spécialistes**. Le sujet 2 de l'étude a passé 3 mois en ambulatoire chez un pédiatre et est satisfait de ce choix. D'autres sujets auraient également été intéressés par ce type de stage.

« Après ça serait bien de pouvoir, mais je sais qu'ils veulent pas, d'aller chez des gynécologues en stages ambulatoire ou des pédiatres. » (S3)

« Donc ce serait bien si on pouvait faire un petit peu chez un pédiatre ou chez un gynécologue. Même si c'est pas trois mois, même si c'est que 2-3 semaines ou un mois chez un pédiatre et pareil chez un gynécologue, dans un cabinet libéral. » (S5)

Suite aux différentes propositions émises, la thésarde a pu dégager quatre groupes d'idées pour améliorer la maquette de médecine générale et éventuellement l'appliquer lors d'une quatrième année de médecine :

- **faire un SASPAS amélioré, avec plus de responsabilités**
- **faire des stages dans un service hospitalier ou des services de polyclinique**
- **faire des stages ambulatoires chez des spécialistes**
- **faire des stages couplés 3mois – 3 mois**

En résumé, deux groupes de pensés se distinguent : ceux qui souhaitent réaliser plus de stages en ambulatoire, et ceux qui ne souhaitent pas refaire plus de stages en ambulatoire mais plutôt des stages chez des spécialistes en ambulatoire ou dans des services spécialisés.

Finalement toutes les suggestions et remarques des internes s'orientent vers la même idée principale : une évolution de l'internat pour l'amélioration de la formation de l'interne et dans son intérêt. Les internes ne souhaitent surtout pas que cette maquette soit modifiée pour des intérêts politiques ou pour combler des « trous » que ce soit dans les hôpitaux ou des déserts médicaux. Un autre point essentiel relevé par certains sujets est la nécessité d'une revalorisation du salaire de l'interne pour cette quatrième année.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Une des forces de l'étude est que les sujets avaient déjà tous terminé leur internat dans un délai inférieur à 18 mois, au moment de leurs entretiens, dont la majorité (sept sujets sur dix) dans un délai inférieur à six mois. Ce délai court entre la fin de l'internat et la réalisation des entretiens a ainsi permis de limiter les biais de mémorisation.

Un autre atout de l'étude est que tous les sujets sauf le sujet numéro 10, avaient réalisé minimum 15 mois d'ambulatoire, comparé aux 12 mois minimums obligatoires. Cela renforce l'intérêt de l'étude et a permis d'analyser un point essentiel : le ressenti des internes sur l'intérêt de réaliser davantage de stages en ambulatoire que le minimum requis au niveau national.

Deux promotions ont été interviewées, il y avait autant de sujets issus des promotions ayant finalisé leur internant en novembre 2021 que de sujets ayant terminé en novembre 2022. Cela a permis de renforcer l'étude en ayant récolté des ressentis de parcours sur deux promotions différentes.

Un autre point fort de l'étude est que la thésarde connaissait les sujets avant la réalisation de l'étude. En effet, cette dernière a côtoyé les différents sujets au cours de l'externat et/ou de l'internat. Ceci a renforcé le fait que les sujets ont pu se sentir en confiance au moment de l'entretien et ont pu ainsi délivrer sans retenu leur ressenti.

La retranscription des interviews au fur et à mesure des entretiens a permis de limiter au maximum le biais de mémorisation de l'investigatrice.

L'obtention de la saturation des données obtenues au 9ème entretien augmente la validité externe l'étude.

2. Limites de l'étude

Tout d'abord, le recrutement s'étant fait dans les connaissances de la thésarde, cela a pu entraîner un **biais de sélection.**

L'investigatrice de l'étude ayant vécu le même parcours que les sujets de l'étude, certaines données analysées peuvent peut-être présenter des **biais d'interprétations** selon le point de vue de la thésarde, malgré qu'elle ait essayé de rester le plus neutre possible tant dans le recueil que dans l'analyse des données.

Ayant effectué des recherches sur la question de recherche de l'étude, l'investigatrice a pu émettre des suggestions au cours des entretiens, ce qui a pu influencer les réponses données par les sujets. En retapant les enregistrements entre chaque entretien, la thésarde s'est rendue compte de l'influence qu'elle a pu jouer sur les réponses et a tenté lors des entretiens suivants de limiter aux maximum ces suggestions, de rester le plus neutre possible, en privilégiant au maximum les questions ouvertes, et les réponses neutres. Ceci est un **biais de suggestions.**

L'analyse a été faite uniquement par la thésarde. Il aurait été plus optimal que l'analyse des données soit réalisée par au minimum deux chercheurs. Pour limiter ce biais, une analyse a été réalisée à la fin de chaque entretien, à la fin de tous les entretiens et à nouveau lors de la rédaction de la partie méthode et analyse.

B. Comparaison des données de l'étude aux méthodes pédagogiques d'évaluations des compétences

1. Comparaison à la Marguerite des compétences et la Grille d'évaluation des compétences utilisée par le DMG de Strasbourg

Suite à aux résultats de l'étude, il est possible de constater que la majorité des compétences abordées par les sujets se retrouvent dans les composantes de la Marguerite de compétence de

médecine générale et la grille d'évaluation des compétences du DMG de Strasbourg. Il est possible de faire un parallèle entre les résultats de cette thèse et les 5 compétences de la marguerite de compétence abordés précédemment lors de l'introduction.

La première compétence est dénommé « Premier recours, urgence ». L'objectif de cette compétence est d'apprendre à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale. Cette compétence rappelle les idées de la partie « Apprendre à appréhender la médecine générale ».

La deuxième compétence « Relation, communication, approche centrée patient » se définit par apprendre à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. Notre partie « Relation médecin-patient », ainsi que la sous partie « Apprendre à s'adapter au terrain à chaque situation et chaque patient selon ses complexités » reprend les composantes de cette compétence.

La troisième compétence, « Approche globale, prise en compte de la complexité », est définie par apprendre à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale. Les parties « Apprendre à appréhender la médecine générale », « Apprendre les connaissances théoriques et pratiques nécessaire à la pratique d'un médecin généraliste, et « Apprendre à connaître ses limites» peuvent être comparés à cette compétence.

« Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » est la quatrième compétence. L'interne doit, selon la définition de cette compétence, apprendre assurer la continuité des soins

et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. Les sous parties suivantes « Apprendre le suivi de patients », « Apprendre à avoir une vision globale «» et « Apprendre à déléguer et collaborer » reprennent les même idées que cette compétence.

Pour finir, la dernière compétence est nommée « Professionnalisme ». Il est définit par apprendre à assurer l'engagement envers la société, répondre à ses attentes, développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. Les parties « Apprendre à connaître ses limites » et « Apprendre à s'adapter au terrain, chaque situation et chaque patient avec ses complexités » reprennent les idées de cette compétence.

Même si les différentes compétences ne s'organisent pas de la même façon, entre les résultats de cette thèse et la grille d'évaluation du DMG de Strasbourg, les idées générales se regroupent. Ainsi cela renforce la conclusion de cette étude : les stages en ambulatoire permettent de développer les compétences nécessaires à la pratique d'un futur médecin généraliste.

Cependant, il est important de noter qu'une des limites de cette marguerite des compétences et de la grille d'évaluation du DMG est l'absence de comparaison possible avec la partie nommée « Découvrir la médecine générale, sons organisation, et la gestion d'un cabinet médicale ». Les sujets de cette étude exprimaient un vrai manque de formation en particulier dans tout ce qui est lié à la **casquette de chef d'entreprise** qu'est le médecin généraliste : la comptabilité, la gestion des locaux et du matériel, l'administratif. Pour répondre à ce manque, un des objectifs de la quatrième année d'internat et de la réforme de la maquette de médecine générale est

notamment de mieux préparer l'installation des étudiants en les formant mieux à l'avenir dans ce domaine tant au niveau des stages, que durant leurs tutorats (10).

Deux autres points ne sont pas décrits également dans cette marguerite de compétence et la grille d'évaluation du DMG de Strasbourg :

- la compétence « Tester différentes pratiques et façons d'exercer permet à l'interne de savoir comment lui il souhaite exercer plus tard »
- la compétence « Apprendre à être ferme avec ses patients »

Pourtant, ces deux points semblaient essentiels et non négligeables selon les sujets de cette étude. Cela semble par conséquent être aussi des points clés à améliorer et à prendre en compte dans la formation des internes.

2. Apprendre par l'expérience

L'analyse des verbatims permet de mettre en avant le fait que les sujets ont appris les différentes compétences en étant confronté aux diverses situations cliniques. C'est ce que la thésarde a appelé de son analyse **apprendre par l'expérience.** Finalement, cela reprend l'idée des méthodes pédagogiques par APC, appliquées de plus en plus dans les formations de santé, telle que décrite dans l'introduction (21,27).

Les internes révèlent également avoir acquis les compétences en étant guidé, soit par la supervision directe et indirecte de leur MSU. Les sujets décrivent aussi **l'importance du débriefing**, en fin de journée ou en fin de consultation, pour mettre en lumière les erreurs commises ou des améliorations suggérées par leur MSU, que ce soit dans leur comportement face au patient ou dans sa prise en charge. Cela reprend bien l'idée et l'importance de la **rétroaction** décrite dans la méthode APC.

Un autre point relevé par les sujets est la progression des niveaux d'exigences de connaissances différentes au fur et à mesure que l'interne avance dans son parcours.

Ainsi cette analyse sur le ressenti de l'acquisition des compétences démontre bien que les stages en ambulatoire sont propices à la formation des internes et au développement des connaissances des internes en reprenant les principes de la méthode APC.

C. L'importance d'une supervision de qualité

Une étude sociologique réalisée par Géraldine Bloy en 2005 a cherché à étudier la transmission du savoir au cours du stage chez le praticien (qui correspond aujourd'hui au stage niveau 1) au décours d'une étude qualitative. 96 entretiens semi-dirigés ont été réalisés à travers 4 régions différentes de France. Elle reprend l'idée de relation triangulaire entre le praticien, l'étudiant et le patient. L'analyse met en avant les difficultés de chacun à trouver sa place dans ces interactions triangulaires. La relation déjà connue est celle entre le praticien et le patient ; ainsi la variable inconnue qu'est l'interne fait que le rôle de l'étudiant va dépendre de la place que lui donnera le patient, mais surtout celle que lui accordera le maître de stage. Ils ont identifié 3 idées principales permettant à cette relation de fonctionner au mieux, et ainsi à l'interne de progresser et d'apprendre (28) :

- L'importance du travail d'explicitation des contraintes réalisé en amont et en aval de la consultation.
- Créer un minimum d'interaction entre le médecin et l'interne pour favoriser le échanges et réflexions.
- Présenter l'étudiant comme un confrère et le traiter comme tel au cours de la consultation

Cela concorde avec les résultats de cette thèse. En effet, l'analyse met en avant que, lors du stage niveau 1, l'interne apprend en partie par mimétisme, en étant corrigé dans ces gestes lors de la consultation et à postériori lors du débriefing, ce qui correspond à de la supervision directe. L'étude sociologique reprend également l'importance du débriefing, qui permet aux sujets de réfléchir sur ce qui s'est passé, ce qu'il a fait ou qu'il aurait pu faire, pour progresser et mieux appréhender la prochaine fois.

Finalement, il faut constater de manière générale, que plus l'étudiant était intégré et actif à travers la consultation, plus les sujets avaient l'impression d'apprendre et avaient un bon ressenti global à la fin de leur stage. Le sujet 7 exprimait être dans la passivité et pensait apprendre en observant, lors de son stage de niveau 1, mais qu'ultérieurement, il s'est rendu compte que c'est en participant qu'il apprenait. L'étude sociologique décrit cela par une « dynamique d'apprentissage collectif »(28). En effet, l'interne, en étant intégré de manière actif dans la consultation, va progressivement acquérir des compétences et devenir autonome pour mener lui même seul une consultation. C'est en faisant qu'il apprend. Ainsi, bien intégrer un étudiant auprès des patients est essentiel pour son apprentissage. Inversement, l'interne arrive dans une situation médicale déjà connue par le patient et le praticien. Ce dernier apporte un regard neuf à la situation et permet ainsi de proposer une nouvelle vision ou propositions thérapeutique. Chacun apporte quelque chose à l'autre.

Concernant le stage SASPAS, la supervision est indirecte : l'apprentissage se fait en étant seul face au patient et lors du débriefing. Une étude qualitative menée en 2017 a exploré le ressenti d'internes de SASPAS concernant l'expérience de la supervision indirecte pour en définir les caractéristiques idéales selon leur point de vue. Il en ressort que les internes considèrent ce débriefing idéal comme un temps pédagogique consacré à leur progression, dans des conditions qui favorisent un échange facile : temps programmé sur la journée, lieux adaptés, climat de

confiance et de bienveillance entre le maître de stage et l'interne. La réflexion est guidée par le maître de stage, soit validation des actes effectués ou mise en lumière d'éléments manqués ou erreurs, afin de permettre à l'interne de progresser. Les auteurs décrivent également que les sujets avaient des expériences très variées de type de supervisions, mais que finalement, tous les sujets interrogés sont unanimes sur la vision de la supervision idéale et que tous reconnaissent l'intérêt de ce débriefing (29).

Les résultats de cette thèse se recoupent avec ceux de l'étude décrite précédemment. Les étudiants abordent la notion de vérification et de validation des décisions prises pour rassurer l'étudiant, point essentiel pour apprendre à prendre confiance en sa pratique. La mise en lumière d'erreurs ou d'oublis a également été abordée par les sujets comme un point essentiel des débriefings, qui permettent à l'étudiant de perfectionner ses acquis. En reprenant les différents verbatims, la thésarde a pu constater que les stages les moins formateurs et également les moins appréciés selon les sujets, sont ceux dont le débriefing est peu développé ou les échanges peu enrichis voire carrément absents.

Un autre point essentiel retrouvé suite à l'analyse est l'importance d'un environnement adéquat : avoir un bureau avec tous les outils nécessaires à disposition, dossiers remplis avec les informations sur les patients, documents sur les spécialistes auxquels l'interne peut adresser le patient. Cet environnement adéquat permet à l'étudiant d'exercer dans de bonnes conditions et de principalement se focaliser sur sa formation.

Pour conclure, pour privilégier au mieux la formation et l'apprentissage de l'interne au cours des stages en ambulatoire, il est important de développer une bonne relation MSU-interne pour favoriser les échanges et discussions lors des débriefings ou au cours de la consultation. Sans oublier, si l'interne est présenté comme un confère et non juste comme un simple étudiant, il va

se sentir valorisé dans sa posture. Ainsi cela favorisera sa prise de position en tant que médecin lors de la consultation et par conséquent son apprentissage. Pour finir, il est essentiel d'apporter tous les outils décrits précédemment pour que l'interne puisse exercer dans des conditions idéales.

D. L'intérêt des stages en ambulatoire

1. L'influence des stages en ambulatoire sur l'acquisition des compétences

L'étude sociologique de Bloy G., décrite précédemment, a permis d'établir la position de la population d'étude sur les spécificités des compétences requises pour la médecine générale :

- **la qualité de la pratique médicale** : faire des consultations et prises en charge médicales optimales et de qualité ;
- **la singularité de la médecine générale :** quand les auteurs parlent de cette singularité, ils reprennent l'idée de l'inadéquation entre le savoir et les pratiques hospitalo-universitaires. En effet, la pratique en médecine générale est bien différente, notamment du fait des contraintes de l'ambulatoire : durée de consultation trop courte, complexité du patient (28).

L'étude Bloy G. démontre que même si les sujets ne souhaitent pas pratiquer en médecine générale dans leur exercice futur, il est indéniable que les étudiants apprennent les rouages de la médecine de cabinet tant dans sa gestion sur le plan médical que dans la relation avec le patient. Ces idées de transmission de « savoir » et de « savoir-faire », comme décrit Bloy G., reprennent les idées du groupe de compétence : apprendre à appréhender la médecine générale.

Une étude réalisée en 2017 avant l'application de la Réforme du Troisième cycle a cherché à recueillir la perception des internes de médecine générale concernant les compétences à acquérir pour exercer en tant que médecin généraliste. L'étude a permis de mettre en évidence l'importance du stage chez le praticien de niveau 1 et son rôle significatif dans l'avancée des compétences acquises, sauf concernant l'éducation du patient. Le sentiment de progression des internes interrogés au cours du troisième cycle est notable, en particulier après ce stage chez le praticien(24). L'intérêt de réaliser le stage de niveau 1 chez le praticien n'est plus à démontré. Il en est de même pour le SASPAS, obligatoire depuis 2017, mais existant depuis 2003.

Une étude menée à la Faculté de médecine de Rouen en 2013 a cherché à analyser l'impact de la réalisation du SASPAS sur les résultats aux ECOS. La Faculté de Rouen pratiquait alors en 5ème semestre d'internat l'examen clinique objectif standardisé (ECOS). Cet examen oral était organisé en plusieurs stations, et permettait d'évaluer de manière globale les compétences des internes de médecine générale : la démarche diagnostique de l'entretien, de l'examen clinique, paraclinique, les gestes techniques, la prise en charge thérapeutique et la communication (information du patient, relation médecin-patient). Concernant la maquette des étudiants, tous avaient au moins réalisé un stage en médecine générale et 30% avaient effectué un SASPAS. Les résultats démontrent que la moyenne des internes ayant réalisé un stage en médecine générale et un SASPAS était significativement plus élevée. De plus, cette étude a révélé que le SASPAS permet d'améliorer notamment les compétences au niveau communication avec le patient, démarches diagnostiques paracliniques et thérapeutiques (30).

