



Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie

Florence Nicolas

► To cite this version:

Florence Nicolas. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01109998

HAL Id: dumas-01109998

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109998>

Submitted on 27 Jan 2015

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 2014

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

NICOLAS Florence

NEE LE 31 décembre 1982 A Suresnes (92)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 OCTOBRE 2014

**Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage
universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie**

PRESIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Elisabeth MAUVIARD

MEMBRES DU JURY : Professeur Philippe NGUYEN THANH

Docteur Yveline SEVRIN-TARTARIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – 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.PIGUET - 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
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	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. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
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 (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-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
Mme 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. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie

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	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme 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>Sumombre</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 VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
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
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie

M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
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. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	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
Mme Yveline SEVRIN-TARTARIN	UFR	Médecine Générale

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

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme 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
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
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 (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

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

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect et de ma reconnaissance pour votre investissement pour la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN THANH,

Merci pour l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury, recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Elisabeth MAUVIARD

Merci pour avoir accepté la direction de cette thèse et avoir supervisé mon travail, veuillez recevoir toute ma reconnaissance. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement tout au long de mes 3 ans d'études pendant les séances d'ED, mais aussi pendant mon semestre en SASPAS.

A Madame le Docteur Yveline SEVRIN-TARTARIN

Merci pour l'honneur que tu me fais en siégeant dans ce jury. Merci pour ta disponibilité, ton soutien et ton amitié.

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue depuis mes premiers pas jusqu'à ce diplôme. Vous avez eu le courage et la patience de m'aider dans ce travail. Je vous le dédie.

A Paul, l'Homme de ma vie. Merci pour ton amour, ton soutien permanent et particulièrement pour la patience dont tu as fait preuve. Tu fais de ma vie un bonheur.

A mon grand-père et à ceux qui nous ont quittés mais à qui je pense souvent. Merci pour les innombrables attentions et toute la tendresse dont vous m'avez toujours entourée.

A mon oncle et parrain, Thierry, pour ses conseils.

A mes meilleures amies, Mélanie et Gwenola, qui sont bien plus pour moi.

A Stéphanie, Anne-Laure, Caroline et Céline qui m'ont accompagnées depuis le début de mes études de médecine, pour leur soutien sans faille dans tous les domaines de ma vie.

A mes co-internes, l'équipe des bisounours du Havre, plus particulièrement à Rémy et Maeva pour leur soutien pendant ce premier semestre et tout au long de mon internat.

A tous les maîtres de stage qui ont eu la gentillesse de participer à cette étude.

A tous mes maîtres de stage de médecine générale qui m'ont ouvert leur cabinet et qui m'ont transmis leurs connaissances : Dr Blondeau, Dr Eveille, Dr Reynaud.

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire

ENC : Epreuves Nationales Classantes

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSU : Maître de Stage des Universités

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academics
Associations of General Practitioners and Family Physicians

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION.....	18
I. UN PEU D'HISTOIRE.....	21
1. LES ETUDES DE MEDECINE GENERALE.....	22
2. LES MAITRES DE STAGE	24
II. METHODE	28
1. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET DISTRIBUTION.....	29
2. TERRAIN DE L'ETUDE.....	30
3. RECUEIL	30
4. EXPLOITATION DES DONNEES	30
III. RESULTATS	32
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	33
2. IMPACTS SUR LA RELATION MEDECIN-MALADE.....	39
2.1. Pour le médecin.....	39
2.2. Pour les patients.....	41
3. IMPACTS SUR LA CONSULTATION EN ELLE-MEME	44
3.1. Sur le déroulement de la consultation	44
3.2. Sur leur organisation	49
3.3. Sur la qualité des soins.....	51
4. QU'EST CE QUE CELA VOUS A APORTE ? QU'EST CE QUI A CHANGE ?.....	54
5. IMPACTS SUR LES CONNAISSANCES ET SUR LA FORMATION	58
6. IMPACTS DE NATURE MEDICO-ECONOMIQUE	61
6.1. Sur le temps	61
6.2. Sur la productivité.....	63
6.3. Sur la charge de travail.....	64
6.4. Sur le plan financier.....	66
6.5. Sur la vie privée.....	68
7. COMPARAISON DES RESULTATS	69
7.1. Question 8 : Envisagez-vous de poursuivre cette expérience ?.....	69
7.2. Question 10 : La maîtrise de stage apporte-t-elle une amélioration sur la relation médecin-patient selon vous ?.....	71
7.3. Question 29 : Existe-t-il une augmentation du temps globale de la consultation en supervision directe ?.....	72
7.4. Question 30 : Existe-t-il une augmentation du temps globale de la consultation en supervision indirecte ?.....	74
7.5. Question 57 : La maîtrise de stage entraine-t-elle un problème de gestion du temps ?.....	75
7.6. Question 58 : Existe-t-il un allongement de la journée de travail ?	77
7.7. Question 61 : Existe-t-il une charge de travail augmentée en fonction du type de stage (1 ^{er} niveau ou SASPAS) ?.....	78
7.8. Question 64 : La perte de revenue est-elle pour vous un frein au choix de devenir maître de stage ?.....	79
7.9. Question 66 : Trouvez-vous que cela entraine des difficultés à équilibrer vie professionnelle et vie personnelle ?	80
8. COMMENTAIRES	82
DISCUSSION	83
1. FORCES ET FAIBLESSES.....	84
1.1. Le questionnaire.....	84

1.2. <i>L'effectif</i>	85
2. RESULTATS PRINCIPAUX.....	85
2.1. <i>Caractéristiques de la population</i>	85
2.2. <i>Les maîtres de stages sont globalement positifs sur leur expérience</i>	87
3. LES ASPECTS POSITIFS.....	87
3.1. <i>Amélioration de la relation médecin-malade</i>	87
3.2. <i>Amélioration de l'organisation</i>	88
3.3. <i>Bénéfice sur la consultation</i>	88
3.4. <i>Source de nombreux enrichissements</i>	89
4. LES ASPECTS NEGATIFS.....	90
4.1. <i>Réticence des patients d'être vus par un interne</i>	90
4.2. <i>Un temps de consultation allongé</i>	90
4.3. <i>Surcharge de travail</i>	91
5. LES APPREHENSIONS DES MAITRES DE STAGE.....	92
5.1. <i>Difficultés à faire confiance</i>	92
5.2. <i>Baisse de la productivité</i>	92
5.3. <i>Aspect financier</i>	93
5.4. <i>Interférence dans la vie privée</i>	93
CONCLUSION.....	94
BIBLIOGRAPHIE.....	96
ANNEXES.....	100
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	101
ANNEXE 2 : MAIL ENVOYE AUX MAITRES DE STAGE.....	105
ANNEXE 3 : TABLEAUX DE CONTINGENCE DU TEST DU CHI ²	106
Question 57.....	106
Question 58.....	107
ANNEXE 4 : PLAQUETTE.....	108
RESUME.....	109

INTRODUCTION

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est l'une des rares spécialités qui permet aux internes de faire plusieurs stages dans un cabinet de ville chez un médecin généraliste. La pédiatrie y vient aussi progressivement.

Pour un interne, ces stages constituent, une étape fondamentale dans sa formation, car c'est le plus souvent son premier contact avec l'exercice libéral de la médecine générale. Contact qui va déterminer l'orientation de sa vie professionnelle (médecin salarié, libéral,...). Et, s'il choisit la médecine de ville, ces stages lui permettront de faire un choix éclairé sur les modalités d'exercice de son métier (en cabinet seul ou de groupe, en ville ou à la campagne,...), en lui faisant découvrir le métier tel qu'il est réellement, avec ses contraintes mais aussi ses avantages. Or, dans une société complexe comme la notre, avec un mal être répandu, dans laquelle il existe une forte attente de la part des patients, il importe que le médecin libéral soit solide et que le choix de son métier corresponde à une volonté forte. La médecine de ville doit être techniquement performante tout en intégrant sa relation avec le patient qui s'inscrit dans le long terme.

L'exercice de la médecine générale se fait donc dans un environnement totalement différent de celui du milieu hospitalier et, il importe que le médecin y soit bien préparé dans tous ses aspects. Dans ce contexte, le stage de médecine ambulatoire devient essentiel.

Toutefois, la formation exige une réelle mobilisation de la profession afin qu'une offre suffisante de stage soit proposée. Or, il est constaté, de la part des médecins généralistes, une manifeste réticence à s'investir dans cette mission d'enseignement. Quelques travaux ont déjà analysé ces différentes craintes, le retentissement des stages sur la patientèle et sur les internes ainsi que sur leurs attentes de ces derniers. Mais très peu d'études se sont intéressées aux maîtres de stage eux-mêmes et notamment à l'impact de leur relation avec le stagiaire sur leurs pratiques professionnelles.

Notre objectif a été de rechercher comment les maîtres de stage sont impactés par ces formations. Il s'agit d'identifier non seulement les impacts positifs pouvant inciter des médecins généralistes à devenir maîtres de stage mais aussi identifier les points négatifs pouvant expliquer leurs réticences à s'engager dans cette mission. Ainsi nous voulons

montrer dans quelle mesure le médecin généraliste pourrait être bénéficiaire d'une rencontre avec un étudiant, malgré les éventuelles craintes et la charge supplémentaire que représente l'enseignement. Avec l'augmentation du numerus clausus et par conséquent l'augmentation du nombre d'internes dans les promotions de médecine générale, il paraît important de mieux connaître ces bénéfices permettant de trouver des arguments pour inciter de nouveaux médecins à devenir et rester maîtres de stage.

I. UN PEU D'HISTOIRE

1. Les études de médecine générale

Si l'on se réfère à l'étymologie, le docteur est un « sage » qui détient le savoir et l'enseigne (du latin *doctus* = instruire). Les médecins ont toujours été à la fois des enseignants et des soignants, comme le montre le serment d'Hippocrate¹. De tout temps, les étudiants en médecine ont été formés par d'autres médecins, plus anciens et expérimentés, même si cette formation s'est profondément modifiée depuis.

En effet, pendant l'Antiquité et pendant de nombreux siècles, enseigner, c'était transmettre et apprendre. Le savoir est transmis du maître à l'élève. Puis à partir du siècle des Lumières, on commence à se préoccuper de la manière d'aider les élèves à apprendre, en est issu la pédagogie par objectifs. Enfin, depuis une trentaine d'années, apprendre c'est interagir, les professeurs et les étudiants apprennent ensemble.

Cet enseignement est resté longtemps théorique au sein des universités, et ce n'est qu'au vingtième siècle qu'est apparue une forme de compagnonnage, qui a pour objectifs l'entraide, l'éducation et la transmission des connaissances entre le maître et son apprenti. La maîtrise de stage a été introduite en France dans le cursus médical dans les années 1970.

Pendant longtemps, la formation clinique des médecins est restée strictement confinée au milieu hospitalier. En France, il faut attendre la réforme des études médicales de 1984 qui institue l'internat qualifiant (3^{ème} cycle de médecine spécialisée ou DES) et le 3^{ème} cycle de médecine générale². Elle constitue pour la formation des futurs médecins généralistes un changement radical par rapport à la réglementation antérieure, avec l'allongement de la formation spécifique à 2 ans, la mise en place de structures et de moyens, l'implication de médecins généralistes dans la formation théorique, l'introduction d'un stage obligatoire chez le praticien (de vingt demi journées), et surtout l'attribution aux étudiants de fonctions hospitalières à temps plein³.

L'insuffisance d'information et de formation pratique à la médecine générale au cours des études médicales est unanimement reconnue : 83% des internes estiment ne pas avoir été suffisamment sensibilisés à la médecine générale pendant leurs études, et même 94% d'entre eux regrettent de ne pas avoir été correctement informés sur

l'exercice de cette spécialité⁴. La prise de conscience de cette carence a permis de développer différents stages de médecine générale au fil du temps.

