



HAL
open science

Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale. Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen

Iulia Casaux-Voroniuc

► To cite this version:

Iulia Casaux-Voroniuc. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale. Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00684748

HAL Id: dumas-00684748

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00684748>

Submitted on 3 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Iulia CASAUX-VORONIUC

Née le 22 décembre 1980 à Iasi (Roumanie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JANVIER 2012

**LES STAGES HOSPITALIERS DANS
L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE
Enquête par Focus Group auprès des internes et
jeunes remplaçants de la Faculté de Rouen**

PRESIDENT DU JURY : Professeur Hervé LEVESQUE

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Dominique FARRE

**LES STAGES HOSPITALIERS DANS
L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE**

**Enquête par Focus Group auprès des internes et
jeunes remplaçants de la Faculté de Rouen**

Composition du Jury :

Président : Professeur Hervé LEVESQUE

Membres : Professeur Pierre FAINCILBER

Professeur Benoit VEBER

Directeur de thèse : Docteur Dominique FARRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M ^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON- DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES****M. Sahil ADRIOUCH**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)**Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Antoine OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES**M. Mario TOSI**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Serguei FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au Dr FARRE

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de thèse pour avoir été d'un soutien précieux par ses conseils et sa réassurance.

Au Pr FAINSILBER

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, d'avoir eu la gentillesse de corriger mes travaux et de me conseiller.

Au Pr LEVESQUE

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

Au Pr VEBER

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury.

Au Pr MERCIER ainsi qu'aux autres membres du DUMG de Rouen

Je vous remercie d'avoir pris la patience de me former et conseiller dans le cadre de mon étude.

Je remercie les internes, médecins remplaçants et animateurs des focus groups pour leur participation et l'intérêt accordé à cette étude.

Je remercie les médecins et professionnels paramédicaux qui m'ont formé pendant et après mes études.

Je remercie Guillaume pour son soutien, Marie-Christine et Elena pour leur aide durant la réalisation de ce travail, ainsi que ma mère qui aurait aimé m'aider plus

Un grand Merci à toute ma famille, à Suzanne et Gérard et à mes amis pour leur confiance et leur présence tout au long de ces années.

Serment d'Hippocrate

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION page 1

FORMATION EN MEDECINE GENERALE page 3

Premier et deuxième cycle

Court historique de la formation hospitalière des médecins généralistes

Troisième cycle – Diplôme d'études spécialisées - DES

Formation proprement dite

Obligations statutaires et rôle de l'interne

Responsabilité de l'interne

METHODE page 10

RESULTATS page 14

ECHANTILLON ETUDIE page 14

GENERALITES SUR LES STAGES HOSPITALIERS page 17

Importance des stages hospitaliers dans la formation des spécialistes en médecine générale

La recherche d'un cadre, de références

Le recrutement des patients – des pathologies d'emblée graves ou compliquées

Un emploi du temps différent

La prise en charge

Une adaptation difficile aux possibilités de la ville

Le rapport au patient

Des aspects spécifiques à l'exercice ambulatoire

L'hôpital-structure complexe par rapport au cabinet libéral-petite PME

Des difficultés de formation en ambulatoire

Un mode de pensée différent

Le choix d'un exercice différent

PROPOSITIONS POUR UN STAGE IDEAL

page 31

Se rapprocher plus de la ville

page 31

Prises en charge cadrées, adaptées pour l'ambulatoire

Des relations plus étroites avec l'ambulatoire

Fixer des objectifs

page 34

Objectifs clairement définis qui donnent une légitimité à l'interne

Savoir quoi venir chercher

Cibler les acquis les plus utiles et les rendre obligatoires

Eliminer les tâches inutiles chronophages

Pallier des insuffisances

Un emploi du temps formateur

page 39

Tâches variées

Pathologies générales

Evaluation rapide d'une situation donnée	
Participation aux consultations	
Une formation efficace aux gestes pratiques	
Une volonté de transmettre des savoirs	page 41
Une balance gagnant-gagnant équilibrée	
Un auto apprentissage contrôlé	
Un partenaire à part entière dans le processus de soin	page 43
Des attributions moins routinières	
Un rôle bien défini sans tâches de remplaçant	
Un intermédiaire moins exposé	
Un porte parole plus soutenu	
Des conditions de travail favorisant l'apprentissage	page 48
Charge de travail	
Responsabilité	
Autonomie encadrée	
Un rôle plus reconnu correspondant au travail fourni	
Une intégration facilitée dans l'équipe	
Une adaptation au caractère de chacun	
Un encadrement optimal	page 57
Prises en charge cohérentes accord entre chefs	
Investissement et relations avec les médecins encadrants	
Rendre intéressant	
Echanges	
Maquette	page 61
Ordre des stages	

Une proposition

Durée des stages

Allongement de l'internat

Alternance ville hôpital

Réglementer

page 67

Objectifs de stage

Evaluation - échanges

Une formation plus homogène

Rôle des instances - Département de médecine générale et syndicat

Difficultés à réglementer

Droit de retrait utopique

DISCUSSION

page 76

Limites de la méthode

Intérêt de l'étude et confirmation des hypothèses

ADAPTATION DE LA FORMATION A LA MEDECINE GENERALE

page 77

ADAPTATION DE LA FORMATION HOSPITALIERE AUX THEORIES ACTUELLES
D'APPRENTISSAGE

page 84

Rôle central de l'apprenant

Sélection des informations. Rôle des représentations antérieures

Des représentations en perpétuel changement sans mise en opposition

Le rôle facilitateur de l'enseignant

Facteurs favorisant l'apprentissage

La mise en situation

L'évaluation authentique

QUELQUES HYPOTHESES SUR LES ORIGINES DES DYSFONCTIONNEMENTS page 91
DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES A L'HOPITAL

Un conditionnement à l'exercice hospitalier

Deux mondes séparés

L'absence de sources pour s'adapter en ville

Une maquette majoritairement hospitalière

La responsabilisation de l'interne et sa résignation

Une recherche de reconnaissance

Une variable d'ajustement et un apprentissage accessoire

Un manque de réglementation

Qualité de vie

CONCLUSION page 98

ANNEXES page 100

ABREVIATIONS page 107

BIBLIOGRAPHIE page 108

INTRODUCTION

A la suite de ma formation initiale suivie sans encombre en vue de l'obtention du Diplôme d'études spécialisées - DES de médecine générale j'ai été étonnée de mes difficultés lors des premiers remplacements en soins primaires ambulatoires. Cette formation ne semblait pas pouvoir me permettre de répondre à de nombreuses situations rencontrées dans ce nouveau cadre d'exercice.

Je me suis interrogée sur les raisons de ces difficultés, si les internes en fin de DES de médecine générale et les jeunes remplaçants en soins primaires en avaient les mêmes et si celles-ci n'engendraient pas un frein à l'exercice en soins primaires ambulatoires, préjudiciable à la santé de la population, notamment dans notre région sous médicalisée.

Le rôle du médecin généraliste est de plus en plus reconnu dans le système de soins français. « Spécialité » à part entière uniquement depuis les années 2000 la médecine générale est la formation initiale de la moitié de la population médicale. Peu prisée lors du choix des étudiants, elle joue pourtant un rôle clé dans un système de soins de qualité.

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des patients (pathologies aiguës, suivi des maladies chroniques, prise en charge sociale, prévention, éducation) et constitue le premier maillon et le liant entre le système de santé et une population dont les besoins changent et s'accroissent au gré du développement de la médecine et de la société.

Il doit faire appel à des connaissances variées et à un savoir faire unique, mélange de connaissances médicales pures, de psychologie, sociologie, économie de la santé, qu'il doit adapter à des conditions pratiques souvent complexes. Vu l'ampleur de leurs interventions, les généralistes sont aussi intéressés à la maîtrise des dépenses de soins et aux politiques de santé publique comme le prouve souvent l'actualité médiatique (utilisation des antibiotiques, génériques, vaccination grippe, retrait de certains médicaments etc.).

Ainsi on comprend les enjeux de la formation initiale de ces professionnels qui a connu, ces dernières années, des évolutions importantes avec la création du DES

de Médecine Générale, formation professionnalisante des futurs médecins généralistes : 3 ans d'internat, 200 heures d'enseignements théoriques, 4 à 5 semestres de stage en milieu hospitalier universitaire ou non et 1 ou 2 semestres de stage en soins de premiers recours ambulatoires, création de la Filière Universitaire en Médecine Générale, intérêt pour la recherche en soins primaires.

Cependant des évolutions importantes restent encore à venir. Malgré la mise en place d'un stage « découverte » optionnel pendant l'externat, peu d'étudiants entrent en contact avec la médecine générale avant leur internat, soit en 7^e ou 8^e année d'études médicales, passant tous leurs stages pratiques en milieu hospitalier – minimum 3 ans, ce qui peut expliquer le faible attrait de cette spécialité auprès des étudiants. Dans la maquette du DES qui pourrait être amenée encore à se prolonger d'une année dans le cadre de la Réforme du 3^e cycle, les stages hospitaliers restent majoritaires, soit 4 à 5 semestres selon le lieu de formation. La place de l'interne de médecine générale à l'hôpital n'est pas adaptée. Elle paraît même sous estimée par rapport à celle des internes de spécialité.

On doit se poser des questions sur les façons d'améliorer l'acquisition de compétences utiles à l'exercice du premier recours ambulatoire, au cours de stage en milieu de soins secondaires ou tertiaires.

Nous avons fait le choix, dans ce travail, d'analyser les attentes de formation des internes de médecine générale de 3^e année du DES en fin de cursus et celle de jeunes remplaçants en médecine générale de la faculté de Rouen, sur l'adaptation de la formation hospitalière aux premiers temps de l'exercice ambulatoire et les améliorations que l'on pouvait envisager pour rapprocher cette formation des besoins pratiques en médecine générale de ville.

FORMATION EN MEDECINE GENERALE

Premier et deuxième cycle

La formation de médecin généraliste se fait le long de neuf années d'études post Baccalauréat.

Les premières six années sont représentées par les deux cycles de la faculté de médecine, études communes à tous les futurs médecins. Les contacts directs professionnels avec la pratique courante de médecine générale et ses enseignants y restent très rares.

La formation consiste en cours magistraux et travaux dirigés, voire des nouvelles formes d'enseignement comme les APP – Apprentissage par Problème, dispensés par les professeurs en sciences pures ou les spécialistes des différentes disciplines médico-chirurgicales. Il n'y a pas d'enseignement théorique spécifique en médecine générale.

En parallèle avec les cours théoriques les étudiants ont l'obligation d'effectuer des stages pratiques dans les services des Centres Hospitalo-universitaires et plus récemment, également dans les Hôpitaux Périphériques. Ces stages permettent aux futurs médecins de commencer à appréhender l'exercice de leur futur métier avec l'apprentissage de l'interrogatoire, de l'examen clinique, des examens complémentaires, des prescriptions et de s'habituer au fonctionnement des établissements hospitaliers, aux relations avec les autres professions médicales et paramédicales qui y sont présentes.

La formation se fait au lit du malade, et elle est dispensée par les chefs de cliniques et les praticiens hospitaliers ainsi que par les internes et les personnels paramédicaux des services pour les gestes courants. Il arrive que les étudiants assistent aux consultations hospitalières des médecins et à certaines interventions chirurgicales. Des cours peuvent être aussi organisés au sein des services pour ces étudiants qu'on appelle communément « externes ».

Les contacts avec la médecine générale sont très distants : dans certains cas les externes peuvent prendre contact téléphonique avec les médecins traitants des patients pour plus de détails concernant notamment les antécédents et les dernières prescriptions avant l'hospitalisation, ou pour annoncer la sortie du patient.

Dans la réforme du cursus de médecine générale de 2002 apparaît pour la première fois la possibilité de découvrir la médecine générale pendant ces six premières années d'études. Mais le stage de découverte de deux semaines mis en place par cette réforme (24) tarde à se mettre en place faute de financement.

De la même façon le rapport Legmann en 2010 suggère de faire une place plus importante dans la formation initiale à la médecine générale en rendant obligatoire un stage de découverte en PCEM2, ainsi que des stages de formation à la médecine générale au cours du 2^e cycle (34).

Court historique de la formation hospitalière des médecins généralistes

La formation hospitalière des futurs médecins est instituée par décret en 1802 avec la création des examens d'externat et internat des hôpitaux de Paris. La réussite à ces examens garantit une vraie formation pratique, au contraire des stagiaires qui, ayant échoué leur passage, restent en général simples observateurs passifs. Cette formation pratique est indépendante et contraste beaucoup avec l'enseignement de la Faculté qui reste indispensable.

En 1968 le concours d'externat est supprimé, tous les étudiants du deuxième cycle obtenant l'accès à la formation hospitalière pratique. Il existe deux possibilités pour devenir spécialiste : la voie hospitalière sélective d'obtention qu'est l'internat et la voie universitaire non sélective par les CES – Certificats d'études spécialisés organisés jusqu'en 1984. L'internat reste alors la seule possibilité de devenir spécialiste. Deviennent médecins généralistes ceux n'ont pas passé ou qui ont échoué à cet examen. Alors que les DES de spécialité comprennent quatre à cinq ans de stages hospitaliers le 3^e cycle de médecine générale, le résidanat, dure initialement deux ans, pour arriver à trois ans en 2001. Cette formation comporte des stages hospitaliers et un stage de six mois en ambulatoire, ainsi qu'une formation théorique universitaire. Les futurs médecins généralistes doivent passer une thèse d'exercice qui confère le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Suite à des forts courants d'opinion (29) suivant lesquels la formation en médecine générale ne peut plus être réalisée dans le cadre du système traditionnel et par exigence du droit communautaire (12, 13) des réformes de l'internat ont été promulguées en 2004 (26). Au terme d'une nouvelle procédure appelée Examen classant national, obligatoire à tous en fin du 2^e cycle, les étudiants peuvent choisir en fonction de leur rang de classement entre les trois filières que sont la médecine, la chirurgie et la médecine générale, ainsi que leur faculté pour la poursuite de leur formation. Le 3^e cycle de médecine générale est dès lors sanctionné par un DES, au

même titre que les autres spécialités médicales et chirurgicales. La médecine générale devient donc une spécialité à part entière et une discipline universitaire avec la création d'un Département de médecine générale par faculté et d'une filière universitaire de médecine générale avec des professeurs universitaires issus des rangs des médecins généralistes enseignants chercheurs et l'ouverture des postes de Chef de clinique en médecine générale partageant leur activité entre l'ambulatoire et l'enseignement.

Troisième cycle – Diplôme d'études spécialisées - DES

Après l'obtention du CSCT - Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique à la fin de la 6^e année de faculté les étudiants passent depuis 2004 l'ENC - Examen National Classant ancien Internat qui leur permet en fonction de leur classement de choisir leur future spécialité ainsi que l'Université d'obtention du diplôme de 3^e cycle.

Depuis la réforme de 2002 le Diplôme d'études spécialisées en médecine générale est apparu avec l'obligation pour tous les étudiants de passer cet examen classant. Par contre comme son nom l'indique il s'agit bien d'un examen et non d'un concours. Ainsi il y a au moins autant de places d'inscription en DES que de participants au concours. Qui plus est, il n'existe pas de note minimale à obtenir. Tout étudiant se présentant à l'examen le valide et peut prétendre à une place de formation en DES.

L'ordre de choix des spécialités lors de la répartition crée en quelque sorte un classement des préférences des futurs médecins. Ainsi en consultant leurs choix on peut se rendre compte que la médecine générale est rarement choisie par les premiers arrivés. Il s'agit trop souvent d'un choix par défaut. Les postes non pourvus sont essentiellement ceux de médecine générale, et ceci même après le durcissement de la réglementation qui limite les possibilités de redoublement de la 6^e année et de représentation à l'ECN en cas de résultat insatisfaisant.

Formation proprement dite

Depuis la réforme de 2002 la « maquette des stages » du DES de médecine générale comporte 6 semestres contre 5 auparavant :

- un semestre en médecine adulte : médecine polyvalente, médecine interne, médecine gériatrique
- un semestre en médecine d'urgence : service d'urgences proprement dit, SMUR
- un semestre en gynécologie et/ou pédiatrie

-un semestre auprès de praticiens généralistes agréés – communément appelé « stage chez le prat »

-deux semestres dans des terrains de stage agréés pour la médecine générale ; un de ces deux semestres doit se faire « préférentiellement en secteur ambulatoire » - soit en dehors de l'hôpital ou en consultation externe.

Récemment, en aout 2010, un arrêté souligne la possibilité de faire un maximum de 3 stages en ambulatoire.

Parmi ces stages, un doit obligatoirement se dérouler au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), sauf nombre de postes insuffisant.

La formation théorique consiste en 200 heures de cours dispensés par les médecins généralistes enseignants des DUMG.

Par ailleurs, il est prévu une formation psychiatrique transversale dans des structures de prise en charge psychologiques et psychiatriques agréées pour la médecine générale. Cette formation qui peut s'étendre sur tout le cursus ne peut pas dépasser six mois cumulées.

Obligations statutaires et rôle de l'interne

Le statut des internes à été réactualisé sous l'impulsion des grèves de 1999. Ses obligations sont énoncées comme suit:

*Art. 2 « **L'interne en médecine ou en pharmacie est un praticien en formation spécialisée (...).** L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, (...) et à sa formation. **Ses obligations normales de jour sont de onze demi-journées par semaine. L'équivalent de deux de ces demi-journées est consacré à sa formation universitaire et peut être regroupé selon les nécessités de l'enseignement suivi (...).** »*

En plus de la formation universitaire de deux demi-journées par semaine l'interne doit recevoir sur son lieu d'affectation « *la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions* ».

L'interne doit participer au service de gardes et d'astreintes, une garde de nuit étant comptabilisée à raison de deux demi-journées et donnant le droit à un repos de sécurité. La notion de repos compensateur a amélioré nettement les conditions d'apprentissage des internes, ainsi que la sécurité de leur pratique.

Le rôle de l'interne est également évoqué par la loi de 1999 :

Art. 3 « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins *par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ».

L'interne est placé donc sous l'autorité du responsable médical de la structure auprès de laquelle il est affecté. Si les attributions de l'interne se retrouvent ainsi élargies par rapport aux lois précédentes datant de 1943 et 1963, l'exigence d'encadrement est devenue plus importante.

Les circonstances où des actes peuvent être délégués aux internes sont consignées dans un texte datant de 1953 :

« En dehors du cas de force majeure où, en raison de l'urgence, l'intervention de l'interne s'impose, en l'absence du chef de service ou de ses assistants, ceux-ci ne peuvent régulièrement se décharger sur leurs internes de l'obligation qui leur incombe, à ces praticiens, d'accomplir personnellement les actes médicaux requis par l'état des malades, que lorsqu'une telle délégation n'est pas exclue par la gravité de l'acte et qu'ils se sont, d'autre part, assurés au préalable, dans chaque cas et sous leur responsabilité, que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée à leurs collaborateurs n'est pas susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public ».

Un autre texte précise que l'interne doit essayer même en cas d'urgence de joindre les médecins seniors et ne doit intervenir que dans le cas où ceux-ci ne pourraient être joints ou tarderaient à arriver et l'état du malade ne permettait pas d'attendre.

Pour les actes courants l'interne peut intervenir si la nature de ces actes est en adéquation avec son expérience, si le praticien responsable effectivement évalué la compétence de l'interne concernant l'acte pratiqué et que sa réalisation est faite sous la surveillance directe du praticien qui doit pouvoir intervenir à tout moment en cas de besoin.

Certaines interprétations des lois affirment que pour rester en parfaite adéquation avec les textes, l'interne ne devrait théoriquement jamais être laissé seul (37). Ceci n'est évidemment pas réalisable en pratique.

Le rôle du praticien est donc délicat car il doit évaluer le degré d'autonomie de chaque interne et s'adapter à son évolution pendant le semestre.

L'interne doit aussi savoir refuser de réaliser seul un geste qu'il ne maîtrise pas, prévenir les responsables en cas de besoin et consigner ces échanges. Il doit donc être conscient de ses limites et ne pas accepter de les dépasser.

Dans le cadre du service d'urgences une circulaire non publiée au journal officiel précise l'état d'esprit dans lequel l'interne doit être intégré au service : « ils assistent le praticien dans la prise en charge médicale mais ils ne doivent pas être employés pour compléter l'effectif médical et ne peuvent en aucun cas être laissés seuls aux Urgences. Le praticien doit assurer personnellement la prise en charge de tous les arrivants et détermine les priorités. Il est responsable du diagnostic ainsi que du traitement » (30). Tous les patients arrivant au service d'urgences devraient donc être examinés par un praticien expérimenté, soit un sénior. De la même façon toute sortie du service d'urgence devrait être confirmée par un praticien responsable (15). Ceci est en pratique rarement vrai. Les internes doivent cependant pouvoir avoir un recours facile aux médecins expérimentés.

Une autre situation semblable : des certificats fréquemment signés à l'hôpital par les internes ne devraient pas en principe l'être (certificats d'accidents de travail, arrêts de travail, certificats de coups et blessures, etc.). Si en pratique le plus souvent ce sont bien les internes qui le font, trouvant éventuellement ceci formateur on peut se demander de la valeur légale de tels actes.

Responsabilité de l'interne

Même s'il a un statut de praticien « en formation » l'interne peut être mis en cause dans des affaires médico-légales.

Il s'agit le plus souvent de mises en cause devant les **juridictions civiles pour faute non détachable du service**, constituée par une mauvaise organisation ou un fonctionnement défectueux du service. Les établissements publics hospitaliers assument la responsabilité de ces fautes. Ce type de faute est retenu lorsque l'interne est laissé seul ou qu'il prend des initiatives dépassant ses compétences. De la même façon il peut s'agir d'une erreur de diagnostic. Les éléments conduisant à l'erreur de diagnostic fautive sont les suivants (37) :

- Examen clinique insuffisamment approfondi
- Ne pas prendre l'avis d'un praticien titulaire
- Ne pas prescrire tous les examens complémentaires nécessaires
- Erreurs grossières dans l'interprétation des examens

Ceci explique la tâche difficile pour l'interne mis en face de ses responsabilités de limiter la prescription des examens complémentaires, à l'hôpital le volume des prescriptions d'examens complémentaires étant inversement proportionnel au

niveau de compétences de ceux qui le formulent (7). De la même façon l'avis du sénior doit être demandé à bon escient.

Dans ce type d'affaires les juges prennent en compte : l'expérience personnelle de l'interne au regard de son cursus, les moyens mis à sa disposition, la rigueur de la prise en charge (examen, prescriptions, surveillance), les avis qualifiés demandés, l'urgence, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les habitudes du service que l'interne ne doit pas ignorer.

Les **affaires civiles par faute détachable du service** sont rares et font référence aux faits particulièrement graves comme la malveillance ou l'abandon du patient en cas de péril par exemple un incendie. Dans ce cas l'hôpital ne couvre pas la responsabilité de l'interne. Dans certains cas les juges peuvent considérer que la faute de l'interne comme partiellement détachable du service, la charge de l'indemnisation étant alors partagée entre l'interne et l'établissement.

Même si cela arrive rarement en pratique les internes peuvent aussi être responsables devant des **juridictions pénales** ce qui peut éventuellement être lourd de conséquence en cas de sanction, car susceptible d'interdire la titularisation dans la fonction publique. Les infractions pénales que l'on peut reprocher à un interne :

- l'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité causant la mort ou une incapacité de travail supérieure de trois mois
- l'atteinte à l'intégrité de la personne par une violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence causant une incapacité de travail d'une durée inférieure à trois mois
- la mise en danger d'autrui par une violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence exposant au risque immédiat de mort ou d'infirmité permanente
- la non assistance à personne en péril en s'y abstenant volontairement comme dans les cas de refus de se déplacer lors des astreintes alors que le praticien a la conscience d'un danger
- la violation du secret professionnel.

Les internes sont par ailleurs responsables devant les **autorités disciplinaires**.

METHODE

Devant la complexité de la problématique plutôt apparentée aux sciences sociales et à la pédagogie, aux facteurs difficilement quantifiables, le choix s'est porté sur une étude qualitative (31). En effet cette méthode permet une exploration des phénomènes liés aux comportements dans leur contexte naturel (14).

Des différentes méthodes de la recherche qualitative, la théorie ancrée a été choisie pour étudier le processus d'apprentissage hospitalier et les interactions entre internes et formateurs. Il s'agit donc d'une recherche auprès des personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude (14).