Une étude réalisée en 2003 au moment de la création du SASPAS a évalué le ressenti des internes après la réalisation de ce premier semestre « test ». Elle démontre que lors de ce stage, l'interne développe sa confiance en soi et son autonomie. Un des points clés à retenir est que le développement des connaissances ne va pas dépendre du nombre de consultations effectuées

par jour, mais de la qualité de la supervision qui y est associée (31).

Une étude réalisée en 2015 a cherché à décrire le stress perçu par les internes au début et à la fin du SASPAS, ainsi que l'assurance professionnelle dans les compétences du médecin généraliste, en comparaison avec des internes ne réalisant pas de SASPAS. Les analyses permettent de déduire que le stress perçu est plus bas chez les internes au cours du SASPAS, en comparaison au non-SASPAS, et qu'ils développent également une assurance professionnelle plus élevée dans la plupart des compétences du médecin généraliste. L'étude démontre notamment que le stage SASPAS permet de développer les 7 compétences suivantes : la coordination, la gestion du temps et l'incertitude, la relation au patient, l'éducation et la prévention, le dépistage, les logiciels, la comptabilité et la formation professionnelle (32).

Toutes ces études mettent en avant l'importance de l'influence des stages de niveau 1 et SASPAS, sur le développement des compétences pour devenir un médecin généraliste. Finalement ces données concordent avec les résultats de cette thèse. Le stage de niveau 1 selon la plupart des sujets interrogés est considéré comme un stage d'initiation à la pratique ambulatoire, avec l'apprentissage des bases nécessaires pour exercer en médecine générale. Tandis que le SASPAS, lui, complète et approfondit l'apprentissage des compétences du médecin généraliste, et permet notamment d'apprendre l'autonomie, la confiance en soi et sa pratique. Comme l'expliquent les sujets de l'étude, le stage de niveau 1 et SASPAS ont finalement chacun un rôle bien précis dans l'apprentissage du métier de médecin généraliste. L'un ne peut se substituer à l'autre, ils sont complémentaires et indispensables pour la formation.

2. Le cas particulier des stages de gynécologie et pédiatrie en ambulatoire

En 2012, d'après une publication du bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, la population

pédiatrique d'un médecin généraliste augmente de plus en plus. Ce dernier contribue à la prise en charge totale ou partielle de 80% des enfants dont 50% des moins de 2 ans (33). Cette tendance va s'intensifier avec l'aggravation du manque de spécialistes dans de nombreux territoires. Cela en va de même pour la gynécologie.

Deux thèses réalisées en parallèle l'une de l'autre ont cherché à faire un état des lieux de la formation en santé de l'enfant et de la femme des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand. Dans cette région, le stage de pédiatrie est couplé à celui de gynécologie au cours de même semestre, pour des raisons de contraintes organisationnelles. Les terrains de stage proposés sont soit uniquement hospitalier, soit mixte alliant ambulatoire chez un médecin généraliste ou un gynécologue ou en PMI, et une partie en hospitalier.

Concernant le stage de pédiatrie, l'objectif principal était de savoir si l'interne se sentait capable d'assurer en autonomie, lors de sa pratique future, des consultations portant sur des problématiques liées à la santé d'un enfant. Plus de 9 internes sur 10 (93%) se considèrent capables de prendre en charge au moins 50% des items proposés élaborés à partie des 6 thèmes de la Marguerite de compétences du médecin généraliste. Et plus un interne est confronté de manière répétée à une situation clinique donnée, cela entraine l'acquisition de l'aptitude à gérer en autonomie la situation dans plus de 90% des cas. Le lieu de stage n'influençait pas l'acquisition des connaissances. Cependant, l'étude a constaté un manque de connaissances au niveau des consultations de suivi de trouble du développement ou du comportement, des conseils sur l'allaitement, les violences sexuelles, et la maltraitance. Le fait d'être peu confronté à ce type de situation est, selon les auteurs, une des raisons du manque de compétences dans ce domaine. Les étudiants ont également suggéré qu'ils auraient souhaité être confrontés à plus de suivis de pathologies chroniques, ce qui se fait lors de consultation chez un pédiatre ou un médecin généraliste (34).

Concernant le stage de gynécologie, l'étude retrouve les mêmes données que le stage de pédiatrie. Plus une situation est fréquemment rencontrée (>15 fois), plus la compétence sera assimilée par l'interne. Cette étude présente également un intérêt à un stage minimal de 3 mois nécessaires pour bien acquérir les compétences de la spécialité. Dans les suggestions émises, les internes souhaiteraient également réaliser plus de stages en ambulatoire pour la gynécologie, chez des sages-femmes, des gynécologues ou encore dans des centres de planning familial(35).

Une étude réalisée en janvier 2020 par L'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) propose au même titre de développer les parcours en ambulatoire pour les stages de pédiatrie et de gynécologie. Une des solutions proposées selon les auteurs seraient le développement de stages ambulatoires chez des sages-femmes. En effet, ces dernières croisent des pathologies semblables à celles rencontrées chez un médecin généraliste (36).

Une étude réalisée à Grenoble a cherché à explorer les ressentis des internes de médecine générale sur les compétences acquises lors de leur stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier. Ces stages mixtes ont été développés dès 2018 pour répondre à l'inadéquation entre les compétences acquises à l'hôpital et la future pratique ambulatoire de la plupart des médecins généralistes. Les étudiants interrogés sont globalement satisfaits de cette composition mixte, de 3 mois-3 mois. En effet, l'hôpital a permis à ces étudiants d'apprendre le panel des pathologies pédiatriques, plutôt axées sur les pathologies aigues. Les urgences pédiatriques apparaissent comme le secteur le plus formateur en hospitalier. Tandis que l'ambulatoire leur a permis d'apprendre le suivi de l'enfant sain, les conseils alimentaires, la diversification et le relationnel tant avec les parents que l'enfant. Les auteurs concluent ainsi que les deux visions sont importantes et complémentaires pour la formation des médecins généralistes. Ils suggèrent ainsi de développer les stages mixtes en privilégiant la partie ambulatoire chez des pédiatres ou

en PMI, ainsi que de favoriser les stages aux urgences en milieu hospitalier (12).

Il a été vu au cours de ces différentes études, que l'alliance hospitalier-ambulatoire, permet aux internes d'avoir une vision globale pédiatrique et ainsi bénéficier d'une formation de qualité. Cela concorde avec les résultats de cette thèse. Cependant, concernant le parcours hospitalier, les stages les plus appréciés et considérés comme formateurs sont ceux dont les pathologies rencontrées relèvent du niveau de compétences des médecins généralistes. Les stages au sein de services « surspécialisés » n'étaient pas considérés comme formateurs selon les sujets de la thèse. De plus, les internes qui avaient bénéficié de stages en ambulatoire axés sur la pédiatrie ou la gynécologie ont remarqué un vrai développement de leurs compétences et se considèrent actuellement très à l'aise dans le domaine concerné.

Aujourd'hui, à Strasbourg, pour les semestres santé de la femme et de l'enfant, les internes ont la possibilité de faire des stages en ambulatoire chez des médecins généraliste, en PMI et chez un pédiatre (1 seul stage proposé). Toutefois, les stages proposés auprès de médecins généralistes axés véritablement pédiatrie et gynécologie ne sont pas encore assez nombreux. Ainsi, comme suggérés dans les précédentes études et par les sujets de l'analyse, développer des stages chez des spécialistes en libéral pourraient répondre à ce besoin.

La quatrième année de médecine propose actuellement de remettre les stages de pédiatrie et gynécologie en seul semestre. Cependant, les précédentes études ont démontré la nécessité d'un stage de 3 mois minimum pour développer de bonnes compétences(37–39). De plus, pour pourvoir proposer un schéma mixte ambulatoire-hospitalier, tout permettant aux internes de développer des compétences nécessaires dans chaque domaine, tant en pédiatrie qu'en gynécologique, il faudrait donc en théorie de garder un semestre pour chacun. Cela est donc une piste de réflexion pour une éventuelle évolution de la maquette de médecine générale.

3. Multiplier les terrains de stage pour limiter les disparités dans les approches pédagogiques

L'étude sociologique de G. Bloy met en avant des disparités tant dans les projets des étudiants, que dans les façons d'exercer et pratiques des maîtres de stages. Les auteurs ont surtout insisté sur l'hétérogénéité des terrains de stages, tant sur les horaires, le positionnement laissé par le maître de stage à l'interne face au patient, que dans les approches pédagogiques(28).

Ces disparités concordent avec les verbatims de cette thèse. Certains sujets expliquent avoir été mis trop tôt en situation d'autonomie par exemple, et d'autres n'avaient pu consulter seuls en stage de niveau 1. Il a aussi été démontré que la patientèle et le lieu d'exercice sont très différents entre chaque praticien. De ce fait, un interne a pu apprendre la pédiatrie au cours de son stage SASPAS ou niveau 1 simplement du fait que son MSU avait une activité pédiatrique plus importante. En effet, les stages en ambulatoire au cours des semestres de pédiatrie ou gynécologie ne sont pas forcément tous des stages dédiés à ces thématiques précises, car la population pédiatrique/gynécologique y est peu représentée. Cela n'enlève pas pour autant l'intérêt pédagogique de ces stages d'approfondissement de médecine générale, qui permettent à l'interne de découvrir un autre mode d'exercice, un milieu social différent ou encore d'autres spécificités telles l'addictologie ou la médecine du sport. Finalement cela renforce bien l'idée de multiplier les terrains de stage pour limiter l'influence de ces différentes approches et méthodes pédagogiques, afin de rendre la formation plus homogène.

4. Influence des stages en ambulatoire sur le projet professionnel et le sentiment de se sentir prêt à exercer

Au cours de cette étude, neuf sujets sur dix (tous sauf le sujet 7) exerçaient au moment du recueil des donnés en tant que médecin remplaçant en libérale. Parmi eux, le sujet 10 attend de

finir sa thèse pour ensuite aller travailler dans un service hospitalier. Le sujet 7, lui, a une activité hospitalière au moment du recueil des données, mais il n'exclut pas le fait d'exercer en ambulatoire dans le futur.

L'auteur a déterminé au cours de cette analyse que tester différentes façons d'exercer, pratiques et lieux d'exercices, permet à l'étudiant de savoir ce qui lui plaît et ce qui ne lui convient pas, pour finalement, avoir plus ou moins une idée de comment il souhaite exercer dans l'avenir. Ainsi il a été démontré que les stages en ambulatoire influent sur le projet professionnel. D'autres études le démontrent également.

Une étude réalisée par Munck *et al.* en 2010-2011 a cherché à décrire, à l'échelle nationale, les principaux facteurs individuels (liés aux caractéristiques des internes) et contextuels (liés aux caractéristiques de la formation et de la démographie médicale régionale) qui mènent à l'élaboration d'un projet d'installation en libéral chez les internes de médecine générale. Cette étude a révélé qu'un des facteurs d'influences majeurs était celui lié à la formation. Cela est d'autant plus intéressant que ces facteurs sont modifiables par des réformes. Cependant l'étude n'a pas permis de démontrer que le fait d'avoir réalisé un stage en ambulatoire (un seulement alors obligatoire sur les 3 ans de DES lors de la réalisation de l'étude) avait une influence sur le projet professionnel (37). Par contre, d'autres études ont révélé le contraire.

Une étude organisée en 2019 dans la ville d'Angers a comparé les projets professionnels déclarés lors d'une première étude en 2012 par les internes du DES de médecine générale, avec leur exercice réel déclaré en 2019. Par cette comparaison, les auteurs ont essayé de mettre en évidence une continuité des projets, entre le projet professionnel et l'exercice ultérieur. L'objectif secondaire était d'identifier les principaux facteurs influençant ces projets. Les médecins ont par conséquent été recontactés pour faire le lien entre le projet envisagé en 2012 en tant qu'interne et leur projet réel réalisé en 2019 en qualité de médecin. Les résultats

révèlent qu'un des facteurs d'installation déterminant dans leur projet professionnel était le SASPAS (stage alors non obligatoire en 2012). Les internes ayant réalisé ce stage avaient tendance à avoir plus suivi leur projet initial. L'auteur démontre également que la multiplication des stages en ambulatoire favorise l'installation en libéral (38).

Une autre étude réalisée en janvier 2020 par L'ISNAR- IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) a analysé l'impact du DES de médecine générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes, en prenant l'exemple du stage SASPAS. 82 % des répondants envisageaient une installation future en ambulatoire, dont 36% dans les 3 ans à venir. Une relation est trouvée entre le nombre de stages ambulatoires réalisés au cours du troisième cycle et les projets d'installation, ainsi qu'avec les installations effectives des internes en Médecine Générale. En effet, il y a une augmentation de près de 20% des projets d'installations chez les internes ayant réalisé plusieurs stages ambulatoires. (69% de ceux qui avaient effectué un stage ambulatoire contre 88% des répondants ayant réalisé deux stages en libéral). L'étude démontre également que le nombre de stages ambulatoires influent sur la réduction du délai entre la fin de l'internat et la construction d'un projet d'installation. Le nombre de stages dans une zone particulière influe également sur l'installation future dans cette même zone géographie. Les résultats de cette enquête démontrent que les internes sont amenés à découvrir des modes d'exercice qu'ils ne connaissaient pas toujours, et que cette découverte influence leur projet d'installation. Une autre tendance se dessine également chez ces jeunes médecins interrogés : beaucoup sont intéressés par l'exercice en groupe ou en MSP (Maison de Santé Pluriprofessionelle). Les internes ayant effectué des stages en MSP ont deux fois plus émis un souhait d'installation dans ce type de structure que ceux qui n'y sont pas passés en stage. A contrario, l'exercice seul est beaucoup moins envisagé par les étudiants, malgré les stages réalisés dans ce type de cabinet (36).

Une thèse réalisée par Benjamin Mirra a cherché à déterminer le sens du remplacement durant l'internat à travers l'analyse du ressenti des jeunes médecins généralistes de la Faculté de médecine de Strasbourg. L'auteur en démontre les bénéfices : l'expérience professionnelle, l'exercice en conditions « réelles », l'autonomisation, le complément de formation et l'orientation du projet professionnel ; ainsi que les limites : la responsabilité par manque de confiance en soi, les démarches administratives, l'adaptabilité, les contraintes de la maquette, le manque de compétences dans l'auto-entrepreneuriat et la gestion libérale. Il explique également dans la discussion que le SASPAS avait déjà été mis en place pour permettre aux étudiantes de mieux se préparer à l'installation et à l'exercice libéral, mais que finalement la formation actuelle paraît insuffisante à ce niveau. C'est pourquoi le remplacement durant l'internat peut être vu comme un complément de cette formation pour apprendre à exercer en tant que médecin généraliste(39).

La Réforme du Troisième Cycle en Médecine Générale encourage les stages en ambulatoire. Le projet d'installation d'un médecin est influencé par divers facteurs (sociaux, personnels, économiques…), mais un des plus influents est la formation initiale. Ainsi, pour répondre au problème de démographie médicale et d'installation des jeunes médecins, il paraît tout à fait logique de favoriser les stages en ambulatoire. C'est un des principaux arguments qui a justifié la mise en place d'une quatrième année de médecine. Si la possibilité de réaliser cette quatrième année en ambulatoire est offerte aux étudiants, ils découvriraient encore davantage de terrains de stage, donc de lieux d'exercices et de pratiques différentes. En leur proposant d'exercer dans un degré d'autonomie supérieur et de manière prolongée dans un même cabinet, l'interne pourrait tester l'exercice en qualité de médecin installé, en suivant des patients pendant plusieurs mois. Ainsi, les étudiants seraient en théorie plus à l'aise dans la gestion de patients au

long cours et d'un cabinet médical à l'issue de ce stage. Cela pourrait donc en théorie leur permettre de se projeter plus rapidement vers une installation après l'internat.

Cependant, il a été démontré au cours de cette étude, qu'il y a un vrai sentiment d'ambiguïté sur le fait de se sentir prêt à exercer.

Une étude réalisée en 2011 a cherché à explorer l'émergence du sentiment « d'être prêt à exercer » à l'issue du DES de médecine générale. L'étude décrit le sentiment « d'être prêt à exercer » comme un phénomène évolutif, qui se déploie en trois moments phénoménologiques, allant du contact angoissant du métier avec ses valeurs idéales vers l'acquisition en situation d'une compétence réaliste pour finir par la maîtrise du métier. Les 3 déterminants de ce sentiment à être prêt à exercer vont être : l'émergence d'une identité professionnelle, l'expérience en contexte authentique fondant l'acquisition de savoirs et l'impression d'être légitime (40). Ainsi pour se sentir prêt à exercer, il faut que l'interne acquière ces 3 déterminants. Se pose la question suivante : la maquette actuelle permet-elle vraiment aux internes de se sentir prêts à exercer ?