Le stage de découverte de la médecine générale, destiné aux étudiants du second cycle des études médicales, est inscrit dans la loi depuis 1997, mais il n'a été mis en place que bien plus tard, par l'arrêté du 23 Novembre 2006, pour devenir obligatoire en 2008. Cependant, cette initiation à la médecine générale reste, dans la pratique, le plus souvent optionnelle, faute de financement et d'un nombre de maîtres de stage suffisant.

Le troisième cycle des études médicales permet, depuis 1997, de réaliser un stage chez le praticien, de six mois au lieu de vingt demi-journées, au cabinet du médecin généraliste. Grâce à ce stage, les jeunes médecins ont un premier contact avec le métier, et non plus lors de leur premier remplacement ou de leur installation, comme cela a été le cas pendant de nombreuses années.

La médecine générale a été reconnue comme spécialité par la loi du 17 Janvier 2002, suivi par la création des Epreuves Nationales Classantes (ENC), et le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale qui valide la fin de l'internat, en 2004. Ce dernier se compose de six semestres de stage. Cependant un stage seulement est obligatoire au cabinet du médecin généraliste. Il est alors le seul stage de médecine générale ambulatoire proposé au cours de l'internat, les autres stages se déroulant en milieu hospitalier.

Un second stage de médecine générale, le Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (SASPAS) devient réalisable au cours de l'internat, avec le texte officiel du 26 avril 2004. Il s'effectue en dernière année. Mais seulement 30% des internes de médecine générale français y ont accès, en raison d'une carence en terrains de stage et en financement⁵. La proportion est notablement plus importante à Rouen.

La création du DES de Médecine Générale a contribué à une meilleure formation des futurs médecins généralistes. Ceux-ci sont formés à répondre de façon adaptée aux demandes des usagers, à gérer la plupart des situations courantes rencontrées en médecine générale. Le 3^{ème} cycle permet d'acquérir les compétences nécessaires à un

bon exercice de la médecine générale, grâce aux stages couvrant les différents champs d'intervention.

L'arrêté du 10 août 2010, modifiant celui du 22 septembre 2004, modifie la maquette de l'internat de médecine générale⁶ :

- deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés : un de médecine adulte (médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie) et un de médecine d'urgence ;
- deux semestres dans un lieu de stage hospitalier et/ou ambulatoire agréé (un de pédiatrie ou de gynécologie, un semestre libre) ;
- un semestre obligatoire auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maitre de stage (stage de 1^{er} niveau). Il permet l'autonomie progressive de l'interne en trois phases successives (observation, supervision directe puis indirecte) ;
- un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale (IMG), notamment en médecine générale ambulatoire. Un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) permet à l'interne d'exercer en autonomie et ainsi d'optimiser sa formation. Sans être pour autant un remplacement.

2. Les maîtres de stage

Avec la mise en place d'une filière universitaire de médecine générale, le maître de stage est devenu un pilier de cette spécialité et un acteur indispensable de la formation des étudiants en médecine. L'objectif premier des stages en médecine générale est celui du compagnonnage, indispensable à l'apprentissage des spécificités de cette discipline. C'est souvent aussi le premier contact des futurs médecins généralistes avec une nouvelle manière d'exercer, au cours de leur formation hospitalocentrée.

Pour que les étudiants soient attirés par la carrière de médecin généraliste, il s'avère indispensable que les ressources dans ce secteur, en termes de personnel, de locaux et d'équipements matériels soient suffisants et d'une qualité comparable aux ressources attribuées aux autres branches de la médecine.

Au 1^{er} janvier 2014, il y avait, en France, 198 760 médecins en activité régulière recensés par le Conseil de l'Ordre, mais seulement 90 630 médecins généralistes, chiffre en diminution de 6,5% depuis 2007, alors que les autres spécialités médicales sont en augmentation de 6,1% et les spécialités chirurgicales de 6,7%⁷.

En Haute Normandie, 2 260 médecins généralistes sont en activité, chiffre en baisse de 7,4% depuis 2007. L'âge moyen est de 52 ans, dont 27,2% ont plus de 60 ans. Leur activité se répartit comme suit : 60,3% ont une activité libérale, 31,9% ont une activité salariée et 7,7% ont une activité mixte⁸.

La principale ressource nécessaire au développement de la discipline est humaine. En novembre 2011, il y avait 5 400 maitres de stages recensés. Les départements universitaires de médecine générale ainsi que les associations d'internes se mobilisent pour recruter de nouveaux Maitres de Stages des Universités (MSU). La nécessité de ces stages sur le terrain, l'augmentation du numerus clausus et la priorité donnée aux postes de médecine générale aux ECN imposent un nombre croissant de maitres de stage. En effet, la moitié des étudiants en médecine seront internes de médecine générale. Même si le nombre de maitres de stage augmente, il en faudrait 9 000 pour répondre aux besoins des étudiants et des internes en médecine générale. A très court terme dans certaines régions, il existe un risque que les internes de médecine générale n'aient pas la possibilité d'effectuer leur stage en ambulatoire, et à terme les DES de médecine générale ne seraient pas validés⁹⁻¹⁴. Sans parler des stages pour les étudiants en 2^{ème} cycle des études de médecines devenus obligatoires.

Plusieurs campagnes nationales de recrutement ont été menées conjointement par les syndicats d'externes et d'internes de médecine générale et par le ministère de la santé. Les médecins généralistes reçoivent des messages les encourageant à devenir maîtres de stage. Ces messages sont de différentes formes : articles dans des revues médicales, ateliers lors de congrès, flyers, liens sur les sites web^{5,10-13,15-18}.

Les internes sont demandeurs de stages en ambulatoire, convaincus qu'ils représentent la formation la plus adaptée à leur futur exercice et semble répondre à la plupart de leurs attentes¹⁹. Ce stage leur permet :

- de mettre en pratique leurs connaissances théoriques ;
- d'acquérir une réelle compétence en médecine générale ;

- d'enrichir leurs connaissances des pathologies, des gestes pratiques mais surtout leurs approches relationnelles, non enseignées jusqu'alors au cours de leur cursus médical²⁰.

Les internes sont attachés à cette transmission de connaissances par leurs pairs, avec qui ils ont une relation privilégiée. Ils bénéficient de l'expérience de plusieurs médecins auxquels ils peuvent s'identifier. Ils peuvent s'inspirer de ces pratiques variées qui leur sont présentées, afin de construire leur propre identité professionnelle²¹.

Leur permettant d'acquérir progressivement leur entière autonomie dans la prise en charge des patients et la gestion des problématiques du cabinet, afin d'évoluer vers le remplacement et ainsi diminuer les différentes angoisses engendrées par ce statut.

A l'issue de ce stage, les internes sont plus nombreux à être confortés dans leur choix de spécialité, là où le doute pouvait éventuellement persister avant cette expérience.

La World Organization of National Colleges, Academies and Academics Associations of General Practitioners and Family Physicians (WONCA) a défini un certain nombre de critères auxquels les médecins doivent répondre s'ils souhaitent devenir Maître de Stage des Universités :

- être médecin généraliste libéral installé depuis 3 ans au moins ou 1 an pour l'accueil des externes, ou en collaboration ;
- ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture,...) ;
- demander son agrément à devenir enseignant clinicien ambulatoire (ECA), soumise au Coordinateur du département de médecine générale, au Doyen de médecine de la faculté dont dépend la localisation géographique d'exercice et au conseil de l'ordre départemental, puis à la commission d'agrément régionale;
- se former à la pédagogie en suivant le cursus de maîtrise de stage ;
- accepter le règlement ou la charte des enseignants de la faculté concernée, accepter le principe d'une évaluation et d'une formation régulière, être informatisé ;
- participer à la vie de l'association locale et nationale des enseignants cliniciens ambulatoires maîtres de stage des universités et aux actions du département de médecine générale.

L'agrément est attribué pour un an s'il manque certains éléments au dossier, sinon il est donné pour cinq ans, renouvelé par tacite reconduction. Il peut être à tout moment

suspendu voire supprimé, en cas de non respect de la charte des Enseignant Clinicien Ambulatoire.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a déterminé quinze compétences génériques requises pour devenir maître de stage²² :

- prendre en charge un problème de santé non différencié ;
- communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage ;
- établir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée ;
- prendre une décision fondée sur les données actuelles de la science, adaptée aux besoins et à la situation, négociée avec et acceptée par le patient, et acceptable pour le médecin ;
- prendre une décision en contexte d'urgence ;
- savoir réaliser les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire ;
- entreprendre et participer à des actions de prévention et de santé publique ;
- éduquer le patient à la gestion de son capital santé ;
- travailler en équipe et/ou en réseau ;
- assurer la continuité des soins pour tous les types de patients ;
- appliquer les textes réglementaires en tenant compte des principes éthiques
- assurer la gestion administratives, financière, humaine, structurelle de l'entreprise médicale ;
- choisir, organiser et tenir le dossier médical dans toutes ses fonctions ;
- organiser et maintenir sa formation continue professionnelle ;
- évaluer sa pratique.

Il semble que depuis quelques temps les volontés de devenir maître de stage se font moins fréquentes, alors même que les médecins ayant franchi le pas, ne cessent d'être maître de stage qu'avec l'entrée en retraite.

Notre hypothèse est qu'il y aurait des bénéfices à la maîtrise de stage qui mériteraient d'être connus afin de faire la publicité à cette activité.

II. METHODE

Le but de l'étude était d'évaluer les conséquences du stage sur l'exercice de leur métier et le ressenti des médecins généralistes maitres de stage. Il s'agit d'une enquête faite à partir d'un questionnaire envoyé aux maitres de stage.

1. Elaboration du questionnaire et distribution

Le choix d'un questionnaire à choix multiples, avec notamment une échelle de Likert, a été fait pour permettre une analyse statistique de données déclaratives et pour faciliter le remplissage par les maîtres de stage en leur proposant une forme plus rapide que des questions ouvertes. Un espace de commentaires a été prévu à la fin du questionnaire afin de laisser aux maîtres de stage la liberté de s'exprimer.

Le questionnaire a été mis en page sur Word pour la version papier (Annexe 1) et sur Google Formulaire pour la version internet.

Le questionnaire a été conçu pour mesurer les conséquences tant professionnelles que personnelles induites par l'accueil d'internes.

Il comportait 6 parties :

1. A propos du maître de stage ;
2. Les impacts sur sa relation avec ses patients ;
3. Les impacts sur la consultation en elle-même ;
4. Les apports et les changements sur sa pratique de tous les jours ;
5. Les impacts sur ses connaissances et sur sa formation ;
6. Les impacts médico-économiques.

Les différentes parties du questionnaire ont été élaborées à partir des résultats d'une revue de la littérature réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale²³.

Le questionnaire a été pré-testé par 4 médecins généralistes, maîtres de stage, de la région de l'Hérault (mon lieu d'exercice).

2. Terrain de l'étude

L'ensemble des maîtres de stage de la région Haute Normandie a été contacté par mail pour ceux dont nous avons les adresses e-mail ou par courrier pour les autres. (Annexe 2). Nous avons utilisé la liste des maîtres de stage universitaires (MSU) proposée aux internes pour le semestre de mai à octobre 2014.

Nous avons exclus les maîtres de stage ayant une spécialité autre que la médecine générale (pédiatrie, médecine carcérale,...) ou exerçant dans une clinique, soit 10 médecins.

3. Recueil

Deux cent dix questionnaires ont été envoyés le 17 mai 2014 simultanément par mail et par courrier. Une enveloppe retour préaffranchie a été jointe avec les questionnaires envoyés par courrier.

Les maîtres de stage avaient jusqu'au 17 juillet pour y répondre. Les réponses se faisaient de manière anonyme.

L'objectif était de récupérer environ 100 questionnaires.