Le recueil de données qualitatives a été mené par la méthode des « focus groups » ou « groupes d'expression », entretiens de groupe permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, la satisfaction, de mieux comprendre des opinions, des motivations et des comportements (3). Elle permet aussi bien de tester les hypothèses initiales du chercheur que de faire émerger des nouvelles idées inattendues.

Participants

La population choisie a été celle des internes de 3^e année de DES de Médecine Générale, des internes en fin de cursus, en général en 5^e ou 6^e semestre de Rouen, Faculté d'origine du chercheur. Ayant déjà accompli la majorité de leurs stages hospitaliers, au moins un stage en ville et pour une partie d'entre eux ayant déjà réalisé des remplacements en médecine générale, ils sont les plus aptes à se prononcer sur la formation hospitalière du fait de leur expérience récente et des premiers contacts en autonomie en ville.

Se sont rajoutés aux groupes d'internes, des jeunes médecins généralistes remplaçants, anciens internes de Rouen pour vérifier l'absence de différence marquante d'opinion en activité ambulatoire complète.

Déjà structurés par groupes pour les enseignements dirigés, les internes de 3^e année de DES ont été sollicités par mail par leur tuteur pour participer à un focus group pendant la séance d'ED. Le sujet de l'étude n'a pas été d'emblée dévoilé. Les

tuteurs, qui ont également servi d'animateurs, ont été sélectionnés pour leur expérience à conduire des entretiens de groupe. Le fait de choisir des internes et des animateurs habitués à interagir a permis une meilleure dynamique, facilitant l'émergence des éléments intéressants pour l'interprétation.

Trois focus groups ont été ainsi organisés pendant les mois d'avril - mai 2011 dans les locaux de la Faculté de Médecine de Rouen.

Un animateur, en l'occurrence le tuteur de chaque groupe d'ED, médecin généraliste enseignant au Département de médecine générale de Rouen, habitué au contact avec les internes a dirigé le focus group, en utilisant un guide thématique joint en **Annexe No. 1**. Un entretien préalable a permis au chercheur de détailler à l'animateur la problématique étudiée. Le guide thématique a été amené à évoluer entre les trois focus group en fonction des nouveaux thèmes retrouvés dans les discussions.

Procédure

Le consentement éclairé ainsi que l'autorisation d'enregistrement ont été demandés au début de chaque focus group.

Suivant le Guide thématique les animateurs ont rappelé les principes des focus group : l'anonymat, la prise de parole libre, le soutien à son propre point de vue, la recherche d'opinions différentes et pas forcément celle d'un consensus, l'absence de jugement.

Dans un premier temps les animateurs ont questionné les participants sur leurs impressions générales positives ou négatives, vis-à-vis des stages hospitaliers. Les participants ont tous traité leurs différents stages séparément.

Ensuite les participants se sont prononcés sur le rôle et l'image de l'interne de médecine générale à l'hôpital et sur la construction du futur médecin généraliste à travers ses expériences hospitalières.

Ont été abordés ensuite les manques des stages hospitaliers en termes de formation, révélés par les premières expériences en ville.

Au final ont été abordées les propositions des participants pour l'amélioration de la formation hospitalière des futurs médecins généralistes durant leur présence à l'hôpital.

L'animateur s'est assuré que l'ensemble des thèmes du Guide d'entretien ont été abordés. Il a également pris soin à ce que tous les participants prennent la parole.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio dans leur intégralité. Le chercheur a noté les réactions non verbales et les interactions entre les différents participants notamment en cas d'accord général, de fort désaccord, de participation émotionnelle forte. Le chercheur a été un simple témoin des entretiens ; il n'a pas participé activement aux discussions en dehors de quelques demandes d'éclaircissement sur certaines opinions à la fin des focus groups.

Un entretien après le focus group entre chercheur et animateur a permis une mise au point sur le déroulement de l'entretien. Le Guide d'entretien a ainsi évolué après le premier focus group car le rôle de l'interne en médecine générale à l'hôpital est apparu comme un sujet clé pour les étudiants.

L'intégralité des focus groups a été retranscrite en respectant l'intonation, les hésitations, les blancs et les répétitions.

Analyse

L'analyse a été faite par codage manuel par le chercheur principal. Le but a été d'identifier en quoi les stages hospitaliers étaient ou non formateurs pour la médecine générale.

La retranscription des entretiens permet d'identifier des codes – petites unités d'information relatives aux situations (urgences, consultation, hôpital etc.), aux rôles (décideur, remplaçant etc.) ou à des concepts (gagnant-gagnant, responsabilité etc.). La liste des codes, jointe en **Annexe No. 2**, a évolué au fur et à mesure des transcriptions dans un processus continu de révision. Certains éléments codés ont été fusionnés ou au contraire divisés en fonction de l'émergence de nouvelles informations. Les codes ont été ensuite assemblés en catégories et des relations ont été identifiées de façon à envisager des théories.

A la lecture des retranscriptions du dernier focus group peu de nouveaux éléments ont été relevés, la notion de saturation étant ainsi acquise.

A chaque étape de l'étude, le chercheur principal s'est concerté avec des chercheurs ressources habitués à utiliser la méthode qualitative au sein du Département de Médecine Générale de Rouen. Les enseignants du DUMG ont été

également sollicités pour l'interprétation des données permettant une triangulation. La propre expérience du chercheur, ancien interne en médecine générale de la faculté de Rouen a été contributive.

RESULTATS

ECHANTILLON ETUDIE

Données socio-démographiques sur l'échantillon étudié

Trois focus groups de 7, 8 et respectivement 9 participants ont été organisés, soit 24 participants, 21 (87,5%) internes et 3 (12,5%) remplaçants, 1 remplaçant par focus group.

Les participants avaient en moyenne 29 ans, 28,7 ans pour les internes et 30,3 ans pour les remplaçants.

Il s'agissait de 15 femmes et 9 hommes, soit une majorité de 62,5% presque 2/3 de femmes. Leur moyenne d'âge était de 28,4 ans, contre 29,6 ans pour les hommes.

Caractéristiques socio- professionnelles

-niveau dans la formation

Au niveau de la formation les internes étaient majoritairement en 6^e semestre (58,3%), 20,8% en 5^e semestre, 8% en 4^e et 12,5% remplaçants.

Pour la maquette, ils avaient tous réalisé au moins un stage au CHU, pour 5 d'entre eux 2 ou 3. Tous avaient également fait au moins un stage en médecine, aux urgences et un stage chez le praticien. 14 (58,4%) d'entre eux avaient réalisé deux stages ambulatoires, 5 en passant 2 stages chez le praticien, 9 en réalisant un SASPAS. 71% avaient fait le stage en pédiatrie et 66% en gynécologie, sachant que 41,7% n'avaient pas encore commencé leur dernier semestre.

La grande majorité des internes à suivi donc à la lettre la maquette du DES conformément aux usages de l'Université de Rouen :

-stage aux urgences et stage en médecine en première année,

- chez le praticien et stage en pédiatrie ou gynécologie en deuxième année,

-stage libre et SASPAS en troisième année.

Une majorité d'étudiants a choisi comme stage libre le stage de pédiatrie ou gynécologie, respectivement le stage de la maquette qu'il n'a pas fait en 2^e année.

6 étudiants ont choisi des stages hors maquette : addictologie, nutrition-douleur, soins palliatifs, médecine légale, psychiatrie, parfois en lien avec une surspécialisation envisagée. Les internes désirant faire des DESC ont réalisé des stages dans les services concernés.

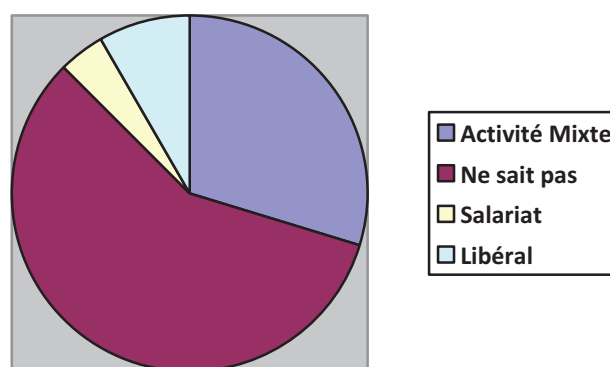
-expérience en tant que remplaçant

Une majorité des interviewés avait une expérience en tant que remplaçant : 13 personnes (54%), soit 47,6% des internes. Ils avaient réalisé en moyenne entre 2 et 6 mois de remplacement. Une personne avait demandé un semestre de disponibilité pour remplacer pendant son internat, une autre avait des remplacements fixes un samedi sur deux. Les remplaçants avaient quant à eux entre 1 et 2 années d'expérience.

-type d'activité envisagée ultérieurement

Parmi les personnes présentes une grande majorité, soit 75%, envisageaient d'abord une activité de remplaçant, puis éventuellement une installation. Un seul des remplaçants avait un projet d'installation rapide défini.

Une seule personne savait vouloir faire uniquement du salariat (urgences), 7 personnes envisageaient une activité mixte salariale et libérale soit 30%, 2 personnes savaient ne pas vouloir faire du salariat, le reste, soit 58% ne se prononçaient ou ne savaient pas.

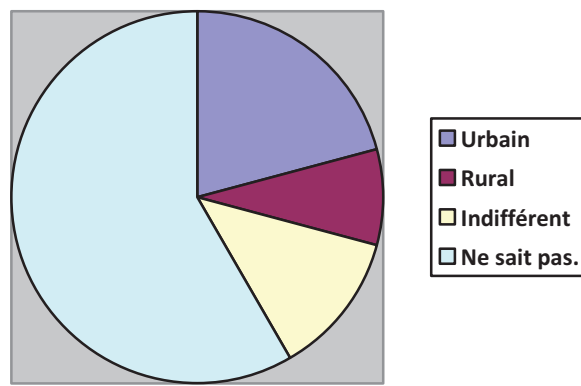


7 personnes (29%) voulaient poursuivre leur formation par la réalisation d'un DESC, 4 en Urgences, dont une en tant que salarié exclusif, une en addictologie,

une en diabétologie et une en médecine légale. Une personne désirait éventuellement exercer comme médecin conseil.

-milieu d'exercice envisagé

La grande majorité des étudiants ne savait pas ou ne s'est pas exprimé sur le lieu futur d'exercice, 5 voulaient rester en milieu urbain, 2 en rural et 3 étaient indifférents au milieu.



En conclusion on peut dire que les internes et jeunes remplaçants de Rouen ayant participé à l'étude envisagent dans la très grande majorité de remplacer initialement puis éventuellement de s'installer sans avoir des projets précis en ce sens. Un tiers voulait réaliser un DESC, majoritairement en urgences, un tiers envisagent une activité mixte, en partie liée à ces DESC.

GENERALITES SUR LES STAGES HOSPITALIERS

Importance des stages hospitaliers dans la formation des spécialistes en médecine générale

Un des participants résume la description générale des stages hospitaliers ainsi :
« c'est différent de la médecine générale », « plus ou moins formateurs... », « Souvent peu valorisants ».

Les internes interrogés s'accordent pour reconnaître que les stages hospitaliers sont globalement intéressants et nécessaires pour leur métier :

« Je trouve que c'est nécessaire, absolument nécessaire » «je trouvais que c'était intéressant pour ma future pratique en ville ».

Les stages hospitaliers permettent de connaître le fonctionnement du monde hospitalier, condition indispensable à une prise en charge optimale des patients :

« on a besoin de connaître cette pratique pour la pratique en ville, savoir après comment ça fonctionne à l'hôpital, ce qu'on adresse, comment ils font, ce qu'ils vont faire à nos patients ».

Assister aux gestes pratiqués à l'hôpital permet de mieux les expliquer au patient de ville par la suite :

« Quand le patient il est devant et il fait « mais alors ça va être quoi cet examen... comment ça va se passer ? » ».

Avoir été sur place donne plus de poids aux explications données aux patients ; le médecin est plus crédible et plus à même de rassurer le patient :

« c'est pas du tout pareil d'expliquer un geste qu'on a vu que le geste qu'on a lu » « c'est important en médecine générale de connaître, pour lui expliquer comment ça se passe, comment les choses vont se passer pour lui, parce qu'il est inquiet ... ».

Les futurs médecins généralistes souhaitent aussi connaître la place de la médecine générale dans le système de santé : comment harmoniser leur future activité à celle de l'hôpital et réciproquement, spécialement en matière d'urgences :

« savoir ce qu'attend le service du médecin généraliste, enfin, en particulier aux urgences... c'est important de comprendre dès le début de sa formation ce qu'on doit attendre d'un médecin généraliste et inversement ce que peut donner un service d'une pathologie » « le sens de la limite de ce qui est urgent ou pas en fait ».

Les stages permettent d'apprendre à évaluer « à l'œil » l'état clinique d'un patient particulièrement important en pédiatrie :

« Arriver à les évaluer, « lui il a une bonne tête ou quoi ? » et notamment en pédiatrie, c'est en pédiatrie que j'ai appris au premier coup d'œil à évaluer un enfant et à savoir si je dois l'hospitaliser ou pas, même s'il n'y a pas grand-chose... ».

L'expérience hospitalière peut également servir à négocier une prise en charge optimale pour les cas difficiles :

« Argumenter quand on a un spécialiste ou un médecin régulateur au SAMU... quand on est passé par là on peut plus leur dire... quand on est au courant, quand on sait vraiment précisément ce qui devrait se passer en aval et qui devrait être fait ».

L'utilité principale des stages en médecine est l'apprentissage de la prise en charge des patients complexes, en général âgés :

« L'angle de la polyopathie... », « ça m'a permis de me rendre compte que je pouvais faire... la synthèse de différentes pathologies... de privilégier le traitement de l'une par rapport à l'autre et de les classer par degré d'urgence et d'importance ».

Deuxième point positif : l'apprentissage de la prise en charge sociale des patients âgés qui se fait « en réseau » :

« En gériatrie on apprend tout le côté maintien à domicile », « j'ai appris plein de trucs... administratifs », « on va apprendre la réflexion sur du long terme, tout ce qui est aussi problème social, on va travailler beaucoup avec les assistantes sociales », « voir comment fonctionnent les réseaux ».

Autre côté positif des stages en médecine : la possibilité de se faire une expérience dans certains domaines précis comme la diabétologie, l'addictologie ou la douleur :

« C'est bien de toucher à une autre spé que la médecine générale qu'on aime bien, pour qu'on se fasse un peu plaisir quoi... moi j'ai bien aimé la diabéto... », « ça m'a permis de découvrir un peu mon dada, donc c'est un stage libre de toute façon, voir les services qui nous ont intéressés et nous orienter dans la médecine générale ».

La recherche d'un cadre, de références

Ce que recherchent le plus les internes de médecine générale dans leurs stages hospitaliers ce sont « des cadres » pour leurs prises en charge futures, des algorithmes à appliquer à chaque type de cas clinique et de pathologie :

« C'est des tiroirs en fait à apprendre », « des protocoles » «des choses un peu cadrées pour les prises en charge, (...) euh ce que j'ai un peu moins trouvé dans les stages de ville».

Pour eux, ces cadres doivent correspondre aux dernières recommandations scientifiques en vigueur :

«Le côté recommandation ça on le trouve à l'hôpital... « Voilà ce qu'on doit savoir sur la prise en charge de telle ou telle pathologie »... ».

La mise en pratique répétitive de ces algorithmes leur donne de la confiance :

« Ça valide nos conduites à tenir, on sait ce qu'on doit faire, mais quand on l'a fait aux urgences genre 100 fois, mais on est tranquille de le faire en ville », « parce que je pense que la première fois que ça nous arrivait si on était balancés en ville comme ça sans être passés aux urgences on fera pas tout seuls... ».

Les urgences permettent d'acquérir une certaine assurance, donnée justement par la nécessité de gérer les cas difficiles ce qui sert par la suite devant les patients de ville :

« le fait d'être passée aux urgences avant d'être allée chez le prat déjà ça rassure et puis on est plus assurés quand on est devant les patients de

leur dire c'est pas grave etc, ce qu'ils aiment entendre aussi quand on est en médecine générale. »

Les stages hospitaliers permettent de s'approprier de la thérapeutique car peu de molécules sont connues par les internes à la sortie de la faculté et ils ne sauraient pas les manier dans la pratique de ville :

« Sur le nom de tous les médicaments, arriver en ambulatoire et ne pas en connaître le quart c'est un peu... enfin, c'est différent... ».

DES DIFFERENCES IMPORTANTES ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL

L'inadaptation de la formation hospitalière aux futurs besoins des internes de médecine générale s'explique par les différences fondamentales entre la pratique hospitalière et la pratique libérale de ville.

Le recrutement des patients – des pathologies d'emblée graves ou compliquées

Le recrutement hospitalier est fait de cas graves, compliqués ou évolués et pas de la pathologie de premier recours, aiguë ou chronique, courante, vue en ville :

« C'est pas du tout la même chose en fait le recrutement hospitalier », « t'as un biais de recrutement... », « ceux qu'on voit à l'hôpital sont déjà bien avancés, nécessitent une hospitalisation... », « c'est des décompensations importantes et ça n'a rien à voir avec la ville, parce que ce sera des choses que j'enverrai ».

Un emploi du temps différent

En ville, l'emploi du temps du médecin est fait de consultations d'une durée courte. A l'hôpital les internes ne font qu'exceptionnellement des consultations et participent entièrement à la vie du service assumant les visites biquotidiennes auprès de malades hospitalisés parfois pour des durées longues. Les seuls services dont le rythme s'apparente à celui de la ville sont ceux d'urgences où les patients

transitent pour un temps court, le temps d'un examen clinique, des premiers examens complémentaires et d'une décision thérapeutique ambulatoire ou hospitalière :

« Ça ressemble plus à la pratique de médecine générale, c'est-à-dire on a un patient et on décide ce qu'on va en faire. Alors qu'en hospitalisation c'est pas du tout la même finalité ».

En ville les pathologies varient dans une même journée, ce qui donne du dynamisme, tandis que dans certains services, notamment de gériatrie, les patients peuvent se ressembler ce qui rend le travail monotone et moins stimulant :

« On passe en gériatrie et hop on repasse aux urgences pédiatrique ça n'a rien à voir ! »

La prise en charge

Le recours aux examens biologiques est beaucoup plus fréquent à l'hôpital d'où la nécessité d'un réapprentissage du suivi en ville :

« A l'hôpital, ils ont des prises de sang quasiment tous les jours voire tous les deux jours et en ville on ne fait pas du tout comme ça, c'est vraiment complètement différent et du coup moi j'étais perturbée par rapport à ça. Le suivi biologique, je ne savais pas si je devais le revoir un mois après ou trois mois après. C'étaient des trucs que j'avais du mal à intégrer ».

Le recours aux examens complémentaires, plus difficiles d'obtention en ville est également une différence notable :

« Parce que c'est vrai qu'à l'hôpital on a tout sous la main, bilans, examens radio, écho tout ça, et aux urgences on se pose même pas la question si ça peut attendre ou pas, c'est on le fait et c'est vrai qu'en ville on se retrouve devant les mêmes cas et on se dit « est-ce que je le fais tout de suite ou pas ? » ».

Une adaptation difficile aux possibilités de la ville

Pour une raison évidente de disponibilité des moyens techniques :

« Le même symptôme aux urgences n'a pas la même prise en charge quand on voit en ville ».

Le bilan d'une même pathologie en ville peut donc être organisé différemment qu'en hospitalisation :

*« Après pour des raisons pratiques elle va à l'examen le plus simple... »,
« je me suis rendu compte qu'il y avait un décalage entre ce qu'on faisait à l'hôpital et ce qu'on faisait en ville ».*

Le critère de moindre gravité intervient également dans les décisions des médecins de ville :

« Là la question de l'hospitaliser ça ne s'était même pas posé... genre toutes les bronchites que tu as l'hiver où à force de tousser ils crachent tous un peu de sang tu les envoies tous aux urgences... ».

Les prises en charges thérapeutiques ou sociales « idéales » apprises en hospitalisation ne sont pas toujours applicables en ville par manque de moyens ou à cause de situations trop compliquées :

« Tu te rends vite compte... ça c'est l'utopie parce que c'est ingérable d'un point de vue logistique », « il y a la solution de l'hôpital et confrontée à la réalité de ville et tu peux pas faire comme tu voudrais... ».

« Après où je me suis trouvé désemparé et où le fait d'être passé à l'hôpital ne sert à rien c'est plus dans les situations de maintien à domicile très difficile ou dans le placement express à domicile... on a beau avoir des séminaires et en parler... c'est loin d'être évident ».

Les internes trouvent difficilement des ressources fiables pour l'adaptation des prises en charge sauf en échangeant avec certains maîtres de stage de ville, sans pour autant acquérir des certitudes :

« Même dans les cours qu'on a ici à la fac on n'a pas de prise en charge en ville ; savoir ce qu'on fait dans quel ordre »

« J'avais des praticiens qui étaient très bien avec les recommandations, et qui disaient voilà je m'en éloigne parce que... et ça c'est vraiment... j'appréciais. On me disait voilà parce qu'en ville c'est pas pareil, il y a ci et ça, et ça j'aime bien... »

« C'est ce que ma prat m'a dit qu'elle faisait, je ne sais pas si tous les prat ils font ça... ».

Le rapport au patient

Est également différent car les patients sont passifs et discutent moins les décisions médicales à l'hôpital qu'en ville où le médecin doit les négocier :

« Ils ne sont pas embêtants enfin, à la limite ils sont j'ai envie de dire moins embêtants qu'en ville », « C'est plus simple de refuser à l'hôpital qu'en ville, ça n'a rien à voir... »

« J'avais vraiment l'impression qu'à l'hôpital ils acceptaient vraiment tout sans problème et que en ville il fallait prouver qu'on était vraiment le médecin », « on est un peu déstabilisés, ils étaient beaucoup plus revendicatifs ».

L'interne doit apprendre à négocier les décisions en cas d'abstention thérapeutique ou de traitement non médicamenteux :

« En fait en ville c'était beaucoup plus difficile de leur faire accepter », « Il faut être convaincant pour leur vendre que les lavages de nez. Ca on ne nous l'apprend pas ».

Les internes sont conscients qu'en ville les patients mettent une pression plus importante sur les médecins et que ceux-ci peuvent être tentés de céder au niveau des prescriptions pour fidéliser les patients, ce qui n'est pas le cas à l'hôpital où le médecin est indifférent à ces aspects :

« Moi j'ai découvert ça en ville, je ne pensais pas à ce point là, que les patients allaient tout faire vérifier... », « on se dit qu'ils vont aller voir un autre médecin juste derrière » « ça dépend des médecins traitants, mais pour garder sa patientèle on aura plus tendance à leur fournir un sirop »

Par ailleurs, le suivi au long cours (revoir plusieurs fois les mêmes personnes) peut influencer la relation médecin-malade en bien comme en mal ce qui n'est pas le cas à l'hôpital :

« Oui, enfin, on connaît les gens aussi... », « on est beaucoup plus proches du patient »

Des aspects spécifiques à la ville

L'aspect financier est tout nouveau pour les internes qui arrivent en ville. En effet l'activité libérale actuelle implique le paiement à l'acte qui se fait en médecine générale directement au médecin en fin de consultation. Les internes ne sont pas habitués à assumer ce rapport à l'argent :

« Une chose que l'hôpital nous apprend pas, mais ça, ça peut pas nous l'apprendre c'est l'argent, c'est que de demander de l'argent ça me coûte ».

« La question de l'argent est très difficile, moi ils attendent ça les gens quelquefois avec le chèque ils attendent ça qu'on leur dise « ça fait 23€ » mais c'est difficile enfin... ».

Ce rapport à l'argent, les internes s'y confrontent pendant leurs stages en ville : Ils auront à trouver, une fois installés, un juste équilibre entre leurs gains et une médecine de qualité en accordant du temps à chacun des patients. Cette confrontation pourra influencer leurs choix :

« Y'a des médecins généralistes faut être clair ils font ça pour du fric, ils voient cinquante patients par jour on peut pas dire qu'ils fassent du relationnel ».

Les internes manquent d'informations structurantes pour mettre en perspective le niveau de revenu avec rythme et qualité de travail en ville. Des exemples les ont quelquefois découragés de l'activité libérale :

« Clairement je ne voulais pas faire médecin généraliste. Voilà, j'ai eu un exemple, c'était pas forcément le bon exemple, après faut bien choisir ces maîtres de stages pour les externes... faut pas leur montrer que le bon

côté, mais faut pas non plus : de 14h à 22h, alors oui, les consultations étaient super... mais quand même ! Moi je me suis dit « non, je ne veux pas ce rythme là, je ne veux pas vivre comme ça ! ».