Il a été démontré antérieurement que les étudiantes ressentent un manque de compétences dans certains domaines, notamment tout ce qui est lié à la gestion d'un cabinet médical et la casquette de chef d'entreprise. La thèse de Mirra B. ainsi que l'étude de INSAR-IMG de 2020 affirment également que les étudiants ne sont pas bien formés dans les démarches liées à l'installation, la gestion administrative du cabinet et la fiscalité du médecin généraliste(36,39).Cela constitue déjà un frein au fait de se sentir prêt à exercer. Mais finalement, en reprenant les verbatims, un autre frein surgit : ceux sont la peur et le sentiment d'angoisse qui naissent avec la prise de responsabilité. Être seul responsable de ses actes et des prescriptions fait peur, qu'importe le nombre d'années d'études effectuées auparavant. Ainsi se

pose la question suivante : Est-ce que la mise en place de cette quatrième année pourrait-elle vraiment permettre aux étudiants de s'affranchir de cette peur ?

E. Le débat autour de la quatrième année de médecine : Pourquoi les étudiants en médecine et les jeunes médecins généralistes sont-ils réticents à une quatrième année de médecine ?

La démographie médicale est un enjeu public majeur. De nombreux médecins partent aujourd'hui à la retraite et le nombre de médecins nouvellement installés ne permet pas de combler ces départs. De nombreux facteurs expliquent cela : un nombre moins important de médecins formés pendant plusieurs années, un médecin aujourd'hui travaille moins en temps de travail qu'un ancien médecin, et il existe également un apriori comme quoi les jeunes professionnels ont des hésitations à s'installer dans une région où il y a déjà un déficit en médecin.

De nombreuses aides incitatives ont été mises en place par l'Etat pour tenter de combler ce manque : aide à l'installation en zone sous-dotée, exonération des impôts sur le revenu pendant 5 ans, rémunération durant les études de médecine en contrepartie d'un certain nombre d'années à travailler en zone sous-dotée, etc. Malgré cela il persiste une disparité de l'offre de soin dans les territoires.

L'étude sociologique réalisée en 2005 par Géraldine Bloy explique que faire un stage en ambulatoire permet de dédramatiser les idées de l'ambulatoire qu'on peut se faire avant les remplacements, permettant ainsi, en faisait l'expérience d'un stage en ambulatoire, de développer déjà un minimum de compétences avant d'exercer en ville. Cependant, l'auteur

explique également que voir la réalité du terrain permet de renforcer certaines vocations hospitalières, et ne favorise pas forcément l'installation immédiatement après la fin de l'internat. En effet, lors de son stage en ambulatoire, l'étudiant se rend compte des difficultés et des responsabilités qu'inculque l'exercice en ambulatoire (28). La thésarde retrouve également ce dernier point suite à son analyse.

L'une des explications au retard à l'installation est que l'exercice libéral peut faire peur aux jeunes généralistes qui n'y sont pas complètement préparés. La majorité des sujets interrogés au cours cette thèse parlaient d'apprendre à prendre du temps pour soi, ou d'apprendre à être ferme avec les patients pour éviter d'être submergé. Ils expliquent aussi se sentir insuffisamment formés à la casquette de chef d'entreprise, lors de l'internat. Finalement, la thésarde suggère en premier lieu que d'une part, la peur de ne pas savoir gérer un cabinet repousse l'installation. Mais il y a également la peur de tomber dans un rouage infernal entre la pression des patients et la charge mentale de chef d'entreprise.

En effet, les études de médecine sont longues, difficiles, et demandent beaucoup d'investissements personnels et de sacrifices. En 2017, l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes), l'ISNAR-IMG, l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) et l'INSCCA (InterSyndicat National des Chefs de Clinique et Assistants), aujourd'hui dénommé Jeunes Médecins, débutaient la première enquête nationale sur la santé mentale des jeunes médecins. Ils eurent jusqu'à 21.000 réponses d'étudiants, d'internes et de jeunes praticiens. Les résultats étaient alarmants : 66.2% des jeunes et futurs médecins présentaient des symptômes anxieux, 27.7% présentaient des symptômes dépressifs et 23.7% affirmaient avoir des idées suicidaires. L'étude montre que les principaux facteurs de risques d'anxiété (autre que ceux personnels) sont la fatigue, le manque de soutien des supérieurs hiérarchiques, le manque de soutien entre pairs et l'insuffisance d'encadrement. Tandis que les facteurs protecteurs sont le

soutien entre pairs, le fait d'être en centre hospitalier, d'avoir un temps d'échanges dédié, la visite à la médecine du travail et d'avoir les ressources matérielles nécessaires (41). Cette détresse psychologique s'est encore aggravée par la crise sanitaire de la Covid 19 et par la majoration ces dernières années des tensions sanitaires tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire (42).Au cours des verbatims, beaucoup parlent de leur joie d'avoir terminé l'internat après 3 ans, même s'ils expriment pour la plupart, le souhait d'avoir encore voulu une formation supplémentaire. Finalement, il ressort une certaine ambivalence dans leur propos. La majorité explique bien comprendre l'intérêt de cette quatrième année d'internat qui serait bénéfique à leur formation. Cependant, un véritable manque de motivation se fait ressentir au fait de rajouter une année supplémentaire à l'internat. Les étudiants en fin d'étude ont généralement entre 27 et 30 ans et ont un besoin de liberté. Ainsi, le fait de leur demander d'effectuer encore une année supplémentaire dans une zone pas toujours choisie par l'étudiant, et en priorité en zone sous dotée, paraît être un nouveau sacrifice à leur demander. Cela signifie également retarder des projets personnels tels qu'un voyage, un projet familial, voire un projet de déménagement pour ceux qui ont changé de région lors de l'internat.

Les propositions actuelles pour cette quatrième année répondent en partie aux attentes des étudiantes. En contrepartie de cette quatrième année, le salaire sera revalorisé comme il a été expliqué dans l'introduction. Toutefois, il a été vu précédemment à travers différentes études analysant le SASPAS (25,31,32), notamment au début de son application dans les années 2000, certains étudiants pouvaient ne pas bénéficier du côté éducatif des débriefings du SASPAS, et faire finalement une sorte de « remplacement déguisé ». La thésarde a démontré qu'il existe encore à ce jour des dérives de certains MSU lors des stages de niveau 1, stage SASPAS ou stage ambulatoire en pédiatrie et gynécologie. En effet, certains des sujets avaient été mis trop vite en autonomie ou un des sujets réalisait une journée de SASPAS sans débriefing. Même si beaucoup

de choses sont aujourd'hui mises en place pour les éviter, il y aura malheureusement toujours des dérives.

D'autre part certains sujets se sentaient prêts à remplacer à l'issue du SASPAS et jugent que celui-ci sert déjà à acquérir de l'autonomie pour travailler seul. Ainsi, ces étudiants considèrent plutôt cette quatrième année positive pour favoriser le développement de stages hospitaliers tels la rhumatologie ou la dermatologie, au sein de services adaptés à leur formation. Le fait de mettre un stage libre en troisième année permettrait déjà de répondre en partie à cette demande. Les possibilités de réaliser un stage en hospitalier lors de cette quatrième année seront exceptionnelles selon les premières propositions actuelles (10).

Peut-être qu'une des solutions pour répondre au débat serait de donner l'occasion aux étudiants de réaliser cette quatrième année selon leur ressenti, et de choisir dans quel domaine ils souhaiteraient encore se perfectionner. Il a été constaté dans cette étude que finalement au bout de 3 ans, les internes savent dans quel domaine ils ont encore besoin de progresser. Ainsi, laisser la possibilité à chacun de choisir l'option soit en ambulatoire, soit en partie en hospitalier au cours de cette quatrième année serait peut-être une réponse à ce débat.

En conclusion, la thésarde suggère que les étudiants ont certainement peur que cette quatrième année devienne un « remplacement déguisé » et que l'intérêt pédagogique ne soit pas prioritaire. C'est pourquoi, il est important de prendre en compte toutes les suggestions récoltées au cours de cette étude sur l'évolution de la maquette de médecine générale. Néanmoins, il est important de noter que cette étude ne concerne qu'un échantillon de 10 étudiantes. Il est par conséquent impossible d'extrapoler ce que témoignent 10 internes à un niveau plus général. Il serait intéressant de lancer une étude à plus grande échelle régionale, inter-régionale voire nationale, via un questionnaire adressé aux étudiants en fin d'internat ou

l'ayant tout juste achevé. Il serait intéressant de déterminer leurs attentes pédagogiques et leurs suggestions concernant l'évolution de la maquette de médecine générale et la mise en place d'une quatrième année d'internat.

V. CONCLUSIONS

Au détour de cette étude, il a été déterminé que les internes de médecine générale de la Faculté de médecine de Strasbourg ont le ressenti d'avoir développé des compétences en partie semblables à celle de la Marguerite de compétences, au cours leur stages faits en ambulatoire.

La relation médecin-patient est une des principales compétences acquises lors de ces stages en ambulatoire. Elle se développe de manière progressive au cours de l'internat, par mimétisme, par les répétitions des expériences cliniques, par les débriefings et en affinant sa propre façon d'exercer.

Les internes décrivent dans leur verbatim qu'ils ont appris à appréhender la médecine générale, c'est-à-dire appris à avoir une expertise clinique, à suivre un patient, à avoir une vision globale, ainsi qu'à s'adapter à chaque situation clinique et patient.

Il y a également toutes les connaissances théoriques, pratiques et administratives spécifiques à l'exercice d'un médecin généraliste. Les sujets expliquent également avoir appris la gestion d'un cabinet médical, tant dans son organisation que sa gestion administrative. Cependant, une partie d'entre eux expriment ne pas se sentir suffisamment formés à la « casquette de chef d'entreprise » et la gestion administrative d'un cabinet. Ce manque de compétences est un des points essentiels à prendre en compte pour améliorer la formation et mieux préparer l'interne à l'exercice de cabinet.

Les étudiants à travers ces stages ont aussi appris à découvrir et aimer la médecine générale. Multiplier les stages en ambulatoire leur ont permis de tester différentes pratiques et type d'exercices. Ainsi, les sujets ont déjà une idée à l'issue, voir même au cours de l'internat, sur la façon dont ils souhaitent exercer plus tard. Les stages en ambulatoire influent ainsi le projet professionnel. C'est un point de levier essentiel sur lequel jouer pour favoriser l'installation des jeunes médecins.

Les sujets ont également décrit avoir appris à connaître leur limite, tant dans la prise en charge du patient, que pour leur bien être personnel. C'est-à-dire apprendre à déléguer quand cela est nécessaire, mais également apprendre à mettre des limites aux demandes des patients.

Au cours de l'internat, la somme des expériences cliniques fait que l'interne va progressivement apprendre à prendre confiance en lui et en sa pratique. Quant à l'autonomie, celle-ci s'acquiert progressivement, mais le SASPAS est le stage qui a une véritable influence sur son acquisition.

Les sujets ont été interrogés au début de leur exercice professionnel. Une majorité d'entre eux exprime une vraie ambiguïté sur le fait de se sentir prêt à exercer. Cette ambiguïté naît d'un sentiment de peur et/ou d'angoisse qui apparaît dès que l'interne est enfin seul responsable de ses actes et prescriptions. Même si l'interne se considère autonome et en capacité d'exercer seul, il y a toujours une petite appréhension exprimée à cet exercice seule. L'auteur suggère que peu importe le nombre d'années d'études, cette appréhension sera toujours présente au moment fatidique. Néanmoins, laisser la possibilité d'effectuer une quatrième année d'internat avec plus de responsabilités et le fait d'exercer de manière prolongée dans un cabinet, pourraient en théorie minimiser cette appréhension.

Concernant l'amélioration de l'internat et la mise en place d'une quatrième année d'internat, tous expriment le souhait d'effectuer une formation supplémentaire, chacun dans un domaine plus particulier. Un groupe de sujets souhaite faire plus de stages en ambulatoire. Tandis que

l'autre groupe considère avoir déjà fait suffisamment de stages en ambulatoire au cours de l'internat et souhaiterait ainsi développer d'autres compétences dans des spécialités telles que la dermatologie ou la rhumatologie, des pathologies fréquemment rencontrées en cabinet. Il a été vu que 9 des 10 sujets de cette étude ont fait un minimum de 15 mois en ambulatoire. Ils ont quasiment tous déjà expérimenté le fait de faire plus de stages en ambulatoire qu'uniquement le SASPAS et le stage de niveau 1. Cette étude a permis de mettre en avant le fait que les stages en ambulatoire sont essentiels à l'apprentissage des compétences nécessaires pour devenir médecin généraliste. Les stages de pédiatrie et gynécologie en ambulatoire sont également à promouvoir et développer. Ainsi la mise en place d'une quatrième année de médecine, sous le principe de stage en ambulatoire sous le régime de l'autonomie supervisée, rentre dans cette logique. D'après l'expérience des sujets, ces derniers proposent quatre groupes d'idées d'amélioration de la maquette de médecine générale :

- faire un SASPAS amélioré, avec plus de responsabilités,
- faire des stages dans des services de spécialités ou des services de polyclinique
- faire des stages ambulatoires chez des spécialistes
- faire des stages couplés sous un schéma 3 mois-3mois

La mise en place d'un stage libre en 3ème année d'internat répondrait en partie à ce besoin d'adaptabilité de la formation qu'exprime un certain nombre de sujets. Il paraît donc essentiel que cette quatrième année et l'évolution de la maquette de médecine générale restent axées sur la formation de l'interne. L'auteur suggère en partie que laisser une certaine adaptabilité lors de cette quatrième année à ceux qui le souhaitent, permettrait de répondre au débat. En effet, un interne en fin de parcours sait dans quel domaine il souhaite encore se perfectionner. Ainsi, permettre aux internes qui le souhaitent de faire une partie cette année supplémentaire en stage libre serait une solution. Les modalités de modification de cette maquette de médecine

générale sont encore floues à ce jour, et peuvent encore être amenées à évoluer. C'est pourquoi les données de cette étude sont intéressantes et méritent d'être prises en considération.

Continuer de développer les stages en ambulatoire est essentiel pour mieux préparer l'interne à l'autonomie et l'exercice en cabinet. La quatrième année pourrait en partie répondre au sentiment d'ambiguïté de se sentir prêt à exercer. Développer des stages chez des spécialistes est une option intéressante, surtout pour les stages de pédiatrie et gynécologie. Cependant, il ne faut pas oublier que l'internat a pour objectif de former un interne, ainsi laisser plus d'adaptabilités à l'internat à ceux qui souhaitent faire plus d'hospitalier est un point intéressant à étudier.

VU Strasbourg, le 9 janvier 2024
Le président du jury de thèse

Professeur Thierry PELACCIA

VU et approuvé Strasbourg, le 11 JAN 2024
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. ONISEP. www.onisep.fr. 2022 [cité 27 juill 2023]. Les études de Médecine. Disponible sur: https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine
2. Bluteau Pauline. L'Etudiant. 2023 [cité 23 oct 2023]. Études de médecine : le calendrier des EDN et ECOS (ex-ECN) 2023-2024. Disponible sur: https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-de-medecine-le-calendrier-des-edn-et-ecos-ex-ecn-2023-2024.html
3. République Française. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. Journal Officiel déc 4, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031560595
4. Rougeron, C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. Ethics, Medicine and Public Health. avr 2015;1(2):283-8.
5. Collège National des Généralistes Enseignants [Internet]. 2012 [cité 28 juill 2023]. Historique du CNGE. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
6. République Française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Journal Officiel avr 14, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758
7. République Française. 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 [Internet]. Journal Officiel avr 28, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881
8. ISNAR-IMG [Internet]. [cité 28 juill 2023]. DES de médecine générale. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/
9. Bayen Marc. CNGE formation. [cité 28 juill 2023]. CNGE Formation. Disponible sur: https://www.cnge-formation.fr/le_parcours_pedagogique_des_msu
10. Pr Pham Bach-Nga, Renker Mathilde, Pr Saint-Lary Oliver, Pr Oustric Stéphane. Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale [Internet]. 2023 juin [cité 28 juill 2023] p. 1-84. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/ajout-d-une-quatrieme-annee-au-diplome-d-etudes-specialisees-des-de-medecine
11. Département de Médecine Général de Strasbourg. mediamed.unistra.fr. 2012 [cité 28 juill 2023]. Stages - DMG Strasbourg. Disponible sur: http://mediamed.unistra.fr/dmg/stages/
12. Massot J, Chapeau V. Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Grenoble sur leur stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier [Internet] [Qualitative]. [Grenoble]: Faculté de Médecine de Grenoble; 2020 [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02909221
13. République Française. LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (1) [Internet]. Journal officiel déc 24, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000046796111/2022-12-25/