4. Exploitation des données

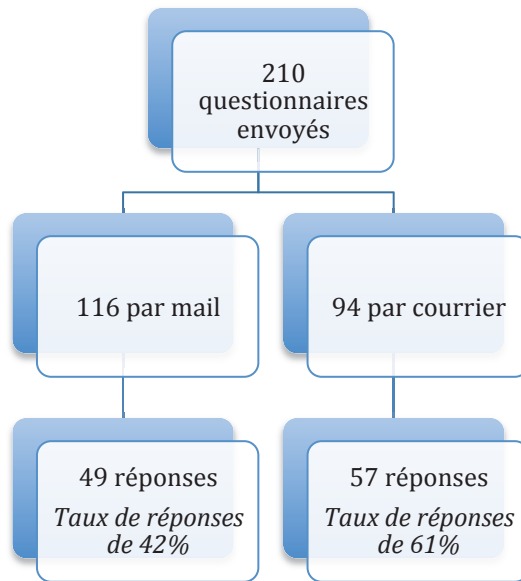
Les réponses au questionnaire ont été horodatées et mis en page avec le logiciel Excel®, soit automatiquement pour les réponses réalisées sous Google Formulaire, soit manuellement pour celles reçues par courrier postal.

Les réponses aux questions 5 et 6 ont été regroupées en différentes classes, et toutes les données ont été codées, afin de faciliter leur traitement pour l'analyse statistique. Les

réponses ont été traitées par les logiciels *Sphinx*[®] et *xlstat*[®], par le test du Chi² ou par le test exact de Fisher lorsque les effectifs ne permettaient pas de faire le test du Chi².

L'étude n'a bénéficié d'aucun financement.

III. RESULTATS



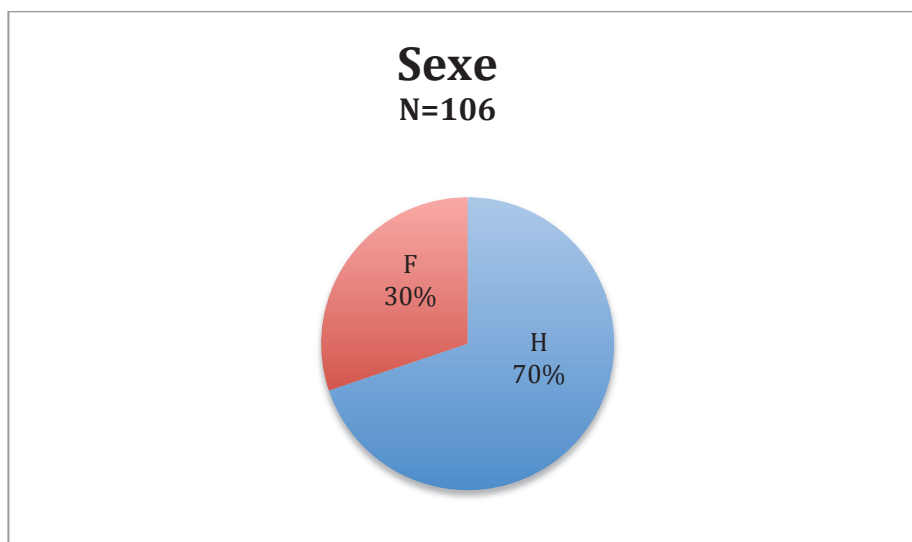
Soit un taux de réponses global de 50,5% (106 réponses sur 210 questionnaires envoyés).

1. Caractéristiques de la population étudiée

Lorsque le questionnaire était rempli sur internet, il fallait obligatoirement répondre aux questions de la première partie (questions 1 à 9) pour passer à la suite du questionnaire. Les non répondants à ces questions font parti de ceux qui ont répondu aux questionnaires envoyés par courrier postal.

Sexe

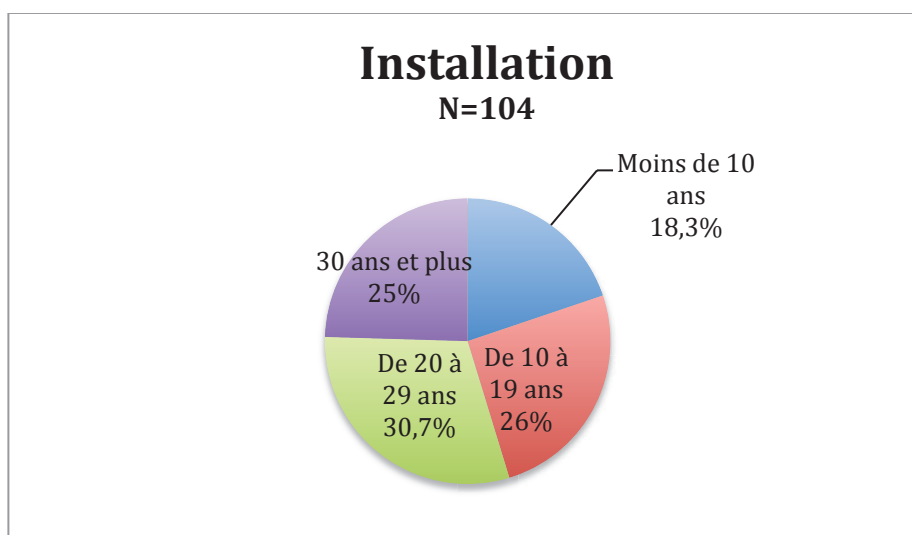
On compte 32 femmes et 74 hommes.



Question 1 : Répartition des MSU selon leur sexe.

Ancienneté de l'installation

Dix-neuf MSU sont installés depuis moins de 10 ans, 27 entre 10 et 19 ans, 32 entre 20 et 29 ans et 26 depuis plus de 30 ans. On retrouve une moyenne d'installation de 20,53 années. Deux MSU n'ont pas répondu.

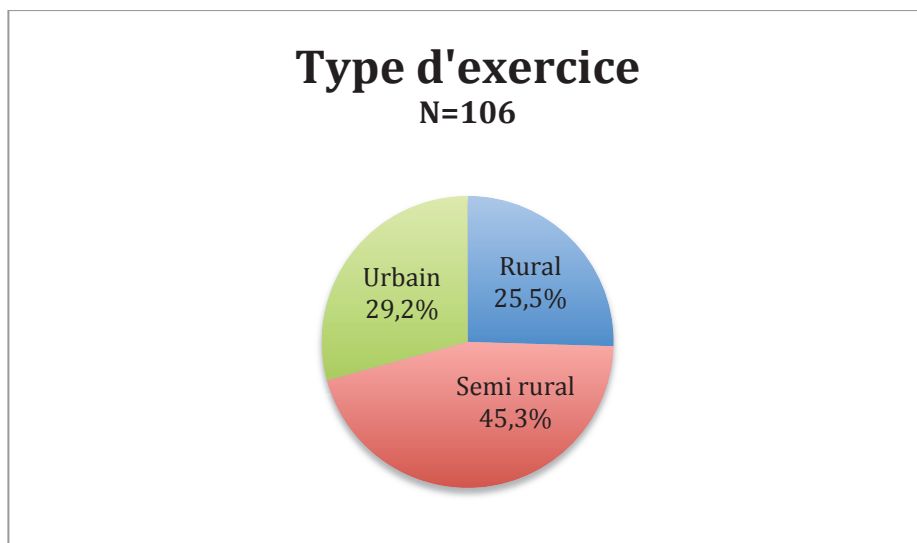


Question 2 : Répartition des MSU selon l'ancienneté de leur installation.

Type d'exercice

On compte par ordre de fréquence, 48 MSU exerçant en zone semi rurale, 31 en zone urbaine et 27 en zone rurale.

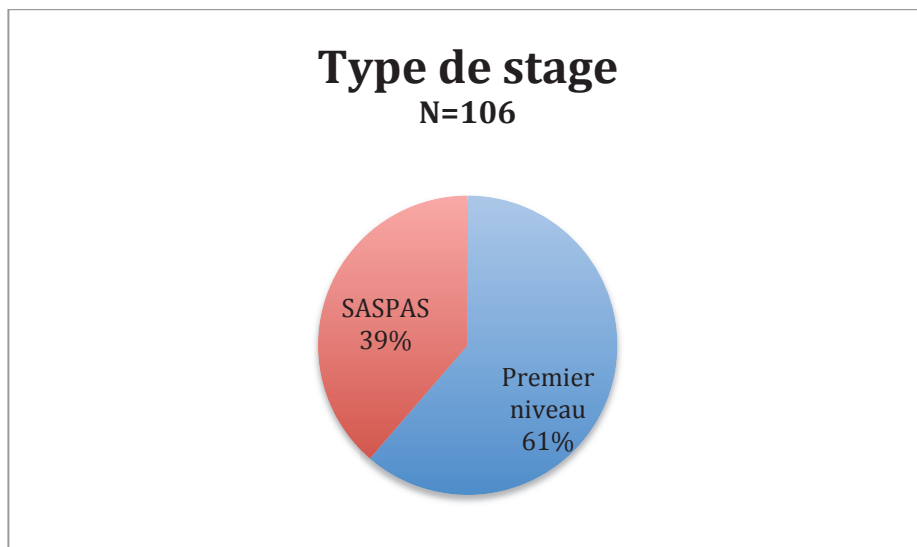
Pour le terme semi-rural, aucune définition de type INSEE n'a été proposée, seul le ressenti du praticien a été pris en compte.



Question 3 : Répartition des MSU selon leur mode d'exercice.

Maîtres de stage de premier niveau ou de SASPAS ?

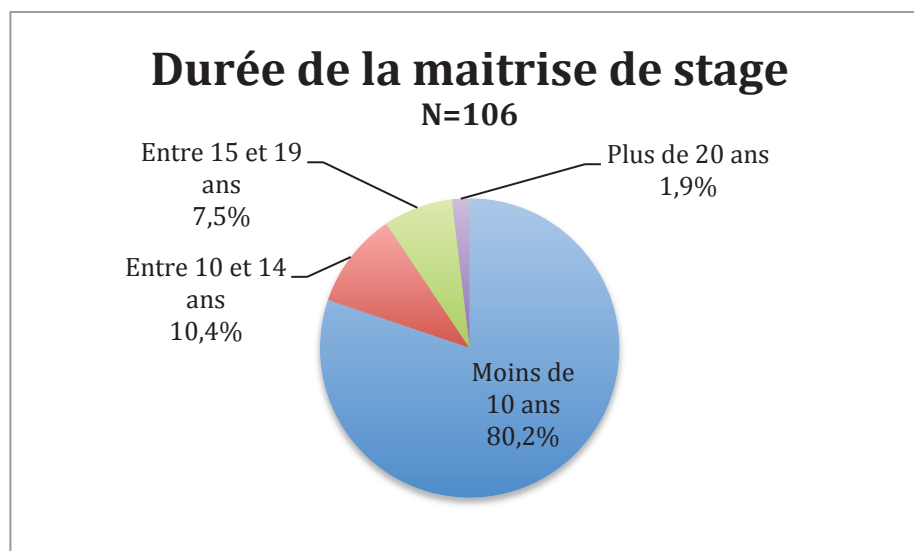
On compte 65 MSU de premier stage, 41 de SASPAS.



Question 4 : Répartitions des MSU selon s'ils accueillent des internes de premier niveau ou de SASPAS.

Ancienneté de la maîtrise de stage

On compte 85 médecins qui sont maîtres de stage depuis moins de 10 ans, 11 entre 10 et 14 ans, 8 entre 15 et 19 ans, et 2 depuis plus de 20 ans, soit une moyenne de 6,55 années.