Les exemples hospitaliers sont plus rassurants sur la qualité de vie :

« techniquement aux urgences c'est 48h par semaine... C'est pour ça je me dis il y en a de la chance, ils galèrent parfois pour 48h, mais ils sont là que 48h ».

La gestion du temps est un autre élément que les internes n'ont pas l'habitude de gérer à l'hôpital. En ville les RDV sont pris à intervalles réguliers quelle que soit la pathologie du patient, ce que les internes n'ont pas l'habitude de faire. Le médecin de ville doit donner un résultat de consultation au patient et dispose de peu d'aides à la décision :

« Si on doit gérer le timing on le gère pas »

« (aux urgences) on peut gérer le patient très grave pendant toute une matinée et c'est là on se dit en ville non on ne peut pas se permettre de faire ça »

« En ambulatoire, on est devant le patient il faut que ça tilte tout de suite alors qu'on va dire qu'en stage hospitalier on a le temps de s'esquiver quelques minutes pour aller, on va dire compulser un bouquin réfléchir et demander... ».

Un temps d'adaptation aux premiers temps de remplacement en ville est inévitable :

« je n'étais pas à l'aise, après avec l'expérience on gère différemment ou on laisse moins parler le patient... parce que là on réfléchit : « là, mes facteurs de risque sont à combien... » et c'est des choses quand même qu'on fait après de manière systématique sans... enfin avec l'expérience en ville quand même on réfléchit plus quoi... ».

L'hôpital-structure complexe par rapport au cabinet libéral-petite PME

En plus de sa rapide disponibilité en moyens techniques l'hôpital dispense le médecin de l'aspect administratif, avantage d'une structure organisée par rapport à des cabinets de ville qui n'en disposent pas tous. Le médecin à l'hôpital bénéficie également de la présence des auxiliaires médicaux auxquels il délègue des tâches :

« C'est déjà organisé avant d'arriver, le médecin rentre dans une case en fait à l'hôpital, je veux dire le médecin fait les consultations et c'est pas lui qui s'occupe des courriers qu'il envoie, ça se fait tout seul, tout se fait « tout seul »... », « on rentre dans la case on fait comme c'est prévu » « Tous les trucs à côté, « comment il faut faire ci et ça ? » « Voyez ça avec l'infirmière ! » ».

Les internes tiennent compte de ces avantages pour l'organisation future de leur cabinet libéral idéal :

« En ville tu cherches, et tu passes beaucoup de temps à faire les choses. Je trouve que le gros problème de la médecine générale c'est le manque de temps, moi je réfléchis comme ça, l'installation c'est pas pour tout de suite, mais moi je me dis « comment je peux faire pour gagner du temps ? » ».

L'exercice en groupe s'impose. La présence d'un secrétariat est vue également comme une nécessité :

« Ça donne envie de travailler en cabinet de groupe » dans une bonne entente « Pas forcément des amis, mais des gens avec lesquels tu partages... » « Des amis professionnels... » « en ville dans un cabinet... il avait une secrétaire que pour lui, elle lui faisait tout... les chèques, EDF... c'était le bonheur ! », « Pour avoir vu avec et sans secrétariat, je me dis il me faut une secrétaire... ».

La gestion comptable du cabinet est aussi un sujet de réflexion épineux pour le futur médecin généraliste, qui pèse dans la balance du choix salariat-libéral car elle implique des tâches supplémentaires parfois ardues :

« hôpital-salariat mais globalement en ville encore libéral, je suis désolé les filles qui voient les cahiers de compta elles disent « oh là là mais j'y

arriverais jamais c'est pas possible, il faut que je sois salariée » », « La déclaration d'impôts quand on est à l'hôpital on n'a rien à calculer, c'est déjà calculé... Et remplir, adhérer à une AGA, et faire sa compta, pendant 24h d'affilée, c'est pas du tout la même chose... ».

Autre obstacle à l'exercice libéral : la « prévoyance », avec la prise en charge individuelle des risques maladie, maternité et retraite. Par rapport à l'adhésion systématique au régime obligatoire en tant que salarié hospitalier certains sont inquiets des possibilités du libéral :

« Et la sécurité prévoyance, tu as plein de jours de carence... », « le jour où tu veux être enceinte alors que t'es installée... » .

D'autres internes, moins inquiets, reconnaissent la nécessité d'une organisation de cette prévoyance avec notamment une adaptation familiale et l'allocation d'un certain budget :

« Tu prends une prévoyance, je sais pas, ou un mari, y'a quand même des prévoyances, même quand tu es une femme, tu peux avoir des enfants, même quand tu es installée en médecine générale, c'est toi qui choisis, tu payes en conséquence ».

Des difficultés de formation en ville

D'autres aspects de l'exercice libéral comme la formation médicale continue - FMC interpellent les internes car l'exemple hospitalier n'est pas adaptable aux exigences de fonctionnement d'un cabinet libéral :

« La formation des médecins hospitaliers on sait bien que c'est plus facile dans un métier entre guillemets fonctionnaire, de prendre des « journées de formation »... », « T'as des congés formation déjà... ».

Les médecins libéraux sont obligés à plus d'efforts pour se tenir à jour des avancées scientifiques :

« prendre du temps pour te former... un mec qui doit faire tourner un cabinet qui ne peut pas s'absenter, c'est compliqué... il faut que ça vaille le coup, il faut qu'il y trouve aussi une contrepartie... c'est pas si évident

pour eux. Alors se former, se garder, il y a la littérature, certes, mais la littérature est tellement vaste et ça dépend tellement des journaux qu'on sait pas à qui se vouer quoi, et c'est plus commercial qu'autre chose, la littérature, ils sont bien mais... ».

L'opinion des internes sur l'entretien des connaissances des médecins de ville est assez mauvaise, par rapport à l'hôpital souvent plus « à jour » :

« J'ai une vague idée quand même que si on prend un panel de médecins traitants et qu'on leur demande lesquels travaillent avec les recommandations et lesquels le font pas ... à mon avis ceux qui font sans ou qui font selon ce qu'ils ont appris il y a plusieurs années... sauf qu'à l'hôpital ça a évolué et qu'on n'est pas au courant de ce qui se fait et que c'est très très difficile de se maintenir au courant... ».

D'après les internes le mode principal de formation en libéral est une auto formation. Ce qui est confirmé par les remplaçants et soutenu par les médecins déjà en exercice :

« On apprend sur le tas je pense »

« J'ai appris, on va dire d'être médecin généraliste à partir du moment où j'ai remplacé »

« Les anciens médecins généralistes, y'avait pas l'internat ils entraient direct dans le vif du sujet ils disaient comme nous « bah on sortait notre Guide thérapeutique et on faisait comme vous, vous inquiétez pas... » donc ils nous rassurent ».

Les apports du savoir hospitalier sont très indirects et il faut consentir à faire des efforts personnels de recherche :

« Si sur les ordonnances on est curieux on peut regarder ce qu'on leur met en gériatrie ... C'est là qu'on se dit « comment on fait les tri thérapie les bithérapies pour l'hypertension ? », « Pour le diabète ils mettent quand même du Diamicron... » Il faut s'interroger voilà ! »

« C'est à nous de le chercher, on represcrit des choses, on fait du copiage. C'est j'ai l'impression que l'on faisait : on recopie, alors qu'on a une responsabilité de recopier, finalement ! ».

Si sur la thérapeutique ces pratiques semblent être acceptées, les choses sont en revanche plus délicates en ce qui concerne l'apprentissage des gestes pratiques

« Les infiltrations après tu les apprends sur le tas... » « Oui, mais je crois qu'en fait 40% des infiltrations sont à côté », « C'est peut être le fait d'en faire beaucoup plus, je ne sais pas... » « A la fin on touche la bonne articulation... », « Moi je trouve ça moins difficile d'apprendre sur le tas que d'apprendre à poser un stérilet... ».

La place de l'industrie pharmaceutique dans cette FMC reste un sujet de discussion. Présente souvent à l'hôpital comme en ville, elle a pour certains des avantages, tout en restant de la publicité devant laquelle une attitude méfiante et intègre doit être gardée :

« La FMC c'est pas compliqué c'est le labo qui vient, et qui fait sa pub, son meeting, son apéro »

« Les labos c'est aussi important de les recevoir de temps en temps parce qu'on n'a pas le temps d'être au courant sur tout, ils nous apportent quand même les sorties des nouveaux médicaments », « des recommandations, des études qui peuvent être intéressantes parfois »

« Après chacun sa conscience et on est capable de pas forcément gober ».

Cette attitude permissive mais critique est soutenue par les expériences auprès de médecins hospitaliers comme libéraux :

« Ils critiquent ouvertement devant le labo : « on sait bien que ça n'a rien prouvé votre truc »... c'est-à-dire qu'ils peuvent être très bien avec le labo et ne pas favoriser le produit qui est présenté », « mais ils sont quand même contents de le recevoir, il y a une relation quand même un peu ambivalente qui fait que ils aiment bien mais ils châtient ».

A côté de l'information des visiteurs médicaux une formation indépendante est souhaitée par les internes qui pointent cependant les difficultés de gestion du temps, inhérentes au libéral :

« Bien sûr qu'il faut avoir une FMC hors labo à côté, mais après même en étant interne moi je trouve que je devrais faire beaucoup plus de FMC que

je fais... après je me dis le jour où on va avoir notre cabinet ça va être pire faut être un peu lucide ».

Un mode de pensée différent

Toutes ces raisons font que le mode de raisonnement de l'hôpital est bien différent de celui de ville, ce dont les internes sont conscients. Les internes apprennent surtout à gérer les décompensations aiguës, ce qui les rend utiles au niveau des urgences, mais pas forcément adaptés aux prises en charge de ville :

« Ça nous apprend pas à prendre en charge les problèmes en ville ».

« C'est quand ils vont mal qu'on sait gérer « Pour pouvoir suivre les trucs graves parce qu'une chance sur deux c'est un truc grave quoi. Ils viennent aux urgences donc généralement... « Alors qu'en ville y'en a plein plein plein qui présentent les mêmes symptômes et la plupart du temps on se rend compte c'est quelque chose de bénin ».

L'accès facile aux examens complémentaires avec une quasi obligation médico légale de les utiliser :

« Oui on nous dit qu'on a l'obligation des moyens, donc on se sent obligés »

Avec comme conséquence une désorientation à l'arrivée en libéral :

« Il y a des pratiques à l'hôpital qu'on ne peut pas appliquer en ville, à l'hôpital on a beaucoup plus l'accès aux bios et examens et tout ça et après ça peut être déroutant parce que t'as l'impression que t'as pas fait de bio pour ça ou fait une écho absolument pour ça ou une radio et finalement c'est l'hôpital qui est par excès et pas le médecin généraliste qui est par défaut ».

Le raisonnement en lui-même est finalement différent même si les étudiants lui trouvent une utilité :

« Donc c'est juste sur un raisonnement diagnostique et prise en charge c'est quand même utile d'avoir une arrière pensée hospitalière à chaque

fois qu'on voit quelqu'un, en particulier quand c'est quelque chose qui peut être grave ».

Le choix d'un exercice différent

Pour toutes ces raisons l'exercice hospitalier est donc différent de celui de ville et les internes choisissent la médecine libérale par opposition à l'hôpital.

*« ça m'a aussi permis de savoir que je voulais pas travailler à l'hôpital »,
« effectivement le système, le système de l'hôpital soit pas celui dans lequel j'ai envie de travailler »*

« Et je trouve que c'est vachement plus intéressant et plus sympa à la ville »

L'hôpital fait aussi naître des vocations parmi les internes de médecine générale :

« Grâce à ce stage là j'ai compris que je voulais faire de la médecine d'urgences ».

PROPOSITIONS POUR UN STAGE IDEAL

SE RAPPROCHER PLUS DE LA VILLE

Prises en charge cadrées, adaptées pour la ville

Les internes désirent apprendre des conduites à tenir rigoureuses, basées sur un raisonnement clinique :

« On nous apprend pas la clinique, on nous apprend pas à raisonner c'est le seul truc que je reproche au stage finalement ».

Les internes sont conscients des différences de pratiques hospitalière et libérale. Ils sont d'emblée conscients de la difficulté de l'application de ces prises en charge hospitalières en ville :

« En milieu hospitalier on ne peut pas leur demander de faire de la médecine de ville, enfin, à un moment donné, c'est deux méthodes de travail différentes, deux « jambes » on n'a pas forcément les mêmes possibilités ».

« C'est une formation euh une certaine façon de traiter certaines pathologies avec des recommandations qui sont euh parfois un peu un petit peu avec des œillères ».

Le plus souvent l'apprentissage de la médecine libérale se fait à l'hôpital d'une façon indirecte par les critiques sur les prises en charge pré hospitalières des malades présents :

« T'apprends de manière indirecte, en te disant « regarde ça j'aurais pas fait » c'est les remarques derrière le travail du médecin généraliste ».

Néanmoins il faut que la formation permette aux internes de se projeter plus en ville avec les moyens disponibles, pour qu'ils puissent appliquer les informations ainsi acquises :

« Des fois il faut tourner les choses, en ville on s'adapte » « il y a des pratiques à l'hôpital qu'on ne peut pas appliquer en ville, à l'hôpital on a beaucoup plus l'accès aux bios et examens et tout ça et après ça peut être déroutant... et finalement c'est l'hôpital qui est par excès et pas le médecin généraliste qui est par défaut ».

Les étudiants seraient ainsi moins coupés des vraies pratiques une fois arrivés en ville :

« Le plus confortable est bien sur l'hôpital où tu as tout à portée de main tu fais tout sans hésiter ».

Des relations plus étroites avec l'ambulatorio

D'après les internes une des explications aux fortes différences de pratique entre hôpital et libéral tient à la méconnaissance du milieu libéral généraliste par les praticiens hospitaliers et inversement :

« Faudrait que les médecins de ville réinvestissent l'hôpital » « Et le contraire, surtout le contraire ».

Les médecins hospitaliers n'ont pas d'expérience en médecine générale de ville et n'arrivent pas ainsi à s'imaginer les besoins d'un futur médecin généraliste :

« Je trouve ça dommage que les hospitaliers n'aient pas de formation en ville », « le chef de service de gynéco il n'a jamais mis les pieds dans un cabinet, il n'a aucun point de vue... », « je pense que ce serait très formateur pour les hospitaliers... ».

Une autre explication qui peut découler de cette méconnaissance est la mauvaise opinion qu'ont les médecins hospitaliers des médecins généralistes et vice-versa :

« L'image que les médecins de ville en ambulatoire peuvent avoir des médecins hospitaliers et le contraire aussi », « Mieux les considérer aussi... ».

Les internes pensent que les hospitaliers devraient être mieux sensibilisés aux conditions de travail en ville pour avoir une meilleure opinion des médecins généralistes et seraient ainsi plus aptes à les former :

« Eux à l'hôpital ils s'intéressent pas à la ville parce qu'ils sont très bien à l'hôpital ils ont tout sur place, c'est facile de dire « ah oui, mais moi j'aurais fait ça comme ça » mais c'est facile à 20h il y a toujours un labo qui peut tourner sur place alors qu'en ville c'est pas le cas et inversement ».

Les internes pointent une autre relation manquante : celle entre les universitaires des filières hospitalières et ceux de médecine générale en ce qui concerne les cours théoriques et plus largement la définition des objectifs de formation :

« Le lien entre les enseignements qui se font à l'hôpital et les enseignements qui se font dans les départements de médecine générale... je trouve qu'il y a pas assez de liens entre nos tuteurs, nos profs et l'hôpital... on se rend compte que c'est deux mondes qui ne se connaissent pas du tout ! ».

Ce manque de communication entre le monde hospitalier et la médecine générale libérale peut être finalement un frein au bon fonctionnement de toute la filière

scientifique en médecine générale puisque ce sont les médecins hospitaliers qui forment les médecins généralistes :

« Les recommandations sont faites le plus souvent par des gens qui ne travaillent pas en ambulatoire. Quand on lit certaines recommandations on se dit que c'est hallucinant, c'est pas possible, c'est pas adapté et il n'y a aucune communication entre eux finalement ».

FIXER DES OBJECTIFS

Objectifs clairement définis qui donnent une légitimité à l'interne

Les internes préfèrent les services où des objectifs adaptés sont établis dès le début de stage, car ils trouvent difficile de les fixer eux-mêmes :

« Pourquoi les internes ils ne se fixent pas eux mêmes les objectifs ? Mais parce que c'est compliqué... parce qu'on arrive on ne sait pas trop, on ne sait pas trop comment se situer déjà, on essaye de trouver notre place ».

Savoir quoi venir chercher

L'explication principale tient à la méconnaissance de ses futurs besoins dans le libéral par le manque de pratique, le premier stage libéral arrivant très tard dans le cursus :

« Il y a un manque d'un bénéfice que l'on peut retirer des stages hospitaliers par la suite. C'est vrai, on est en stage hospitalier depuis le début de notre formation et on arrive assez tard dans un stage à l'extérieur ; si on avait conscience un peu de comment fonctionne la médecine en dehors de l'hôpital je pense que les stages hospitaliers qu'on fait par la suite on les voit différemment et on tire un bénéfice différent ».

Pour les internes il y a une nette différence dans l'approche des stages hospitaliers avant et après avoir effectué le stage libéral, voire s'être essayé à l'autonomie :

« Avant d'aller en ville je ne me posais pas ce genre de questions » « Il y a clairement dans mes stages hospitaliers avant mes stages prat et après,

puis mes remplas, c'est plus du tout la même démarche, je viens chercher quelque chose pour ma pratique de ville, alors qu'avant j'attendais qu'on m'amène des trucs et bah on m'a pas amené grand-chose pour ma pratique de ville puisque je ne savais pas quoi prendre, je ne savais pas quoi retirer, je savais pas ce qui allait me manquer en ville puisque je n'étais jamais passée en ville »

L'expérience libérale permet de cibler les informations manquantes, de se concentrer sur les gestes pratiques utiles, d'orienter l'apprentissage vers certains aspects :

« Des choses... je savais que j'avais été en difficulté et bah quand l'occasion se présentait je sautais sur l'occasion pour poser la question, demander, voilà, ce que je n'aurais pas fait si je ne m'étais trouvé en difficulté chez le praticien ou en remplacement »

« Je sais qu'en gynéco je voulais absolument faire des frottis, je voulais absolument poser des Implanon »

« Je suis venue chercher ce que je ferais plus tard dans ma pratique ».

L'étudiant averti est ainsi capable de moduler sa fonction à l'hôpital pour se concentrer sur les tâches utiles pour plus tard :

« Moi je prends là où il y a à prendre ce qui m'intéresse d'apprendre... Donc oui moi du temps en suites de couches j'en passais le moins possible, j'y allais très tard en fin de matinée pour signer trois ordonnances et je partais le plus tôt possible ».

Il y a eu un consensus autour du fait que :

« La motivation pour apprendre augmente au fur et à mesure vers la fin du cursus ».

Cibler les acquis les plus utiles et les rendre obligatoires

Si les internes trouvent à l'hôpital une source d'informations inépuisable ils regrettent qu'il n'y ait pas de tri par rapport à leur pratique future :

« je trouve qu'on apprend beaucoup de choses à l'hôpital mais je trouve qu'il y a beaucoup trop de choses » « on apprend plein de choses, même si c'est de choses qu'on refera pas après » « il y avait des choses (intéressantes) qu'on n'était pas forcément obligés (de faire) ».

Ils préféreraient avoir une approche parfois plus superficielle de l'ensemble pour se concentrer sur des objectifs formateurs établis :

« Juste pour toucher, juste pour apprendre les choses les plus importantes ».

Eliminer les tâches inutiles chronophages

Les internes sont unanimes pour signaler des tâches obligatoires peu formatrices parmi lesquelles la présence prolongée au bloc opératoire pendant le stage de gynécologie :

« Nous internes généralistes on nous oblige à aller au bloc, pour tenir quoi, tenir deux écarteurs, ça apporte rien, tu fais pas l'externe, tu fais l'IBODE, et en plus tu le fais mal... », « les internes de médecine générale ne devraient pas passer au bloc... pas d'intérêt », « je suis pas sûr que y'a un intérêt pour ma pratique, mon enseignement et mon apprentissage ».

Principal grief des internes aux stages en médecine : l'obligation de s'occuper à la même fréquence des patients aigus et des lits « bloqués » par des patients en attente de placement en long séjour. Ils y relèvent une différence trop marquée entre les consultations variées de ville et ces visites quotidiennes superflues auprès des malades de long séjour qu'ils perçoivent comme une corvée sans intérêt formateur. Certains pensent même qu'à force de voir toujours les mêmes patients chroniques en hospitalisation ils arrivent à perdre leurs acquis :

« C'est vrai que certains patients étaient là pour trois mois et qu'ils attendaient bêtement une place », « à voir tous les jours la même chose, c'est rébarbatif... et c'est... même... on régresse ! »

« Je fais ceci tous les jours alors qu'en médecine générale c'est quand même varié tous les jours ».

Ils se plaignent quand ces tâches deviennent chronophages et gênent la formation aux gestes utiles :

« Et le temps qu'on passe au bloc on n'apprend pas à poser des stérilets, à poser des implants, à gérer des contraceptions, c'est ça le problème... ».

Pallier des insuffisances

Des aspects manquent plus particulièrement dans la formation hospitalière pour les internes.

Certaines spécialités, malgré leur forte représentation en ville, sont très peu abordées, contrairement à d'autres souvent enseignées malgré leur rareté en ville :

« En stage hospitalier, on ne nous apprend pas à gérer la plupart des consultations de médecine de ville », « qu'est ce qu'il nous manque, qu'est ce qu'on voit en ville ? Beaucoup de dermato, beaucoup de psy... médecine interne... on gère pas en ville, on envoie... en médecine interne... », « Ah bah ça (la dépression) moi je ne sais pas gérer », « La dermato... on ne sait pas trop ».

La formation sur la thérapeutique couramment employée en libéral manque également :

« On ne connaît pas les médicaments », « après il y a plein de petites trucs, comme les sirops, je sais pas, tous les médicaments qui servent pas à grand-chose, et que les patients veulent absolument... » « quand on se retrouve tout seul en autonomie... « Ouh là là, aie aie aie... » Même des fois, je vais rigoler mais, même pour... aller, une petite rhinite « qu'est ce qu'on va mettre ? » ».

Au-delà de la thérapeutique symptomatique mais fréquente, les internes demandent une meilleure formation aux thérapeutiques de premier recours dans des pathologies chroniques fréquentes ainsi qu'une meilleure formation à leur suivi. Malgré la présence en nombre des patients chroniques paradoxalement les internes ne se sentent pas formés à leur prise en charge de ville :

« Je suis pas sûre... (rires)... que l'hôpital (m)'a aidée à mieux gérer les patients chroniques ».

« Mais vraiment introduire un traitement, traiter un patient quoi... », « on apprend pas à instaurer un traitement, un suivi de pathologie chronique, ce que l'on aura en médecine de ville », « il faut savoir gérer l'HTA, le diabète, l'insuline », « moi j'ai été complètement perturbée par rapport au renouvellement de prescriptions, de biologie ... », « Le suivi du patient on n'est pas du tout préparé et on n'en fait pas assez, surtout pas assez tôt ».

Ils trouvent que le manque de cette formation peut les amener à une inertie dans leurs prises en charge futures :

« Aller chercher après dans les diverses spécialités ce qu'on doit apprendre pour être plus autonomes et plus actif on va dire dans la prise en charge et dans la décision thérapeutiques et pas laisser parfois traîner les choses ».

Il y a un besoin de mieux s'exercer à la prescription courante avant l'arrivée en libéral :

« Voilà, (il y a un besoin de) prescrire avant et savoir quoi prescrire et comment on les prescrit » «(En ville) je me disais des fois « je suis pas dangereuse là... ? » parce que je connais pas toute la gamme ».

La gestion du temps notamment est peu acquise à l'hôpital en dehors des rares consultations :

« La question du temps je trouve que c'est hyper difficile, (...) on m'a rassuré mais pour moi c'était horrible, de devoir limiter ».

Par ailleurs certaines parties de l'activité de ville sont impossible à acquérir à l'hôpital comme la gestion de l'argent ou la gestion administrative d'un cabinet pour laquelle la formation plutôt en libéral devrait être renforcée :

« Non mais ça à l'hôpital on demande pas de l'argent, donc ils peuvent pas nous apprendre... ».