14. République Française. Chapitre II : Les études médicales. (Articles L632-1 à L632-13) - Légifrance [Internet]. Code de l'éducation. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166667
15. République Française. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale [Internet]. Code de la Santé Public. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048
16. République Française. Sous-section 1 : Statut des docteurs juniors (Articles R6153-1 à R6153-1-29) - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Public. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196816/
17. ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Le statut de docteur junior. Disponible sur: https://isni.fr/le-statut-de-docteur-junior/
18. Auditeurs de la 41ème promotion MSIE de l'EGE. Ecole de Guerre Economique. 2023 [cité 31 mai 2023]. La guerre de l'information autour de la quatrième année d'internat de médecine générale. Disponible sur: https://www.ege.fr/infoguerre/la-guerre-de-linformation-autour-de-la-quatrieme-annee-dinternat-de-medecine-generale
19. Bluteau Pauline. La quatrième année d'internat en médecine générale officialisée. L'Etudiant [Internet]. 6 janv 2013 [cité 31 mai 2023]; Disponible sur: https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-quatrieme-annee-d-internat-en-medecine-generale-officialisee.html
20. Petty François. Feu vert à la 4e année d'internat de médecine générale : « jusqu'à 4 500 euros net par mois », annonce François Braun. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 12 juin 2023 [cité 13 juin 2023]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/feu-vert-la-4e-annee-dinternat-de-medecine-generale-jusqua-4-500-euros-net-par-mois-annonce-francois
21. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. 2005;(73):63-9.
22. Département de Médecine Général de Strasbourg. Outils pédagogiques - DMG Strasbourg [Internet]. 2015 [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: http://mediamed.unistra.fr/dmg/outils-pedagogiques/
23. Compagnon L, Bail P, Huez J-F. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):140-55.
24. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau AL, Bolot AL, Laporte C, Moreno JP. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. Pédagogie Médicale. 1 août 2017;18(3):109-20.
25. Obisi M. En route vers l'autonomie : Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de médecine générale ? [Internet]. Université de Lorraine; 2017 [cité 19 juin 2023]. p. Non renseigné. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931988
26. territorial le site portail des professionnels territoriaux [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Préambule - Diriger et animer un CCAS ou un CIAS. Disponible sur: https://www.territorial.fr/PAR_TPL_IDENTIFIANT/26139/TPL_CODE/TPL_OVN_CHAPITRE_FICHE/3918-consultation-diriger-et-animer-un-ccas-ou-un-cias.htm
27. Dahlen Josiance. centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la sant.unistra. 2019 [cité 12 juin 2023]. L'approche par compétences (2019) - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé | CFRPS - Faculté de

médecine - Université de Strasbourg. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/formations/journees-pedagogiques/lapproche-par-competences-2019/
28. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):101-25.
29. Lajzerowicz C, Vincent YM, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Pédagogie Médicale. 1 févr 2018;19(1):27-35.
30. Secret J, Schuers M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. Exercer. 2013;24(106):58-9.
31. Bail P, Le Reste J, Mari C. Premiers SASPAS. Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place | La Revue du Praticien. Revue du praticien médecine générale. 2005;20(722-723):252-6.
32. Hurtaud A, Rouillon F, Loriot M, Fritsch J. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. Exercer. 2015;26(120):182-90.
33. Valleteau de Moulliac, J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. juin 2013;197(6):1143-52.
34. Coudié M. État des lieux de la formation en santé de l'enfant des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand (2019-2020) [Internet]. Faculté de Médecine Clermont-Auvergne; 2022 [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03695069
35. Taminau Coudié C. État des lieux de la formation en santé de la femme des internes de Médecine Générale de Clermont-Ferrand (2019-2020) [Internet]. Faculté de Médecine Clermont-Auvergne; 2022 [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03696108
36. ISNAR - IMG. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS [Internet]. 2020 janv. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/
37. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique. 24 mars 2015;27(1):49-58.
38. Clisson R, Angoulvant C, Ramond-Roquin A, Guelff J. Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019. Sante Publique. 2020;32(5):507-18.
39. Mirra Beinjamain. Remplacer pendant l'internat a-t-il du sens ? Étude qualitative du ressenti de la promotion 2018-2021 de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg [Etude qualitative]. [Alsace]: Faculté de Médecine de Strasbourg; 2023.
40. Engberink AO, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. 1 nov 2011;12(4):199-212.
41. SNAR-IMG/ISNI/ANEMF/INSCCA. Enquête Santé Mentale Jeunes Médecins. :2017.
42. SNAR-IMG/ISNI/ANEMF/INSCCA. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! [Internet]. 2021 oct. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/

VII. ANNEXES

A. Guide entretien

- Est-ce que tu peux te présenter ?
- Combien de stages as-tu réalisé en ambulatoire au cours de ton internat ? Et quels étaient ces stages (stage niveau 1 chez le praticien, SASPAS, et éventuellement stage santé de la femme en ambulatoire et stage santé de l'enfant en ambulatoire) ?
- Peux-tu me décrire ton stage de niveau 1 chez le praticien (rural, semi-rural, urbain, type de cabinet) ?

  Comment est-ce que tu as vécu ce premier stage en médecine libérale ?

  Par rapport à ta position en tant que médecin ?

  Comment est-ce que tu te sentais à ce moment-là ?

  Qu'est-ce que tu penses que ce stage t'a apporté à postériori ?
- Concernant le stage enfant : combinaison de choix possible :

  a) - stage mixte en ambulatoire/stage hospitalier

  b) - stage mixte hospitalier/stage hospitalier

  c) - stage hospitalier dans le même service pendant 6 mois

  d) - stage ambulatoire pendant 6 mois

  Qu'est ce qui fait que tu as choisi cette combinaison ?

  Que penses-tu que ce stage t'a apporté ?
- Stage Femme : combinaison de stage possible

  a) - stage mixte en ambulatoire/stage hospitalier

  b) - stage mixte hospitalier/stage hospitalier

  c) - stage hospitalier dans le même service pendant 6 mois

  d) - stage ambulatoire pendant 6 mois

  Qu'est ce qui fait que tu as choisi cette combinaison ?

  Que penses-tu que ce stage t'a apporté ?
- Peux-tu me décrire ton stage SASPAS (rural, semi-rural, urbain, type de cabinet) ?

  A postériori, que penses–tu que ce stage t'a apporté ?
- A l'issu de ces trois années de formation est-ce que tu te sens prêt à exercer en autonomie ? Explique-moi.

- Pour toi, quelles sont les compétences à acquérir pour devenir un bon médecin généraliste ?
- Est-ce que tu penses avoir acquis ces compétences au cours de ton internat ?
- En quoi tes stages réalisés en ambulatoire t'ont aidé à devenir le médecin que tu es aujourd'hui ?

  3 axes principaux à relancer, si non abordée par le sujet :

  a) gestion administrative

  b) connaissance, savoir-faire et pratique médicale

  c) relation médecin-patient, professionnalisme
- La maquette de stage de médecine de la Faculté de Strasbourg est différente de celles des autres facultés de France. Les propositions de choix de stage pour les semestres de pédiatrie et de gynécologie proposent qu'un interne peut être amené à faire jusqu'à un an et demi en ambulatoire sur les trois ans d'internat. Quelle est ton opinion concernant cette particularité ?
- As-tu des remarques ou des suggestions à faire concernant la maquette actuelle de DES de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg ?
- Qu'est-ce que tu penses aujourd'hui de la mise en place d'une quatrième année de médecine ? Dans quelle condition ?

B. Verbatims :

L'auteur a fait le choix de ne mettre que les deux entretiens, qu'elle juge les plus pertinents dans l'annexe. La totalité des entretiens sont accessible via le lien suivant ou le QR code associé :

https://drive.google.com/drive/folders/1UZGBsXQ31FdpEu7n-rvN0Lw2Yesp78d1?usp=drive_link

1. Entretien numéro 6

I = investigateur
S= Sujet

I: Est-ce que tu peux te présenter ?

S: Alors je suis *****, je suis interne en médecine générale. J'ai fini mes 3 ans d'internat. Et là du coup, je suis en médecin remplaçant. Donc j'ai validé tous mes stages, sans aucun problème particulier. Et c'était à l'Université de Strasbourg, bien sûr. Hum… voilà.

I : Je pense que c'est déjà pas mal. Maintenant, au cours de ton internat, est-ce que tu peux me dire combien de stages as-tu réalisés en ambulatoire ?

S ; Alors, j'ai fait le stage ambulatoire du premier semestre *(stage de niveau 1*). Ensuite, j'ai fait, heu… la moitié d'un semestre dans le bloc gynécologie, et la moitié d'un semestre dans le bloc de pédiatrie, et le semestre de SASPAS. Donc du coup, j'ai fait en tout 3 semestres de libéral.

I : Ouais, en gros tu as fait 1 an et demi de libéral, ça marche.
Est-ce que tu peux me décrire ton stage de niveau 1 chez le praticien, quel type de cabinet c'était, et si c'était rural, semi-rural, et un peu comment cela se passait ?

S : Alors c'était très bien. Déjà la chose, c'est que j'ai eu globalement de la chance, beaucoup de chance avec mes stages, parce que j'étais quand même mal classé. J'étais 111ème sur 125. Et j'ai toujours eu de très bons stages. Donc ça, déjà c'est un bon point ! Mon stage au premier semestre, j'étais évidemment loin de Strasbourg, mais moi ça m'allait. Et heu… j'étais à *** (*stage a*), dans un cabinet un peu en rase campagne quand même. J'étais à *** (*stage b*) qui est à côté de ***, donc

une population un peu semi-rurale. Et j'étais à *** (*stage c*) qui est à côté de ***, qui est une population plus un peu de montagne. Et du coup, c'étaient de très bons stages. Les prat' étaient très différents, les populations étaient différentes, les pratiques étaient différentes, donc c'était assez enrichissant.

I: Quand tu dis des populations différentes, est-ce que tu peux développer un peu ?

S: Bah c'est-à-dire, en fait heu … c'était un peu étonnant ! Parce que moi, je me disais ça va être un peu partout pareil hein. Bah, pas tout à fait ! Du coup à *** (*stage b*), en population semi-rurale, donc il y avait des gens qui étaient un peu éduqués, quand même, qui faisaient des métiers, professeurs, infirmières … Heu… voilà, qui avaient .. qui avaient .. qui étaient en même temps pas tout à fait citadins, mais qui avaient quand même une belle qualité de vie. A *** (*stage a*), bah du coup c'était vraiment rural. Hum, donc il y avait, bien sûr, il y avait une tranche de la population qui était aisée aussi, mais il y avait … il y avait aussi une partie de frontaliers, parce que c'est à côté de la Suisse. Il y avait tous les fermiers, tous les gens, les agriculteurs. Et, il y avait aussi toute une population gitane, parce que il y une communauté gitane là- bas. Il y avait aussi cette partie de la population. Et du coup à *** (stage c), là où j'étais étonné, parce que je me disais oui ça va être rural aussi. Bah NON en fait ! Il y avait un peu des gens très, très aisés, qui étaient là-bas, voir je sais pas, si tu vas le noter, mais un peu « bobo ». Mais heu.., j'étais un peu étonné, mais toutes les patientèles étaient sympas quand même. De toute façon, globalement, c'était bien, un peu différent, mais c'était sympa ! Mais du coup, il y avait pas les mêmes pathologies. A *** (*stage c*), il y avait un peu plus de dépressions, tout ça. Et puis *** (*stage a*), il y avait un peu plus de lombalgies, tout ça. Les gens, ils venaient pas pour un rhume quoi, à *** (*stage a*).

I: Comment est-ce que tu l'as vécu ce premier stage en médecine libérale ?

S: Je l'ai assez bien vécu ! Après moi, c'était en plein covid (*hiver 2020*), aussi, donc heu … les 3 premiers, c'était un stage normal de premier semestre, je pense. Puis après, ça a un peu changé avec la covid. Globalement, c'était … bah moi je l'ai bien vécu. Hum… c'était... bah c'est quand même là où j'ai vu un peu ce que c'était la médecine générale, tout ça. Et que du coup, je me suis dit, bon bah c'est sympa, je me vois bien là-dedans. Et … et voilà à peu près.

I: Comment ça se passait les consultations, est ce que tu étais avec ton prat' ou est-ce que tu consultais seul etc ?

S: Ouais. Alors heu…. *** (*stage a*), qui est le stage que j'ai préféré des 3. Hum… au début j'étais à côté de ma prat', je la regardais faire et tout doucement, elle me donnait la main, en restant dans la salle. Du coup, je menais les consultations, j'essayais de faire les ordonnances, donc ça c'était bien ! A peu près la même chose à *** (*stage c*), sauf que, à la fin du stage, lui il était plus en faveur de me laisser plus en autonomie dans une salle à côté. Donc ça c'était bien aussi. A côté de ça à *** (*stage b*), c'était un peu un « vieux » médecin, donc c'était en même temps intéressant, parce que bon, c'est de la vieille médecine, mais en même temps, il y avait des choses qui étaient pas tout à fait à jour, il y avait des choses … Bon, il arrivait pas trop à gérer l'ordinateur, donc moi j'étais plus un peu le secrétaire (*petits rires*). Donc je prenais la tension et puis j'écrivais sur l'ordinateur.

I: Comment tu te sentais, à ce moment là, par rapport à ta position en tant que médecin ?

S: Heu… (*réfléchis*)... Je me sentais pas vraiment médecin, je me sentais vraiment interne. Pour le coup, enfin vraiment en formation. Genre j'ai passé les ECN, et heu… je comprenais rien, je connais

pas les noms des médicaments, heu… j'avais vraiment besoin, vraiment besoin des prat' à côté. Je pouvais pas être tout seul. En tous cas, pas seul face au patient, pour la prise en charge globale.

I: Qu'est ce que tu penses que ce stage t'a apporté à postériori ?

S : (*réfléchis*) Heu…, la première approche de la médecine générale. Ce qui m'a déjà apporté, c'est le contact avec le patient, savoir comment lui parler, comment heu … l'approche qu'il faut avoir. Hum… comment on peut se positionner par rapport au patient aussi : ne pas trop avoir d'affect, mais être dans l'empathie et etc... Donc c'est plus en termes de connaissances, un petit peu, mais c'est surtout en terme de contact avec le patient que ça m'a apporté, que ce stage m'a apporté.

I: D'accord ça marche. Heu…, maintenant on va parler de ton stage enfant. Est-ce que tu peux me dire quelle combinaison tu as choisie ? Parce que tu sais, tu avais soit que hospitalier, soit que hospitalier-hospitalier, ambulatoire- hospitalier, etc

S: Alors moi justement, j'ai fait 3 mois en hospitalier à *** et 3 mois en libéral à *** chez Dr ***. Hum… je sais pas, si tu veux que je t'en parle ...

I: Si, décris un peu ton stage ouais.

S: Alors du coup, je te le dis rapidement, en hospitalier, du coup, j'étais en hôpital de jour. Donc c'était intéressant, mais en même temps c'était un peu trop spé'. Autant à l'hôpital, on apprend vraiment énormément de choses et c'est vraiment super enrichissant pour la médecine générale, autant là en hôpital de jour … Bon, c'était pas le meilleur endroit pour les médecins généralistes. J'ai beaucoup appris aux urgences pour le coup. Mais heu… en hôpital de jour un peu moins. Chez Dr *** (*en libéral*), j'avais ENORMEMENT de chance ! Mais après, j'avais choisi ce stage, j'étais un des premiers, hum, comme j'étais un dernier semestre, j'étais un des premiers à choisir pédiatrie, parce que tout le monde avait fait pratiquement dans ma promo. Et je la voulais elle, et j'ai bien fait, parce que elle voyait ENORMEMENT d'enfants, et c'était vraiment super enrichissant. Sur tous les jours, on voyait au moins 5-6 enfants en fait. Donc c'était vraiment bien. Et elle, elle était vraiment … elle a vraiment l'habitude de faire de la pédiatrie. Donc elle était vraiment à jour, dans ce qu'il fallait faire, dans le contrôle, dans le suivi. Hum…, c'était … Elle, elle m'a aussi, du coup, bah comme j'étais dernier semestre, elle m'a rapidement laissé la main aussi, enfin examiner les enfants, tout ça. Et heu… là pour le coup c'était vraiment super enrichissant, c'était vraiment bien. J'étais vraiment content de ce stage !

I: D'accord. Qu'est-ce que tu penses que ce stage t'a apporté du coup ?

S : Bah là, pour le coup, bah ça m'a apporté, bah… déjà le contact avec l'enfant, qui est quand même très différent de l'adulte. … aussi l'approche avec les parents, pour savoir les rassurer, savoir quoi répondre aux questions. Et aussi, en termes de connaissances médicales, en fait, plus sur la puériculture quoi : la diversification alimentaire, les vaccins, les médicaments qu'on peut donner, les pathologies de la pédiatrie. J'avais aussi un peu appris aux urgences, mais qui … qu'on a confirmé avec ce stage ambulatoire. Et hum…, voilà. C'est surtout le suivi de l'enfant. Le suivi de l'enfant, c'est vraiment ce que moi j'ai appris en libéral.

I: Du coup, qu'est-ce que tu as appris de différents en ambulatoire de l'hôpital ?

S: Bah… le suivi de l'enfant, justement, qu'on voyait pas du tout en hospitalier. Parce que on voyait surtout l'aigu. Même si j'ai vu un peu de développement en hôpital de jour, mais heu…, là on voyait

vraiment les enfants tous les mois, en libéral. Les vaccins, quand même. Et puis surtout le contact de l'enfant. Même si j'avais vu aussi un peu en pédiatrie, mais là ça s'est confirmé quoi ! Comment prendre l'enfant, comment l'examiner. Heu…, parce que, après en hôpital de jour, bah on était un peu laissé à nous-même. Alors que là, elle était à côté, elle hésitait pas à me faire une remarque « mais là, tiens mieux la tête », « tiens-le, plutôt de cette manière-là » etc.