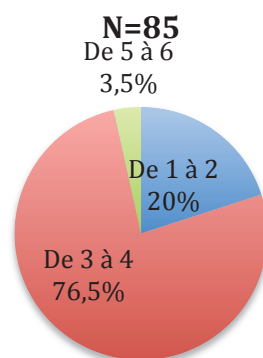
Question 5 : Répartition des maîtres de stage selon leur ancienneté

Nombres de demi-journée de présence de l'interne au cabinet

Les internes viennent 1 à 2 demi-journées par semaine chez 17 MSU, entre 3 et 4 demi-journées chez 65 MSU, entre 4 et 6 demi-journées chez 3 MSU. Nous avons exclu les MSU ayant répondu plus de 7 demi-journées par semaine, soit 20 MSU. Sachant que les MSU sont regroupés par 3 (sauf dans 2 cas, où ils ne sont que 2), il nous paraît difficile que les internes passent plus de 6 demi-journées (soit 3 jours) avec le même MSU. Un MSU n'a pas répondu à cette question.

Certains MSU reçoivent probablement l'interne 1 semaine sur 2 ou sur 3. Par contre pendant cette semaine-là, ils l'accueillent 7 demi-journées ou plus. Il s'agit d'un biais du questionnaire.

Nombre de demi-journées par semaine



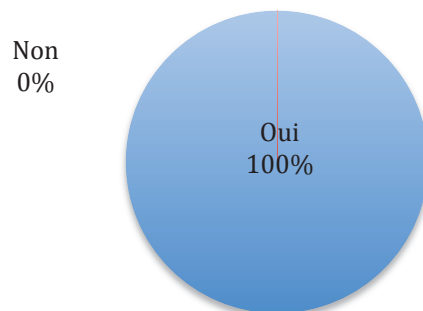
Question 6 : Répartitions des MSU selon le nombre de demi-journées où ils reçoivent l'interne.

Satisfaction de leur expérience

L'ensemble des MSU est satisfait de leur expérience, soit 106 MSU.

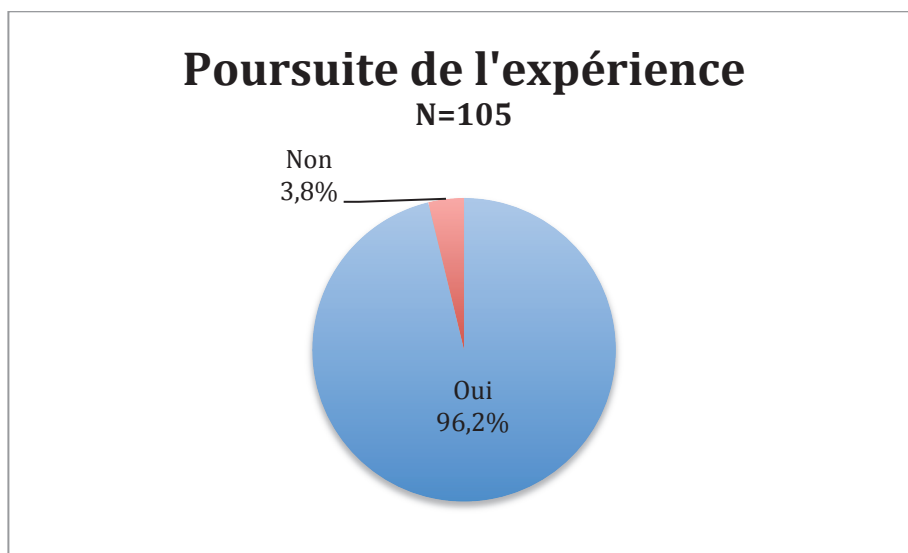
Satisfaction

N=106



Question 7 : Satisfaction d'être MSU.

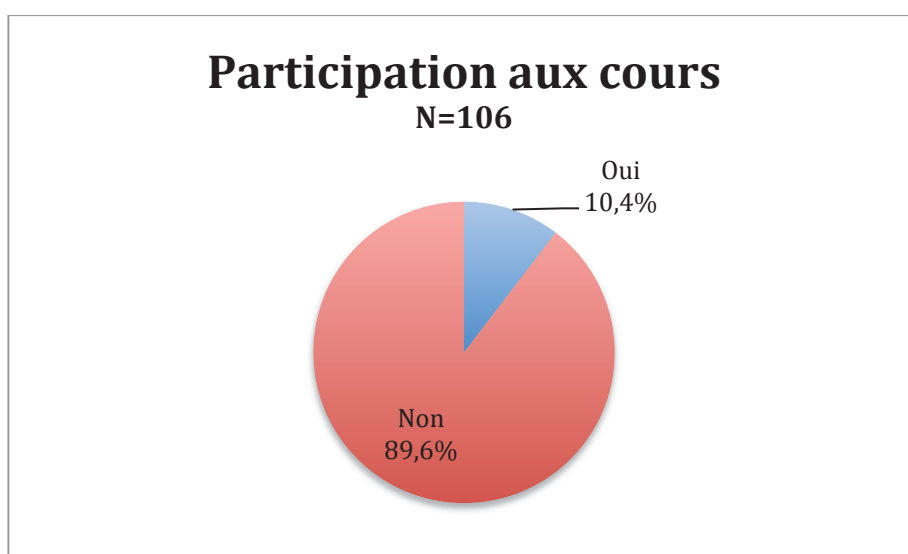
Cent-un MSU envisagent de poursuivre cette expérience, 4 ne l'envisagent pas et 1 n'a pas répondu.



Question 8 : Répartition des MSU souhaitant ou non poursuivre l'expérience.

Participation à des cours à la faculté

On compte 11 MSU participant à des cours à la faculté et 95 n'y participant pas.



Question 9 : Répartition des MSU en fonction de leur participation à des cours à la faculté.

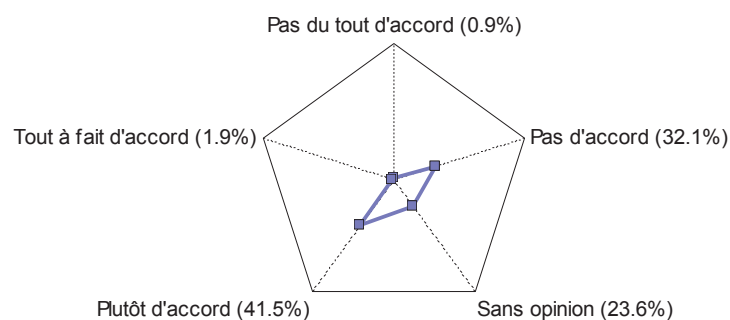
2. Impacts sur la relation médecin-malade

2.1. Pour le médecin

Nous avons voulu savoir ce que la maitrise de stage a engendré sur leur relation avec les malades.

Une amélioration de la relation médecin-malade

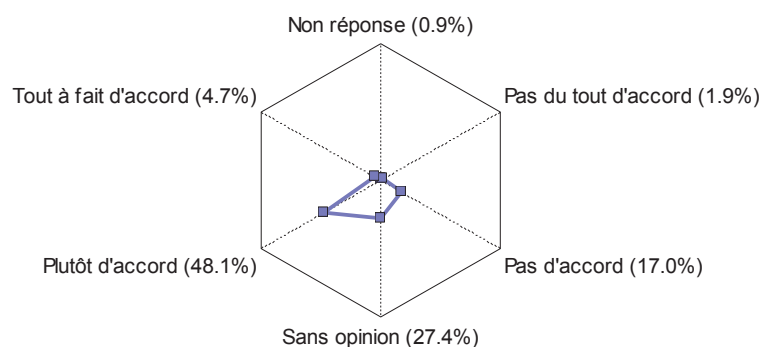
Quarante-quatre MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 34 ne sont pas d'accord, 25 sans opinion, 2 tout à fait d'accord et 1 pas du tout d'accord.



Question 10 : Amélioration de la relation médecin-malade

Une impression d'une plus grande reconnaissance de la part des patients

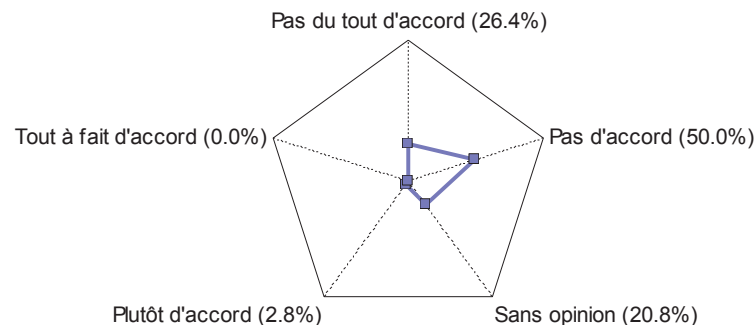
Cinquante et un MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 29 sans opinion, 18 ne sont pas d'accord, 5 tout à fait d'accord et 2 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 11 : Plus grande reconnaissance de la part des patients.

Une augmentation de la patientèle du fait d'être maître de stage

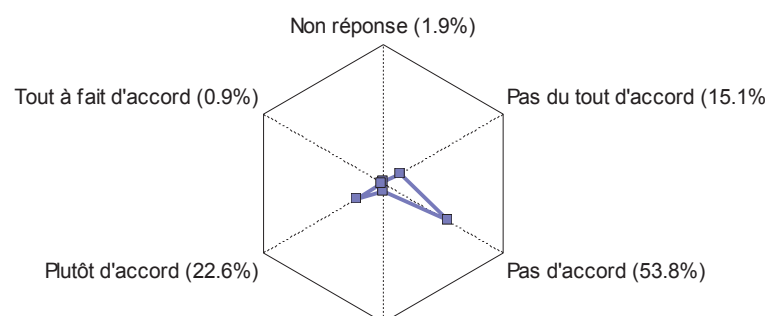
Cinquante-trois MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 28 pas du tout d'accord, 22 sans opinion, 3 plutôt d'accord et 0 tout à fait d'accord.



Question 12 : Augmentation de la patientèle du fait d'être maître de stage.

Un manque de consentement et de confidentialité par rapport à la présence du stagiaire

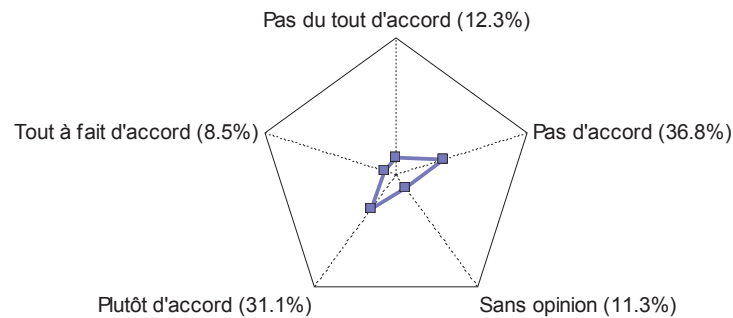
Cinquante-sept MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 24 plutôt d'accord, 16 pas du tout d'accord, 6 sans opinion, et 1 tout à fait d'accord. Deux MSU n'ont pas répondu.



Question 13 : Manque de consentement et de confidentialité par rapport à la présence du stagiaire.

Une appréhension d'avoir un « mauvais interne » et donc altérer la relation médecin-patient

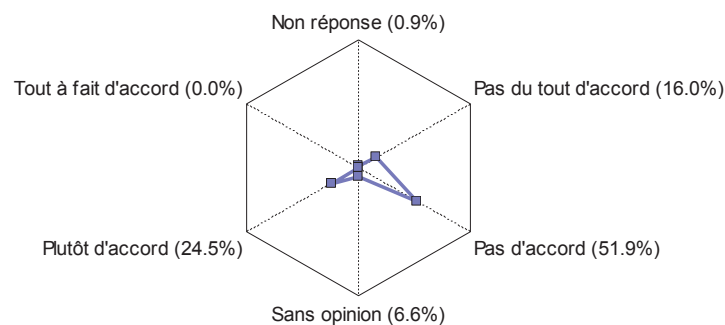
Trente-neuf MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 33 plutôt d'accord, 13 pas du tout d'accord, 12 sans opinion, et 9 tout à fait d'accord.