UNE EMPLOI DU TEMPS FORMATEUR

Tâches variées

Un stage intéressant est celui où les actions des internes sont variées, avec passage en unité d'hospitalisation, en consultation, apprentissage de gestes pratiques et prise en charge des urgences :

« Il y avait le post partum, on faisait aussi tout ce qui était consultation d'urgence et on avait une consultation du midi pour tout ce qui est contraception, un petit peu planning et IVG, on avait aussi les consultations de grossesse et post partum, donc on voyait toutes les consultations du médecin généraliste »

Pathologies générales

Les stages plébiscités par les internes sont ceux où les pathologies rencontrées sont courantes, habituellement rencontrées en ville, qui leur apportent des informations utiles plus tard :

« Ça m'a permis de gérer beaucoup d'urgences et des situations qu'on trouve parfois en ville ».

Evaluation rapide d'une situation donnée

Pour garder leur intérêt pédagogique ces cas courants doivent poser des problèmes aigus à régler dans un temps imparti, de façon à permettre à l'étudiant d'acquérir des informations nouvelles et de s'habituer à prendre des décisions. C'est particulièrement le cas des services d'urgences et des consultations, plus rarement des services d'hospitalisation surtout de chroniques :

« Parce que c'est là où on est tout seuls (devant le patient)... » « On en voit plus sur une période de temps donnée que dans un service d'hospitalisation classique ... »

« Des consultations type de médecine générale »

« Ca bougeait pas beaucoup, pour ma pratique, c'était pas ce que je voulais... ».

Participation aux consultations

La participation aux consultations des médecins hospitaliers en tant qu'observateur est plusieurs fois mentionnée comme une circonstance formatrice insuffisamment exploitée. Tout en s'approchant du mode de fonctionnement libéral, elle permet un temps d'échanges privilégié entre l'étudiant et le médecin sénior sur des sujets pas forcément présents en unité d'hospitalisation :

« Il y a aussi des consultations de spé à l'hôpital, donc faire plus de consultations parce qu'il y a du suivi ».

Dans certains services notamment en gynécologie l'interne lui-même peut être autonomisé au niveau des consultations avec des retours très positifs :

« J'ai pu participer aux consultations, d'ailleurs c'est moi qui les ai faites les consultations au planning familial entre autres où on voyait beaucoup d'adolescentes, on faisait de la prescription de pilule, de la pose d'Implanon, de la pose de stérilet, donc c'est assez intéressant ».

Une formation efficace aux gestes pratiques

L'apprentissage des gestes pratiques est l'un des avantages du passage à l'hôpital car leur réalisation en nombre facilite la formation par rapport aux rares occasions lors des stages en ville :

« (des stérilets) j'ai dû en voir deux ou trois, mais j'ai eu peur de me lancer, parce qu'en fait c'est moins facile de se lancer en ville avec une patientèle connue, qu'à l'hôpital... parce qu'elle (la maître de stage) n'est pas gynéco, elle ne pose pas trente six stérilets en six mois ».

Les gestes enseignés les internes les aimeraient plutôt tournés vers la pratique future qu'uniquement nécessaires au fonctionnement des services :

« Oui, on apprend des gestes qu'on ne va pas faire plus tard en ville, genre gaz du sang, ponction lombaire (rires), ponction d'ascite, ponction pleurale, pose de drain, j'ai posé des KT centraux, des trucs de dingue. On n'apprend pas à faire des infiltrations... » « ça reste un geste technique médical, les

infiltrations, ça fait partie des objectifs de médecine générale de savoir faire... Mais une laparotomie, une laparotomie excusez-moi xypho-pubienne... »

Même les gestes les plus basiques ne sont pas enseignés si d'autres professionnels en ont systématiquement la charge :

« Poser une perf finalement si on ne demande pas, ce qui est dommage car ça pourrait nous servir, alors qu'on sait faire des ponctions lombaires et qu'en ville on peut avoir besoin de poser une perf en urgence ».

UNE VOLONTE DE TRANSMETTRE DES SAVOIRS

Une balance gagnant-gagnant équilibrée

La pose de perfusion a pour les internes une valeur emblématique pour le fonctionnement de la transmission des savoirs à l'hôpital :

« Y'a effectivement le problème de la pose de perf » « Ca devrait être un objectif obligatoire de l'étudiant... ».

Malgré leur désir de l'apprendre et même avec la volonté et l'énergie l'apprentissage reste difficile :

« Parfois on a la flemme » « Moi je me dis j'aurais pu rester une heure de plus... ». « Moi j'étais assez motivée, je me levais tôt le matin pour aller les poser en chir et c'est compliqué parce que une fois sur deux on se lève pour rien parce que c'est déjà posé, c'est compliqué quand même de trouver sa place ».

Explication principale : la difficulté de s'imposer pour apprendre un acte dont le fonctionnement du service ne tire aucun bénéfice puisque systématiquement réalisé par les infirmières :

« Y'a un peu de tout, timidité, appréhension, et puis on n'a pas besoin de nous l'apprendre parce qu'on n'a pas à le faire dans notre mission tandis qu'en pédiatrie ils allaient nous apprendre à faire des ponctions lombaires pour ne pas les réveiller à 4 h du matin... c'est pareil pour la gynéco, pour tous les gestes ».

Les internes admettent cette problématique du « gagnant/gagnant » d'autant plus que la pose de perfusion devrait être maîtrisée dès l'externat, mais l'externe à l'époque est de la même façon formé aux gestes où il peut être utile au service :

«Globalement y'a pas d'apprentissage gratuit en médecine, c'est vrai, je trouve ça normal à la rigueur» « on a un stage infirmier c'est là qu'on devrait apprendre, on nous apprend à faire des toilettes...».

Malgré leur compréhension de ces pratiques les internes trouvent que globalement, la balance penche beaucoup vers l'apprentissage des tâches utiles à l'hôpital et pas assez pour celles utiles au futur praticien :

« C'est sûr qu'ils peuvent pas nous apprendre à faire tous les gestes à l'hôpital, mais je trouve qu'ils pourraient faire mieux globalement ».

Quelquefois cette impression est très forte avec des interrogations frappantes :

« On n'a pas l'impression d'apprendre vraiment, on a l'impression d'abattre du travail », « j'avais l'impression qu'on était là justement pour dépanner et pas pour apprendre », « Quel intérêt de passer au bloc de gynéco ? Tu étais obligé, mais tu devrais pas être o-b-l-i-g-é de passer au bloc de gynéco... mais ils te proposent pas de poser les stérilets ! ».

Alors que dans d'autres cas les tâches sont plus équilibrées entre celles formatrices et celles peu intéressantes mais utiles au fonctionnement du service :

« Ils nous organisent des consult pour nous, bon on a la paperasse à faire, je dis pas le contraire, on a le côté chiant du stage, mais à côté... quand même, ils nous forment ».

Globalement les internes trouvent que malgré les textes réglementaires selon lesquels leur présence à l'hôpital est celle des praticiens en formation sans tâche obligatoire, de facto, leurs actions sont devenues indispensables au fonctionnement des structures :

« Il faudra que les stages hospitaliers puissent tourner sans nous... Bah t-e-c-h-n-i-q u-e-m-e-n-t ça devrait être le cas sauf qu'on sait que sans internes et au CHU sans externes... (ce n'est pas possible)».

Un auto apprentissage contrôlé

Il y a des services où les internes apprennent le plus par eux-mêmes, quelquefois sans savoir s'ils sont dans l'erreur qu'ils pourraient répéter par la suite, en assumant des responsabilités pour lesquelles ils ne se sentent pas forcément prêts, et en s'en remettant à leur conscience :

« C'est formateur on apprend sur le tas, effectivement on apprend tout seuls finalement », « c'est le royaume de la débrouille les urgences... »

« T'apprends pas... C'est frustrant... ».

« On fait pas mal de bêtises ce qui n'est pas forcément bien pour les patients »

La formation se fait à force d'exercer sans vrai contrôle

« On se sentait très à l'aise avec l'examen gynéco, échographie tout ça, parce qu'on prend l'habitude, pas parce qu'on a une formation très correcte, mais parce qu'on prend l'habitude... ».

UN PARTENAIRE A PART ENTIERE DANS LE PROCESSUS DE SOIN

Des attributions moins routinières

Les tâches attribuées à l'interne, dans les services d'hospitalisation sont le plus souvent de surveillance et de nature administrative :

« Y'a des fois on se dit qu'on est là pour surveiller qu'il y a pas de fièvre, pas de phlébite » « Pas de fécalome... », « les internes de médecine gé servaient à dépanner et on n'avait pas d'autonomie du tout, on ne faisait rien dans les services sauf les papiers administratifs », « En suite de couche tu es parafeur, c'est les sages femmes qui font tout et on est parafeur, moi je signais des ordonnances... ».

« On ne fait pas grand-chose, en fait j'ai l'impression de ne pas être utile... » « qu'au bout d'un moment on a fait le tour donc à la fin c'est assez casse pieds »

De fait les internes ont l'impression de faire les tâches « inférieures », répétitives et d'être peu intégrés dans le cercle des médecins :

« On n'est rien, on est juste un super externe qui fait les urgences et qui leur évite d'aller se déplacer, eux, les spécialistes en suites de couche ou de se déplacer trop souvent aux urgences », « parfois on a l'impression d'être un peu des larbins », « dans l'après midi on s'occupait de tous les lits pendant qu'eux faisaient leur biblio... parce que ils nous intégraient pas dans l'équipe ».

Les internes aimeraient avoir plus de temps à consacrer à la formation théorique et être intégrés aux échanges sur les cas cliniques :

« Comme les spécialistes... aller se documenter, faire d'autres choses aussi... On dirait que si on est médecins généralistes... on n'est pas figés, on doit se documenter aussi »

« on nous faisait pas participer à leurs discussions (...) s'il y avait biblio... on faisait pas la biblio avec eux... ».

Certains internes ont une attitude de rejet par rapport aux tâches qui ne peuvent pas être utiles en ville :

« Des internes de médecine G qui disaient « je ne veux pas voir ça parce que je suis interne de médecine générale et je vais pas faire ça en ville » »

Les personnes présentes ont été unanimes pour décrier cette attitude en partant du principe qu'un interne de médecine générale doit assumer toutes les tâches d'un interne hospitalier quelle que soit la spécialité :

« C'est pas logique, si on est interne maintenant spécialiste et on doit faire des stages hospitaliers on doit remplir notre rôle d'interne comme l'interne de spé de médecine interne ».

Un rôle bien défini sans tâches de remplaçant

De par son statut de « novice » l'interne peut être sollicité pour remplacer d'autres professionnels hospitaliers comme les brancardiers, les infirmières ou les aides-soignantes :

« Il y a des tas de choses qu'on nous demande de faire... « Bah tiens, va amener le malade là-bas parce qu'on est en manque de personnel... » de temps en temps on a vraiment l'impression de servir à boucher les trous... ».

Les internes ont des attitudes différentes par rapport à ces demandes : certains peuvent y accéder sous réserve d'avoir fini leur travail propre en considérant l'avantage que peut en tirer le patient, notamment de moins attendre. D'autres trouvent qu'une fois leurs tâches finies ils devraient se consacrer à leur travail de formation :

« L'interne en médecine générale il n'est pas là pour combler les trous en permanence, il est aussi là pour se former et pour progresser, et aussi pour participer au service », « je veux dire on est pas là pour faire la petite main »

Par ailleurs le fait de « transgresser son statut » peut être source de conflit avec ces mêmes personnels lors de la prise de décisions car ils seraient tentés de discuter plus les décisions d'un interne qui « ne reste pas à sa place ».

L'interne peut être aussi sollicité ponctuellement pour remplacer les médecins séniors et peut avoir des difficultés de refuser devant son chef hiérarchique :

« Il a fallu que je fasse la consultation de la chef qui était partie à l'ARS, et tu peux pas lui dire « bon bah écoute moi j'ai fait qu'une journée avec toi, j'y connais rien, je vais pas faire ta consult... »»

L'assurance nécessaire devant certaines tâches inadaptées vient avec l'ancienneté :

« (la chef) on lui a dit « non, on n'est pas là pour les faire (tes consultations), tu les décales ! » or en premier semestre la même chose, tu fais gentiment (ce qu'on te demande)... ».

Un intermédiaire moins exposé

A côté des tâches routinières auxquelles ils sont cantonnés les internes reprochent ne pas être assez associés aux décisions importantes :

« C'est pour les tâches courantes, c'est-à-dire la surveillance, la visite courante de tous les jours pour dire que tout est bien il faut qu'on soit là », « quand il y a une décision à prendre, enfin une décision médicale, c'est l'avis du cardiologue, c'est l'avis du chef, et nous on est là pour faire le lien. C'est pas valorisant voilà ! », « on ne fait presque jamais de prescription décisive tout seul ».

Comme il n'est pas consulté lors de ces prises de décision l'interne doit cautionner les conclusions de ses chefs qu'il soit d'accord ou non, signer les prescriptions et poursuivre leur mise en place :

« C'est perturbant parce que c'est quand même pas notre décision et, par procuration, faut qu'on mette notre nom, faut qu'on signe le compte rendu », « des prises en charge sur lesquelles on n'est pas forcément d'accord, il faut quand même... qu'on soit d'accord ».

Les internes ressentent une pression médico-légale sur ces prises en charge qu'ils ne cautionnent pas :

« Faut se couvrir aussi, il y a cet aspect là aussi à l'hôpital, faut se couvrir de... « vu avec vu avec M Chef Machin » parce qu'on n'était pas du tout d'accord et que en général quand c'est dans une observ c'est qu'on n'était pas d'accord... ».

Même s'il ne prend pas les décisions l'interne peut se retrouver dans une position difficile de fusible quand les médecins consultés ne sont pas d'accord entre eux :

« On est confrontés aux problèmes où ils sont pas d'accord et là c'est à nous de faire le tri « qu'est-ce que je fais, j'écoute le cardiologue ? J'écoute le chef ? Ca c'est la partie je trouve la plus pénible dans notre boulot »

L'interne est dès lors le coupable idéal si la décision choisie n'est pas la bonne :

« On se retrouve dans des conflits ou des petites guerres et c'est souvent l'interne qui prend », « On se met à faire une prescription sur l'avis d'un chef et on se met à se faire complètement incendier parce qu'évidemment il y a notre nom », « quand elle est pas adaptée... c'est forcément l'interne,

alors que c'est forcément fait avec quelqu'un d'autre », « c'est l'interne qui fait le lien c'est toujours l'interne qui prend ».

Un porte parole plus soutenu

Malgré son faible poids dans la prise des décisions, l'interne doit les communiquer aux patients et aux familles. Il se retrouve ainsi à soutenir un point de vue avec lequel il peut ne pas être d'accord ou qu'il n'a pas compris :

« On a un discours auquel on ne croit même plus », « Tu vois, un pion ! C'est pas la personne qui a décidé de la prise en charge qui va l'annoncer »

« Une situation qu'on a... enfin plus ou moins comprise parce que on nous a plus ou moins expliqué... ».

Par ailleurs il doit assumer devant les mêmes interlocuteurs, les changements de prise en charge, quelquefois fréquents, au gré des décisions des chefs ayant fait la visite :

« Ça change, c'est même pas d'un jour à l'autre, mais du matin à l'après midi... (rires gênés) parce que c'est pas la même personne qui fait la contre visite et on se retrouve dans des situations où on a dû expliquer toute une situation, (...) à la famille, donc en essayant d'expliquer comme on a compris... et puis on fait totalement l'inverse l'après midi « vous allez plus sortir, vous allez rester » ».

L'interne se retrouve décredibilisé devant les patients qui le tiennent responsable de ces changements avec parfois des situations conflictuelles qui mènent à une vraie souffrance pour certains :

« On a une perte de crédibilité totale devant les gens », «on est décredibilisés, on nous comprend pas vraiment: on est les jeunes médecins, on change d'avis »

« Ça peut de temps en temps mal se passer parce qu'il faut une sacrée dose de diplomatie pour réussir à dire à des gens qui viennent à l'hôpital

dans un milieu qui n'est pas facile... beh que ça change, c'est comme ça, voilà ! »

« Moi ça m'atteint personnellement ! ».

DES CONDITIONS DE TRAVAIL FAVORISANT L'APPRENTISSAGE

Charge de travail

La quantité de travail sous la responsabilité de l'interne doit être adaptée pour lui permettre d'apprendre et de faire du travail de qualité. Cette charge de travail est influencée par les caractéristiques des services notamment au CHU :

« Une journée aux urgences où on voit trente patients... pour créer un relationnel avec chaque c'est pas facile », « ils sont constamment en sous effectif, donc finalement c'est plus de l'abattage de patients », « la particularité des urgences du CHU moi à mon avis c'est que c'est une usine... ce qui est dommage parce que je suis sûr qu'on pourrait, les internes entre autres et les chefs aussi, on pourrait en tirer beaucoup plus de ce stage », « à Dévè on n'est pas là pour poser des diagnostics, on est là plus pour faire du tri qu'autre chose, (...), les gardes de médecine que je faisais aux urgences des petits centres c'était beaucoup plus agréable. On avait le temps, (...) à débrouiller le terrain, à comprendre ce qui se passait et à décider »

La charge de travail ne doit pas empiéter sur le temps d'apprentissage :

« Après la charge de travail parfois prend le dessus sur le stage et il y a des choses qui passent à la trappe », « elles (les chefs) nous ont proposé de venir en consultations avec elles mais on n'avait pas le temps parce qu'on avait trop de travail à côté, et du coup on n'a pas appris l'infiltration... ».

La fatigue engendrée par la surcharge de travail souvent présente peut également être un obstacle à la formation :

« La charge de travail était très très importante, on travaillait cinq voire six jours par semaine ce qui peut être pesant en fin de stage »

Pour cela les effectifs doivent être proportionnés à l'activité et l'interne libéré d'une partie de tâches administratives :

« Oui avec les deux spé on est sept et il y en a toujours un qui peut se libérer » « enfin pour ranger les bios c'est l'infirmière qui le faisait... j'ai trouvé que c'était plutôt justement agréable, j'ai eu le temps d'aller en consultation, d'apprendre des gestes en consultation ».

Responsabilité

Les internes sont les premiers à demander à avoir un rôle propre, à avoir des responsabilités pour être stimulés dans leur formation :

« Tu dois aussi garder une autonomie »

« Un stage où on n'a pas besoin de nous c'est un stage où on n'aurait aucune responsabilité et je pense qu'au bout de six mois... tu t'ennuies ».

Ils trouvent que l'apprentissage se fait mieux sous la pression de la responsabilité :

« On n'apprend pas grand-chose si on n'a aucune pression », « C'est le fait d'avoir à prendre des décisions, d'avoir une responsabilité, c'est pas de se dire « quoi que je fasse ça ne changera rien », c'est « je fais quelque chose et en plus ça a une influence sur ce qui arrive au patient » ».

Cela aide les internes à se projeter et à devenir autonomes, à mieux réfléchir, à trouver leur place plus facilement dans les rapports avec le patient :

« D'avoir des responsabilités ça nous aide quand même à nous poser des questions pour le jour J où on est tout seul... »

« C'était plus formateur quand même d'aller dans la pratique et dans le vif du sujet pour être moins déstabilisée face au patient »

« Un service ne doit pas non plus devoir se passer d'internes... ».

Il y a des cas où un manque de supervision a été ressenti, notamment aux urgences et la nuit :

«Parce que la nuit il est hors de question de réveiller le chef avant de faire sortir le patient et il est hors de question de laisser les urgences se remplir la nuit, et même le jour ceci dit... ».

Les internes sont conscients qu'une telle situation peut avoir des conséquences médico-légales en cas de litige avec un patient, d'où le réflexe de consigner les appels aux médecins seniors.

Cette situation a mené certains chefs de service à demander aux médecins de contresigner chaque dossier traité par l'interne avant la sortie du patient du service :

« La séniorisation des dossiers c'est vrai que ça nous a beaucoup aidés parce que sinon les chefs nous auraient laissés « tranquilles »... nous aurions laissés tout seuls et le chef de service a obligé à la séniorisation de tous les dossiers et du coup ils étaient obligés de signer tous les dossiers quand on les clôturait et du coup ça les a obligés à être responsables »

Quelquefois l'organisation des services est à la limite de la légalité et les étudiants pris entre le désir d'apprendre et des responsabilités qui les dépassent :

« En pédiatrie à Elbeuf soi disant y devait y avoir pas d'agrément..., ils faisaient les grèves pour les gardes non séniorisées »

« Maintenant les internes qui veulent on (le syndicat) leur dit « (si vous prenez des gardes) vous engagez votre responsabilité ! ».

Un autre sujet sensible est la pratique de l'échographie aux urgences gynécologiques sans contrôle systématique. Certains ne se sentent pas assez préparés. D'autres assument plus facilement cette responsabilité arguant les enjeux limités de ces examens :

« L'écho, c'est un DU d'écho, y a des gens qui font deux ans d'écho pour faire ça, et nous on nous fout avec une sonde au fond du vagin d'une dame et on nous dit... « Allez hop ! Qu'est ce que tu vois ? » » « Et qui

nous forme d'ailleurs, c'est un interne de gynéco qui nous a fait faire nos premières échos sur une semaine... C'est là où il y a un problème... »

« C'est juste un débrouillage... » « C'était pas des échos morphologiques ».

Tous s'accordent cependant sur la nécessité de pouvoir avoir recours à un 2^{ème} avis inconditionnel en cas de besoin :

« Est-ce qu'ils t'ont refusé un contrôle gynéco?... Bah non, heureusement pour moi, pour les femmes et heureusement pour eux, parce que c'est eux qui portaient la responsabilité... ».

Cependant le problème de responsabilité en cas d'erreur sans appel au 2^{ème} avis semble se poser, l'interne doit bien apprendre à connaître ses limites.

Une autonomie encadrée

Au niveau des attributions de l'interne celui-ci préfère quand les relations sont clairement établies avec les seniors :

« Un peu mieux hiérarchisées entre les médecins et les internes ».

L'encadrement des internes doit être souple mais présent en cas de besoin.

Dans la plus grande partie des cas cette pratique n'a pas cours, mais l'accès à l'avis du supérieur doit rester facile :

*« Il n'y a pas eu de question de conclure mes dossiers, si on avait un souci on leur demandait, ils savaient qu'ils pouvaient nous faire confiance »,
« quand il y avait des soucis les chefs étaient quand même là ».*

L'interne a une autonomie de décision parfois inadaptée à son niveau de formation :

« on était tout seuls que des premiers semestres en diabète avec tout le CHU qui appelle pour avoir l'équilibre glycémique ».

Dans le meilleur des cas, l'acquisition de l'autonomie est encadrée et progressive et une relation basée sur la confiance s'installe :

*« Il y avait des choses que je savais gérer parce qu'on m'avait déjà expliqué, voilà, et ceux où j'avais un doute ils me donnaient leur avis »,
« Au début ils supervisaient tous nos dossiers pour être sûrs qu'ils pouvaient nous faire confiance et après ils nous laissaient faire, ils savaient que si on avait un souci on leur demandait ».*

Cela demande un travail d'adaptation et d'écoute de la part des séniors car les demandes de supervision dépendent des internes et des moments :

« Dans certaines situations moi j'ai tendance à apprécier qu'ils viennent me donner un coup de main et dans d'autres situations je préfère gérer seul, mais de temps en temps on leur demande qu'un avis, on aimerait qu'ils nous le donnent juste en cinq minutes et après continuer à être autonomes et continuer à faire notre petit boulot dans notre coin... c'est vrai que ça varie, c'est très variable ».

Un rôle plus reconnu correspondant au travail fourni

Malgré leurs tâches peu décisives, les internes sont conscients que leur présence en nombre assure le bon fonctionnement des services :

« On a l'impression que le service tourne un peu uniquement grâce à des internes », « sans nous le service ne fonctionnait pas », « si nous on n'était pas là, c'était le bazar... ».

Ceci est confirmé pendant les jours d'absence pour repos ou formation. Les autres internes doivent alors se partager les tâches de celui qui s'absente, sans aide des médecins :

« Ça se remplace pas », « dès qu'il y en a un qui était de garde ou quoi... gros branle-bas de combat... on devait reprendre chacun un patient... et les chefs là pour le coup ils ne nous aidaient vraiment pas du tout ».

Malgré cette utile présence, les internes ne se sentent pas reconnus par les médecins séniors. Leur apport est souvent minimisé voire complètement nié :

« On a l'impression qu'on est des moins que rien, y'a pas de respect des personnes, mais dès qu'o n'est pas là c'est une catastrophe et vraiment il y a ce paradoxe », « les chefs ils nous disaient « si vous êtes pas là c'est

pas non plus un drame » il y avait vraiment un décalage et pour ça c'était vraiment pas du tout valorisant... », « Ils nous rabâchaient toute la journée «mais oui, mais bon, vous servez à rien » ... enfin en fait « on n'a pas besoin de vous » ».