I: C'est bien. Maintenant est-ce que tu peux parler de ton stage femme du coup. Quelle combinaison tu avais choisie ?

S: Ah oui, ah non ! Justement je m'étais trompé, c'était que de l'hospitalier que j'avais fait en femme, en fait ! Je me suis trompé … (*petits rires gênés)*

I: C'est pas grave ! Bah vas-y, dis-moi qu'est-ce que tu avais fait comme stage ?

S: Alors, j'avais pris gynéco à ***. Donc j'avais 3 mois en rhumatologie et 3 mois en gynécologie.
3 mois en rhumato, c'était GENIAL. C'était trop bien ! C'était de l'hospitalier du coup, mais c'était vraiment super bien ! A tel point, où je me suis dit, mais comment on peut faire médecine générale et pas faire de la rhumato quoi ! Mais c'était ... on a vu des choses tellement pratiques ! Moi je me suis dit, on va voir tous les symptômes, tous les syndromes chelous … mais non ! J'ai vu plein de lombalgies, j'ai vu plein de…, hum…, de sciatalgies avec ce qu'il faut faire comme médicament, et tout ça... C'était vraiment trop bien. Et après, il y avait toutes les polyarthralgies inflammatoires et tout ça, les rhumatismes inflammatoires, qu'on voit totalement, souvent, en médecine générale. Et c'était vraiment trop bien, et je me dis que ça devrait presque être un stage obligatoire, pour moi, presque. Mais bref. Donc c'était vraiment super instructif.
Et après, j'ai fait les 3 mois en gynéco. Du coup, en gynéco à ***, il y a le service polyvalent, qui est en fait les urgences gynéco. Il y a le service des expectantes, donc heu..., voilà, le service des femmes qui ont pas encore accouché, qui ont des soucis. Et le service des accouchées, des femmes qui ont déjà accouché. On faisait un tiers, un tiers, un tiers du temps. Heu… vraiment le truc qui nous as vraiment servi, c'est les urgences. Le reste, ça nous sert vraiment à rien, quoi. Enfin, les accouchées, bon bah c'est intéressant. Les femmes, on les voit que 3 jours, on les voit que 1 fois sur les 3 jours, et puis après elles s'en vont. Le truc que j'ai appris, c'est poser des Nexplanon. Ça c'est pas mal quand même ! Donc les implants progestatives, ça c'est utile... Les expectantes, vraiment, c'est trop spé. Genre les cholestases gravidiques, les HTA, tout ça. Ça on l'apprend pas. La seule chose que j'ai appris, c'est à gérer des femmes qui vomissent quoi. Les nausées des grossesses, c'est ce que j'ai appris là-bas. Après, j'ai appris d'autres choses, mais qui me serviront … qui me serviront pour ma culture générale et pour comprendre si jamais il y a une personne qui me pose des questions, mais je ... Je traiterais jamais une cholestase gravidique en ambulatoire. Et en poly', c'était intéressant. Il y avait, on a fait un peu de l'échographie. Donc, ça me servira pas en médecine générale, mais c'était quand même intéressant. Je voyais les petits bébés et tout ça, avant 2O semaines. On faisait que le côté gynéco, on s'occupait pas du côté obstétrique, donc tous les enfants avant 20 semaines, c'est nous qui faisions. Et puis, bon après, il y avait les femmes au niveau gynécologique et tout ça. Mais de manière générale, on était un peu laissé à nous même. C'est le stage qui m'a le moins servi quand même, j'ai eu l'impression de perdre 3 mois quand même. J'aurais préféré faire un autre stage hospitalier, autre part quoi.

I: D'accord, et du coup tu penses que tu as des lacunes en gynéco ou c'est pas grave si tu en a pas ?

S: Alors, j'ai des lacunes, mais comme je compte pas en faire, comme je compte pas poser de stérilet, comme je ... Comme des Nexplanons, je vais peut-être en poser car c'était facile et c'était quand même bien. Et puis bon, j'ai quand même un peu des lacunes, parce que la contraception, tout ça,

enfin les pilules contraceptives, faudra que je révise avant de vraiment le faire. Je connais les grandes lignes, mais on nous a pas vraiment … On a eu quelques cours, mais c'était pas vraiment … pas vraiment ancré quoi. On avait pas, le hum..., la pratique quoi. Donc ouais gynéco, c'était un peu… ouais ça m'a pas apporté grand chose.

I: D'accord, ça marche. Du coup, ton stage de rhumatologie ça t'a bien plu. Qu'est-ce que ça t'a apporté de différent par rapport à l'ambulatoire ?

S: Bah justement en fait c'était … Bah toujours en hospitalier, c'est une concentration de pathologies, heu… donc, là c'était une concentration des pathologies rhumatologiques. Et heu… vraiment, je voyais les polyarthrites rhumatoïdes, les pseudo polyarthrites ankylosantes. Surtout beaucoup, beaucoup, beaucoup de lombalgies, vraiment énormément, et de sciatalgies. Et là j'étais presque étonné, je me suis dit... bah en fait, ils font genre un tiers de leur activité c'est ça, en fait, des patients qui ont ça. Et c'est … Du coup vraiment des choses qui se sont ancrées heu…, enfin qui se sont ancrées en moi quoi. Des connaissances que, du coup, j'avais la pratique tous les jours, et je savais ce qu'il fallait que je fasse. Et ils étaient vraiment super sympas, j'ai vu quelques consultations aussi, là-bas. Donc heu ... J'ai vu aussi, j'ai pu faire aussi quelques infiltrations, et des ponctions articulaires. Je sais pas si j'en ferais dans ma pratique, mais heu… en tout cas, j'en aurais déjà fait. Donc ça je suis content d'en avoir fait. Ce que j'aurais peut-être pas vu en libéral, en tout cas, pas appris, et j'aurais pas eu cette concentration de polyarthralgie en libéral. Ça c'est clair. En 3 mois. Trois mois, c'était juste bien quoi ! Pas besoin de faire 6 mois, en 3 mois j'avais fait, j'avais vu la majorité des choses que je verrais en libéral.

I: D'accord, ça marche. Maintenant est-ce que tu peux me décrire ton stage SASPAS ?

S: Mon SASPAS, du coup j'étais, à *** (*stage d*) chez Dr ***, le lundi. Le mardi j'étais chez DR*** à *** (*stage e*). Mercredi ou mardi, je sais plus, enfin bref… j'étais au *** de *** (*stage f*), ce sont des consultations aiguës de médecine générale. Et après j'étais, encore une fois à *** de *** (*stage g*), chez Dr ***. Donc je pense que tu veux que j'en parle aussi ?

I: Ouais, tu peux m'expliquer aussi un peu comment se passait ton stage, je veux bien !

S: Donc j'étais, de nouveau, assez content de mes stages. A *** (*stage d*), c'était un peu comme à *** (*stage a*), je veux dire par rapport à la patientèle, il y avait beaucoup de frontaliers, des ruraux. Mais Dr ***, malgré le fait qu'elle soit assez … médecin généraliste qui soit un peu « sur la fin », heu… elle était super au courant des dernières recos. Elle était vachement carrée. Hum, les débriefs étaient parfois un peu long, des fois ils duraient une heure, une heure trente *(petits rires*), mais c'était super instructif, j'ai vraiment appris des choses, c'était vraiment très bien. J'étais vraiment très, très content de ce stage, j'ai vraiment appris beaucoup de choses.
Hum… au **** (*stage f*), c'était vraiment très bien aussi, c'était que des consultations de médecine générale aigues. Hum…, et en fait c'était vraiment trop bien. C'étaient des consultations un peu faciles, mais c'est là où on se faisait la main sur les pathologies hivernales. Sur les rhinorrhées, tout ça, sur la covid. Et heu… c'était sympa, c'était vraiment pas mal. Et c'est surtout, on apprend qu'il y a ce genre de structures qui existent qui est vraiment utile pour les patients, qui du coup n'ont pas de médecin généraliste.
A la *** (*stage e*), j'étais du coup avec ***. Du coup, je consultais le matin, je faisais des consultations libres. C'était horrible, je déteste ça ! (*petits rires*) Autant à *** (*stage d*) c'était des consultations programmées, alors des fois, on en rajoutait un petit peu et j'étais en retard, mais c'était pas grave. Là, c'était des consultations libres, et vraiment, je n'aime pas ça. C'est vraiment

une pratique qui me va pas, mais c'était quand même instructif. Hum… et bon, les débriefs, il a aussi beaucoup de connaissances, tout ça. C'était instructif, mais c'était pas forcément un exercice qui me convenait non plus, mais c'était pas mal.
Et chez *** (*stage g*), le matin c'était aussi des consultations libres, mais le matin, il était sur place pour m'aider à faire les consultations, parce que il y avait vraiment beaucoup de monde. Et l'après-midi, je faisais les visites à domicile, heu… et ça c'était vraiment bien ! J'avais un peu l'appréhension de le faire, je me disais : mince ça va être … je vais galérer et tout. Mais il m'en mettait pas trop, j'avais 4 à 5 visites à faire en 4 heures. Bah… même des fois plutôt 3-4, et puis des fois, c'étaient plusieurs patients dans une EHPAD, donc c'était assez simple. Et ça permettait, en fait quand même de faire le premier contact de visites à domicile, et baaah, c'était cool. Et les débriefs se passaient bien, avec ***, ça se passait bien.

I: Qu'est-ce que tu ressentais par rapport à ta position de médecin, maintenant à ce moment-là en tant que SASPAS ?

S: Bah je me sentais beaucoup plus sûr de moi. J'avais un bagage un peu plus conséquent, évidemment, derrière moi. J'avais plus de connaissances, j'avais un peu … j'étais un peu plus sûr … j'avais un peu moins peur de mes prescriptions. Et heu… j'avais un peu moins peur de passer à côté de quelque chose. Et en même temps, mais si jamais je fais une erreur, ce sera pas une grosse erreur, donc c'est pas grave, on verra avec le débrief et puis heu … Enfin il y avait toujours, heu… la sécurité des débriefs. Mais hum… au début bien sûr, il y avait des choses : « bah non tu peux pas faire ça, faut rappeler le patient », tout ça. Bon bah on le faisait. Mais à la fin les prises en charge étaient plus fluides, et ça ... donc j'ai acquis ça. Et ... Oui, je me sentais quand même plus indépendant. Et puis, c'était hum … ça m'a permis quand même de m'affirmer dans le cabinet en tant que médecin. Je me sentais plus médecin et moins interne. J'étais plus dans, dans heu … dans c'était MON travail ! C'était le travail que je fournissais auprès des patients.

I: Qu'est-ce que tu penses que ce stage t'a apporté en plus ?

S: De nouveau, encore plus, le contact avec les patients. Encore plus ! C'est vraiment là, où je me suis rendu compte que j'ai affiné ma sensibilité par rapport aux dépressions, par rapport aux patients qui ont des difficultés. Heu…, quoi leur dire, quelle approche prendre, C'est vraiment ça que j'ai affiné durant ce SASPAS.
Bien sûr, il y a des connaissances qui se sont rajoutées encore, grâce aux débriefs. Et puis aussi comme c'est 6 mois, bah... il y a avait toutes les pathologies, que du coup je cherchais souvent sur l'ordinateur, parce que… pendant la consultation, parce que je ne savais pas ce que c'était *(petit rire).* Mais du coup, hum c'est … bah il y avait tout ce bagage de connaissances et toute cette affinité avec les patients, qui se sont encore affirmés. Et aussi voir quelle est la patientèle qui me correspondait, voir quels patients … enfin, je me disais presque quels patients j'allais sélectionner pour ma patientèle personnelle en fait. Alors, lui, je … j'en sélectionnais beaucoup, enfin il y en a beaucoup qui rentraient dans le « moule ». Il y en a certains qui, alors ça, je pourrais pas … … enfin je pourrais pas heu… Enfin si ! Si il fallait les soigner ? Je les soignerais, mais je pourrais … ce serait pas un plaisir de les soigner quoi. Par rapport à d'autres, où tu te dis, ils sont désolés, des fois ils viennent pour rien, mais tu dis « c'est pas grave, vous venez, on s'occupe de vous », tout ça, on s'est rassuré. Et tu en as d'autres tu dis wouaah, heu …mais lui heu … tu l'as eu pendant une demi-heure, puis t'es crevé à la fin ! Tu fatigues…Donc il y avait, un peu cette approche future de se dire, bon bah… quand je ferais mon cabinet libéral, qu'est-ce que je prendrais comme patient, quels patients je voudrais bien dans ma patientèle. C'était plus dans une vision d'avenir. Bah savoir qu'est-ce que je vais faire plus tard, quelles vont être mes pratiques, qu'est-ce que je veux faire !

I: Tu disais, avant que tu n'aimais pas les consultations sans rendez-vous, en fait ?!

S: Ouais ça … Alors autant, après, je trouve qu'il y avait … c'est là aussi où j'ai vu ma … qu'est-ce que, comment je m'organiserai…. Les consultations libres, ça vraiment, je veux pas quoi. Ou alors comme au ***(*stage f*), que des consultations libres, mais que des consultations aigues. En fait, il y a pas du tout de renouvellement de traitement, tout ça. Et ça, ça me conviendrait encore. Que de l'aigu et pas de renouvellement de traitement. Parce que, c'est ça que je trouve, qui est fatiguant, pour des consultations libres. Parce que tout d'un coup, tu as un patient qui est là en renouvellement de traitement et tu sais que ça va prendre 20 minutes à 30 minutes et que derrière, tu as plein de patients derrière. Autant si c'est que des, des viroses, des lombalgies aiguës, bah… tu sais que ça va être … En fait c'est les histoires, que ce sont des consultations à un motif, et là tu sais que ça va aller vite. Quand c'est des patients qui viennent pour des renouvellements de traitement, tu sais que tu as ça, puis, après faut faire les ordonnances, puis regarder si il a bien vu les spécialistes. Puis après les patients ils viennent avec une liste, enfin c'est ça qui est stressant ! Et heu…, autant je m'interrogeais sur ma pratique et je me disais que les consultations libres c'était pas pour moi. Mais en même temps je me disais, autant il faut avoir les consultations, mais autant il faut aussi des horaires pour des urgences en fait ! Et c'est ce qu'elle avait en fait à *** (*stage d*), c'est qu'elle avait, par exemple de 14h à 17h-16h30, c'étaient des consultations prévues, et après de 16h30 à 18h-18h30, c'étaient des créneaux libres, en fait, pour les urgences du jour ou de la veille. Et ça j'ai trouvé ça vachement bien ! Bah… oui, il faut des créneaux libres, pour les urgences quoi. Et c'était toujours rempli bien sûr. Donc voilà. C'était ça, la chose de comment je vais faire ma pratique, en fait.

I: Ça marche, Maintenant, à l'issue de ces trois années de formation, est-ce que tu te sens prêt à exercer tout seul, en autonomie ?

S: Je me sens prêt à exercer en autonomie. Mais en même temps, à la fin des 3 années, je me dis, mais mince il y a encore énormément de choses que je ne sais pas ! Si il y a une chose quand même qui m'a appris ces 3 années, c'est qu'il y a beaucoup de choses que je ne sais pas ! Hum… Alors oui, je … effectivement, j'aurais … hum …. Je me sens prêt, hum, plus prêt que la 1ère année pour exercer en libéral. Mais un peu plus de formations ne m'aurait pas forcément ... moi, pas forcément … Ça doit être une question suivante ?!

I: Oui c'est ça !

S: Mais, j'attendrais après … Ouais, mais je me sens quand même plus affermi, et moins anxieux par rapport à l'exercice libéral. Après, je vais d'abord faire un peu des remplas, pendant 2 ans. Je pourrais pas, tout de suite, maintenant, m'installer. Mais hum…, d'ici deux ans, vraiment, sans problème, je m'installe. Et puis, pour exercer, là, en tant que remplaçant, je suis pas tellement anxieux.

I: En fait tu expliques que tu aurais aimé encore apprendre autre chose quoi ?

S: Ouais. Plus hum … En fait, je pense que 3 ans pour de la médecine générale, c'est un peu trop court. Je trouve, il faudrait peut-être faire 3 ans et demi ou 4 ans. Et les semestres qu'on rajoute c'est pour moi des … justement des … des semestres, peut-être en hospitalier, ou alors chez des spécialistes. Parce que je pense que il faut … et sur des patho'… sur des spés qui nous seraient utiles en médecine générale en fait. Autant gynéco, j'ai trouvé que c'était très accessoire, comme spécialité. Et je trouvais que rhumatologie, ça m'a tellement plus appris ! Je trouvais que, il y a tellement d'autres pathologies qu'on voit tout le temps en médecine générale, et qu'on est pas du

tout formé ! La rhumatologie, on est pas du tout formé. Hum… en pédiatrie, on est formé du coup. Mais heu… voilà, la pneumologie, on est un PEU formé quand même, mais pas tellement. Heu... voilà, il y avait vraiment beaucoup de choses et heu… je trouvais que … je trouvais que un semestre supplémentaire, ou deux semestres supplémentaires de « vrais » internats, avec une « vraie » formation, ça n'aurait pas été de trop.