Question 14 : Appréhension d'avoir un « mauvais interne » et donc altérer la relation médecin-patient.

Une appréhension de laisser ses patients à un interne

Cinquante-cinq MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 26 plutôt d'accord, 17 pas du tout d'accord, 7 sans opinion, et 0 tout à fait d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



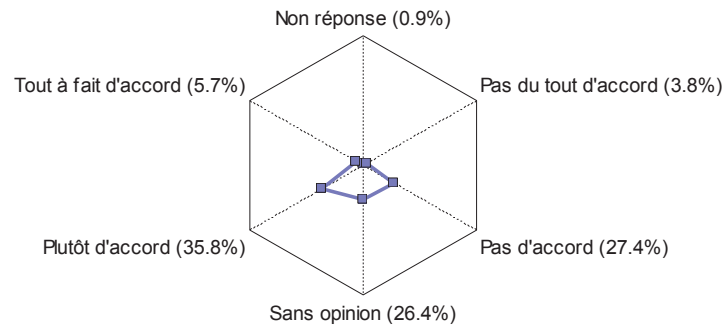
Question 15 : Appréhension de laisser ses patients à un interne

2.2. Pour les patients

Nous avons voulu savoir les conséquences sur les patients que la maîtrise de stage pouvait avoir, selon les praticiens.

Un sentiment d'une amélioration de la relation avec le médecin due à une plus grande attention

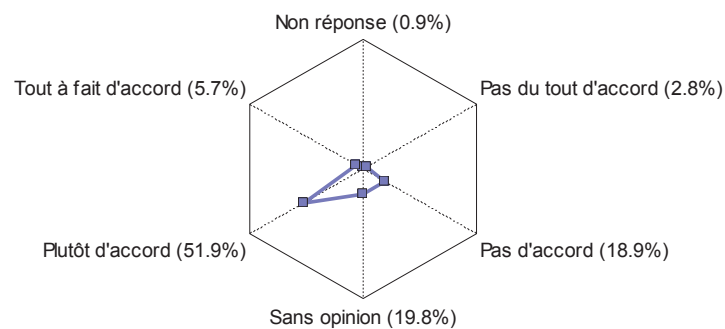
Trente-huit MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 29 pas d'accord, 28 sans opinion, 6 tout à fait d'accord et 4 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 16 : Sentiment d'une amélioration de la relation avec le médecin due à une plus grande attention.

Un sentiment d'une consultation plus approfondie

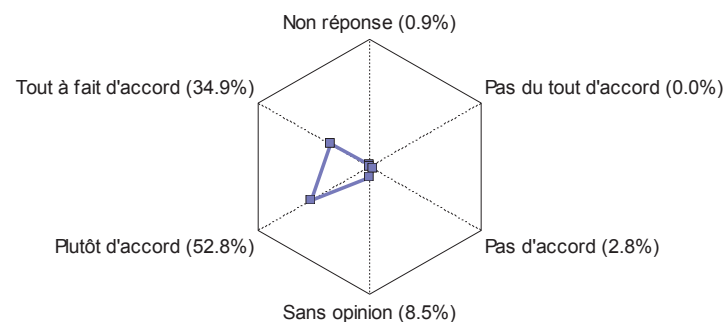
Cinquante-cinq MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 21 sans opinion, 20 pas d'accord, 6 tout à fait d'accord, et 3 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 17 : Sentiment d'une consultation plus approfondie

Une satisfaction de participer à la formation d'un jeune médecin

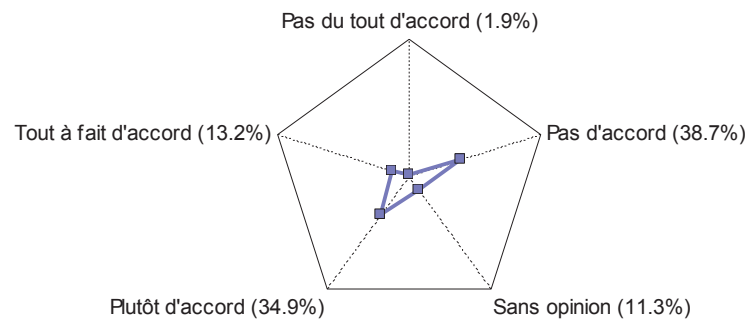
Cinquante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 37 tout à fait d'accord, 9 sans opinion, 3 pas d'accord, et 0 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 18 : Satisfaction de participer à la formation d'un jeune médecin.

Une augmentation du temps d'attente avant une consultation

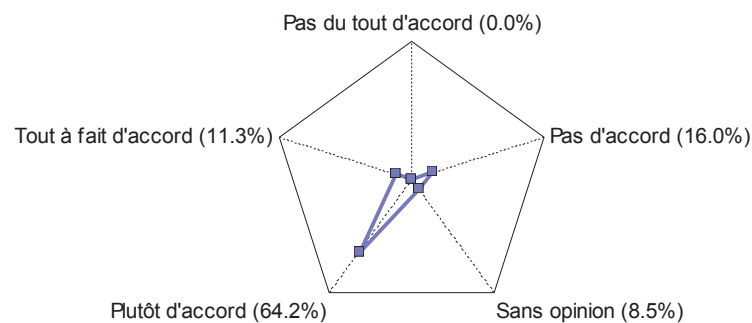
Quarante et un MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 37 plutôt d'accord, 14 tout à fait d'accord, 12 sans opinion, et 2 pas du tout d'accord.



Question 19 : Augmentation du temps d'attente avant une consultation

Une réticence des patients d'être vus par l'interne pour un problème particulier (examen intime, problème émotionnel,...)

Soixante-huit MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 17 pas d'accord, 12 tout à fait d'accord, 9 sans opinion, et 0 pas du tout d'accord.



Question 20 : Réticence des patients d'être vus par l'interne pour un problème particulier.

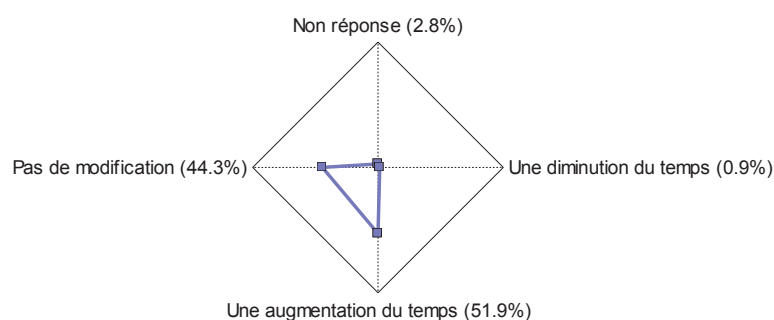
3. Impacts sur la consultation en elle-même

3.1. Sur le déroulement de la consultation

Nous avons voulu savoir s'il y avait une modification de la durée des différentes étapes d'une consultation quand l'interne était présent.

La discussion du motif de consultation

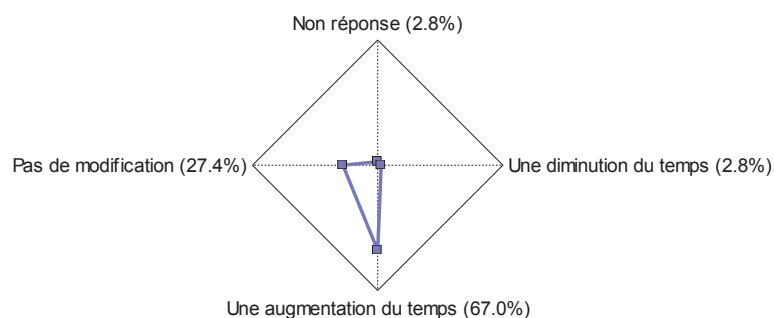
Pour 55 MSU, il y a une augmentation du temps de consultation, 47 pas de modifications, 1 une diminution. Trois MSU n'ont pas répondu.



Question 21 : Discussion du motif de consultation.

La reprise des antécédents

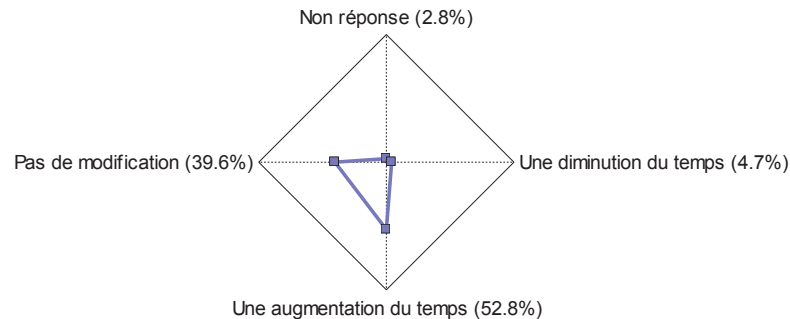
Pour 71 des MSU il y a une augmentation du temps de consultation, 29 pas de modifications, 3 une diminution. Trois MSU n'ont pas répondu.



Question 22 : Reprise des antécédents.

L'examen clinique

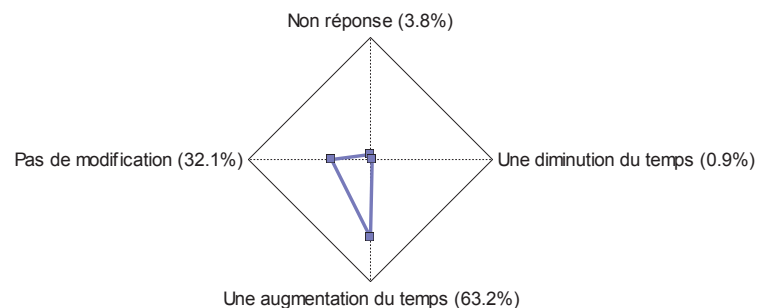
Pour 56 MSU, il y a une augmentation du temps de consultation, 42 pas de modifications, 5 une diminution. Trois MSU n'ont pas répondu.



Question 23 : L'examen clinique.

La reformulation des informations

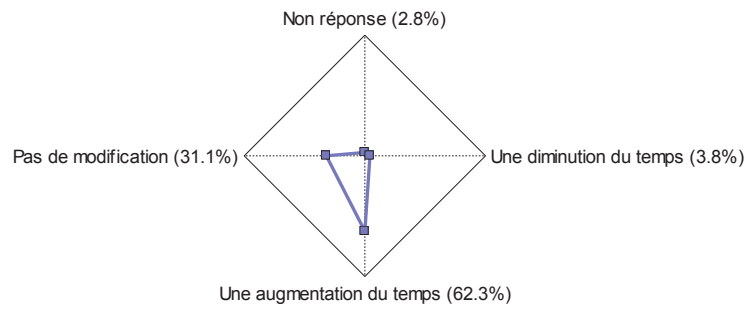
Pour 67 MSU, il y a une augmentation du temps de consultation, 34 pas de modifications, 1 une diminution. Quatre MSU n'ont pas répondu.



Question 24 : Reformulation des informations.

La prescription

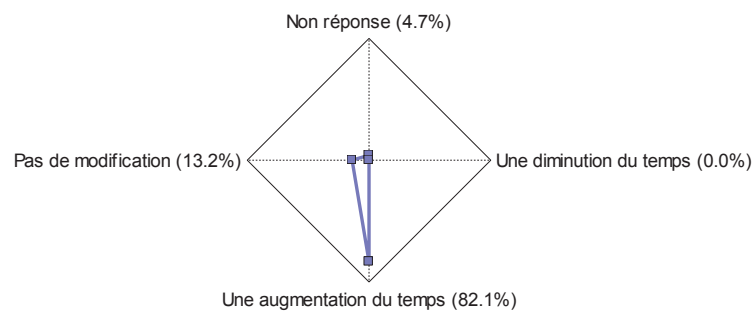
Pour 66 MSU, il y a une augmentation du temps de consultation, 33 pas de modifications, 4 une diminution. Trois MSU n'ont pas répondu.