Dans d'autres circonstances, indirectement, c'est le comportement qui est critiqué :

« Les chefs ils vont manger et ils savent très bien qu'on doit partir et ils nous laissent pas le temps de manger ».

Cette situation étant une constante, les jeunes internes sont prévenus par les anciens, de façon à se préparer :

« Y'a effectivement peu de valorisation, je le savais donc j'ai pas été déçue ».

Cette déconsidération peut être dissociée de l'intérêt formateur du stage, mais elle influence de façon indéniable l'investissement de l'étudiant :

« J'apprends beaucoup de choses, en pédiatrie, mais par contre au niveau de la relation avec les chefs, l'équipe, on a l'impression qu'on est des moins que rien, y'a pas de respect des personnes »

Certains spécialistes expliquent la relation qu'ils entretiennent avec les internes par leur mauvaise opinion des capacités des médecins généralistes dans leur ensemble :

« Des fois on nous demandait « Mais vous êtes interne de quoi... ? » « De médecine G ... » « A bah... bah... pourquoi vous voulez discuter !? Vous faites ça et puis c'est tout ! » Voilà, c'est... on n'avait rien à dire... C'est quand même... ! Alors pourquoi on nous met à l'hôpital?! Franchement... ».

Les chefs sont les premiers auprès desquels les étudiants attendent des relations plus collégiales :

« Ils jouent pas le jeu... on demande pas qu'ils soient les bisounours, c'est clair, mais à un moment donné, il faut avoir un minimum de considération ! ».

Les mauvaises relations avec les médecins se cristallisent parfois autour de certains individus :

« Ça s'est plutôt bien passé... A part notre histoire de harcèlement moral... Oui mais elle prend une place entière » « là c'était une histoire d'un chef... » « on va dire un dragon ».

L'absence de considération de la part de médecins peut mener à une mise en doute de la place de l'interne par les infirmières :

« Les choses sont remises en question systématiquement », « sur la prise de décisions... elles discutaient notre prise de décisions et des fois fallait appeler le chef parce que c'est le chef qui doit confirmer, et ça c'est pas valorisant... ».

L'interne doit en même temps gagner la confiance et mettre une certaine distance :

« Il y a des infirmières quand on leur laisse pas de barrière elles ont tendance un peu trop à tirer entre guillemets sur la corde », « après il faut montrer dans une équipe qu'il y a une sorte de hiérarchie ».

Parfois ce sont les patients ou leurs familles qui ont des mauvaises opinions sur les internes :

« Souvent en pédiatrie... « Ah, mon enfant, il va voir le sous médecin », c'est TERRIBLE quand on nous dit ça franchement! », « Ils se font une idée de l'interne... qu'on n'est pas des médecins en fait, qu'on est encore en formation, c'est pas tout... »

Explication possible : dans l'hôpital le rôle de l'interne n'est pas précisément signifié aux usagers laissant à ceux-ci le soin de se l'imaginer :

« Parce que on sait pas trop ce que c'est qu'un interne des fois ».

La reconnaissance du corps médical amène en général la reconnaissance par les patients :

« Par rapport aux familles quand le médecin les voyait après ou avec nous... c'était un peu « oui ma collègue vous avait expliqué » », « la considération qu'on a des patients, qui est bonne parce qu'ils nous

considèrent réellement comme des médecins, parce que l'hôpital nous permet d'avoir ce statut, et qu'ils nous remettent pas en cause dans notre autorité médicale, ça c'est bien ».

La reconnaissance du rôle de l'interne dans les services et son intégration à part entière dans l'équipe, sont favorables à son investissement dans son travail et son apprentissage :

« ce qu'il faudrait améliorer au niveau des stages hospitaliers c'est plutôt au niveau ambiance, et valoriser l'interne parce que c'est vrai, moi je me rends compte que plus l'ambiance est bonne plus ça me donne l'envie de m'investir un petit peu plus dans le services, à poser plus de questions, alors que si c'est un stage où tout de suite on me met des bâtons dans les roues je vais être plus enfermée et voilà, je vais pas chercher plus loin... ».

La reconnaissance de l'interne varie en fonction des services. Elle est globalement moins bien perçue au CHU qu'en périphérie :

« Au CHU c'est ça (...) on a l'impression (...) que vous avez été pris pour moins que rien », « en périphérie on nous valorise plus... », « notre travail dans l'ensemble, mon travail était dans l'ensemble plutôt reconnu ».

Cette valorisation passe par une reconnaissance directe en tant que pair et aussi par la qualité des tâches attribuées :

« Il m'appelait par mon prénom, ça faisait plaisir il n'appelait pas « Eh, ou, l'interne de médecine générale tu feras ça ! », il disait « S..., tu feras ça... » «on était valorisés, on était autonomes et on faisait plein de choses ».

Une intégration facilitée dans l'équipe

Chaque stage nécessite un travail d'intégration de la part de l'interne :

« On est là... pour une courte période donc on doit s'adapter d'autant plus vite... l'adaptation qui est obligatoire de toute façon sinon on ne peut pas

avancer... », «Tu repars à zéro à chaque fois, parce qu'ils te connaissent pas, faut que tu fasses tes preuves partout... ».

Par ailleurs le travail en équipe implique forcément la gestion des conflits entre collègues, la gestion des relations avec les supérieurs avec un apprentissage du fonctionnement spécifique du travail à plusieurs :

« Une ambiance à gérer », « c'est des compatibilités de caractère ».

Parfois les relations au sein de l'équipe ont été décrites comme délicates notamment au CHU en gynécologie. La place de l'interne est en général plus difficile à acquérir dans ce stage :

« En fait c'est le royaume des sages femmes donc on a du mal à communiquer avec elles, on n'a pas appris grand-chose... sur vraiment ce qu'on aurait pu apprendre », « les sages femmes font la visite et te disent « mais j'ai jamais eu besoin d'internes et en fait on vous voit jamais ! ».

Une adaptation au caractère de chacun

Les relations avec l'équipe et globalement l'attitude devant les stages sont beaucoup influencées par le caractère de chaque étudiant :

« Je pense que c'est une question de caractère de chacun, on n'est pas tous pareils » « on ne réagit pas de la même façon ».

Ceux qui arrivent à s'imposer assument mieux la pression du travail et les conflits dans les relations. La situation semble plus difficile pour ceux qui n'arrivent pas à assumer le rythme et la pression :

« Enfin ils nous donnent la place qu'ils veulent bien nous donner et après c'est à nous aussi de s'imposer peut être des fois... »,

« C'était aussi à moi, j'avais peut être pas les reins et les nerfs pour assurer, assurer un débit tel ».

UN ENCADREMENT OPTIMAL

Prises en charge cohérentes, accords entre chefs

Un service formateur est celui où il y a un accord entre les médecins par rapport aux prises en charge et une bonne compréhension dans l'équipe en cas de changements :

« Quelquefois on revient deux ou trois fois sur les mêmes prescriptions, on enlève un médicament pour le remettre trois jours plus tard, même les familles ne comprennent pas... alors que nous, nous non plus on ne comprend pas... ».

Investissement et relation avec les médecins encadrants

Les rapports avec les médecins encadrants sont très importants pour le bon déroulement du stage :

« On faisait tous ça, voir les chefs, et on savait direct si la journée allait être bien ou pas en fonction des chefs je trouve... » « C'est sûr qu'éviter la pression de certains chefs ce serait pas mal » « quand on avait des chefs qui étaient... je sais pas, caractériels, moi j'avais du mal à me concentrer, à travailler sereinement, dans ce cas là on fait (du mauvais travail) je trouve... ».

Certaines relations mal engagées peuvent compromettre la formation :

« Il y en a qui vont te prendre en grippe dès le début du stage et te traiter comme un chien tout le stage, puis voilà, et au contraire il y en a qui vont t'apprécier, se rapprocher de toi et essayer de t'encadrer plus, t'accorder quand même plus de temps et d'essayer de t'apprendre des choses».

A l'inverse des relations cordiales avec les médecins séniors et un encadrement de qualité permettent de mettre en confiance l'interne et lui permettent de travailler dans des bonnes conditions :

« On pouvait travailler dans les urgences sans stress, qui au départ nous faisait peur ».

Le nombre d'encadrants est aussi important pour assurer une bonne formation :

« Il n'y avait pas assez d'encadrants parce que c'était l'été », « les chefs de rhumato elles voulaient nous apprendre des trucs mais le problème c'est qu'elles étaient débordées ».

Ceci est particulièrement vrai dans les services d'urgences où les besoins de supervision des internes peuvent être importants :

« Il y a souvent des sous effectifs en chefs notamment aux urgences » « ils sont censés être 27, ils sont 14, ils n'ont pas beaucoup de temps à passer auprès de l'interne en plus de leur travail administratif et autre », « au CHU, les chefs ils prennent pas le temps de voir les patients avec nous, on n'est pas du tout rassurés, on est lâchés dans la nature ».

Par ailleurs les médecins doivent faire preuve de disponibilité pour répondre aux demandes des internes :

« Qu'ils soient un petit peu plus disponibles... il y avait toujours soi disant un chef disponible pour nous aux urgences... il prenait des consultations... on le joignait, mais il nous envoyait bouler... c'est vrai qu'il n'y avait pas de suivi, on est obligé de se débrouiller... »

« On a des chefs à qui on demande des avis pour examiner parce qu'on n'est pas sûrs de notre examen au premier semestre et qui nous disent « Bah, fais une écho » »

« Des chefs qui étaient super qui à la fois étaient là pour nous soulager quand il fallait et surtout qui étaient là pour nous former ».

Ceci implique une organisation au niveau des services qui ne doivent pas laisser les internes seuls dans les unités :

« Quand ils nous laissent seuls là avec les quinze patients, quand ils partent en congrès là on peut pas les joindre, mais en gros faudrait avoir l'obligation qu'ils soient toujours présents et au moins joignables ! »
« on avait des jours où il n'y avait pas de médecin dans le service (...)

moi ce stage il m'a flippé pour ça, il m'a bloqué, c'est bien dommage. Pour la formation c'est pas top et puis pour ton aisance en tant qu'interne... ».

Les médecins doivent faire des efforts aussi en ce qui concerne la formation aux gestes pratiques :

« Une chef qui m'a appelée pour venir en consultation parce qu'elle avait un stérilet à poser » « les Implanon c'était en ambulatoire c'était toujours marqué et c'était à nous de le faire, par contre les stérilets c'était pendant les consultations des médecins et on leur avait dit « oui on veut faire est-ce que vous pouvez nous appeler quand c'est un » mais ce n'était jamais le cas, soit on était au bloc ou ailleurs ».

Rendre intéressant

Autre rôle des médecins seniors : intéresser les étudiants à certains aspects moins évidents des prises en charge qui peuvent changer leur façon de voir et de s'occuper des patients chroniques ou des pathologies bénignes peu stimulantes. Les internes pointent le potentiel formateur de chaque cas pour une prise en charge globale s'ils bénéficient d'un meilleur accompagnement pédagogique :

« Tout peut être rendu intéressant » « une rhinopharyngite c'est pas très intéressant, après on peut la rendre intéressante... je sais pas, en faisant un peu de suivi, de prévention ».

Echanges

Les internes demandent que dans les stages il y ait des échanges sur les cas cliniques rencontrés pour leur permettre de mieux comprendre les prises en charge décidées :

« Il y a un peu le principe du débriefing... on a eu quelque chose de compliqué on en reparle, pour en discuter », « c'était très formateur parce qu'on était très bien encadrés et on avait beaucoup de retours »

Ils demandent d'être considérés comme des partenaires de discussion à part entière :

« Avoir un avis pneumologique c'était des fois intéressant parce qu'il nous prenait pas, des fois, pour des moins que rien et des fois on avait une vraie interaction de médecin et pas « je suis le sous médecin, le bébé médecin qui ne sait rien », qu'on ne peut même pas discuter d'une antibiothérapie du patient parce qu'en gros on ne sait rien ».

Par ailleurs ils aimeraient avoir plus de retours sur leurs actions bonnes ou mauvaises de façon à pouvoir évaluer et adapter leurs pratiques. Certains internes vont ainsi aux devants des médecins mais le plus souvent les retours sont rares :

« Assez fréquemment je demande : « bon voilà, est-ce que j'ai bien fait ? »... Je leur demande ce qu'ils pensent de mon travail... »

« Tant que le service tourne et que ça avance en général on n'a pas de retours sur notre travail... parfois ça peut nous blazer un petit peu... on aimerait avoir un petit retour, même si c'est des critiques constructives »

Ceci permettrait aussi de se sentir encouragé, rassuré, et de continuer à exercer dans un milieu parfois éprouvant psychologiquement :

« Moi aussi je me sens dépassé et je... oui, y'a des moments où ça fait du bien d'entendre un petit mot... »

Cette communication souvent absente pourrait éviter certains moments difficiles :

« Moi j'ai jamais eu des retours positifs... » « C'est vrai qu'on aurait besoin de valorisation positive plus souvent à l'hôpital » « le jour où on craque les chefs comprennent pas forcément... ».

MAQUETTE

Ordre des stages

Dans la maquette des stages les internes font remarquer l'aberration qui ne les fait entrer en contact avec leur métier de généralistes qu'après de nombreuses années d'études :

« J'ai commencé mon stage en médecine générale, alors que c'est de la médecine générale que je veux faire depuis le début, à partir de la 8^e année, alors je trouve ça quand même un peu... limite ».

Ils regrettent que le stage de « découverte de la médecine générale » pendant l'externat ne soit pas mis en place d'une façon pérenne :

« Enfin là on s'oriente vers la médecine générale sans avoir eu ne serait-ce qu'un regard sur une consultation type, enfin c'est, c'est hallucinant... Qu'on se décide à faire médecine générale alors qu'on ne sait pas du tout à quoi s'attendre tout simplement ! ».

Ils pensent d'ailleurs que c'est une des explications au faible intérêt des externes pour la médecine générale, trop souvent choix par défaut au début de l'internat :

« Si on faisait ça plus tôt il y aurait plus de gens qui décideraient de faire de la médecine générale par volonté et pas parce qu'ils ont raté l'internat et qu'il reste plus que ça... ».

Cependant il n'y a pas de consensus sur la place du premier stage entre celui chez le praticien et celui aux urgences.

Une partie des étudiants préférerait commencer par un stage en ville pour poser d'emblée une vision ambulatoire et ne pas s'imprimer des réflexes hospitaliers notamment pour les prescriptions d'examen complémentaires :

« Est-ce qu'il faudrait pas le passer en première année le stage chez le prat pour se mettre directement dans le bain ? », « avancer le stage de médecine générale ça me paraît intéressant, parce qu'après tout on est interne de spécialité de médecine générale »,

« notre première expérience clinique, c'est donc celle qui permet d'asseoir notre connaissance », « en commençant par les urgences, vu que c'est ce qu'on fait à Rouen, souvent on laisse la clinique de côté pour aller directement à l'examen complémentaire, et je trouve que c'est pas forcément bien de commencer par les urgences ».

Argument de ceux qui préféreraient commencer par le stage chez le praticien : *« On apprend mieux en sachant l'utilité qu'on aura des informations acquises » « faire un stage très tôt pendant l'internat pour se faire une idée sur la médecine générale », « qu'il faut qu'on ait un point de comparaison très très tôt », « justement c'est en cabinet qu'on se rend compte de ce qu'on a vraiment besoin d'apporter des stages hospitaliers, ce qui nous serait utile après ce qu'on doit améliorer, pour la prise en charge du patient ».*

Par ailleurs l'expérience acquise au fil des semestres serait utile dans le contexte complexe psychologiquement et techniquement des urgences :

« Si on commence effectivement par l'enfer des urgences en premier semestre ça peut rebuter plus d'un, ça peut stresser plus d'un », « en dernier stage on serait plus performant aux urgences ».

D'autres étudiants préfèrent ne pas faire le stage chez le praticien dès le premier semestre. Un des arguments avancés est celui du raisonnement clinique appris aux urgences qui permet d'éliminer en premier ce qui est grave, une « arrière pensée hospitalière » qu'ils trouvent nécessaire même si ils reconnaissent qu'en ville un « raisonnement probabiliste » est plus utilisé :

« Ça a quand même son utilité simplement sur le raisonnement... on cherche d'abord ce qui est grave, ce qui est compliqué tandis que quand on est au cabinet on a tendance à chercher ce qui est le plus probable mais tout en gardant en tête, tout en ayant des reflexes d'urgence en arrière pensée ».

La maîtrise de ces cas « d'urgence » permettrait de rassurer les patients de ville, ainsi que l'interne lui-même sur sa capacité à gérer ces patients malgré les difficultés de la formation faite dans certains cas « sur le tas » :

«Un premier stage en premier semestre un peu violent quand même, donc on est un peu lâchés, on apprend pas énorme... c'est vrai qu'au niveau de la formation les chefs n'ont pas le temps de nous apprendre de toute façon on est laissés à nous-mêmes, pour ça. Moi je ne regrette pas du tout parce que dans le sens où on acquiert une certaine autonomie », « très formateur de point de vue de l'interne parce qu'on est livrés un peu à nous mêmes ».

Cette expérience « extrême » permet par la suite d'assumer plus facilement le reste du parcours de l'internat :

« Après ça le rythme des autres stages semble beaucoup plus cool, on a l'impression d'être un peu en vacances après ça », « au moins ça met l'ambiance dans le bain on débute par le plus costaud », «ça m'a permis de me déstresser sur plein de choses et d'être beaucoup plus sereine pour le reste, peut être aussi parce que je me suis sentie débarrassée ».

D'autres avancent un argument de formation thérapeutique qu'ils estiment devoir acquérir en milieu hospitalier avant d'exercer en ville :

« Au niveau pédagogique on a appris pendant six ans on va dire des conduites à tenir... on devait avoir peut être dix items maximum où on devait connaître les posologies... se dépatouiller sur une consultation même si on est en binôme avec le maître de stage, sur des médicaments dont on n'a jamais entendu parler... ».

Un autre point relevé est celui de l'investissement matériel, le stage chez le praticien nécessitant en général l'acquisition d'une voiture, ce qui peut ne pas être aisé pour certains au tout début du salariat :

« On n'a pas forcément une voiture, on sort de six ans d'externat, on a deux mois de carence financière tout le monde n'a pas la voiture... ».

Pour la fin de la maquette les internes sont d'accord pour la place du SASPAS et du stage de gynécologie, même s'ils déplorent l'arrivée tardive d'une autonomie pour laquelle ils trouvent ne pas être complètement prêts.

Globalement le cursus médical en général et la maquette de la médecine générale préparent peu à la médecine générale libérale et il en résulte un certain désarroi arrivé aux premiers temps de remplacement :

« Plus de stages en ville et plus tôt dans l'ordre des stages, pas faire d'autres trucs et à la fin pourquoi le SASPAS ? Et pourquoi le stage chez le praticien ?... A la fin comme par hasard on a... notre métier en main... et on se dit « mince, y'a une sacrée claque quand même, y'a un truc ! » ».

Une proposition

Une solution, expérimentée dans d'autres facultés : choisir en fonction des préférences des étudiants, l'ordre de leurs stages :

« J'aurais débloqué la maquette... une maquette obligatoire mais on n'était pas bloqués au niveau des stages, en première année on pouvait faire le stage qu'on voulait tant qu'il était dans la maquette... ».

Durée stages

La durée totale passée à l'hôpital est considérée trop importante par rapport à celle consacrée aux stages en ville :

*« Y'a beaucoup trop de stages à l'hôpital et pas assez de stages en ville »,
« chaque stage nous rapporte quelque chose mais vraiment les stages à l'hôpital ça dure trop longtemps ».*

Parmi les stages, les six mois passés en gynécologie sont considérés trop longs au regard des informations à acquérir :

« Il faut une formation en gynéco et en pédiatrie je la trouve indispensable pour le cabinet mais d'un autre côté est-ce qu'il faut six mois en pédiatrie et six mois en gynéco ?... ».

Allongement internat

Les internes se sont prononcés sur l'allongement de la durée de l'internat à quatre ans dans le cadre de la réforme du 3^e cycle et sur les stages supplémentaires qu'ils aimeraient ainsi pouvoir faire :

« Je vois pas pourquoi les IMG sont à trois ans et les autres à quatre, on est déjà une sous-spécialité rien qu'à ça ! Après gynéco et pédiatrie je les mettrais en obligatoire parce que je trouve que c'est important pour notre pratique et je mettrai une autre année où je mettrai un stage libre et un autre stage ».

Cet allongement pourrait faciliter le choix difficile entre le SASPAS et le stage libre :

« Est-ce qu'il faut rendre le SASPAS obligatoire je sais pas, sachant que si on le rend obligatoire il y a plus de stage libre alors que ça peut être intéressant... ».

Globalement les internes aimeraient avoir plus de stages en ville :

« C'est les stages chez le prat, les stages en cabinet en général, c'est ça qui m'a apporté le plus ».

Alternance ville hôpital

Les internes trouvent insuffisants les contacts qu'ils ont avec la pratique des spécialités en ville malgré les journées « découverte » organisées pendant le SASPAS :

« Des fois on a des prats qui nous font faire des stages chez les spécialistes, mais c'est vrai qu'une journée c'est pas non plus, c'est pas non plus l'idéal ».

Pour faire le lien entre ce qu'ils apprennent à l'hôpital et la pratique de ville, entre les pathologies rencontrées en milieu hospitalier et en ville, ils proposent une plus

importante durée d'observation en ville en alternance avec les stages hospitaliers dans les mêmes disciplines :

« Peut être faire un stage en alternance ville-hôpital enfin, sur trois mois trois mois, passer en pédiatrie de ville et en pédiatrie à l'hôpital pour essayer d'allier un peu les différentes facettes des pathologies », « qu'en pédiatrie de ville il doit y avoir des suivis d'asthme ».

Les internes aimeraient savoir les pratiques des spécialistes de ville :

« Ça pourrait être intéressant de voir comment font les pédiatres et les gynécologues par exemple de ville » « à voir en même temps les différentes opinions et les différentes prises en charge ».

Ils se demandent pourquoi leur formation est faite uniquement par les médecins hospitaliers :

« Oui toi l'interne de médecine générale pourquoi tu irais pas suivre les consultations, faire de la consultation de gynécologie en libéral?... », « j'aurais aimé pouvoir aller en ville dans chaque spécialité où je suis passée, voir en ville... ».

Cette alternance pourrait favoriser le rapprochement entre les deux systèmes :

« Ça pourrait être intéressant... pour allier un petit peu des deux et revenir plusieurs fois et faire le lien entre les deux systèmes ».

Le parcours de soin des patients, avec les possibilités de prise en charge de chaque acteur et les liens entre eux, serait ainsi plus clair :

« Mélanger un peu la pratique hospitalière et la pratique de ville, voir en médecine de ville à quel moment on a recours aux urgences, qu'est ce qu'on fait dans ce cas là et quand on vient aux urgences voir comment on traite... pour qu'après dans notre exercice on n'ait pas de difficultés à dire « là il faut que j'aie recours » « non, là je peux gérer... » ».

Cette expérience supplémentaire en ville permettrait d'être plus à l'aise avec l'exercice en libéral et plus autonome d'emblée dans les premiers gestes. Le fait de pouvoir s'exercer à l'autonomie tout en gardant un tutorat hospitalier pourrait améliorer l'acquisition de pratiques de qualité :

« Il va y avoir encore un temps d'hésitation je pense alors que si c'était fait dans le cadre de la formation, dans le cadre du semestre en cours eh bah ça permettrait de faire le lien, de poser une question à un sénior, à un médecin »

REGLEMENTER

Globalement les internes trouvent que leur statut n'est pas clairement défini dans les textes en ce qui concerne plusieurs aspects de leur activité, ce qui contribue à fragiliser leur place dans le monde hospitalier :

« Le statut... qui n'est pas un vrai statut, c'est à dire on n'est pas réglementé en heures de travail mais en demi journées, on n'est pas réglementé sur tout un tas de choses, sur ce qu'on doit avoir comme formation et ce qu'on doit avoir comme activité dans le service, sur la permanence de soins. Et je trouve que là on n'est pas bien considérés et que ça nous aide pas beaucoup dans l'épanouissement d'un service ».