I: D'accord. Maintenant …. Pour toi, quelles sont les compétences à acquérir pour devenir un bon médecin généraliste ?

S: Bah hum …. *(réfléchis)*
Bah déjà, le contact avec le patient, quand même. Parce que, c'est là que ... Je trouve que c'est quand même primordial. Si on a un bon contact avec le patient, il y a déjà une grosse partie qui est faite : parce que ils vont plus se confier, ils vont être plus en confiance … Hum… et puis nous aussi, on va avoir en plus confiance en eux, ou je sens pas le patient ! Mais moi, les consultations qui se passent le plus mal, c'est des consultations où je sens pas le patient, où le patient m'énerve et c'est là où je fais un peu de la « mauvaise » médecine, parce que du coup … J'arrive pas … J'arrive pas à situer le patient par rapport à sa pathologie, par rapport à ce qu'il dit. Donc ça, déjà c'est important.
Hum…, ensuite, une remise en question, quand même ! Autant il y des acquis, qu'on peut être sûr, et qu'il faut … voilà on a quand même un bagage, on a une formation derrière. Il faut … hum … bah faut … Il y a des choses quand même, que voilà, on peut avoir confiance. Autant, je pense pas qu'il faut qu'on soit orgueilleux, et puis que heu… on peut toujours apprendre plus. On peut toujours un peu revoir ses pratiques, hum…, je pense que ça aussi c'est très important. Et puis aussi, se mettre à jour quoi, régulièrement, quand même. Etre, rester intéressé. Rester surtout ouvert aux nouvelles choses, ou à de nouvelles pathologies, avec les formations, et tout ça. C'est surtout ça, je pense.

I: D'accord, hum.... En quoi tes stages réalisés en ambulatoire t'ont aidé à devenir le médecin que tu es aujourd'hui ?

S: Bah, comme je disais avant, c'est le heu …, bah le… l'approche de différentes populations, de différents types de patients, qui m'ont enrichi beaucoup. Qui ont, hum…, beaucoup enrichi mon empathie et puis heu…, voilà mon approche de l'autre.
Et puis aussi la diversité des pathologies, qui sont certes, moins concentrées qu'en hospitalier, mais qui sont, voilà des pathologies courantes de médecine générale. Donc c'est tout à fait primordial.
Tout le côté administratif, aussi, ça j'avais pas noté avant. Mais tout le côté administratif, tous les dossiers MDPH, tout ça, qu'on a pas du tout en approche en médecine générale, enfin c'est ça, c'est quand même vraiment bien ! C'est ce que j'ai vu au SASPAS. Ça c'était vraiment cette chose, du … voilà ces papiers administratifs, les arrêts de travail, le dossier MDPH, les demandes, de voilà ABRAPA et tout ça. C'est vraiment ce que j'ai appris en médecine générale. Hum, aussi le fait de ne pas hésiter à appeler des spécialistes. C'est aussi, bah ... ce que m'ont appris ces stages ambulatoires, voilà, pas hésiter à appeler les autres… tout ça. Enfin à ne pas être tout seul dans son cabinet et d'avoir un réseau. Hum … et heu…, et voilà !
Et puis, quand même, un peu l'amour du métier, un peu quand même ! Même si tout n'est pas parfait, il y a quand même des belles choses, et puis c'est quand même un beau métier. Donc bon, on a dit bon on a quand même bien fait de faire médecine ! (*petits rires*)

I: Ça marche.
La maquette de stage de médecine de la Faculté de Strasbourg est différente de celles des autres Facultés de France. En fait, dans les autres facultés, ce qui est vraiment obligatoire, c'est le stage de niveau 1 et le stage SASPAS. Du coup, certaines facultés, ils ont déjà du mal à réaliser ces stages là,

parce que il y a pas assez de prat' disponibles dans les régions. Et du coup à Strasbourg, ce qu'on peut faire en plus, c'est de faire jusqu'à un an et demi d'internat en ambulatoire, vu que on fait des stages de pédiatrie et de gynéco couplés. Dans les autres facultés, nous par exemple, les 6 mois ambulatoires qu'on fait en plus, ça peut être dans un stage libre en fait. Qu'est-ce que tu penses de cette particularité ?

S: C'est bien, et en même temps c'est pas bien, je trouve.
C'est bien parce que effectivement, avoir 2 ans, avoir 1 an, en ambulatoire, je pense que c'est obligatoire en fait ! On en a besoin quand même, pour la médecine générale, pour les pathologies propres à la médecine générale. Où justement, tout ce qui est administratif, ou tout ce qui est heu… voilà, réaliser un dossier pour le patient, c'est important.
Après, de là, à faire la moitié de l'internat en libéral, je trouve que des fois, ça se répète un peu. Heu… d'autant plus que, notamment pour les stages ambulatoires de pédiatrie et de gynécologie, des fois heu… , c'est … Moi j'ai eu de la chance parce que en pédiatrie, j'ai vraiment eu énormément d'enfants. Il y en d'autres, ils en voient 1 à 2 fois par semaine en fait… Et pareil pour les pathologies gynécologiques. Donc finalement, ce sont des stages ambulatoires chez le médecin généraliste, donc je trouve qu'il y a un peu, voilà, une perte de chance de connaissances. Hum … Et moi ce que j'ai été énormément frustré, quand même, dans ces 3 ans, c'est que je n'ai pas eu de stage libre. J'aurais tellement voulu avoir un stage libre en fait où je serais allé où je voulais ! Quitte à ce que dans ce stage libre, il y ait de la médecine libérale pour les gens qui veulent pas aller en hospitalier. Mais heu… moi j'aurais voulu élargir mes horizons et aller dans autre spé … En fait, j'aurais voulu que mon stage de gynéco, qui m'a servi à rien, aurait été autre chose en fait. Parce que … Je suis sorti de ces 3 mois et j'ai dit bon bah j'ai perdu 3 mois de ma vie, heu ok ! (*petits rires*) Bah 3 mois de ma formation ! J'ai appris des choses, mais heu… tellement moins que dans mes autres stages ! Donc heu… c'est ce stage libre qui me manque beaucoup, et que peut-être dans les autres facs, ils ont un peu plus … qu'ils ont cette possibilité.
Après heu…, le fait qu'on ait assez de postes pour tout le monde pour le libéral, ça c'est quand même une chance. Ça, c'est quand même bien ! Tu m'aurais posé la question en premier semestre, je t'aurais probablement dit non, que c'est chiant, que c'est il y a trop de libéral, que ça va être chiant, il va pas y avoir assez de stages hospitaliers … Autant maintenant je dis NAN ! C'est quand même bien ! C'est une chance. Il faut profiter quand même de ces stages en libéral ! Mais je pense que ... au delà de 1 an, je pense que c'est peut-être trop. Ou alors si c'est des stages couplés, c'est des « vrais » stages où il y a vraiment la spé dedans, où on voit vraiment beaucoup d'enfants, tout ça … Et pas un stage de libéral pour remplir les trous quoi.

I: Est-ce que tu as encore des remarques ou des suggestions à faire concernant la maquette actuelle ?

S: Bah bon, du coup je peux peut-être faire un résumé. Je pense un semestre ou une année supplémentaire, moi, ça m'aurait satisfait ! Pas forcément en libéral, en hospitalier. Et surtout au moins, au moins, un semestre de stage libre en fait ! Où on aurait le choix d'aller où on veut… Moi c'était vraiment mon manque. Je sais que c'est pas le cas… que les autres … Il y en a beaucoup, qui disent, que 3 ans, il y a trop d'hospitalier pour eux, et que 3 ans c'est déjà suffisant. Moi je trouve que pour la médecine générale, les pathologies sont tellement variées que … Et il y a tellement de choses qu'on peut apprendre en dermatologie, en rhumatologie. Moi j'étais en gériatrie, mais je pense que si tu passes pas en gériatrie, il faut y aller aussi ! Heu… et heu… et voilà quoi. Je pense que c'est ça quoi : le stage libre et peut-être un semestre supplémentaire. Un « vrai » semestre d'internat quoi.

I: Du coup, toi, par rapport à la quatrième année de médecine générale, tu l'as verrais une année, mais en choix libre ? Laisser l'opportunité à chacun de choisir ce qu'il a envie de faire quoi ?

S: Hum…, ouais c'est ça. Ou alors faire Docteur Junior, mais que un semestre. Enfin un semestre de Docteur Junior et un semestre de choix libre. Hum…, Docteur Junior, j'en suis pas vraiment … Faut la faire parce que faut la faire ! Je pense, parce qu'on a pas le choix. Mais moi, j'en suis pas du tout favorable, en cette quatrième année de Docteur Junior de médecine générale. Je sais même pas ce qu'ils vont en faire, enfin je … Pour l'instant je pense, que eux non plus ne savent pas ce qu'ils vont en faire… Je pense c'est pour ça que ils l'ont mis que dans 3 ans. Mais heu … ouais une quatrième année, je … autant j'étais content quand c'était fini les 3 ans, mais heu… autant je pense que une 4ème année, ça aurait pas forcément été de trop !

FIN.

2. Entretien numéro 9

I = investigateur
S = Sujet

I: Est-ce que tu peux te présenter ?

S: Donc heu…, je suis ***, j'ai 29 ans, j'ai fini du coup mon internat en novembre *(2022*). Là heu... je viens de passer ma thèse, et du coup, maintenant là, j'ai fini totalement mes études.

I: Et tu fais quoi, tu remplaces, tu es installée ?

S: Donc je remplace pour le moment. Pas de projet d'installation pour l'instant.

I: D'accord ça marche. Maintenant, est-ce que tu peux me dire combien de stages tu as fait en ambulatoire au cours de ton internat ?

S: Alors heu, en ambulatoire, du coup, il y a eu le premier … ouais... le tout premier (stage de niveau 1 chez le praticien). Ensuite, en pédiatrie, en gynéco, SASPAS, et … Je crois que c'est tout, ouais quatre.

I: Donc tu as fait un an et demi d'ambulatoire, c'est ça ?

S: Ouais... c'est ça, tout à fait

I: Est-ce que tu peux me décrire ton stage de niveau 1 chez le praticien ? Tu sais, c'est le premier stage qu'on fait …

S: Ouais le tout premier. Bah du coup, j'étais chez trois praticiens différents. Et donc j'avais commencé tout de suite par un … par heu … en fait normalement, ils étaient censés faire un mois, un mois, un mois, enfin chacun un mois en alternance. Mais le premier voulait que je fasse tout de suite deux mois chez lui. Donc, on a fait deux mois chez lui, puis les autres mois, c'était en alternance, entre deux prat' différents.

Et les deux premiers mois que j'avais fait chez le tout premier, donc c'était Dr *** à ***, donc médecine de campagne, comme j'aime, ce que j'adore, heu.. je suis plus médecine de campagne ! Donc heu..., j'étais toute contente ! Et heu…, bah c'était ce que je m'étais imaginé ! Sauf que, heu..., il m'a laissé énormément d'autonomie tout de suite. Heu…, il y a des jours où je consultais seule alors que j'étais au tout début de mon internat, et que j'avais absolument aucune expérience. (*petits rires*) Et il était même pas dans la région ! Parfois, il allait dans sa famille en ***. Enfin, il était pas juste à côté. Donc, ça m'avait un peu choquée. Bon j'ai pris pas mal de bouteille suite à ce stage, je pense, parce que du coup, j'ai appris sur le tas. Mais heu…, ouais, il m'avait laissé pas mal de … Maintenant quand j'y repense, je me dis que c'était osé de sa part aussi de me laisser autant d'autonomie. Il me laissait faire des domiciles toute seule assez rapidement aussi. Enfin voilà, il comptait quand même pas mal sur moi ! Sinon autrement c'était quelqu'un de très gentil, je m'étais très bien entendue avec lui. Heu… le stage s'est très bien passé dans l'ensemble, on s'entendait bien. Et puis voilà, c'était chouette, j'étais plutôt contente de ce qu'il faisait, c'était intéressant. Il suivait les recos, voilà tout ça, ça allait.
Ensuite j'étais… j'avais un mois à ***, chez une, je me souviens même plus de son nom ! C'était, c'était chouette aussi, c'était plus … Enfin c'était différent, à ***, ça se rapprochait déjà plus de la ville, donc c'était une pratique un peu différente, et elle bossait un peu moins aussi. C'étaient des demies journées, elle bossait en alternance, avec l'autre collègue qui était dans le cabinet, et du coup elles se partageaient le cab'. Donc c'était en demie journée, mais elle m'emmenait pas sur les domiciles, elle faisait les domiciles toute seule, ça ça changeait aussi. J'avais bien aimé les domiciles à la campagne et du coup là, je les faisais pas. Mais heu…, là j'avais moins d'autonomie, on faisait vraiment en alternance, chaque consultation, une fois j'étais à l'ordinateur, une fois je faisais l'examen clinique, vice versa, on alternait comme ça en fait. Mais là pareil, j'avais mon avis à donner, enfin c'était un partage de tâches, vraiment, on travaillait ensemble. Donc heu voilà.
Et ensuite j'étais allé chez Dr *** à ***, et elle, on s'était vraiment super bien entendu, c'était trop bien ! C'était vraiment, le stage que j'ai préféré de ce premier stage en médecine générale. Et là, elle avait … c'était un cabinet où il y avait deux bureaux. Elles étaient en collaboration et du coup, elle, elle était pas tout le temps là quand j'étais là, et du coup j'avais mon bureau à côté, donc on avait commencé les deux premières semaines j'étais tout le temps avec elle, et après elle me laissait voir des patients en parallèle. C'était en consultation libre, donc les patients qui voulaient bien, qui étaient d'accord de venir me voir moi. Et elle venait tout de suite après la consultation, elle faisait un débrief' de la consultation et du coup, c'était trop bien j'avais d'une part un peu de … j'avais l'indépendance, et en même temps elle était derrière et du coup, j'ai appris pas mal de choses, quand même, parce qu'elle passait derrière systématiquement, donc j'avais pas peur finalement. Et elle me laissait de l'autonomie. Donc ça c'était super chouette !
Et après malheureusement, il y a la covid qui est arrivée là, en plein milieu (*petits rires*). Donc heu... ça c'était pendant mon deuxième ... c'était au milieu de mon deuxième mois chez elle. Heu... et du coup, heu.. bah du coup ça a été un peu ralenti … J'étais passée en unité covid parce qu'en médecine générale, on faisait rien il y avait plus d'activité, on se tournait les pouces, donc ça servait un peu à rien que je sois là. Donc j'étais allée en unité covid. Donc ça, ça a été raccourci. Et donc mon deuxième mois à ***, je l'ai pas fait non plus parce que j'étais restée en unité covid, pour tout le mois.

I: Donc tu as fait 5 mois en libéral c'est ça ?

S: Ouais .. j'ai fais 5 mois en libéral, même 4 mois et demi, parce que j'avais un peu raccourci, pas tout à fait cinq mois.

I: Déjà comment est-ce que tu l'as vécu ce premier stage en médecine libérale ?

S: Bah... j'avais bien aimé, ça m'avait conforté dans mon choix. J'étais contente… J'étais contente de débuter par la médecine libérale, parce que bon heu…, quand on choisit la médecine générale, on a envie de voir quand même ce que c'est ! (*petits rires*) Assez rapidement ! Enfin on l'avait déjà fait, je l'avais déjà vu pendant mon externat, j'avais choisi médecine générale, parce que ça m'avait bien plu. Mais là, ça m'a réconforté dans l'idée que j'avais fait le bon choix, et c'était important pour moi de commencer par la médecine générale. Et ouais, non, j'avais adoré, je me souviens au début, l'internat, c'était top bien ! Sortir des bouquins, d'être dans la vraie vie, de vraiment travailler, de faire ce qu'on aime, enfin ouais…. j'avais vraiment bien aimé ce stage là.

I: Et par rapport à ta position en tant que médecin, comment tu te sentais à ce moment là ?

S: Au début de mon stage, je dirais que j'avais un peu l'impression au tout début de me retrouver … enfin de régresser un tout petit peu peut-être. De me retrouver un peu à la place de l'externe, de me retrouver à côté du prat', de .. ça c'était vraiment au tout début. Parce qu'il m'a laissé quand même pas mal d'autonomie, donc j'ai pas eu trop longtemps cette sensation là avec lui. Mais de se retrouver sur le siège à côté du bureau, que lui il fasse toute la consultation, toutes les prescriptions et que moi je restais à côté en tant qu'observatrice. Ça m'avait fait un peu bizarre, parce que je me suis dit bon bah finalement ça change rien. *(petits rires).* J'ai pas vraiment des responsabilités, je fais rien quoi. Donc ça m'avait un peu frustrée au début. Et puis finalement, après le fait qu'il me laisse de l'autonomie, bah en vrai j'étais contente ! Parce que finalement ça a pu me permettre d'exercer, et là je me sentais vraiment médecin. C'est la première fois qu'on m'appelait docteur aussi, enfin voilà on me considérait vraiment comme tel. Donc ouais, je me sentais quand même grandir dans mon métier.

I: D'accord, ça marche. Qu'est-ce que tu penses que ce stage t'a apporté à postériori ?