Question 25 : La prescription.

L'enseignement au cours de la consultation

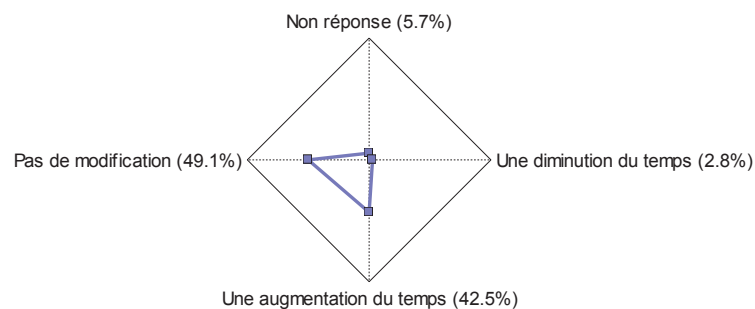
Pour 87 MSU, il y a une augmentation du temps de consultation, 14 pas de modifications, 0 une diminution. Cinq MSU n'ont pas répondu.



Question 26 : Enseignement au cours de la consultation.

L'éducation du patient

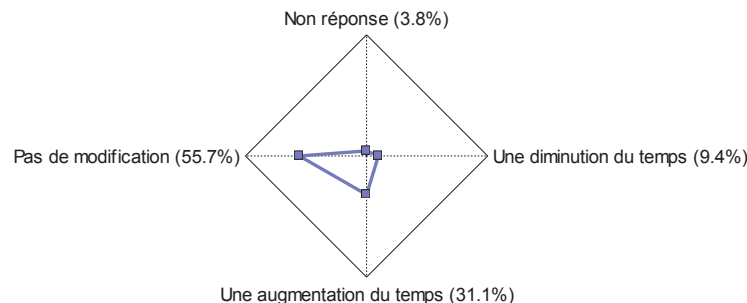
Pour 52 MSU, il n'y a pas de modification du temps de consultation, 45 une augmentation, 3 une diminution. Six MSU n'ont pas répondu.



Question 27 : L'éducation du patient.

Les activités administratives

Pour 59 MSU, il n'y a pas de modification du temps de consultation, 33 une augmentation, 10 une diminution. Quatre MSU n'ont pas répondu.



Question 28 : Activités administratives.

Le temps global de la consultation

Nous avons tenu compte des résultats globaux, sans distinguer les résultats entre les stages de 1^{er} niveau et les SASPAS, pour deux raisons :

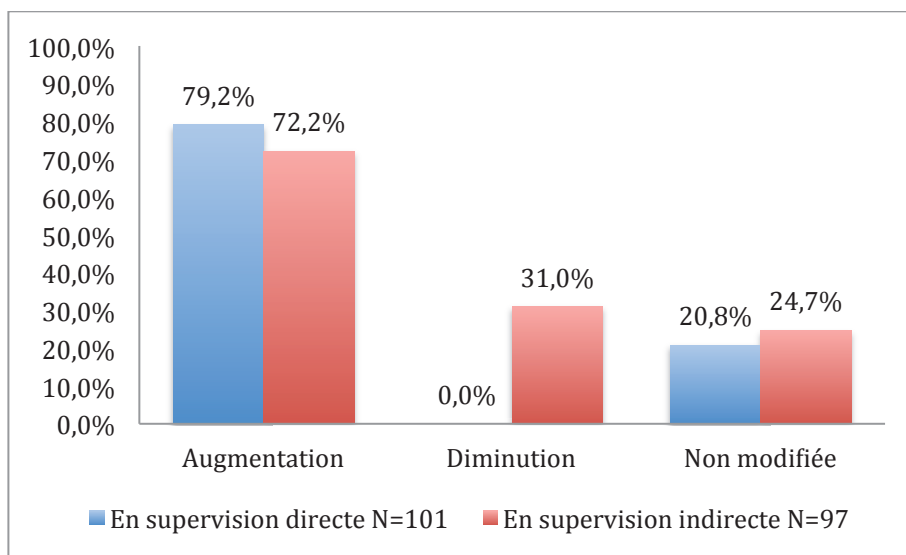
- les internes en stage de 1^{er} niveau font des consultations en supervision indirecte à la fin du stage;
- les MSU de SASPAS ont dû avant cela recevoir des internes en stage de 1^{er} niveau, et ont donc l'expérience à la fois du stage de 1^{er} niveau et du SASPAS.

En supervision directe

Parmi les 101 MSU, 80 pensent qu'il y a une augmentation du temps de consultation, 21 pas de modifications, 0 une diminution.

En supervision indirecte

Parmi les 97 MSU, 70 pensent qu'il y a une augmentation du temps de consultation, 24 pas de modifications, 3 une diminution.

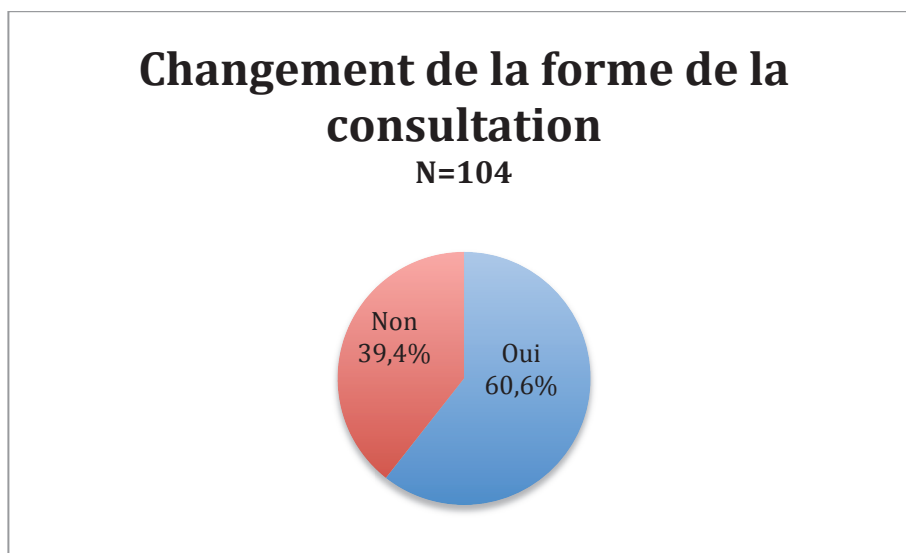


Questions 29 et 30 : Temps global de la consultation en supervision directe.

Un changement de forme de la consultation

Sous la forme d'un langage plus adapté à l'interne, d'une modification de la communication non verbale.

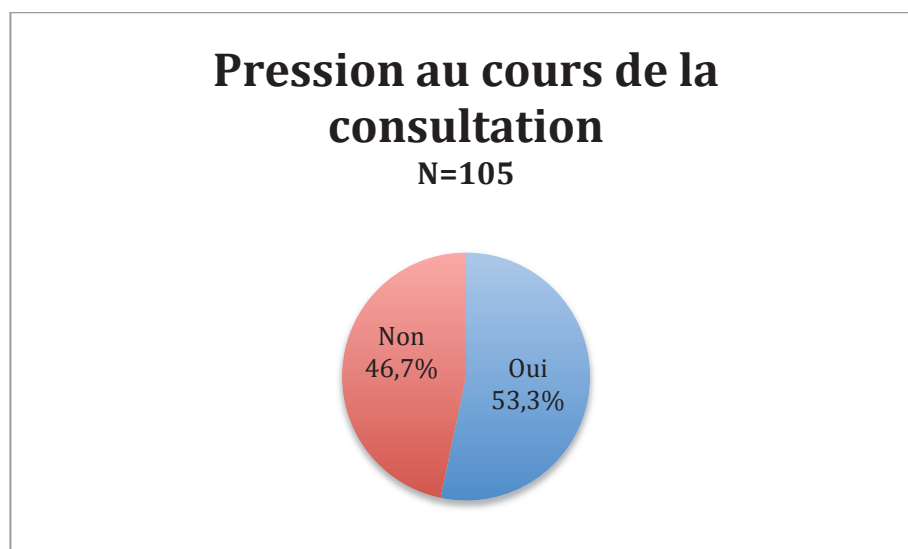
On compte 63 MSU qui pensent qu'il y a un changement et 41 qui ne le pensent pas. Deux MSU n'ont pas répondu.



Question 31 : Changement sur la forme de la consultation

Une pression due à la nécessité de prodiguer enseignement et soins en concomitance

On compte 56 MSU qui pensent qu'il y a une pression accrue, 49 qui ne le pensent pas. Un MSU n'a pas répondu.



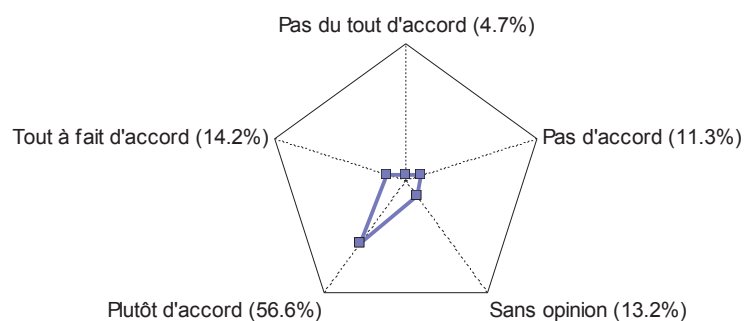
Question 32 : Pression due à la nécessité de prodiguer enseignement et soins en concomitance.

3.2. Sur leur organisation

Nous avons voulu savoir si la présence de l'interne aidait à une meilleure gestion de l'organisation du cabinet.

La gestion administrative des patients (tenu du dossier médical, suivi des patients)

Soixante MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 15 tout à fait d'accord, 14 sans opinion, 12 pas du tout d'accord et 5 pas d'accord.



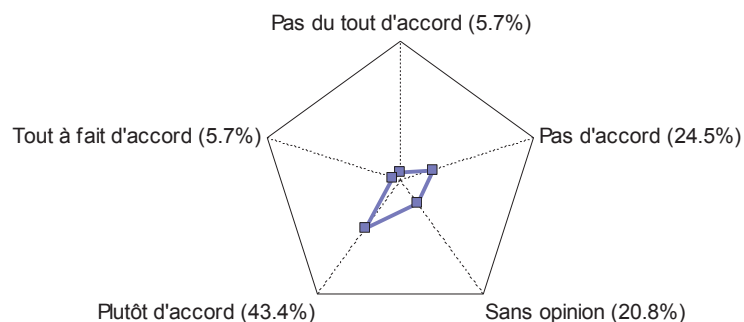
Question 33 : Gestion administrative du patient.

L'organisation de la journée

Nous avons voulu savoir si l'interne était une aide

- pour l'informatique ;
- pour joindre les correspondants hospitaliers (où souvent les internes sont passés en stage) ;
- pour les démarches administratives.

Quarante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 26 pas d'accord, 22 sans opinion, 6 tout à fait d'accord et 6 pas du tout d'accord.

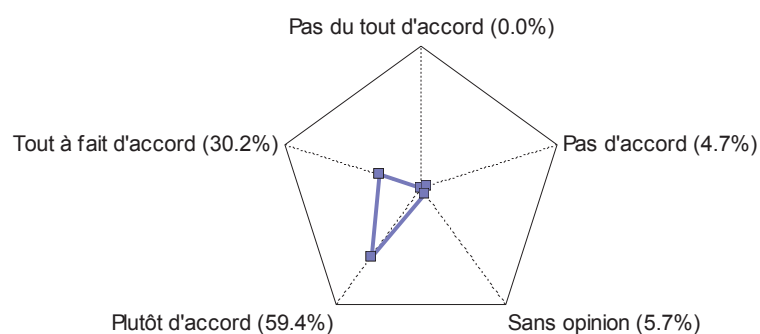


Question 34 : Organisation de la journée de travail.