Le rôle précis de l'interne, ses attributions et sa supervision mériteraient plus d'encadrement réglementaire pour que la formation soit garantie par rapport aux tâches de fonctionnement des services :

*« Il faut bien définir dès le début du stage le champ d'intervention de l'interne, c'est ça le plus difficile... On est des médecins en formation... »,
« faut pas que l'interne soit de la main d'œuvre bon marché ça doit servir à l'étudiant, il est là avant tout pour apprendre, faut garder ça en tête ».*

Le temps de travail de l'interne, compté en « demi-journées », est également trop vague et laisse place parfois à des abus en termes de temps de présence :

« Ils avaient décidé de nous faire travailler à peu près 90 heures par semaine parce que ça rentrait, fallait que ça rentre dans le planning des chefs. C'était pas normal ! Mais c'est un peu la considération de l'interne... on se dit « bah oui l'interne on fait ce qu'on veut avec lui » ... on arrive dans le service on nous dit « voilà tu travailleras quatre jours par semaine, ou cinq jours par semaine », c'est les services qui décident »

Ailleurs c'est le rythme de travail calqué pour arranger le fonctionnement du service qui est considéré comme abusif :

« Ca pourrait être plus encadré ça, si tout simplement on avait eu un statut plus réglementé on n'aurait pas eu ce souci, de devoir travailler 12h/24h – 12h/24h ».

Objectifs de stage

Au niveau de chaque stage les internes aimeraient avoir :

« Un cahier d'objectifs validé par le département »

de façon à cibler les informations à acquérir :

« Mettre les objectifs tout au début des stages hospitaliers pour savoir ce qu'on doit vraiment apprendre pour apporter le plus en médecine générale »

Quelques rares services commencent à mettre cette pratique en place :

« Ils nous ont fait un petit carnet avec nos objectifs de stage ».

Evaluation Echanges

Les internes sont unanimes pour demander une évaluation de l'acquisition de ces objectifs de stage par entretiens avec un responsable par exemple à mi-stage et en fin de stage, comme cela est le cas chez le praticien ou en SASPAS et ne pas attendre la fin du stage pour faire une unique mise au point tardive :

« L'évaluation ce serait pas mal... savoir ce qu'on a à faire et évaluer à mi parcours », « c'est dommage d'attendre la fin du stage parce que souvent c'est ça, c'est à la fin du stage le jour de la feuille d'évaluation ».

Ils pensent pouvoir être ainsi intéressés à certains sujets qu'ils auraient pu occulter, se sentir plus observés dans leurs acquisitions et accélérer l'accès à certaines informations moins aisées à obtenir :

« Dépister la maladie d'Alzheimer ou la finesse de la démence Parkinsonienne... c'est des trucs qui me sont étrangers... que j'ai pas appris, que j'aurais peut-être pu apprendre, qui m'intéressaient peut-être pas non plus, on ne m'y a intéressé pas non plus ».

Ils recherchent par la même occasion un temps dédié avec leurs formateurs de façon à pouvoir donner leurs retours et faire leurs demandes d'amélioration :

« Un entretien de mi stage pour justement revoir les objectifs, « Ton stage c'est bien ? Ca se passe bien avec le personnel, oui, non ? Comment tu ressens les choses dans ton stage est ce que tu as l'impression d'apprendre des choses ou pas, est-ce que t'as l'impression d'apprendre des choses qui pourraient te servir pour la médecine générale, voilà les objectifs ».

Les évaluations de fin de stage, actuellement les seules en cours, les internes les aimeraient plus personnalisées et systématiquement en face à face. Unique moment privilégié d'échanges avec un responsable il prend des proportions démesurées :

« La question de vérité... ».

La réalité de l'évaluation est le plus souvent décevante car une partie des responsables éludent ces entretiens pourtant obligatoires ou signent des commentaires standard voir erronés :

« C'est dommage, il ne nous a même pas pris cinq minutes dans son bureau pour faire la feuille d'évaluation » « on n'a pas eu de discussion avec le chef de service »

*« Il a mis exactement la même chose à tout le monde... c'est hallucinant »
« on était 21 à avoir les mêmes commentaires... »,*

« Il avait lu la fiche de quelqu'un d'autre ».

Les internes croient comprendre les raisons de ce manque d'intérêt même s'ils le déplorent :

« Je trouve ça dommage parce que monsieur le professeur... est certainement quelqu'un de très bien, certainement quelqu'un de très

pédagogue et bah voilà c'est son statut de chef de service, chef de pool et tout ça, il a du travail administratif et puis il s'occupe de ses internes de spécialité, il a probablement pas le temps... ».

Ils doutent d'ailleurs que les chefs de service avec leurs multiples attributions soient les mieux placés pour faire ces évaluations vu le peu de contacts qu'ils ont avec eux dans certains grands services :

« Le chef des urgences nous connaissait pas, le chef de gynéco nous connaissait pas... ».

Ils demandent à avoir malgré tout des moments d'échange constructifs sur leur travail :

« Après ça reste que des croix, mais moi c'est pas les croix que je veux, c'est les cinq minutes que je veux passer avec le chef de service... à débriefer », « ça fait un petit peu plaisir qu'il prenne un petit peu de temps », « c'est toujours valorisé d'avoir un retour sur notre travail », « prendre cinq minutes pour faire passer un message qui n'est peut être pas passé au bout des six mois... ».

Une formation plus homogène

Une des caractéristiques retrouvées dans toutes les descriptions des stages hospitaliers est la diversité de la formation délivrée, des relations avec les chefs, des horaires, des tâches et des responsabilités concédées. Les internes demandent à ce que les stages soient plus homogènes du point de vue de la qualité de la formation et des conditions de travail :

« Très, très dépendant des stages, ça dépend, carrément tout, tout dépend des services, c'est différent, des services et des personnes, des périodes... ».

« J'ai eu la chance de tomber dans le bon étage », « On n'est pas égaux dans notre formation ».

Des différences importantes sont pointées entre stages au CHU et stages en périphérie. Les stages au CHU sont associés à une plus grande rigueur dans la

formation et à une atmosphère de travail difficile, alors que dans les hôpitaux périphériques la qualité de la formation semble plus inégale mais l'ambiance meilleure. Nombre de stages périphériques pouvaient cependant être très formateurs :

« Alors l'ambiance ok, c'est vrai que l'ambiance elle est pourrie au CHU, j'ai l'impression d'avoir appris plus de choses au CHU que des choses dans mes stages en périph... »

« Mes stages en périph enfin, oui, ils étaient plutôt calés... ».

Les chefs sont décrits comme plus disponibles dans les hôpitaux périphériques et plus proches des internes ce qui favorise la formation. D'ailleurs les internes de médecine générale s'y retrouvent en situation de quasi « monopole » au niveau de la formation car les internes de spécialité y sont moins nombreux :

« En périph on est plus proches des chefs en vérité... et donc on est mieux encadrés... »

« Les médecins prennent le temps pour leur expliquer... »

« Il y a moins d'internes de spécialité ».

Au CHU une formation théorique est plus souvent organisée, mais au-delà des disponibilités de formation, la charge de travail étant en général plus importante au CHU, le rythme du travail y est plus tendu :

« Si y'a peut-être plus d'affluence au CHU du coup tu as moins souvent le temps »

« (en périphérie) j'avais le temps de fixer les choses, on avait le temps de s'occuper de nos patients, on n'était pas non plus débordés ».

Ceci semble surtout vrai pour les urgences du CHU, décrites comme un cas particulier :

« La particularité des urgences du CHU moi à mon avis c'est que c'est une usine... ».

Le CHU présente l'inconvénient de sa taille et de la fragmentation des services qui rendent le suivi des patients difficile par l'interne, alors qu'il peut, en périphérie

suivre facilement l'évolution clinique d'un patient dont il s'est occupé et donc tirer des conclusions sur la prise en charge globale du patient, notion essentielle en médecine de ville :

« je sais que toi à Elbeuf tu avais le retour des patients, nous au CHU on n'a pas le retour, t'en a un qui va en pneumo, un en néphro... ils restent pas sur le CHU forcément ».

Cette organisation impressionnante peut devenir une entrave à la formation aux gestes pratiques :

« Avant de savoir qu'à tel endroit on pose des stérilets... déjà une semaine à trouver la planif... pour comprendre la machine infernale du CHU... ».

Le poids de la hiérarchie est plus fort au CHU où l'intégration dans l'équipe soignante est plus difficile par rapport aux hôpitaux périphériques :

« Un stage en partenariat avec toute l'équipe et pas un stage hiérarchisé comme c'est un peu au CHU la généralité », « l'ambiance est quand même plus cool, détente en périph, donc du coup on est plus à l'aise ».

Rôle des instances - Département de médecine générale et syndicat

Les internes trouvent qu'ils sont avantagés dans leur filière par l'existence d'un syndicat impliqué et d'un département universitaire de médecine générale indépendant des services hospitaliers qui les forment et qui protègent leurs droits

« Nous on a de la chance en médecine générale, parce qu'on a le syndicat local, le syndicat national, on est quand même soutenus » «on est quand même bien lotis, comparés aux spé »

« Oui et même un service qui refuse les repos de garde, quand c'est la spé qui a décidé de faire... (l'interne accepte) alors que nous on a qu'un coup de fil à passer au département... ».

D'ailleurs les internes de médecine générale reconnaissent être plus critiques par rapport aux services qui les forment car ils ne se sentent pas contraints comme les

internes des autres spécialités par la nécessité de poursuivre une éventuelle carrière hospitalière :

« Si les internes veulent un poste, une carrière universitaire après, les chefs de service leur disent « tu veux ça, tu fais ça en échange, sinon de toute façon tu auras rien » « tu auras moins facile un poste quand tu seras docteur ».

Ils trouvent nécessaire de donner leur opinion sur leur formation :

« On n'a pas ce problème là en médecine gé, on a quand même une liberté la dessus qui fait qu'on a le droit de dire ce qu'on pense, déjà c'est la moindre des choses... c'est moins évident pour une autre spécialité ».

Difficultés à régler

La procédure d'obtention de l'agrément pour recevoir des internes par les services peut être le moyen d'obtenir des améliorations :

« Il y a plein plein de médecine g pour faire tourner les services. Parce qu'il suffit que l'agrément soit retiré, ou qu'on leur diminue le nombre d'internes... ».

Malgré le rôle important du département les internes trouvent qu'il devrait y avoir encore plus de contrôle dans la formation des internes sous peine de ne plus accorder autant de postes aux services :

« Faudrait peut être plus mettre la pression auprès des chefs de service... en les menaçant de moins avoir de médecins généralistes s'ils n'orientent pas leur formations et l'utilité qu'ils font de leurs internes en médecine générale ».

Cette menace a cependant ses limites vu le jeu d'influence des diverses instances et la nécessité de mettre assez d'internes pour permettre une bonne formation :

« Après il y a la pression entre guillemets on va dire politique, le chef de la CME... la mairie... l'ARS... le département »

« Parce qu'après ceux qui restent... ».

Les modalités actuelles de résolution des problèmes prennent trop de temps :

« quand il y a un problème dans un stage c'est l'immobilisme lié à l'administration, on voit les commissions d'agrément... ça prend combien de temps ? ».

Par ailleurs le résultat des visites de médiation organisées dans ces cas est mitigé vu le manque de moyens de pression réel par nécessité d'avoir des terrains de stage :

« Pour qu'il y ait une visite d'organisée... ça prend quinze jours... puis qu'on arrive à une forme de consensus, qu'on doive les menacer de plus mettre d'internes mais que de toute façon on savait que c'est pas possible... Il faut arrêter ! Ils se sont juste fait un peu taper sur les doigts et dire de faire attention, ils vont faire attention pendant deux mois et puis après c'est bon ça va recommencer... faut pas rêver... ».

D'autres internes sont partisans de moyens moins coercitifs et d'accompagnement dans le changement :

« Ce serait beaucoup plus constructif de dire « ça on pourrait l'aménager... » », « Ça peut être adapté à la médecine générale... ».

Il semble difficile d'écrire des règles universelles pour tous les services compte tenu de la diversité de leur mode de fonctionnement :

« Faut aussi laisser la liberté aux services parce que ça veut dire quoi « on va contrôler à l'hôpital »... chaque service fonctionne différemment » « on fait des lois et après il faut les appliquer... il y a des services qui pourront pas les appliquer ».

Mais ils pensent tous que plus de contrôle extérieur devrait être exercé sur les services par rapport à la formation dispensée :

« Si on leur impose des choses, un cours par semaine par exemple... et finalement on n'est pas dans la sanction et il y a des chances que ça marche... »

Droit de retrait utopique

Quelques internes proposent une solution radicale pour les situations où le stage ne se passerait pas bien :

« Un peu utopique s'il y avait une chose à faire ce serait de faire pour chaque stage un stage de réserve... où s'il y a des problèmes les premiers deux mois ou le premier mois de stage les internes changent de stage ».

En pratique cela est peu envisageable sans entraver le fonctionnement des services :

« Mais t'es dans l'utopie parce que même si on est des internes en formation et tout, « un stage doit pouvoir fonctionner sans nous », bon, passons, le service il ne fonctionnera pas... ».

DISCUSSION

Limites de la méthode

Dans la constitution des groupes, la surreprésentation des internes par rapport aux remplaçants a pu induire un biais par la méconnaissance de l'exercice de ville et la crainte de la prise d'autonomie de ceux ne s'y étant jamais confrontés. Nous n'avons pas choisi une population composée uniquement de jeunes remplaçants pour discerner plus nettement les acquis hospitaliers de ceux obtenus dans les premiers temps de remplacement et à cause de la difficulté de réunir en bon nombre ces sujets à emplois du temps imprévisibles. Cette étude pourrait être refaite, uniquement avec des jeunes remplaçants ou des médecins installés pour en vérifier les conclusions.

Les internes et remplaçants participant à l'étude étaient tous issus de la Faculté de Rouen ce qui a pu induire des biais, les résultats faisant référence à des situations retrouvées dans les hôpitaux de la région. Des groupes de parole d'internes provenant de facultés différentes pourraient donner des résultats plus élargis ou plus nuancés.

Notre travail n'a recueilli que le point de vue des internes et anciens internes sans rechercher les opinions des enseignants hospitaliers.

Comme dans tous les focus groups, les personnalités fortes ont parfois monopolisé la discussion et leurs arguments apparaissent plus dans les propos.

Les internes font des critiques générales sur les insuffisances de leur formation. Une partie de ces insuffisances peut être attribuée à la formation théorique et aux stages ambulatoires.

Les animateurs faisaient tous partie du DUMG de Rouen et étaient également affiliés à des syndicats de médecins généralistes ce qui a pu influencer leur façon de conduire les discussions tant par leur expériences pédagogique que par leur militantisme.

Intérêt de l'étude et confirmation des hypothèses

L'intérêt de cette étude a été de recueillir les diverses opinions des internes sur leur formation hospitalière, ce qui reste introuvable dans la littérature consultée en dehors des enquêtes surtout quantitatives sur les conditions de travail des internes à l'hôpital (20).

Les résultats ont confirmé l'hypothèse initiale : les internes trouvent que les stages hospitaliers forment peu à un futur exercice ambulatoire de la médecine générale. Seule une très petite minorité serait prête à s'installer dans l'immédiat ; la grande majorité des internes pensent débiter son activité en tant que remplaçant, une partie pense au salariat.

Il nous a semblé important de se pencher au début de cette analyse sur les éléments qui définissent aujourd'hui la médecine générale pour confronter les résultats de l'étude avec cette image de l'exercice. Nous avons ensuite rapproché les résultats des théories pédagogiques actuelles de formation en médecine pour voir si la formation hospitalière des internes en médecine générale s'y conforme. Au final nous avons émis des hypothèses concernant les dysfonctionnements actuels de la formation hospitalière des médecins généralistes.

ADAPTATION DE LA FORMATION A LA MEDECINE GENERALE

Pour former les médecins généralistes il faut se pencher sur les caractéristiques de la profession. Nous retiendrons celle établies par la Wonca – Organisation mondiale des médecins de famille - datant de 2002 (41), ainsi que les travaux sur les principes de la médecine générale de Gay (17) qui en résumant les traits principaux. On a rapproché ces caractéristiques des demandes faites par les étudiants concernant leurs stages hospitaliers.

1. Il s'agit d'**une médecine de premier recours**, offrant un accès ouvert et non limité aux usagers.

L'hôpital de son côté représente le maillon des soins tertiaires, offrant un accès en principe régulé par l'envoi des médecins de ville ou par l'appel au SAMU Centre 15. Les problèmes présentés par ces patients sont donc complexes et nécessitent des moyens adéquats. Seuls les services d'urgences offrent de facto un accès non

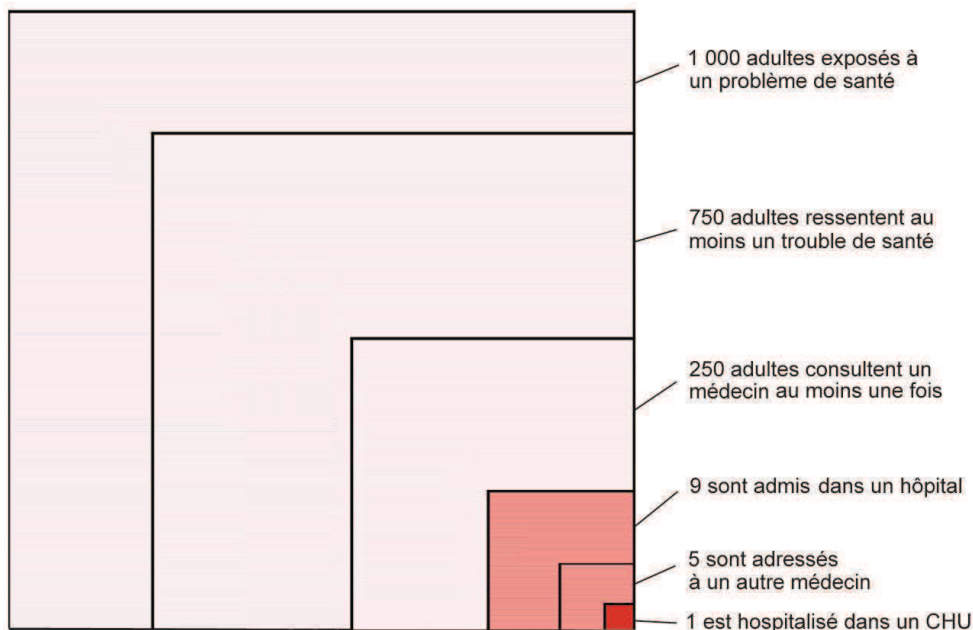
régulé aux patients qui le désirent. C'est pourquoi les stages dans ces services sont plébiscités par les internes qui s'y retrouvent souvent en situation de soins primaires.

Le diagramme de White **Figure no. 1** (40) illustre bien le large recrutement des patients à la médecine générale, tandis que celui de l'hôpital et des CHU en particulier concernent très peu de malades. Malgré cette distribution des usagers dans le système de soins, l'enseignement est centré sur le monde hospitalier universitaire et concerne de manière limitée l'ambulatoire.

On comprend également les questionnements des internes sur la place prépondérante de la recherche à l'hôpital universitaire et leurs remarques sur l'application souvent difficile de recommandations élaborées par des professionnels n'ayant jamais travaillé en milieu de soins primaires.

La demande des internes d'avoir plus de stages en ville et plus de contacts avec la médecine générale en découle de manière logique, tout comme leur désir de voir plus de liens et de considération entre le monde hospitalier et ambulatoire.

Figure No. 1 - Diagramme de White (40)



2. La médecine générale base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires - **faible prévalence des maladies graves.**

Les internes ont bien différencié les deux modes de réflexion des médecines hospitalière et ambulatoire : les médecins de ville pensent d'abord à ce qui est fréquent (démarche probabiliste), tandis que les médecins hospitaliers prennent en compte en premier les diagnostics rares mais graves. De ce principe découle le type de réponse donné le plus souvent par les médecins généralistes dans leurs consultations : très peu de gestes urgents, peu de prescription d'examen complémentaires, l'utilisation d'un large échantillon de médicaments et des réponses non médicales. Certains étudiants réfléchissent à la possibilité de maîtriser les deux types de réflexion et de les appliquer successivement aux cas cliniques rencontrés par la suite en ville.

On trouve dans la littérature quatre stratégies d'approche différentes à la démarche diagnostique (18) :

- La reconnaissance d'un archétype, ou d'un canevas - diagnostic certain qui s'impose d'emblée sur la base d'une présentation typique reconnue par le médecin
- L'algorithme, ou arbre décisionnel - cheminement de type binaire (présence ou absence d'un signe) pour avancer par étapes et éliminer successivement les diagnostics
- Le dossier d'investigation, ou stratégie exhaustive - modèle inductif consistant à établir une liste exhaustive des éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic, sans orientation précise préalable ;
- La méthode hypothético-déductive - le praticien part d'hypothèses diagnostiques rapidement posées, affinées (infirmeries ou confirmées) par une série d'indices qui l'amèneront à en déduire une série de conclusions.

Le médecin utilise ces quatre méthodes à des degrés divers selon le type de problème clinique auquel il se voit confronté. Pour un médecin expérimenté le premier schéma (reconnaissance d'un canevas, non-analytique) avec ses risques

de conclusion hâtive, ainsi que le quatrième (méthode hypothético-déductive, analytique) sont les plus utilisés.

La **méthode hypothético-déductive** est décrite comme la plus adaptée à la médecine générale. Elle consiste dans la formulation à partir des premières données du patient d'une courte liste de diagnostics potentiels (hypothèses), liste enrichie et hiérarchisée par la connaissance antérieure que le médecin a de son patient. Sur la base des hypothèses (maximum 5 à 7) établies dans les premières minutes de la consultation, le médecin va cibler la collecte d'informations verbales et cliniques, ce qui tend à réduire cette liste d'hypothèses pour arriver au diagnostic le plus probable.

A l'hôpital les internes sont formés surtout à la **méthode du dossier d'investigation** (35), qui a une fonction d'apprentissage, trouvant son utilité chez les médecins inexpérimentés par la systématisation rigoureuse du recueil des données qu'elle impose dans l'approche de tableaux complexes. Cette technique chronophage et coûteuse en examens techniques complémentaires se veut par définition aussi peu intuitive que possible afin de ne négliger aucune hypothèse de travail. Elle possède les défauts propres à tous les dossiers d'investigations, à savoir la lenteur et l'encombrement progressif par des données parasites occultant un diagnostic parfois évident. Il est admis dans la littérature que « chacun a appris à travailler de la sorte pour ne plus jamais l'utiliser par la suite » (18).

Actuellement la recherche sur le raisonnement clinique confirme qu'il n'existe pas de stratégie unique pour résoudre un problème clinique mais que plusieurs chemins sont possibles pour y parvenir. L'utilisation préférentielle d'une seule stratégie ou encore le recours à des stratégies mixtes dépendent des situations (32). L'enseignement médical devrait le prendre en compte, en proposant aux étudiants un apprentissage simultané, intriqué et répété de ces démarches complémentaires tout au long de leur cursus. La combinaison judicieuse des deux modes d'approches les plus souvent utilisées améliorerait le taux d'acquisition des connaissances (1).

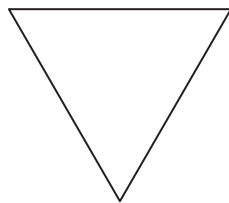
D'autres données de la littérature répondent à cette question. Certaines études montrent qu'avoir deux systèmes de connaissances parallèles et indépendants sur un même problème de santé représente un « gaspillage pédagogique » (6).

3. La médecine générale intervient à un **stade précoce et indifférencié du développement des maladies**, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

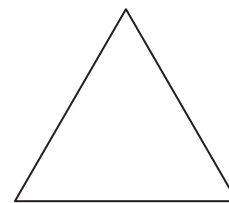
Les tableaux présentés par les patients de ville étant le plus souvent débutants et incomplets, on comprend le désir des étudiants d'être mieux formés à la démarche clinique notamment dans les services d'urgences, avec un recours plus ciblé aux examens complémentaires et une meilleure formation à la thérapeutique de premier recours.

Figure No. 2 – Démarche clinique contre démarche technique dans les différents secteurs du système de soins

Démarche clinique



Soins primaires
Soins secondaires
Soins tertiaires



Démarche technique

4. La médecine générale se trouve au centre du système de santé **coordonnant les soins**, le recours aux autres professionnels de soins primaires et aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Le médecin généraliste se pose ainsi en allié du patient, lui permettant un accès aux autres acteurs du système de santé. Il doit avoir des bonnes connaissances sur les possibilités du système, ainsi qu'une opinion propre sur leurs actions de façon à conseiller utilement le patient. Les internes aspirent de façon légitime à une formation à l'autonomie dans la prise de décision et à une reconnaissance de leur capacité de réflexion au même titre que les autres spécialistes.