S: Je pense qu'il m'a déjà appris les bases, quand même, de la médecine générale ! C'est les premières fois que j'apprenais à manier les logiciels, heu…la compta à côté. Après heu... ouais voilà, tout ce qui est codage et tout, cotations des actes et machins. Heu... ils m'ont appris pas mal tout ce qui était ROSP, c'était la première fois que j'entendais ces termes là. Donc heu…, c'est des choses quand même intéressantes, dont on parle pas du tout durant les études finalement. Donc heu..., ça m'a, ça m'a apporté vraiment tout ce qui est les bases de la médecine générale. Et puis ça m'a quand même aussi donné un peu plus d'assurance. Enfin, je suis arrivée dans mon stage d'après, hospitalier, j'étais quand même plutôt à l'aise avec les patients, parce que j'avais un peu plus l'habitude, j'avais déjà … enfin il y a aussi eu le stage en unité covid, qui m'avait aussi aidé. Mais heu..., tout ce qui était prescription, j'étais un peu plus à l'aise aussi. Ça m'a donné un peu plus d'assurance, ce premier stage.

I: D'accord, ça marche. Maintenant, est-ce qu'on peut parler de ton stage enfant. Est-ce que tu peux me décrire le stage que tu avais choisi et comment ça s'organisait ?

S: Alors du coup, j'étais chez Dr*** à ***. Et c'est le … c'était, TROP trop bien ! C'était, vraiment ce stage … j'y remplace dans ce cabinet, c'est là où je fais le plus de remplacements maintenant. J'adore ce cabinet ! C'est vraiment heu … Je m'entendais très très bien avec elle. Heu… là c'est pareil, ça avait duré 3 mois, c'était quand même assez long, heu… 3 mois avec la même prat' quoi. Heu… et du coup j'étais tous les jours avec elle. Elle bossait juste pas le mercredi, il me semble, et le jeudi matin, une demie journée encore dans la semaine. Sinon c'était tous les jours, le samedi matin aussi. Et de 8h30 à 18h30, avec une… elle faisait la pause super tôt, parce que elle cherchait ses enfants à l'école, du coup on avait la pause de 11h30 à midi et demi, du coup. Et après on reprenait midi et demi à 18H30. Et du coup on … au début pareil, j'étais un peu plus observatrice. C'est une dame, une médecin, qui

voit ENORMEMENT d'enfants, donc c'était HYPER intéressant. Elle fait quasiment que ça, suivi pédiatrique de tous les âges. Elle fait, elle est hyper consciencieuse dans son travail, donc tous examens, de chaque âge, elle les faisait super bien. Elle m'a appris énormément de choses, enfin elle était, enfin c'est un médecin qui est hyper consciencieux. Donc c'était très protocolaire, mais au moins elle oublie rien et ça permet vraiment d'avoir les grandes lignes et chaque consultation est structurée de la même façon, après en adaptant à l'enfant, selon la situation et les complications, bien évidement. Enfin voilà, elle était vraiment chouette. Et donc pareil, le premier mois, j'étais plus observatrice, surtout avec les tout tout petits. Et petit à petit, elle m'a laissée, dans le deuxième mois, j'étais quand même hum, c'est moi qui menais l'interrogatoire, et qui faisait l'examen clinique. Elle était à côté, elle assistait. Et le dernier mois j'étais en autonomie dans un bureau à côté, pareil parce que c'est un cabinet avec pleins d'associations, il y a 6 bureaux, donc il y en a toujours un qui est absent, donc j'avais ma salle de consultations. Et du coup, je faisais les examens à côté. Donc elle faisait quand même de la médecine générale, donc elle faisait les adultes bien sûr, mais heu... vraiment beaucoup beaucoup d'enfants ! Je pense que sur la journée, si on prend 10 patients, il devait y avoir 7 enfants quand même ! Donc c'est vraiment beaucoup, pour ce que j'ai pu voir à côté !

I: Et du coup ce stage ça t'a apporté tout le côté pédiatrie de la médecine générale ?

S: Ah ouais ! Ça m'a appris énormément en pédiatrie. Presque encore aujourd'hui, ce que j'applique dans ma pratique encore aujourd'hui, c'est elle qui me l'a enseigné, sur les enfants. Je suis à l'aise avec les enfants grâce à elle. Je suis arrivée en stage hospitalier de pédiatrie, même eux ils me l'ont dit dans le service là bas, que j'étais très à l'aise avec les enfants et que je faisais très bien mon examen clinique, c'est grâce à elle. Vraiment, ça je lui dois vraiment. Et les parents me le disent en consultation. Je vois beaucoup d'enfants, parce que je pense qu'ils sentent que je suis à l'aise aussi. Ça vraiment, je lui dois, elle m'a vraiment beaucoup appris, c'était top top !

I: Et par rapport à ton stage, tu as dit que tu étais 3 mois à l'hôpital, c'était quoi comme service ?

S: C'était aux urgences pédiatriques à ***.

I: Qu'est-ce que ça t'a appris de différent par rapport à l'ambulatoire ?

S: Plutôt tout ce qui est les urgences ! Parce qu'en ambulatoire, on voit moins d'urgence quand même, ou on voit le début de l'urgence, mais après on transfert à l'hôpital, donc c'était la suite plutôt. J'ai appris tout ce qui était prise en charge de l'asthme, de la crise d'asthme enseignée, enfin l'éducation thérapeutique sur l'asthme par exemple, tout ça. Et heu…, après tout ce qui est suture chez les enfants etc… aussi. Ça m'a appris aussi des choses qui me seront pas utiles en médecine générale, parce que on a pas les moyens pour. Mais … puis ça m'a permis de gagner encore plus en d'assurance face aux parents, surtout face aux parents inquiets, et voilà, avec des enfants qui allaient pas forcément bien, on essayait de gérer quand même ! Mais c'est sûr que ça m'a surtout appris à savoir quand savoir déléguer, aussi quand est-ce que c'est plus de notre ressort, et quand est ce qu'il faut adresser aux urgences.

I: D'accord, parfait, tu as répondu à toutes mes questions par rapport au stage enfant !
Alors maintenant est-ce que tu peux me parler de ton stage femme ?

S: Alors, mon stage femme du coup c'était l'année dernière, avec Dr *** à *** aussi. Heu… donc c'était … là c'était plus de la médecine générale quand même. J'ai vu, j'ai pas fait trop trop de gynéco, j'ai pas fait de gynéco en fait, pendant mon stage femme. J'ai vu des femmes, il y en avait

pas mal en consultation, je pense que c'était la moitié. Moitié homme, moitié femme. Mais c'étaient pas forcément des motifs gynéco. Après, quand il y avait vraiment des consultations pour demande de pilules, ou quoi que ce soit, c'est moi qui m'en occupait, il me laissait gérer. Mais c'est vrai que c'était pas trop trop ce qu'il y avait de plus, de plus fréquent. Hum... donc c'était un stage vraiment de médecine générale, pareil, on était tout le temps dans le même bureau. On était tout le temps ensemble, et pareil on faisait une consultation sur deux ordi et une consultation sur deux examen clinique. Heu... et là c'était plus vraiment comme lors de notre premier stage internat quand même. C'était vraiment moi je menais la consultation de A à Z, je faisais mes prescriptions et lui il faisait, il disait, enfin il avait pas grand chose à dire quoi. Si vraiment il avait son avis à donner, il le donnait, mais sinon on travaillait ensemble côte à côté. Enfin je menais vraiment de A à Z la consultation. Après au début, c'était un peu frustrant quand même parce que tu as l'impression de régresser, mais heu... finalement c'était quand même sympa, on s'entendait vraiment bien, donc c'était sympa, j'en garde un bon souvenir de ce stage ! Mais c'était pas trop axé santé de la femme.

I: Mais du coup par rapport à ton stage gynéco, tu l'as fait où ?

S: Stage gynéco, j'étais à ***, en gynéco du coup, en maternité, gynéco, urgence. J'ai été un peu à tous les postes. Du coup là, j'ai appris la gynéco ! (*petits rires)*

I: Qu'est-ce que tu as appris en gynéco du coup là-bas ?

S: J'ai appris, heu…, bah faire un examen gynéco, poser un … non poser un stérilet j'ai fait, mais je le ferais pas forcément au cabinet ! Poser des implants, ça je sais faire, les prescriptions de pilules, les consultations IVG, donner toutes les informations dans le cadre d'une IVG. Une dame en cabinet, je sais lui dire comment cela se passe et l'orienter vers l'endroit qui s'en occupe. Et sinon l'examen de gynéco, poser un spéculum, toucher vaginale, écho aussi. Bon ça me servira pas trop ça en pratique, mais heu... pratiquer l'échographie et datation de grossesse, enfin voilà.

I: Et du coup ton stage en ambulatoire de gynéco, qu'est-ce que ça t'a apporté de différent, par rapport à tes autres stages réalisés en ambulatoire que tu avais faits ?

S: Mon stage ambulatoire, enfin il m'a pas vraiment appris tant que ça en gynéco finalement, le stage ambulatoire. En médecine générale, j'ai encore un peu évolué, ça c'est sûr, sachant que j'ai fait mon stage femme après mon stage SASPAS, donc heu... c'était vraiment mon tout dernier stage. Mais oui, je pense que il m'a encore … ça me faisait du bien d'avoir encore quelqu'un à côté pour être sûre que je faisais bien, et ça m'a donné la dernière assurance qu'il fallait, mais en médecine générale, en santé de la femme ça m'a rien apporté !

I: Et maintenant ton stage SASPAS, est ce que tu peux me le décrire un peu, comment cela se passait etc… ?

S : Alors mon stage SASPAS, le lundi j'étais Dr *** à *** à *** (*stage a).* Le mardi j'étais à la *** à *** (*stage b*). Le mercredi, jeudi, vendredi, après j'étais à la *** à ***(*stage c).* Heu … donc chez trois médecins différents, je remplaçais le mercredi un médecin, le jeudi un autre et le vendredi un autre.
Le lundi, chez Dr ***(*stage a*), c'étaient des très longues journées, enfin je commençais tard, je commençais à 11H, mais je terminais à 19h, sans pause. Donc 11h-19H sans pause, donc je mangeais un bon petit déj' et puis bon c'est parti jusqu'à 19H le soir, et après il y avait encore le débriefing avec le prat'. Donc ça c'était la pire journée, pour débuter la semaine, donc après c'était passé. Donc en plus, j'étais dans une espèce de cagibi, en face de lui. Donc lui bossait en même temps que moi, et moi j'étais dans un tout petit bureau, avec un ordinateur portable qui ramait, donc ça prenait trop

longtemps, sur un fauteuil examen, lit d'examen assis, donc même pas de possibilité de coucher le patient pour l'examiner. Donc heu…, donc heu…, vraiment, j'étais pas du tout à l'aise là bas. J'aimais pas du tout aller là-bas. Voilà, ça me plaisait pas. En plus, c'est une patientèle très difficile à ******. C'est très, très, très social, très, très, très précaire. Heu…, bon c'était un stage assez orienté sur la précarité, donc peu importe où. Mais là c'était vraiment extrême. Avec heu... beaucoup, ENORMEMENT addicto, parce que c'est un médecin addictologue, enfin spécialisé dans les addictions. Donc heu... c'était intéressant. J'ai appris plein de choses sur le suivi des patients sous méthadone etc… Ça, ça m'a appris ça. Mais voilà, c'est pas du tout ce que j'aime de la médecine générale et c'est très « ville », et je suis pas « ville », donc voilà.
Ensuite, à *** (*stage b*), c'était… c'était top ! J'ai adoré. L'équipe était bien, ça faisait un peu hospitalier et en même temps libéral quand même ! Enfin voilà, c'était entre deux. Ça m'a appris énormément de choses sur tout ce qui est démarche sociale, voilà tous les prémices avant qu'ils aient la CMU, et puis même l'arrivée en France des étrangers, c'était intéressant. Et puis tout ce qui est pathologie du migrant etc… Mise à jour des vaccins, tout ça, c'était intéressant.

Ensuite, heu … et ensuite le mercredi, jeudi, vendredi, j'étais à ***. Maison de santé flambant neuve dans des locaux parfaits, super, du matériel, tout était neuf. Donc ça c'était trop bien ! J'avais mon bureau pour moi. Donc je consultais seule. Dans le bureau, il y avait même ma pancarte avec mon nom, médecin généraliste, enfin voilà, j'étais vraiment LE médecin. Sur leur site internet, j'étais affichée comme médecin, donc les patients, ils savaient. Heu… quand ils prenaient rendez-vous, quand ils arrivaient. C'étaient surtout des consultations libres, mais quand ils arrivaient, ils étaient alertés qu'ils allaient être avec un médecin, enfin un autre médecin que leur médecin. Après il y avait, il y a beaucoup, beaucoup de débits. Là aussi, ça reste aussi une patientèle moins précaire que à *** (stage a), mais précaire quand même. Heu…, et heu…, ouais c'était que de la consultation libre, donc moins de suivis de traitement, il y avait un peu de renouvellements, mais c'était surtout des consultations d'urgence, beaucoup de viroses, heu... tout ça c'était en hiver en plus. Donc beaucoup heu… de covid, c'était encore la covid ! (*petits rires*) Heu… et voilà, mais c'était super intéressant. Et les débriefs étaient chouettes. Donc heu... 3 débriefs très différents, parce que 3 praticiens différents, parce que 3 points de vue différents, donc du coup c'était enrichissant, parce qu'ils avaient chacun plutôt une autre vision, donc heu... ça permet de prendre à chacun ce que ils ont à dire, donc c'était bien. Puis, je les ai aussi remplacés après, enfin voilà, on a gardé un bon contact, ils étaient sympas aussi ! Donc heu… voilà.

I: Et qu'est-ce que tu penses que ce stage t'a apporté en fait ?

S: Bah ça m'a apporté là vraiment de l'autonomie ! Là, c'est vraiment le stage qui m'a rendu autonome. Le fait d'être toute seule, c'était la première fois vraiment que je consultais seule, seule, seule toute une journée, sans avoir … Bon après ils étaient toujours là, au bout du fil, ou ils étaient toujours sur place, ils étaient là si j'avais besoin ! Mais en général, je les appelais pas et c'est vraiment à la fin qu'on faisait le débrief ! Donc ça m'a appris encore, ça m'a permis encore d'éclaircir encore les derniers points où j'étais pas à l'aise. Même si j'apprends toujours. Ça m'a permis d'éclaircir pas mal de points et puis heu…, et ouais de gagner en autonomie et en assurance, et en confiance en moi ! Ouais, c'était ça, donc ça m'a appris ça.

I: Est-ce que maintenant tu peux me dire si, à l'issue de ces trois années de formation, tu te sentais prête à exercer en autonomie ?

S: Ouais. Ouais, ouais quand même.

I: Et qu'est-ce qui fait que tu as pu te sentir prête à exercer en autonomie ?

S: Je pense que le SASPAS, ça a vraiment eu le, un rôle, pour que je me sente prête. Après chaque stage m'a apporté à sa manière. C'était … tout est complémentaire en fait ! Le fait d'être, d'avoir … du fait que ce soit progressif, et puis petit à petit en avançant dans les études, avec les stages en hospitalier, aussi en parallèle, je pense qu'on gagne de toute façon en expérience et en autonomie forcément. Donc heu..., les tuteurs de stages qui s'en rendent compte, donc c'est pour ça aussi qu'ils laissent de plus en plus d'autonomie. Mais le fait que ce soit progressif comme ça, ça je trouve que c'est important. Et heu…, ouais le SASPAS, c'est le stage qui m'a vraiment rendu autonome, et c'est à partir du SASPAS, justement, que j'ai commencé les remplacements aussi. Alors bon, j'avais pas fini encore mes études, donc c'est bien la preuve que je me sentais déjà prête à exercer seule en autonomie, à ce moment-là.

I: D'accord, ça marche. Qu'elles sont, pour toi, les compétences à acquérir pour devenir un bon médecin généraliste ?

S: Alors pour moi, donc déjà en premier lieu, d'adopter une attitude d'empathie et de bienveillance, ça c'est hyper important ! De savoir se remettre en question.

De connaître les grandes familles de maladies, et puis voilà les grandes situations cliniques, les traitements. Mais aussi de continuer à se former en continue, heu… de continuer à partager avec ses confrères et consœurs, de savoir aussi relayer quand on s'en sent pas capable. Heu…, et puis voilà, essayer de toujours se remettre en question, je trouve que c'est important, de pas rester sur ses acquis et de toujours essayer d'évoluer. Et vraiment, ouais, d'avoir … d'adopter une attitude bienveillante, empathique pour le patient, c'est hyper important ! Ça permet d'avoir une relation totalement différente, c'était un peu aussi le cadre de ma thèse (p*etits rires*)

I: Ça marche, ok ! Est ce que tu penses avoir acquis ces compétences au cours de ton internat ?

S: J'ai commencé à les acquérir au cours de mon internat, mais j'ai pas fini, et puis on continue toujours à … on continue à apprendre, et puis je n'aurais jamais terminé … Je pense que j'ai commencé à les acquérir au cours de mon internat, ouais !

I: Ça marche, et la deuxième question est : en quoi tes stages réalisés en ambulatoire t'ont aidé à devenir le médecin que tu es aujourd'hui?