3.3. Sur la qualité des soins

Une plus grande rigueur intellectuelle

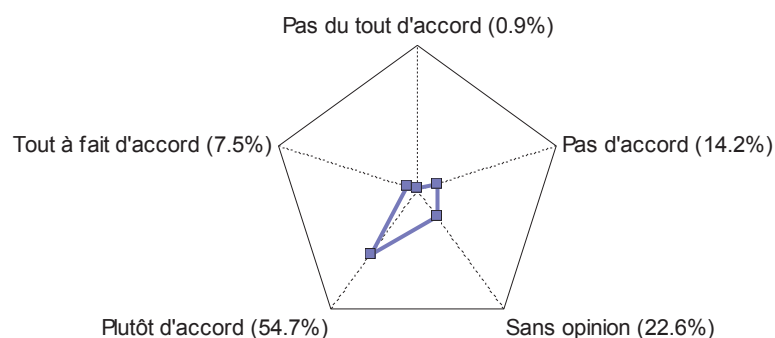
Soixante-trois MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 32 tout à fait d'accord, 6 sans opinion, 5 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 35 : Plus grande rigueur intellectuelle.

Une amélioration de la communication

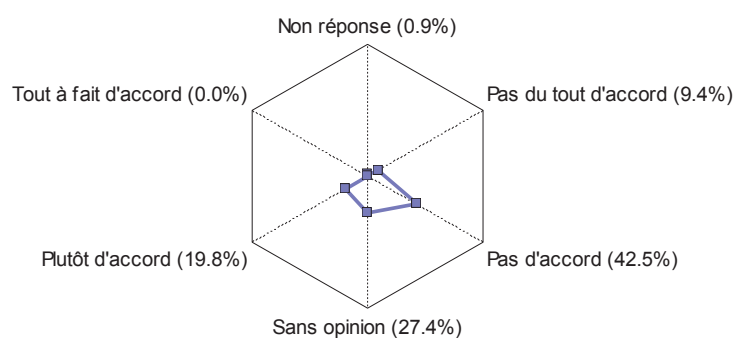
Cinquante-huit MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 24 sans opinion, 15 pas d'accord, 8 tout à fait d'accord et 1 pas du tout d'accord.



Question 36 : Amélioration de la communication.

Des diagnostics corrects posés plus rapidement

Quarante-cinq MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 29 sans opinion, 21 plutôt d'accord, 10 pas du tout d'accord, 0 tout à fait d'accord. Un MSU n'a pas répondu.

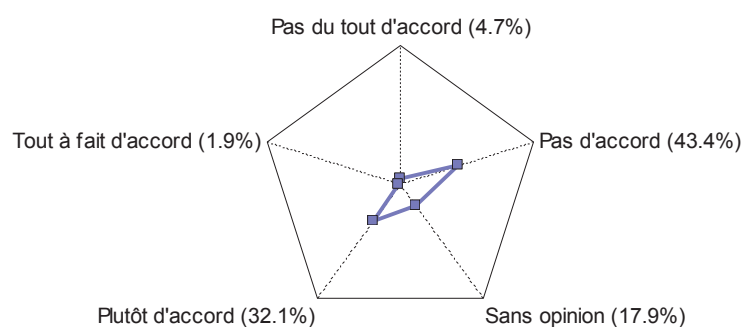


Question 37 : Diagnostics corrects posés plus rapidement.

Un meilleur dépistage

Par exemple pour les mammographies, les frottis cervico-vaginaux, l'Hemocult II.

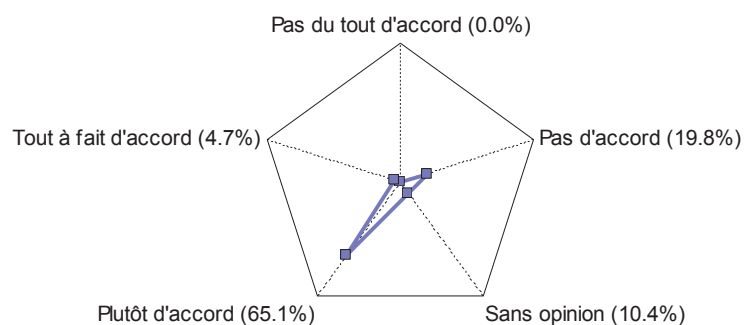
Quarante-six MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 34 plutôt d'accord, 19 sans opinion, 5 pas du tout d'accord, 2 tout à fait d'accord.



Question 38 : Meilleur dépistage.

Une amélioration de la prise en charge grâce à un effort de synthèse

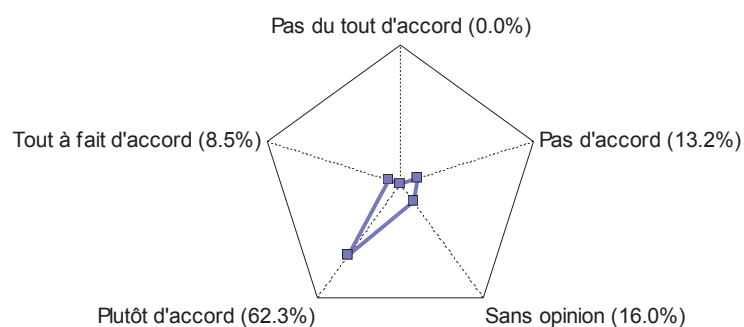
Soixante-neuf MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 21 pas d'accord, 11 sans opinion, 5 tout à fait d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 39 : Amélioration de la prise en charge par synthèse.

Une amélioration de la prise en charge du fait de la relecture des dossiers nécessaires dans la fonction de maître de stage

Soixante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 17 sans opinion, 14 pas d'accord, 9 tout à fait d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 40 : Amélioration de la prise en charge par relecture des dossiers.

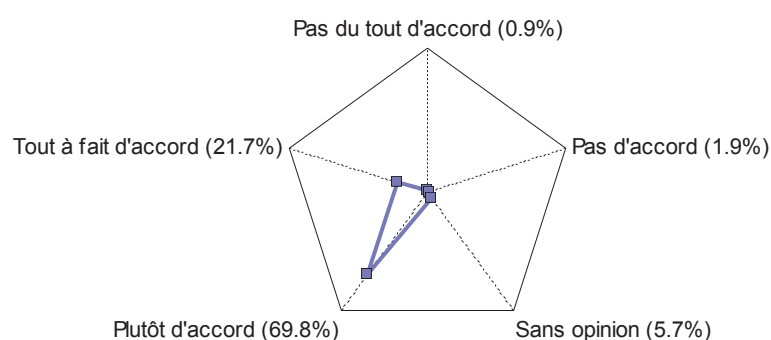
4. Qu'est ce que cela vous a apporté ? Qu'est ce qui a changé ?

Nous avons voulu savoir ce que la maitrise de stage a changé pour le maître de stage lui-même.

Une pratique plus réflexive

Nous avons voulu savoir si le MSU avec un regard critique grâce au débriefing avec l'interne, une évaluation de sa pratique pour mieux la transmettre, moins d'automatisme.

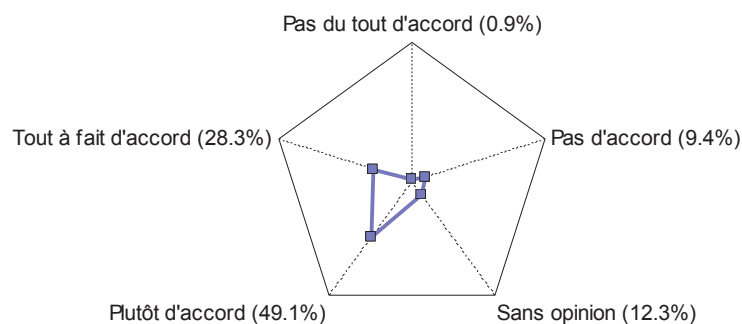
Soixante-quatorze MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 23 tout à fait d'accord, 6 sans opinion, 2 pas d'accord et 1 pas du tout d'accord.



Question 41 : Pratique réflexive.

Un nouveau sens à leur travail

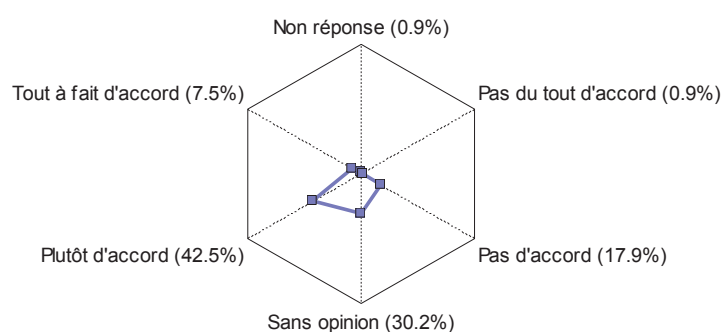
Cinquante-deux MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 30 tout à fait d'accord, 13 sans opinion, 10 pas d'accord et 1 pas du tout d'accord.



Question 42 : Nouveau sens à leur travail.

Une perception de délivrer de meilleurs soins

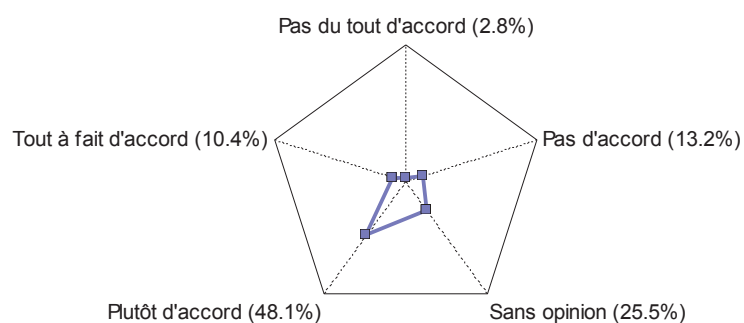
Cinquante-cinq MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 32 sans opinion, 19 pas d'accord, 8 tout à fait d'accord et 1 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 43 : Perception de meilleurs soins délivrés.

Une nouvelle identité en tant que maître de stage

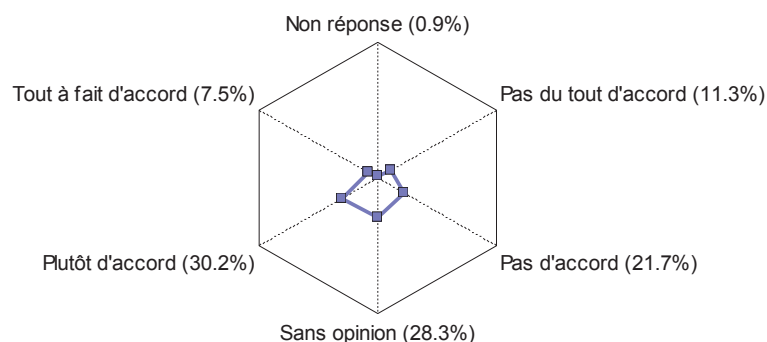
Cinquante et un MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 27 sans opinion, 14 pas d'accord, 11 tout à fait d'accord et 3 pas du tout d'accord.



Question 44 : Nouvelle identité en tant que maître de stage.