5. La médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui **construit dans la durée une relation médecin-patient** basée sur une communication appropriée. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle développe une approche centrée sur la personne et un champ d'activités défini par les besoins et les demandes des patients. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les internes signalent bien les différences dans la relation médecin malade entre les milieux hospitalier et ambulatoire, le médecin hospitalier étant plus paternaliste devant un patient souvent docile dans des situations d'urgence dans un milieu inconnu. Le rôle du médecin hospitalier est de poser un diagnostic et de proposer une conduite thérapeutique. En ville la relation se fait plus dans la continuité comme une alliance en vue des soins, avec une meilleure connaissance des protagonistes et des interactions qui la rendent plus complexe pour le médecin. Celui-ci doit considérer les dimensions multiples du patient pour le convaincre et le faire adhérer car celui-ci est acteur principal dans la démarche de soins primaire. Le rôle du médecin généraliste est de répondre à la demande du patient.

6. La médecine générale prend en compte tous les problèmes de santé de façon simultanée et gère aussi bien les problèmes aigus que chroniques de chaque patient. Elle donne une réponse à la majorité des problèmes de santé non sélectionnés et complexes. Elle favorise la **promotion et l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

La consultation de « quelqu'un qui va bien » est en effet évoquée par les étudiants dans les discussions, pour décrire les consultations de suivi des patients chroniques, ainsi que les consultations pour des motifs bénins qu'ils aimeraient savoir étoffer en incluant ces démarches d'éducation et prévention auxquelles ils estiment ne pas être assez formés. Par ailleurs sont recherchées des capacités de synthèse des multiples données recueillies et des capacités d'organisation dans le

temps des différentes prises en charge, y compris la gestion fréquente du manque du diagnostic de certitude en fin de consultation.

Le tableau des principales pathologies auxquelles le médecin généraliste répond en ambulatoire illustre bien la part importante des pathologies bénignes, chroniques et psychiatriques pour lesquelles les internes demandent une meilleure formation hospitalière.

Tableau No. 1 - 10 premiers diagnostics ou motifs de recours en médecine générale en % (16)

HTA	16,6
Anxiété, angoisse, Dépression	12,8
Rhinopharyngite, Angine	9,4
Examen systématique, prévention	8,2
Lombalgie	4,8
Hyperlipidémie	4,7
Arthrose	4,7
Diabète	4,4
Asthénie, fatigue	3,9
Douleur abdominale	3,8

7. La médecine générale a une **obligation d'efficacité**.

La médecine générale d'aujourd'hui doit être performante pour garantir aux usagers une prise en charge de qualité. On voit à travers les questionnements des internes sur leur formation initiale (gestes pratiques, acquisition des réflexes, prises en charge actives) et sur la formation médicale continue après la fin de l'internat, ce désir de trouver les moyens de se garantir un bon niveau des connaissances. Fait partie de cette recherche d'efficacité la demande de participation à l'hôpital aux séances de bibliographie, aux travaux de recherche et d'évaluation des pratiques. On peut également en rapprocher le désir d'une meilleure formation à la gestion de l'entreprise médicale (secrétariat, tâches

administratives, organisation etc.) qui peut, mal organisée, peser sur la qualité des soins délivrés. Cette formation relève cependant plus de la formation théorique et pratique faite en ambulatoire, ainsi que des aides formelles (CPAM, ARS etc.) et informelles (pairs) reçues au début de l'activité libérale.

En mettant les propos des internes en perspective avec les caractéristiques de la profession on observe que les demandes faites sont en adéquation avec l'image moderne de la médecine générale et qu'il est donc licite d'essayer d'y accéder.

ADAPTATION DE LA FORMATION HOSPITALIERE AUX THEORIES ACTUELLES D'APPRENTISSAGE

Une réflexion sur la nature et la façon d'enseigner est utile à tout processus d'enseignement. On a comparé les résultats de l'étude aux données de l'approche constructiviste et du paradigme d'apprentissage qui dominent aujourd'hui la réflexion pédagogique (5).

Rôle central de l'apprenant

Les théories actuelles affirment le **caractère individuel et actif de tout apprentissage**. L'interne doit se trouver ainsi au centre de son propre processus de formation, qui doit lui être adapté. Il construit ses connaissances à partir de questions qu'il se pose en interagissant avec ses professeurs et ses collègues, encouragé à son autonomie, incité à reconnaître ses résistances et ses obstacles.

Le rôle de l'interne à l'hôpital ne correspond pas à cette démarche. Il est décrit le plus souvent comme un exécutant passif, obligé de rentrer dans un moule, qui n'est encouragé à une autonomie qu'en situation d'utilité pour la structure hospitalière (secteurs d'urgence en manque de personnel qualifié, défaillance des autres personnels, tâches peu valorisantes ou situations conflictuelles).

Sélection des informations. Rôle des représentations antérieures

Pour réussir à **catégoriser** les informations à la base des connaissances, il faut savoir repérer des caractéristiques et **sélectionner ce que l'on retient**. Pour que les internes puissent construire des connaissances utiles il est nécessaire qu'ils puissent cibler des objectifs à acquérir, savoir quoi venir chercher dans le monde hospitalier. Leurs demandes d'avoir un cahier d'objectifs de stage clairement défini dès le début du stage cadre avec cette démarche. L'intervention des médecins encadrants peut également s'avérer utile s'ils sont sensibilisés aux besoins des futurs médecins généralistes par une meilleure connaissance du milieu ambulatoire de soins primaires. Par ailleurs une bonne connaissance du secteur ambulatoire peut guider les internes dans la sélection des informations à acquérir.

Les représentations antérieures, conceptions du sujet sur la question traitée, exercent une influence considérable car elles conditionnent ses facultés de compréhension du problème, de raisonnement et d'intégration de données nouvelles. Plus les informations à retenir ont un sens sur la base des connaissances antérieures, meilleure est leur rétention. Le fait d'être d'emblée sensibilisé aux besoins de la médecine de ville par un stage intervenant tôt dans la formation aide à mieux choisir les informations à sélectionner.

Des représentations en perpétuel changement sans mise en opposition

Tout apprentissage provoque **une modification des représentations du sujet** (36). Les nouveaux savoirs ne doivent pas remettre en question une représentation antérieure considérée comme pertinente par l'apprenant. Les systèmes de réflexion hospitalière et ambulatoire ne doivent pas entrer en compétition. Par contre comme mentionné plus haut, les différentes stratégies pour aborder une démarche diagnostique doivent être connues par les médecins pour pouvoir les utiliser en fonction du problème rencontré. La place de la méthode hospitalière exhaustive du dossier doit cependant être relativisée par rapport à la méthode hypothético-déductive beaucoup plus utilisée en ville. On peut en rapprocher la proposition de certains internes de faire dans une même discipline des stages partagés entre la ville et l'ambulatoire, pour avoir une vision des deux systèmes.

Le rôle facilitateur de l'enseignant

La place des formateurs est déterminante dans cette démarche éducative centrée sur l'apprenant. La remise en question permanente de l'étudiant nécessaire aux acquisitions est mieux acceptée s'il se sent accompagné et soutenu par l'enseignant. Il faut éviter une didactisation excessive car elle est un obstacle dans l'apprentissage des compétences professionnelles (38). Ainsi l'enseignant devient un médiateur des savoirs et un facilitateur des apprentissages. Il doit être disponible et accessible.

A l'hôpital la relation avec les médecins est décrite le plus souvent comme difficile, les seniors étant peu disponibles et peu enclins aux échanges sur les prises en charge. Les internes exécutent le plus souvent les divers avis des spécialistes sans être consultés et sans toujours comprendre les choix retenus.

Par ses choix éducatifs et son comportement l'enseignant influe sur les motivations de ses étudiants, le choix des objectifs, l'éveil de l'intérêt, l'enthousiasme. Les encouragements mérités ont toujours des conséquences positives. Les retours sur les actions des internes sont ainsi très importants, tout comme la sensibilisation à certains aspects moins évidents des prises en charge comme la prévention ou l'éducation des patients.

Il appartient à l'enseignant d'insister sur le message essentiel que doit privilégier l'apprenant dans le flux d'information qu'il reçoit. Il doit attirer l'attention de l'étudiant sur l'importance de la sélection des informations utiles. L'attente du maître induit des performances de l'élève (38).

A l'hôpital cette sélection des informations utiles par les enseignants est tout au moins en partie faite. On peut cependant se poser la question de l'utilité de ces informations pour l'exercice ambulatoire ou pour la prise en charge hospitalière. L'intérêt et la connaissance des médecins hospitaliers des besoins de l'ambulatoire apparaissent en effet comme accessoires. La pression et l'attente sont fortes sur les tâches utiles aux services, obligeant les internes à se concentrer sur celles-ci.

L'enseignant a la responsabilité d'organiser les situations d'apprentissage pour les tâches complexes, de réguler l'étudiant en fonction de sa performance, sur son processus et sa stratégie. Il doit apprécier quelles connaissances doivent aboutir à des automatismes et adapter ses méthodes.

En cas d'erreur, l'exposé de la bonne solution, même très clair, a peu de chance de convaincre durablement ; c'est un retour en amont avec questionnements sur l'obstacle, analyse de ses composants, des solutions possibles, qui seule peut influencer durablement la représentation de l'élève (2). Les différences d'opinion des médecins sur les prises en charge peuvent être bénéfiques tout comme les prises en charge autonomes des internes, même erronées, à la condition que les internes puissent revenir sur ces situations et « débriefier » comme ils le demandent, avec des médecins seniors disponibles et ouverts aux échanges.

Facteurs favorisant l'apprentissage

Plusieurs facteurs ont été désignés comme favorisant les apprentissages. Parmi ceux-ci la **motivation de l'apprenant** et celle de l'enseignant jouent un rôle important. L'importance de la motivation de l'enseignant a été traitée plus haut.

Pour l'apprenant la motivation intrinsèque, d'ordre personnel a plusieurs composantes : l'apprenant doit s'estimer capable d'atteindre un but qu'il s'est fixé (**confiance en soi**), il doit penser que les autres le considèrent (**estime de soi**), il a une **perception de l'intérêt de l'objectif**, de **l'adéquation de la méthode pédagogique** mise en œuvre, il a le sentiment d'avoir une **autodétermination**, une **liberté** dans le cadre de la formation en cours.

A l'inverse, un sentiment d'incompétence, d'inutilité, de contrainte, de situation incontrôlée conduit à une mauvaise image de soi, à une démotivation. On a pu parler de « résignation apprise chez l'apprenant » suite à une série d'échecs et de frustrations (6).

Les internes parlent d'une façon poignante de leurs sentiments de dévalorisation, d'inutilité et de contrainte par rapport aux tâches qui leur sont désignées et dans les rapports avec les autres professionnels hospitaliers. Ils expliquent aussi être plus motivés dans les services où ils sont mieux considérés et accompagnés.

La motivation extrinsèque fait référence aux avantages sociaux de l'apprentissage comme la reconnaissance de la place du médecin généraliste. Celle-ci est loin d'être acquise à l'hôpital autant d'après les dires des internes que des autres sources consultées (8).

L'interaction sociale et la dimension affective jouent un rôle dans les apprentissages, tant dans la relation enseignant-enseigné que dans les relations entre pairs, au sein des groupes d'apprentissage (4, 39). La valorisation et la place des internes au sein des équipes soignantes, par rapport aux enseignants, des pairs et des patients prennent ainsi toute leur place.

La mise en situation

Les connaissances à acquérir dans le cadre de la formation médicale sont de plusieurs types (5). Il s'agit de connaissances complexes dont l'acquisition est délicate.

Les plus simples sont **les connaissances déclaratives** –règles de base qui doivent être acquises après avoir ciblé celles qui sont nécessaires. Les connaissances **procédurales et conditionnelles**, dynamiques, destinées à l'action et à la décision ne peuvent pas être transmises comme des connaissances déclaratives de façon statique en les exposant de manière linéaire, c'est **la mise en situation clinique authentique ou semi-authentique** – cas simulés qui peut conduire l'étudiant à construire des connaissances d'action utilisables. Les connaissances sont construites prioritairement à partir de contextes professionnels authentiques. La répétition de ces procédures, dans des contextes nombreux et variables (**contextualisation**) fait qu'elles deviennent des automatismes.

On comprend pourquoi la variation des contextes de travail des internes permet de mieux les former en les aidant à fixer ces informations complexes. Les tâches des étudiants doivent aussi être adaptées par rapport à leur exercice futur. A l'hôpital les tâches sont souvent répétitives et les situations peu superposables à la médecine ambulatoire.

A côté des connaissances conscientes, exprimables, il existe des **connaissances implicites** – règles de comportement, acquises par l'observation, que l'enseignant doit aborder de façon à ce que l'étudiant s'entraîne et prenne conscience de leur importance (5). La présence de l'enseignant en tant qu'exemple notamment lors des situations difficiles avec les patients et leurs familles est ainsi essentielle.

La connaissance que chacun a de ses propres capacités, sur son fonctionnement intellectuel, sur l'état de ses propres connaissances joue un rôle indispensable sur

la capacité à apprendre (33), il s'agit de **métaconnaissances**. Leur apprentissage se fait de façon individuelle car elles portent sur le fonctionnement cognitif propre de chacun. Les enseignants doivent susciter chez l'étudiant un questionnement sur leurs stratégies d'apprentissages. Ces questionnements sont mis en œuvre par exemple pendant les ARC - apprentissage au raisonnement clinique (10, 11).

Cela implique l'organisation de séances d'apprentissage et d'évaluation complexes pour former les internes.

L'évaluation authentique

L'évaluation doit être enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage, et utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les acquis. L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages.

Les évaluations sont faites directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios. Certaines facultés ont en effet instauré l'obligation d'un portfolio - outil d'interaction qui articule les activités d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation. Il s'agit d'une collection organisée de matériel permettant d'obtenir des informations sur les apprentissages réalisés et sur les compétences développées (9, 19).

A l'hôpital l'évaluation est le plus souvent une formalité sommaire et décevante pour les internes.

Tous ces éléments nous font dire que la formation hospitalière s'inscrit plus dans un schéma classique de transmission des savoirs en opposition avec les théories pédagogiques modernes qui se retrouvent dans les demandes des internes. Les caractéristiques des deux systèmes pédagogiques sont présentées dans le **Tableau No. 2..**

Tableau No. 2 Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage (23)

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets...
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour pro m o u voir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels de portfolios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

QUELQUES HYPOTHESES SUR LES ORIGINES DES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES A L'HOPITAL

Ce que l'on remarque en premier dans les retranscriptions des entretiens, c'est le ton revendicateur des internes présents. Ils portent des jugements sévères sur leur position à l'hôpital et sur leur formation. Pourtant dans les services hospitaliers il est très rare d'avoir des conflits ouverts entre les internes et les enseignants ou les autres professionnels hospitaliers, les internes se coulent dans le rôle qu'on leur demande de jouer au sein de l'institution. Les grèves sont dictées par des mouvements de contestations nationaux pour des questions souvent statutaires et non pour des questions locales. Quels sont les mécanismes qui font tenir les internes à la place qu'on leur désigne malgré la conscience que celle-ci ne leur convient pas ?

Un conditionnement à l'exercice hospitalier

En étudiant l'histoire de la formation des médecins généralistes on se rend compte qu'elle reste, malgré des rapprochements de l'ambulatoire, assez proche de la formation d'un interne de spécialité. Un des buts principaux de celle-ci étant de sélectionner les futurs praticiens hospitaliers, il est compréhensible qu'on demande aux internes d'être le plus proches des demandes des services.

Les internes connaissent peu le milieu ambulatoire, leur formation clinique étant faite dès l'externat quasi exclusivement en milieu hospitalier. L'exercice hospitalier est présenté comme le meilleur au niveau scientifique, le plus performant en termes de moyens et de résultats. Il serait également plus valorisant et le plus bénéfique en qualité de vie. A côté l'image des médecins généralistes est assez peu reluisante : par rapport à la complexité des pathologies et à la technicité de l'hôpital, le médecin généraliste traite des maladies bénignes, connaît et respecte peu les recommandations en vigueur, est submergé par son emploi du temps et les tâches administratives (8). Dès lors l'interne en formation est plus qu'incité à se fondre dans le monde hospitalier pour avoir une chance d'y rester travailler par la suite.

D'ailleurs, dans leurs souhaits d'exercice futur les internes interrogés se séparent en deux catégories.

D'un côté ceux qui acceptent les conditions de travail hospitalières avec leurs avantages et leurs inconvénients et qui voudraient y travailler par la suite, en général après l'obtention d'un DESC, le plus souvent dans notre étude celui de médecine d'urgences. Ces sujets émettent des critiques par rapport au système hospitalier mais semblent l'avoir accepté et y avoir trouvé leur place.

De l'autre côté il y a le groupe, majoritaire, de ceux qui ont choisi la médecine libérale en opposition au monde hospitalier. S'ils trouvent qu'il y a un intérêt à avoir une formation hospitalière, ils ne désirent pas y travailler, à temps plein tout au moins, par rapport aux principes de l'exercice. Les internes sont très attentifs aux aspects d'organisation du travail et relèvent les éléments qui rendent l'activité des médecins plus aisée à l'hôpital pour essayer de faire de même en ville.

Le choix de l'exercice libéral se fait par refus du monde hospitalier qui reste la première option pour les étudiants. L'hôpital sélectionne ainsi ses futurs praticiens dans les rangs même des médecins généralistes en principe destinés à une activité libérale, en choisissant ceux qui s'adaptent le mieux et acceptent ses lois de fonctionnement.

Une maquette majoritairement hospitalière

La demande de stages en libéral est très grande confirmée par des enquêtes diverses (20,22). Les internes désirent aussi avoir des échanges avec les spécialistes ambulatoires, pour mieux adapter leurs conduites à tenir au libéral.

Une vraie réflexion sur la place du stage chez le praticien par rapport au stage aux urgences devrait être menée, les internes étant partagés sur ce sujet. Il nous a semblé que le fait de passer en premier en stage chez le praticien permet de débiter d'emblée avec une arrière pensée libérale, de poser des objectifs d'apprentissage. Par ailleurs un passage retardé aux urgences au vu des difficultés d'encadrement et des qualités requises par les internes semble plus opportun.

Deux mondes séparés

A travers les discussions des internes on entrevoit deux mondes différents que sont celui de la ville et celui de l'hôpital, qui interagissent par la force des choses dans la prise en charge des patients, mais qui ne fonctionnent pas en harmonie. On peut se demander si plus que complémentaires ces deux systèmes ne sont pas en concurrence sur une échelle scientifique et sociale.

L'opinion et la vision qu'ont et donnent les médecins hospitaliers de la médecine de ville ne sont pas toujours positives en terme de compétence.

Leur investissements dans la formation des médecins généralistes se font plus par la force des choses que de façon intentionnelle et adaptée. L'étudiant est formé à tenir les postes hospitaliers et non à être autonome et formé à un exercice de ville.

L'absence de sources pour s'adapter en ville

Les internes ont des difficultés à adapter les informations intégrées à l'hôpital à une utilisation en ville. Ils reconnaissent que les conduites à tenir et le raisonnement hospitalier ne peuvent pas être appliqués tels quels à la pratique libérale, mais trouvent rarement des sources fiables pour les adapter, que ce soit auprès niveau des maitres de stage ou des revues de spécialité. Il existe un véritable « choc » à l'arrivée en autonomie totale en remplacement. La formation « sur le tas » des premiers temps de remplacement semble occuper une place très importante. Un tutorat prolongé dans les premiers temps de remplacement semble être une solution, tout comme le sont en pratique les remplacements en début d'activité dans des cabinets de groupe.

La responsabilisation de l'interne et sa résignation

Un autre aspect tient à la responsabilisation de l'interne par rapport aux patients dont il s'occupe. Dès son arrivée dans un service on signifie généralement à l'interne des tâches tenant au fonctionnement de l'unité. En dehors des rares présentations en staff et de la présence aux cours éventuellement organisés par les services, il n'existe pas de tâches de formation proprement dites, par exemple assister aux examens complémentaires ou aux consultations. Du fait de sa

présence effective quasi permanente dans l'unité d'hospitalisation, l'interne est l'interlocuteur privilégié aussi bien des patients, et de leurs familles que des équipes soignantes. Dès lors la satisfaction de ceux-ci s'impose à lui et passe devant ses nécessités de formation, et ceci d'autant plus que l'interne lui-même ne sait pas ce qui lui servira plus tard dans sa pratique.

La faible disponibilité des praticiens hospitaliers notamment dans les services du CHU renforce cette impression de délaissement, ainsi que les pressions pour absorber le travail des absents partis en cours ou en congés. Le passage du chef se résume en général à deux visites par semaine et éventuellement aux transmissions du matin. Un bon interne est celui qui est présent un maximum de temps dans l'unité et qui dérange rarement son chef ainsi plus enclin, en principe à répondre à ses questions. Vu leur désir de formation, les internes, ont tout intérêt à contenter les médecins hospitaliers dans lesquels ils reconnaissent des sources de savoir. C'est ainsi que l'interne est rendu « de facto » et jusqu'à la culpabilisation, l'indispensable responsable des patients alors que bien sûr cette responsabilité incombe aux praticiens du service et qu'en principe l'hôpital devrait pouvoir fonctionner sans interne, ce qui est loin d'être le cas en pratique.

Il existe un manque de communication entre internes et médecins, que ce soit sur les prises en charge cliniques, sur l'évaluation, sur le déroulement du stage en lui-même. Les internes demandent une relation partenariale.

L'opposition entre une exigence de présentisme maximum et le peu de considération dont ils jouissent les touche les internes et favorise leur résignation.

Une recherche de reconnaissance

Au travers de leurs dires, tant en ce qui concerne les évaluations en face-à-face que le besoin d'avoir des retours sur leur travail on devine la recherche d'acceptation par les pairs, notamment les praticiens hospitaliers du CHU et les PU-PH en haut de la pyramide de la profession. Cette reconnaissance permettrait une relation privilégiée propice aux échanges formateurs et l'acceptation par la profession les aidant à se poser en vrais professionnels. Les hospitaliers conditionnent en général cette reconnaissance à la soumission de l'interne au rôle classique d'exécutant docile.

Le récent avènement de la filière universitaire de médecine générale met un bémol à cette attente de reconnaissance des internes par les PH car in fine ce sont leurs pairs, enseignants en médecine générale qui les valident, sur les conseils des PU-PH responsables des services, mais en toute indépendance. Le rôle joué par le département de médecine générale devient très important car il est le garant d'une formation utile et adaptée et de conditions de travail correctes.

On peut dire que les opinions des internes s'inscrivent dans le mouvement de réhabilitation de la profession, débuté par la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité à part entière et qu'elles vont favoriser les changements nécessaires au niveau de la formation.

Une variable d'ajustement et un apprentissage accessoire

Le fonctionnement de l'apprentissage des internes à l'hôpital devrait être celui d'un accompagnement souple et adapté. L'interne devrait acquérir des savoirs progressivement en ayant un contrôle régulier de ses connaissances.

Son autonomie décisionnelle est conditionnée au nombre d'encadrants disponibles. Elle peut être ainsi quasi nulle dans les unités en journée pour devenir maximale aux urgences la nuit, de façon inversement proportionnelle aux responsabilités potentielles.

On a l'impression qu'au lieu d'être un partenaire décisionnel, l'interne est, à l'hôpital, beaucoup plus souvent une variable d'ajustement, qu'on utilise pour pallier au manque des autres professionnels et absorber certaines surpressions. Ainsi il peut remplacer des personnels paramédicaux en cas de surcharge de travail, des personnels médicaux pour de tâches peu valorisantes ou pénibles comme le contact journalier avec les familles ou avec les autres médecins. Il y a beaucoup d'ironie et d'auto dérision dans les propos des internes concernant certaines de leurs tâches à l'hôpital notamment le passage au bloc en tant qu'aide opératoire ou la surveillance de routine dans les « attentes de placement ».

La pose de perfusion est par définition un geste technique pour lesquels un accompagnement est nécessaire. Ce geste peut être utile en ville, mais il est difficile de l'apprendre pendant l'internat car il n'y a pas de besoin pour l'hôpital

que les internes le maîtrisent. Il prouve que l'hôpital se limite à enseigner que des gestes pouvant lui servir.

Par ailleurs la place de l'auto apprentissage ou de l'apprentissage « sur le tas » sans vrai contrôle est importante, avec des sentiments de responsabilité mal assumée et de savoirs non validés. L'interne doit bien apprendre à connaître ses limites, avoir des réflexes médico-légaux et ne pas se laisser intimider pour demander l'avis des séniors au moindre doute, ce qui rend l'apprentissage difficile.