S: Le fait … hum, je réfléchis …

I: Tu peux !

S: Hum, pff…. Bah c'est un tout, hein ! Mais je …

I: Comment est-ce que tu as appris les choses en fait ?

S: Ouais, bah c'est en voyant les situations, certaines situations qui se répètent, les répétitions, ça aide. Ça aide aussi d'avoir à chaque fois des avis différents, pour pouvoir faire finalement son propre avis aussi. Et puis continuer, regarder aussi dans la science ce que disent ceux dont chacun n'est pas d'accord. Parfois il y a pas de consensus, parfois il y en a un, et heu… voilà.

I: Par rapport à la relation médecin-patient, tu penses l'avoir apprise comment en fait ?

S: (*réfléchis*) Ça, je pense pas que ça s'enseigne vraiment. Je pense que c'est en regardant, en voyant déjà peut-être, en voyant l'autre interagir avec ses patients. Il y en a qui ont plus de feeling avec leurs

patients, voilà qui sont plus proches de leurs patients que d'autres. Peut-être, c'est de la constatation je pense, plutôt que de … Ça c'est pas quelque chose qu'on m'a appris, je pense, c'est en voyant faire et que voilà on essaye de trouver soi, son propre, ce qui nous convient quoi !

I: D'accord ça marche. Et tout ce qui est gestion administrative, comptabilité, tu penses l'avoir appris comment, à quel moment en fait ?

S: Ça je l'ai sur le … Enfin la première qui m'en avait parlé, c'était durant mon premier stage de niveau 1 à ***. Vu qu'on avait un peu de temps durant la covid, elle m'avait montré tout ce qui était ROSP, tout ce que demandait la sécu, comme … enfin voilà tout ça j'ai appris là. La compta, tout ce qui est cotations, ça c'est au fur et à mesure, petit à petit, ils m'ont montré, ils m'apprenaient. Après j'avais vraiment commencé à le faire pendant mon SASPAS. Et heu... tout ce qui est compta, je crois que c'est mon dernier stage, santé de la femme, c'est celui qui m'en a plus parlé. Il m'a montré sa propre compta, il m'a montré son chiffre d'affaires, comment il faisait. Heu… donc ça c'était super intéressant. Lui, il m'a vraiment bien montré, il avait pas de tabou sur l'argent. Donc heu…, lui il m'a vraiment bien montré, donc ça c'était cool. Il m'a donné un peu les, les conseils, tout ça quoi.

I: D'accord. Maintenant, je vais t'expliquer. La maquette de stage de médecine de la Faculté de Strasbourg est différente de celles des autres Facultés. Toi par exemple, tu as fait 1 an et demi d'ambulatoire. Du coup, tu as fait ton stage niveau 1, stage SASPAS, tout ça. Normalement ce qui est obligatoire dans les autres facultés, c'est le stage de niveau 1 et le stage SASPAS. Mais ils font pas forcément d'autres stages en ambulatoire, parce que il y a pas assez de praticiens etc... Et du coup vu qu'ils ont scindé les stages de gynéco et de pédiatrie, en 3 mois-3 mois, fait qu'on peut choisir des stages en ambulatoire à chaque fois. Donc quelle est ton opinion par rapport à cette particularité là qu'on peut faire beaucoup plus d'ambulatoire que dans les autres facultés ?

S: Moi je trouve que c'est une bonne chose ! Moi c'était des périodes que j'adorais, la médecine libérale, les stages en ambulatoire, j'ai l'impression que c'était une pause durant mon internat. C'était ... je re-soufflais ! J'étais trop contente à chaque fois d'être de nouveau en médecine générale ! Parce que les stages hospitaliers, c'est quand même des stages qui sont vraiment, TOTALEMENT, différents de ce qu'on fait en médecine générale. Après, ils sont très importants aussi, ils nous apprennent énormément pour la pratique, enfin voilà. Mais hum, moi c'est des stages qui me décourageaient pas mal, et le fait de revenir en médecine générale, je … ça me faisait vraiment l'effet : ouf, c'est bon je suis à ma place ! A chaque fois, soulagement, c'est bon j'ai pas fait d'erreur, c'est là que je suis bien. Donc moi je trouve que c'est une bonne chose. Et puis 6 mois en gynéco, ça aurait été vraiment long ! Après 6 mois en pédiatrie ça va, mais 6 mois en gynéco ça aurait été beaucoup trop long. Parce que déjà en 3 mois, on avait vraiment fait le tour. On en a même discuté entre nous, on s'était dit 6 mois en gynéco, ça aurait été vraiment super long ! Pourtant le service était top, j'ai passé un super stage. Mais on avait tout vu, et au bout d'un moment, le suivi de grossesse, la salle d'ac'... c'est pas du tout notre métier. Il y avait énormément d'administratifs. Enfin voilà, les sorties hospit', de, de … c'étaient pas des hospitalisation compliquées, donc les courriers étaient vite faits, donc c'était pas très intéressant quoi. Puis les consultations urgences en gynéco, c'est vite la même chose, souvent, donc en 3 mois ça suffisait largement.

Et puis pédiatrie c'était, c'était heu…, c'était, c'était très bien l'hôpital. Mais j'ai eu un tellement bon stage prat' que je pense que pour moi c'était vraiment nécessaire ! Après si c'est un stage où on voit pas beaucoup d'enfants, peut-être un peu moins. Mais mon stage prat', enfin mon stage enfant, était tellement bien que, nan il était vraiment nécessaire celui là ! (*petit rire*)

I: Heu…, maintenant je vais te poser une question. Qu'est ce que tu penses aujourd'hui de la mise en place d'une quatrième année de médecine ? Et dans quelles conditions, tu la verrais ?

S: Lourd débat ! (*rires*) Alors heu..., moi je pense, une quatrième année de médecine ça me choque pas en soi. Je serais pas contre, ça m'aurait pas dérangé plus que ça, si c'est pas à l'hôpital ! Heu…, et si elle est faite pour progresser. Pour moi, faut que ce soit de la formation, donc il faut que ce soit en médecine générale et il faut qu'il y ait un réel, un réel intérêt derrière ! C'est pas pour remplir les trous à l'hôpital et c'est pas non plus pour aller remplir les déserts, sans avoir de prat/tuteur au-dessus en fait.
Il y a énormément de débats là-dessus, mais c'est sûr que, si on m'avait envoyée dans un endroit où il y a rien autour, et sans médecin … ça… on peut très bien le faire après, et être rémunéré à la hauteur de son travail, plutôt que de travailler pour quelqu'un d'autre, qui n'est pas là, et voilà… ne pas recevoir de formation et en plus être payé au lance pierre comme un interne. Ça je trouve ça inacceptable ! Et heu... ouais, s'il y a une 4ème année de médecine, pour moi faut que ce soit tourné vers la médecine générale. Et ça serait peut-être bien pour ceux qui ont pas justement, qui ont 6 mois de moins de médecine générale que nous, qu'ils font 6 mois de pédiatrie et 6 mois de … peut-être que là, il y a un intérêt. Mais ouais, ça se discute ! Pour moi, j'ai très bien vécu d'avoir 3 ans, et je sentais pas le besoin de la quatrième année en tout cas.

I: J'avais une dernière question à te poser. Par rapport… tu as choisi dans tes stages de gynéco et de pédiatrie, 3 mois en ambulatoire. Est-ce que tu regrettes ne pas avoir choisi un stage hospitalier aujourd'hui ou pas ?

S: Pas du tout ! *(petits rires)* Non, non je suis très contente, d'avoir fait ces choix. Et c'est exactement ce que je voulais, donc pff.

I: D'accord, parfait. Tu penses pas avoir de lacunes aujourd'hui dans quelque chose ou pas ?

S : Bah après, il y a toujours des petits domaines où on oublie, et du coup faut se relire des choses, mais … Mais dans un domaine en particulier, nan je pense pas.

FIN.

C. Grille d'évaluation du développement des compétences du DMG de Strasbourg

Version 2023-2024

EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DE MEDECINE GENERALE

Étudiant - NOM :
Prénom :
Semestre en cours :

Date : _ _/_ _/_ _ _ _

Évaluateur - NOM :
Prénom :
Étudiant/Tuteur/MSU/Référent hospitalier

Signature (+ cachet si MSU/Réf hospitalier)

Premier recours, urgence : gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Relation, communication, approche centrée patient : construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Approche globale, prise en compte de la complexité : mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine (EBM), Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.

Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire : accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Professionnalisme : assurer l'engagement envers la société, répondre à ses attentes, développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

DMG

Version 2023-2024

Que diriez-vous des compétences de l'étudiant·e ?

Quels sont les aspects de ses compétences qui doivent être travaillés ? Donnez des exemples vécus en stage.

<u>Notice : comment utiliser cette grille ?</u>

*Cette grille peut être utilisée à la fois en **autoévaluation** par l'étudiant ou en **hétéroévaluation** par le MSU, le tuteur ou le référent hospitalier.*
Pour chaque compétence, la première page précise sa définition. Les pages 3-8 détaillent ce que fait un étudiant de niveau « novice », un étudiant de niveau « intermédiaire » et un étudiant de niveau « compétent » pour chaque compétence.
*Le **niveau « compétent »** correspond à ce qui est attendu d'un étudiant **au bout de quatre années de formation** (le DES de Médecine Générale ne dure que trois ans actuellement). Il s'agit d'un médecin généraliste pleinement capable d'**exercer en autonomie en prodiguant des soins optimaux** et qui favorise la santé des populations. Il est donc surprenant qu'un étudiant en début de formation soit évalué aux niveaux « compétent » dès le début de sa formation. Cela voudrait dire que cet étudiant serait apte à exercer en autonomie complète dès à présent.*
*Prenez le temps de **lire pour chaque compétence et chaque niveau les différents descripteurs** des niveaux de compétences dans les pages 3-8. Déterminez ensuite ce qui décrit le mieux ce que fait l'étudiant. Il s'agit de **porter un jugement global** sur le niveau de l'étudiant. L'étudiant n'a pas besoin de « cocher » toutes les cases d'un niveau pour considérer qu'il a atteint ce niveau.*

*Une manière intéressante d'utiliser cette grille est de demander à l'étudiant qu'il réalise une autoévaluation de ses niveaux de compétences puis de **confronter son autoévaluation à ce que le MSU ou le référent hospitalier perçoit** de sa manière d'agir. Discuter les éventuelles divergences dans l'évaluation est souvent très pertinent pédagogiquement.*

*Enfin, précisez dans les zones de texte libre votre jugement sur le développement des compétences de l'étudiant en vous basant sur ce que vous avez observé en stage. **Citez des exemples précis** de situations qui illustrent ce que l'étudiant doit en priorité travailler pour la suite de sa formation.*

		L'étudiant…
PREMIER RECOURS, URGENCES	Novice	☐ Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical ☐ Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats ☐ Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possible en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face
	Intermédiaire	☐ Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que centrée patient et tenant compte des prévalences liées au contexte ☐ Fait des tentatives pour repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; a encore du mal à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient ☐ Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient ☐ Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties ☐ Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et en fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure ☐ Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
	Compétent	☐ Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions ☐ S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins ☐ Fait des diagnostics de situation ☐ Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi) ☐ Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI) ☐ Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient ☐ Gère les urgences ressenties par le patient ☐ Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

DMG

Version 2023-2024

		L'étudiant…
RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	**Novice**	☐ Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale ☐ Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication ☐ Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade ☐ Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation ☐ Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit les limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique ☐ Utilise principalement une communication verbale ☐ Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient ☐ Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient ☐ Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
	Intermédiaire	☐ Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle ☐ Dans l'analyse d'une consultation peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions ☐ Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. ☐ Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation ☐ Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles ☐ Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical ☐ Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique
	Compétent	☐ En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier ☐ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux ☐ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient ☐ Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci ☐ Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause ☐ Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage ☐ Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient

DMG

Version 2023-2024

		L'étudiant…
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	**Novice**	☐ Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux ☐ Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales ☐ Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. ☐ Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. ☐ Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
	Intermédiaire	☐ A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique ☐ Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation ☐ Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier ☐ Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion ☐ Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin ☐ A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient) ☐ Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle
	Compétent	☐ Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient ☐ Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser ☐ Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant ☐ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ☐ En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. ☐ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient ☐ Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

DMG

Version 2023-2024

		L'étudiant…
EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE	**Novice**	☐ Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste ☐ Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire ☐ Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient ☐ Se sent responsable de la gestion de la santé du patient ☐ Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
	Intermédiaire	☐ Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin ☐ Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples ☐ Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant ☐ Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient ☐ Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
	Compétent	☐ Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient ☐ Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur) ☐ Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient ☐ Collabore activement avec d'autres intervenants impliques dans la prévention et l'éducation du patient

DMG

Version 2023-2024

		L'étudiant…
CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	**Novice**	☐ Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients ☐ Utilise le dossier médical ☐ Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin ☐ Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins. ☐ Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants ☐ Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites ☐ Se rend disponible pour la permanence des soins
	Intermédiaire	☐ Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations ☐ Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi ☐ Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche ☐ Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi ☐ Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours ☐ Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	Compétent	☐ Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi ☐ Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient ☐ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ☐ Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux ☐ Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient ☐ Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage ☐ Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile ☐ Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences

DMG

Version 2023-2024

		L'étudiant…
PROFESSIONNALISME	**Novice**	☐ Entrevoit un projet professionnel ☐ Accepte son rôle d'interne ☐ Présente un engagement altruiste envers le patient ☐ Participe aux formations théoriques et pratiques du DES
	Intermédiaire	☐ Manifeste un engagement pour la médecine générale ☐ S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques ☐ Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences ☐ Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel ☐ Organise son temps de travail
	Compétent	☐ Assume sa responsabilité envers le patient et la société ☐ Collabore avec les autres soignants ☐ Organise son outil et son temps de travail ☐ Améliore ses compétences ☐ Prend en charge le patient avec altruisme ☐ S'implique dans le rayonnement de la discipline

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HEMR Prénom : Margot

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « j'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Wittelsheim, le 23/11/2023

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

RESUME

Introduction : Les internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg ont la possibilité de réaliser, pour les semestres de pédiatrie et de gynécologie, des stages mixtes hospitalier-ambulatoire, un stage hospitalier de 6 mois, un stage d'ambulatoire de 6 mois ou encore un stage mixte dans 2 services hospitaliers différents. Ainsi avec le stage de niveau 1 et le stage SASPAS, ils ont la possibilité de faire jusqu'à la moitié de leur internat en ambulatoire. L'objectif de l'étude est donc d'explorer le ressenti des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg, à l'issu de leur formation, sur le développement des compétences lors des stages réalisés en ambulatoire. L'objectif secondaire est de déterminer à partir de l'expérience des sujets, des pistes de réflexion sur l'évolution de la maquette de l'internat de médecine générale, notamment sur la mise en place d'une quatrième année d'internat.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, non interventionnelle, réalisée par entretiens individuels semi-dirigés. L'étude s'est par conséquent déroulée entre février 2022 et mai 2023 auprès du 10 internes la Faculté de médecine de Strasbourg, issus des promotions ayant terminé leur cursus en novembre 2021 et novembre 2022.

Résultats : La relation médecin-patient est une des principales compétences à développer selon les sujets. Elle se développe de manière progressive au cours de l'internat, par mimétisme, par les répétitions des expériences cliniques et en affinant sa propre façon de faire. Les internes doivent également apprendre à appréhender la médecine générale. C'est-à-dire apprendre à avoir une expertise clinique, suivre un patient, avoir une vision globale, ainsi qu'apprendre à s'adapter à chaque situation clinique. Il y a également les connaissances théoriques, pratiques et administratives qui rentrent en jeu. L'interne en médecine générale va également devoir apprendre la gestion d'un cabinet médical. Une grande partie des sujets expriment ne pas se sentir suffisamment formés à la « casquette de chef d'entreprise ». L'interne à travers ses stages va apprendre à aimer la médecine générale, et le fait de tester différentes pratiques et de types d'exercices, va lui permettre de savoir comment il souhaite exercer plus tard. Mais pour devenir médecin généraliste, il doit apprendre à connaître ses limites. Progressivement au cours de l'internat, l'interne va prendre confiance en sa pratique et deviendra autonome, surtout lors du SASPAS. Néanmoins, au moment d'exercer seul, les sujets expriment une vraie ambiguïté sur le fait de se sentir prêt à exercer. Concernant les évolutions à adopter pour l'évolution de l'internat et la mise en place d'une quatrième année de médecine, quatre suggestions principales ressortent :

- faire un SASPAS amélioré avec plus de responsabilité,
- aller dans des services hospitaliers ou des services de polyclinique de spécialités,
- faire des stages ambulatoires chez des spécialistes
- et privilégier les stages couplés 3mois – 3 mois.

Les étudiants sont réticents à une quatrième année d'internat et ont peur de devoir faire des « remplacements déguisés ».

Conclusion : La mise en place d'une quatrième année d'internat répond en partie au besoin d'amélioration de la formation des internes, en privilégiant les stages en ambulatoire. Cependant, il est essentiel que cette dernière année reste axée sur la formation et le développement des compétences.

Rubrique de classement : Médecine Générale
Mots clés : internat, formation, compétence, médecine générale, stage ambulatoire, ressenti

Président de Thèse : Professeur Thierry PELACCIA

Assesseurs : Docteur Mathieu LORENZO, Docteur Sandrine WOLF

Adresse de l'auteur : 7 rue Paderewski, 68310 WITTELSHEIM