Les internes se posent des questions sur la façon dont ils doivent apprendre certaines informations, notamment les gestes pratiques. Ils pensent qu'il est possible d'en réaliser une partie uniquement après une formation théorique - infiltrations et qu'en revanche d'autres – pose de stérilet sont quasiment impossibles à faire sans formation pratique. Ils reconnaissent le poids de l'expérience.

Des vrais efforts d'organisation des services ainsi que de la part des médecins encadrants sont demandés pour une supervision souple, présente en cas de besoin et adaptée à chaque étudiant, à ses savoirs et à ses demandes dans un moment précis. La place de l'interne à l'hôpital devrait être rétablie en tant que « praticien en formation ».

Un manque de réglementation et une qualité de vie très relative

Les internes sont conscients des difficultés à réglementer les stages hospitaliers du fait de la diversité de leur contenu pédagogique, de leur fonctionnement et des aléas du monde hospitalier. Ils trouvent cependant qu'il y a des règles qui devraient être mieux respectées afin d'assurer une formation plus adaptée et sereine, notamment en terme de responsabilité médico-légale. Ces responsabilités assumées à la limite de la légalité pèsent sur leur formation.

L'internat est une période difficile dans la vie d'un futur praticien qui doit gérer les exigences de sa vie personnelle en plus de celles de la formation. Les exigences hospitalières : horaires étendus, gardes de nuit et de week-end, demande de mobilité tous les six mois accroissent de fait ces difficultés personnelles.

On ne peut négliger les difficultés psychologiques, qui peuvent être importantes également. L'hôpital est une « école à la dure » avec ses mises à l'épreuve physiques et psychologiques, « forger le caractère », mais également provoquer parfois des drames.

CONCLUSION

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

Les internes interrogés reconnaissent l'importance de l'expérience hospitalière et cherchent à se faire transmettre des conduites à tenir issues des savoirs hospitalo-universitaires, qu'ils considèrent les plus proches des dernières avancées de la science et indépendants de l'industrie. Ils déplorent cependant la durée trop importante de la formation hospitalière par rapport à l'ambulatoire. Une éventuelle réforme de l'internat avec passage à 4 ans devrait prendre en compte ce constat et privilégier la création de nouveaux stages en ville.

Pour améliorer la formation des futurs médecins généralistes une vraie volonté de formation sera nécessaire, suivant des objectifs clairement établis et énoncés, doublée par une évaluation plus étoffée, plus fréquente et plus personnalisée. Des démarches dans ce sens ont été faites à Rouen, le DUMG coordonnant depuis 2009 un programme de définition des compétences à acquérir par les internes en stage de médecine (Annexe No. 3), de gynécologie, et bientôt, d'urgences, à travers des groupes nominaux aboutissant à une liste d'objectifs rajoutés aux fiches d'évaluation des stages. Une étude pourrait réévaluer les apports de la définition et de l'adoption des objectifs ainsi établis.

Les internes souhaitent une formation hospitalière mieux adaptée à leur future pratique de la médecine générale, tant au niveau du raisonnement que des conduites à tenir pour les rendre applicables en ville, en renforçant leur participation aux consultations et leur formation aux gestes pratiques dédiés. Cette formation doit être plus ciblée notamment sur la prise en charge des pathologies fréquentes en ville, des maladies chroniques, de la thérapeutique courante. La procédure d'obtention de l'agrément par les services hospitaliers auprès des DUMG, pour recevoir des internes dans le cadre du DES de médecine générale s'inscrit dans cette démarche (Annexe No. 4). Elle devrait être plus complète avec un suivi de contrôle plus accru.

L'encadrement des internes doit être plus important, surtout au niveau des services d'urgences de nuit et en début de stage, avec la possibilité de toujours avoir un recours rapide aux séniors. Cet encadrement doit être de qualité avec des médecins formateurs motivés, disponibles et aptes aux échanges. On peut se demander si les médecins hospitaliers sont assez sensibilisés et informés des besoins des médecins généraliste exerçant en ambulatoire. Il serait intéressant d'étudier leurs opinions sur les principes de formation employés, leurs motivations et leur ressenti.

Pour leur permettre de mieux se former les étudiants demandent des conditions de travail acceptables et leur meilleure valorisation au sein de l'hôpital. Ils aspirent à une reconnaissance de leur travail et de leurs capacités en tant que praticiens dont le but principal est la formation. Ils souhaitent être plus associés aux tâches décisives et pas uniquement à celles de routine utiles aux services. Une autre étude pourrait préciser les causes de cette distribution des tâches peu propice à l'enseignement de la médecine générale. De la même façon, on pourrait évaluer l'image qu'ont des internes les autres professionnels de l'hôpital ainsi que les usagers, de façon à trouver des pistes pour l'amélioration de la perception et du ressenti des internes à l'hôpital.

Il est capital que la place du médecin généraliste au sein du système de santé soit reconnue par la profession et les tutelles et que la formation et la recherche soient adaptées à ses fonctions, de façon à permettre la mise en place d'une médecine de famille de qualité, gage de bonne santé pour la population. Une meilleure formation permettrait aux jeunes médecins généralistes de se sentir plus prêts à une installation en ambulatoire après l'obtention de leur diplôme de fin d'étude. Actuellement le pourcentage d'installations est très faible, malgré les mesures incitatives mises en place.

ANNEXE No. 1 Guide d'entretien focus groups utilisé par les animateurs lors des entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUPS

Présenter en bref la méthode des focus groups, ses buts et ses étapes.

Focus group =

- entretien de groupe – groupe d'expression
- méthode d'investigation qualitative s'opposant aux méthodes quantitatives – questionnaire par exemple
- évalue des comportements et des opinions - atteintes, besoins, satisfaction, motivation
- fait émerger des idées inattendues, nouvelles avant de les tester éventuellement par méthode quantitative

Déroulement de la séance

- échanges libres qui explorent les différents points de vue des participants sur quelques sujets généraux
- chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu
- la discussion permet de préciser et clarifier les pensées
- il ne s'agit pas d'établir un consensus, toute opinion est prise en compte**

En pratique

- Rappeler l'accord de tous les participants pour enregistrer
- Appel par le prénom, anonymat, tableau de présence à faire circuler
- Pas de téléphone portable
- Respect de la parole de chacun, pas de jugement
- Identifier les sujets leaders - à modérer et les silencieux - à faire parler
- Rappeler aux participants de s'identifier par leur prénom avant de prendre la parole ou les identifier
- Présenter l'observateur et donner son rôle – observe et n'intervient pas
- Durée approximative 1h30-2h
- Eventualité de demande ultérieure d'un complément d'information par mail si nécessaire

SUJET

POUR MEMOIRE - A NE PAS DIRE *L'axe central de la discussion est l'adaptation entre les **stages hospitaliers** et la **pratique de médecine générale de ville**.*

1. COMMENCER PAR 1^{er} tour rapide de table

« Vous êtes tous passés dans plusieurs stages hospitaliers, quelle impression en gardez vous – est-ce qu'ils ont rempli vos attentes – dites-nous en quelques mots les points positifs et négatifs »

2. **Quelle est la place qu'on donne à l'interne de médecine générale à l'hôpital, comment est-il vu ? Comment avez-vous vécu cette situation et est-ce que ça vous a aidé pour vous construire en tant que futur médecin généraliste.**

Pour relancer :

- valorisation
- apprentissage de l'autonomie ds le service et en garde
- formation à la recherche, FMC, sources de données etc
- transmission des savoirs
- retour sur les expériences – discussion de cas

3. **« Vous êtes tous passés dans au moins un stage chez le médecin généraliste, vous avez éventuellement remplacé – est-ce qu'il y a des situations qui vous ont désemparé ? Avez-vous pu vous référer à votre expérience hospitalière ? Votre formation hospitalière vous a-t-elle semblé adaptée ?**

RELANCER - Par exemple :

- rôle important du malade dans la relation médecin malade de ville par rapport à l'hôpital
- traitement dans des pathologies bénignes mais fréquentes
- durée des consultations - respecter le timing des RDV
- pathologies psychiatriques - dépression
- traitement de fond des maladies chroniques – initier ou renforcer un traitement anti HTA, arrêter les traitements hypnotiques
- gestion de l'urgence – hiérarchisation des urgences en ville (relative-semi-urgente ou absolue)
- refus de soins – d'une hospitalisation, d'une biologie
- demande de certificats, d'arrêt de travail
- éducation – prévention – addictions
- gestes pratiques
- problèmes sociaux, histoires familiales difficiles
- consultations répétées

4. DERNIER TOUR DE TABLE

« Quelles seraient vos propositions pour améliorer les stages hospitaliers en médecine générale ? »

Fin du focus group

- remercier les participants
- préciser que l'ensemble des focus groups générera des conclusions et que les participants pourront les valider par mail

ANNEXE No. 2 - Liste des codes

1. Adaptation ville hôpital	45. Hiérarchie
2. Adéquation	46. Image de l'interne
3. Adresser	47. Indispensable
4. Agrément	48. Infériorité
5. Ambiance propice	49. Informer patient
6. Apprendre sur le tas	50. Insuffisances
7. Arbitre	51. Intéressant
8. Argent	52. Intéressement
9. Assurance	53. Intérêt patient
10. Autonome	54. Investissement
11. Autorité Bouc émissaire	55. Investissement ville hôpital
12. Bouche trous	56. Lien
13. Cadre rigide	57. Maintien à domicile
14. Caractère	58. Maquette
15. Cautionner	59. Médico légal
16. Charge de travail	60. Mépris
17. Choix ville	61. Mettre en situation
18. Chronique	62. Mettre en pratique
19. Cibler	63. Minimisation
20. Cohérence	64. Nécessaire
21. Communication	65. Organisation ville
22. Conflit	66. Pédiatrie
23. Connaître l'hôpital	67. Polypathologie
24. Conscience	68. Pression pour poste
25. Décideur	69. Qualité de vie
26. Décrédibilisation	70. Qualités libéral
27. Défauts ville	71. Rébarbatif 1
28. Dévalorisation	72. Recherche amélioration - Perfectionnisme
29. Différence	73. Réglementer
30. Différence CHU -périphérie	74. Remplacement
31. Différence internes	75. Réseau
32. Différence stages	76. Responsabilité
33. Différence ville hôpital	77. Rôle
34. Difficulté	78. Souffrance
35. Donnant - donnant	79. Spécialités ville
36. Echanges	80. Stage extérieur
37. Encadrement	81. Sur-spécialité
38. Equipe	82. Taches ingrates
39. Erreurs	83. Thérapeutique
40. Evaluation	84. Timing
41. Exécutant	85. Urgences
42. Formateur	86. Venir chercher
43. Formation	87. Volonté
44. Gestes pratiques	

**ANNEXE No. 3 – Liste des objectifs pour le stage de Médecine définis à Rouen
suite aux rencontres entre enseignants du DUMG et médecins hospitaliers**

**Département de Médecine Générale
Rencontres Hospitaliers-Généralistes
Objectifs de stage « Médecine Interne - Gériatrie »
01 octobre 2009**

A l'issue de son stage en Médecine Interne / Gériatrie, l'interne en MG doit être capable de :

1787	1. Hiérarchiser les problèmes, dans le cadre de la polypathologie
1622	2. S'assurer de la continuité de la prise en charge thérapeutique entre l'hôpital et le domicile
1545	3. Tenir compte de l'environnement, des ressources, de l'envie du patient pour proposer une prise en charge
1444	4. Rechercher de l'information, auprès de l'entourage et du médecin traitant
1438	5. Justifier et notifier les modifications thérapeutiques
1424	6. Avoir une rédaction critique de l'ordonnance (interactions ; SMR ou inconnus)
1353	7. Organiser la sortie d'un patient
1345	8. Identifier le besoin d'aide dans les gestes de la vie quotidienne en fonction de l'impact de la polypathologie sur l'autonomie du patient.
1318	9. Maîtriser les circuits de soins, filières et réseaux (CLIC, SSIAD, EHPAD, USLD, Soins palliatifs...)
1311	10. Adapter les stratégies thérapeutiques au contexte du grand âge et de la polypathologie.
1292	11. Anticiper les iatrogénies
1247	12. Inclure dans la démarche clinique une dimension d'évaluation gériatrique
1178	13. Maîtriser les algorithmes diagnostiques dans les grands syndromes (amaigrissement, fatigue, syndrome inflammatoire, anémie, chute...)
1126	14. Prendre en charge un patient atteint d'une maladie chronique
1037	15. Utilise à bon escient les recommandations
1020	16. Mettre en œuvre des actions de prévention
1006	17. Intégrer l'éducation thérapeutique dans sa pratique
993	18. Identifier les besoins de protection de justice (tutelle, curatelle...) d'un patient
898	19. Intégrer les procédures de soins en cours pour le patient en amont de son hospitalisation.
833	20. Utiliser de façon adaptée au patient les échelles d'évaluation
774	21. Identifier la maltraitance et ses facteurs de risque
473	22. Dépister les conduites à risques

ANNEXE No. 4 - Dossier en vue d'obtention de l'agrément comme lieu de stage pour le DES de Médecine générale à Rouen

**Demande d'agrément du service pour les internes
de DES de Médecine générale de ROUEN**

Consulter préalablement le dossier déposé par le service demandeur

Nom du demandeur :

Service :

Adresse de l'établissement :

Demande initiale confirmation à 1 an renouvellement

Orientation spécifique du service :

Orientations secondaires :

Nombre responsables pédagogiques potentiel (avec demandeur)

unité	Nb lit	orientation	Nb responsables pédagogiques	Temps moyen hospi / Nb entrée / j
1				/
2				/
3				/
4				/
Hal de jour				/
Hal semaine				/

- Durée minimum du stage préconisée par le responsable : 2 mois 3 mois 6 mois
- Possibilité de changer d'unité au cours du semestre : oui non
- Si < 6 mois possibilité de couplage avec autre stage : oui non
- Lequel :

Nombre d'interne optimal pour allier activité de service et temps pédagogique :
minimum maximum

Activité clinique de l'interne « auprès du patient » :

- **Horaires** de présence souhaités en semaine : de.....h àh
- Présence 1 samedi /..... - Présence 1 dimanche /
- Horaires présence souhaités le samedi : deh àh - dimanche : deh àh
- **Astreinte** de service : deh àh - nb...../mois
- **Visite** : seul accompagné Tlj accompagné tous les J supervisée
- **Contre visite** : seul accompagné Tlj accompagné tous les J J supervisée
- **Cahier d'objectifs** spécifiques au stage : oui non rencontres évaluation des objectifs :

Autres activités cliniques de l'interne :

Garde : Participation au service de garde : Au sein du service au service d'accueil de l'hôpital

Cours théoriques organisés pour les internes

	oui	non	Nb / mois	Participation active de l'interne
Cours théoriques dans la spécialité				
Cours théoriques autre spécialité				
Réunions bibliographiques				
Réunion de synthèse inter-disciplinaire (staff)				
2 demi journées formation /semaine sont libérées				
Consultations	Dans la spécialité	Hors spécialité	Nb/ semaine	Nb/ semestre
Consultation en supervision indirecte				
Consultation en supervision directe				

Consultation en observation directe				
Gestes pratiques acquis par l'interne à l'issue de son stage				
.				
.				
.				
Activité au bloc opératoire	Optionnel	Obligatoire	fréquence	
.				
Suivi de patients suite hospi : sous quelle forme				
.				
.				
autres activités du service (lesquels)				
.				
.				
.				
Accueil de l'interne dans l'établissement				
L'interne dispose d'un bureau réservé dans le service			Oui	Non
L'interne a un accès libre sur un poste informatique connecté sur le web			Oui	Non
L'interne a un accès libre à une bibliothèque dans le service			Oui	Non
Repas possible dans l'établissement			Oui	Non
Logement à proximité proposé			Oui	Non
Moyen de transport collectif			Oui	Non
L'absence de l'interne le jeudi après-midi pose-t-elle problème ? (cours à 14h30 précises à Rouen)				
Plutôt oui <input type="checkbox"/> plutôt non <input type="checkbox"/>				
Le service peut-il fonctionner sans un ou plusieurs internes de médecine générale ?				
Plutôt oui <input type="checkbox"/> plutôt non <input type="checkbox"/>				
Ce qui est perfectible				
Quels sont les points qui pourraient être amélioré pour augmenter la qualité pédagogique du stage pour l'interne de médecine générale				
.				
.				
.				
Agrément initiale pour 1 an <input type="checkbox"/> agrément pour 5 ans <input type="checkbox"/> agrément suspendu <input type="checkbox"/>				
Remarque sur l'agrément :				

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS – Agence régionale de santé

Chir – chirurgie

CHU – Centre hospitalier universitaire

CME – Commission médicale de l'établissement

CSCT – Certificat de synthèse clinique et thérapeutique

DCEM 1 à 4-Deuxième cycle d'études médicales 1^{ère} à 4^{ème} année

DES – Diplôme d'études spécialisées

DESC – Diplôme d'études spécialisées complémentaires

ECN – Examen Classant National

Gynéco – gynécologie

IBODE – Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IMG – Interne de médecine générale

KT – cathéter

Médecine gé – médecine générale

PCEM1 et 2-Premier cycle d'études médicales 1^{ère} et 2^{ème} année

PH – Praticien hospitalier

Prat – praticien tuteur d'un stage de 1^{er} niveau en DES de Médecine Générale

PU-PH – Professeur universitaire praticien hospitalier

Rempla- remplacement

SASPAS – Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

WONCA – World organisation of national Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – Organisation Mondiale des Medecins Generalistes

BIBLIOGRAPHIE

1. ARK T, BROOKS LR, EVA KW. «The best of both worlds : adoption of a combined (analytic and nonanalytic) reasoning strategy improves diagnostic accuracy relative to either strategy in isolation». Presented at the annual meeting at the Association of American Medical Colleges ; Boston, MA ; November 2004.
2. ASTOLFI JP. « L'erreur, un outil pour enseigner ». Paris : Editions Scientifiques Françaises, 1997.
3. AUBIN-AUGIER I, MERCIER A, BAUMAN L et al « Introduction à la méthode qualitative ». Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
4. BANDURA A. « L'apprentissage social ». Liège : Mardaga, 1980.
5. BERNARD JL, REYES P. « Apprendre, en médecine (1re partie) » : Pédag Médic 2001 ; 2 : 163-169
6. BERNARD JL, REYES P. «Apprendre, en médecine (2e partie) » : Pédag médic 2001 ; 4 : 235 – 241.
7. BONAMOUR P. « L'évolution de la consommation de biologie à l'Assistance publique de Paris de 1962 à 1972 »
8. CAZELLES-BOU C. « Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine » - 110, Th. D : Poitiers : 2010.
9. CHALLIS M. «Portfolio-based learning and assessment in medical education». Med Teach 1999 ; 21 : 370-86
10. CHAMBERLAND M, HIVON R, TARDIF J, BEDARD D. « Evolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat : une étude exploratoire ». Pedag Medic 2001 ; 2: 9-17.
11. CHAMBERLAND M. « Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC). Un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en médecine ». Annales de Médecine Interne 1998 ; 149 : 479-484.
12. CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of médecins and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Communauté, 165: 7/7/93

13. CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES - Directive européenne 86/457/CEE du Conseil, 15 septembre 1986, relative à une formation spécifique en médecine générale.
14. COTE L, TURGEON J. « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ». Pédagogie Médicale 2002 ; 13 (6) : 871-883.
15. COURS ADMINISTRATIVES D'APPEL DE NANTES, 2^e chambre 29 mai 1996
16. DREES – « Les consultations des médecins généralistes un essai de typologie » - Etudes et résultats, juin 2004 ; 315.
17. GAY B. «What are the basic conditions for defining general practice». Présentation au premier congrès de la Société Européenne de Médecine générale / Médecine de famille (WONCA Europe). 1995. Strasbourg.
18. HAYNES RB, SACKETT DL, GUYATT GH, et al. « Clinical epidemiology : how to do clinical practice research». 3rd edition. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
19. HUBA ME, FREED JE. « Learner - centered assessment on college campuses; shifting the focus from teaching to learning ». Needham Heights (MA) : Allyn and Bacon, 2000 : 1-31.
20. ISNAR – IMG « Enquête nationale sur le statut de l'interne ». 2008
21. ISNAR – IMG « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale ». 2011.

http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110121_ISNAR-IMG_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_resultats_partiels.pdf
22. ISNAR – IMG « Evolution de la formation de l'interne en médecine générale ». 2007.
23. JOUQUAN J, BAIL P. « A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? » : Pédag médic 2003 ; 3 : 163-175.
24. JOURNAL OFFICIEL – Loi de modernisation sociale no 2002
25. JOURNAL OFFICIEL du 27 oct .2001 - Art 3 de l'arrêté du 19 oct. 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales
26. JOURNAL OFFICIEL du 18 janv 2004 - Décret 2004-67 du 16 janv. 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales

27. LAI K, BEDAR K, « Guide pratique de l'interne en médecine générale ». -160, Th. D : Médecine : Paris 5: 2004
28. LEFEVRE JH, KARILA L, KERNEIS S, FIESSINGER JN, ROUPRET M. « Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français. » Presse Med. 2009;59.
29. MATTEI JF, ETIENNE JC, CHABOT JM. « De la médecine à la santé : pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé » Paris : Flammarion ; 1997.
30. MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. DIRECTION DES HOPITAUX. Circulaires no DH4B/DGS3E/91-34 relatives à l'amélioration des services d'accueil dans les établissements hospitaliers. 14 mai 1991 :13-14.
31. MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L, LE GOAZIOU M F, LABARERE J, TERRA JL. « S'approprier la méthode du focus group ». Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 (645) : 382-4.
32. NENDAZ M, CHARLIN B, LEBLANC V, BORDAGE G. « Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement », Pédagogie Médicale 2005 ; 6:234-53.
33. NOEL B. « La métacognition ». Bruxelles : Editions Universitaires / De Boeck Université, 1991.
34. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Conclusions de la mission Legmann : définition d'un nouveau modèle de médecine libérale. Avril 2010.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970>
35. PESTIAUX D, VANWELDE C. « Le difficile enseignement de la démarche clinique ». Cahier Sc n°46 - Université Ouverte en Santé 2008 ; oct
36. PIAGET J. « L'équilibration des structures cognitives ». Paris : Presses Universitaires de France, 1975.
37. TAIEB D « Statut et responsabilité de l'interne en médecine » 87, Th D : Médecine : Dijon : 2004.
38. TARDIF J. «Le transfert des apprentissages». Montréal (Qc) : Les Editions Logiques, 1999.
39. VYGOTSKY L S. « Pensée et langage ». Paris : Messidor - Editions Sociales, 1985.

40. WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. «The ecology of medical care». New Engl J Med 1961;265:885-92.
41. WONCA « La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille ».WONCA Europe. 2002.

RESUME

La formation initiale du DES de médecine générale semble ne pas pouvoir permettre de répondre à de nombreuses situations rencontrées lors des premiers remplacements en soins primaires ambulatoires.

Objectif : analyse des attentes de formation des internes de médecine générale de 3^e année du DES et de jeunes remplaçants en médecine générale de la faculté de Rouen, sur l'adaptation de la formation hospitalière aux premiers temps de l'exercice ambulatoire et les améliorations que l'on pouvait envisager pour rapprocher cette formation des besoins pratiques en médecine générale de ville

Méthode : étude qualitative par focus groups. Trois focus groups ont été organisés pendant les mois d'avril - mai 2011 avec des internes de 3^e année de DES de médecine générale de Rouen et des jeunes remplaçants, pendant une séance d'ED animée par le tuteur habituel

Résultats : Les internes interrogés reconnaissent l'importance de l'expérience hospitalière. Ils déplorent sa durée trop importante et son manque d'adaptation à la médecine ambulatoire. Une vraie volonté de formation est nécessaire, avec un encadrement plus important, de qualité, suivant des objectifs ciblés, doublée par une évaluation plus étoffée. Les conditions de travail doivent être acceptables et la valorisation au sein de l'hôpital meilleure

Discussion : les demandes des internes de médecine générale sont concordantes avec les définitions et les compétences actuelles de la médecine générale. Ils aspirent à une formation hospitalière moderne et adaptée en accord avec les dernières théories de la pédagogie. La formation actuelle trop classique et éloignée de la médecine primaire ambulatoire peut être une explication à la désertification de la médecine générale ambulatoire

Conclusion : L'étude semble prouver que les stages hospitaliers répondent totalement aux besoins de l'hôpital, mais peu à ceux des étudiants futurs médecins généralistes en participant à la marge à leur formation spécifique sans souci d'applicabilité en ambulatoire

Mots-clés : étudiants en médecine, internes, médecine générale, stage hospitalier, formation, focus group