Une aide pour comprendre leur choix de devenir médecin généraliste

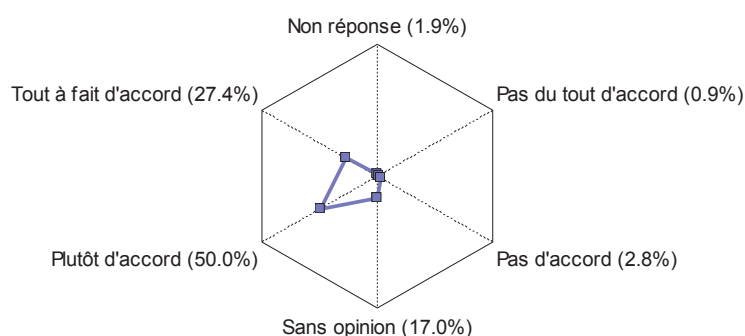
Trente-deux MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 30 sans opinion, 23 pas d'accord, 12 pas du tout d'accord et 8 tout à fait d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 45 : Aide pour comprendre leur choix de devenir médecin généraliste.

Un sentiment de satisfaction quand leurs internes choisissent d'exercer en milieu libéral

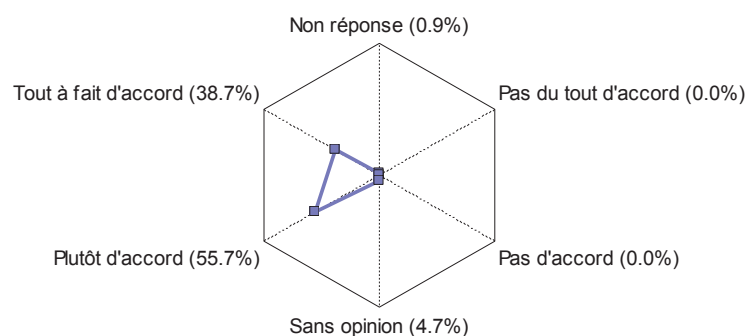
Cinquante-trois MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 29 tout à fait d'accord, 18 sans opinion, 3 pas d'accord et 1 pas du tout d'accord. Deux MSU n'ont pas répondu.



Question 46 : Sentiment de satisfaction quand leurs internes choisissent d'exercer en libéral.

Un sentiment de satisfaction quand leurs internes s'améliorent, changent d'attitude au fur à mesure du stage

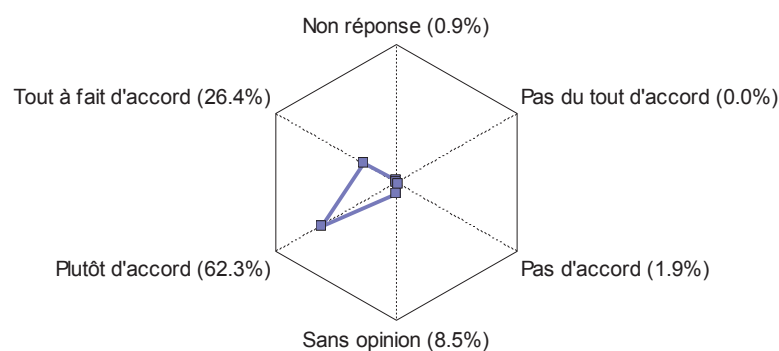
Cinquante-neuf MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 41 tout à fait d'accord, 5 sans opinion, 0 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 47 : Sentiment de satisfaction quand les internes s'améliorent, changent d'attitude.

Une plus grande ouverture d'esprit, un enrichissement grâce à l'élargissement de leur champ professionnel

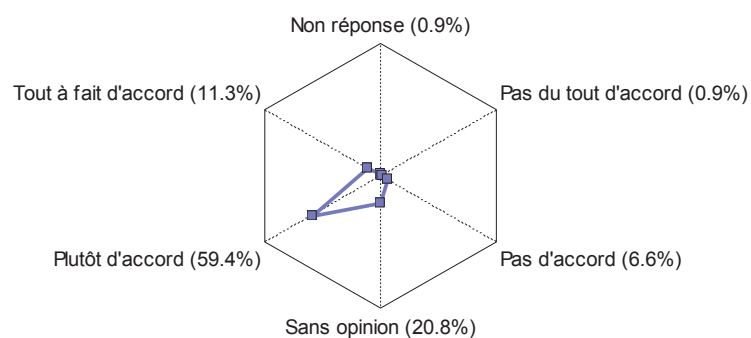
Soixante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 28 tout à fait d'accord, 9 sans opinion, 2 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 48 : Plus grande ouverture d'esprit, un enrichissement.

Des échanges avec des collègues maîtres de stage partageant le même intérêt

Soixante-trois MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 22 sans opinion, 12 tout à fait d'accord, 7 pas d'accord et 1 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



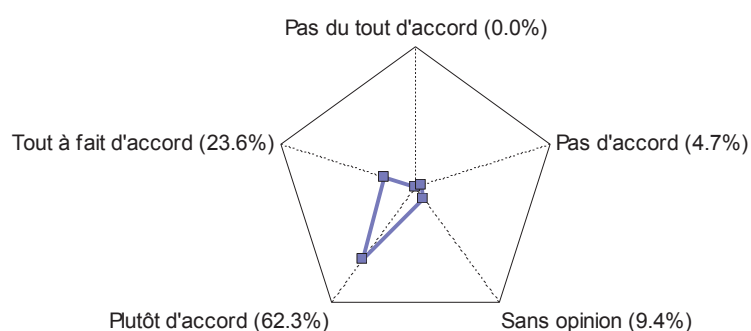
Question 49 : Echanges avec des collègues maîtres de stage.

5. Impacts sur les connaissances et sur la formation

Nous avons voulu savoir si le fait d'avoir un interne en stage incitait les maîtres de stage à maintenir à jour leurs connaissances.

Une motivation pour leur propre développement professionnel

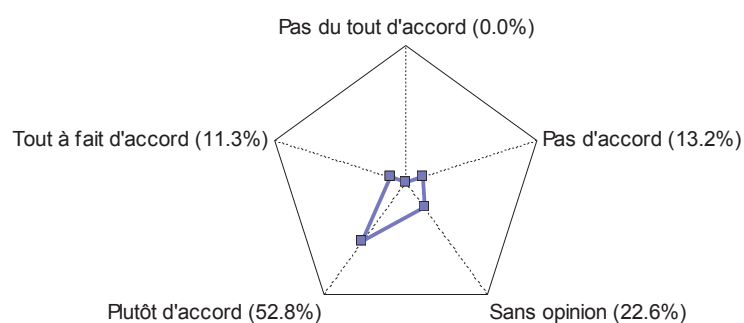
Soixante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 25 tout à fait d'accord, 10 sans opinion, 5 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 50 : Motivation pour le développement professionnel.

Une meilleure efficacité dans la formation continue du fait d'une lecture plus critique

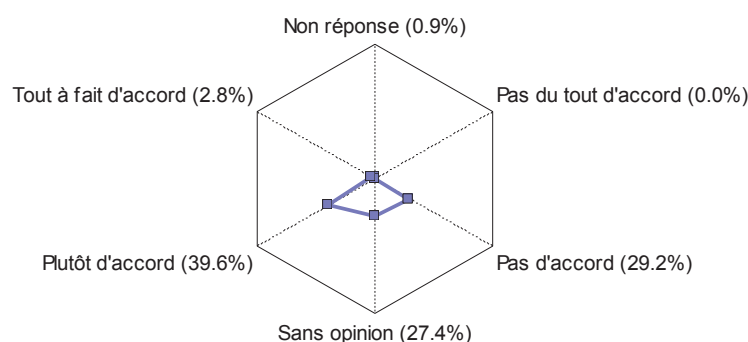
Cinquante-six MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 24 sans opinion, 14 pas d'accord, 12 tout à fait d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 51 : Meilleure efficacité dans la formation continue.

Une meilleure efficacité dans la formation continue due à l'augmentation du temps de lecture

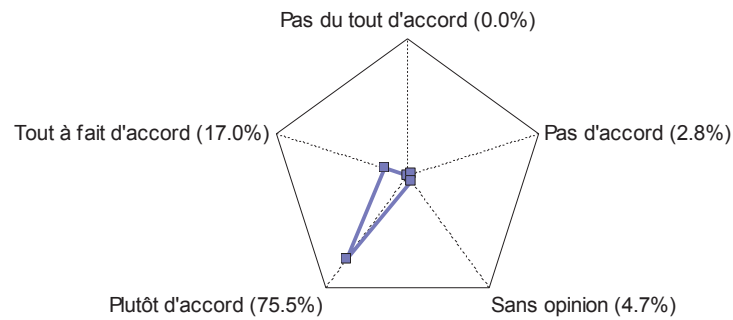
Quarante-deux MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 31 pas d'accord, 29 sans opinion, 3 tout à fait d'accord et 0 pas du tout d'accord. Un MSU n'a pas répondu.



Question 52 : Meilleure efficacité dans la formation due à plus de lecture.

Une formation continue grâce aux échanges avec les internes

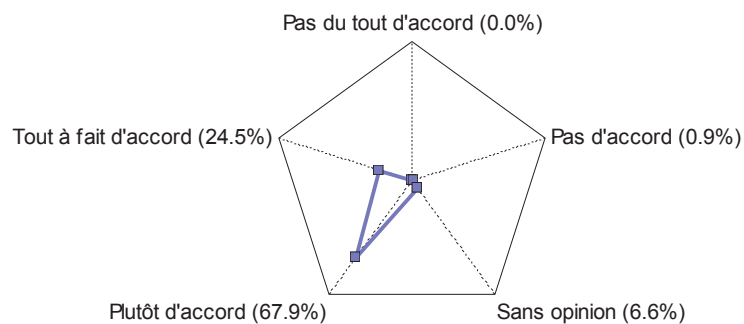
Quatre-vingt MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 18 tout à fait d'accord, 5 sans opinion, 3 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 53 : Formation continue grâce aux échanges avec les internes.

Une stimulation intellectuelle et une curiosité nouvelle

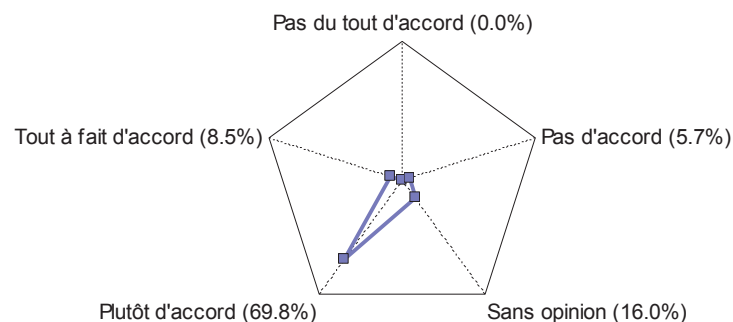
Soixante-douze MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 26 tout à fait d'accord, 7 sans opinion, 1 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 54 : Stimulation intellectuelle, curiosité nouvelle.

Une mise à jour des connaissances

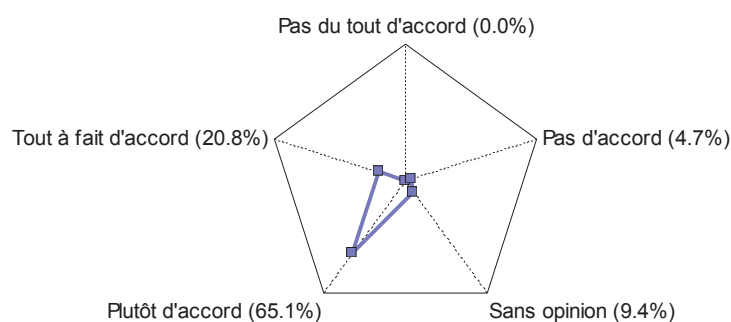
Soixante-quatorze MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 17 sans opinion, 9 tout à fait d'accord, 6 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 55 : Connaissances à jour.

Une meilleure auto-évaluation par une remise en cause des connaissances et des techniques

Soixante-neuf MSU sont plutôt d'accord avec cette affirmation, 22 tout à fait d'accord, 10 sans opinion, 5 pas d'accord et 0 pas du tout d'accord.



Question 56 : Meilleure auto-évaluation.

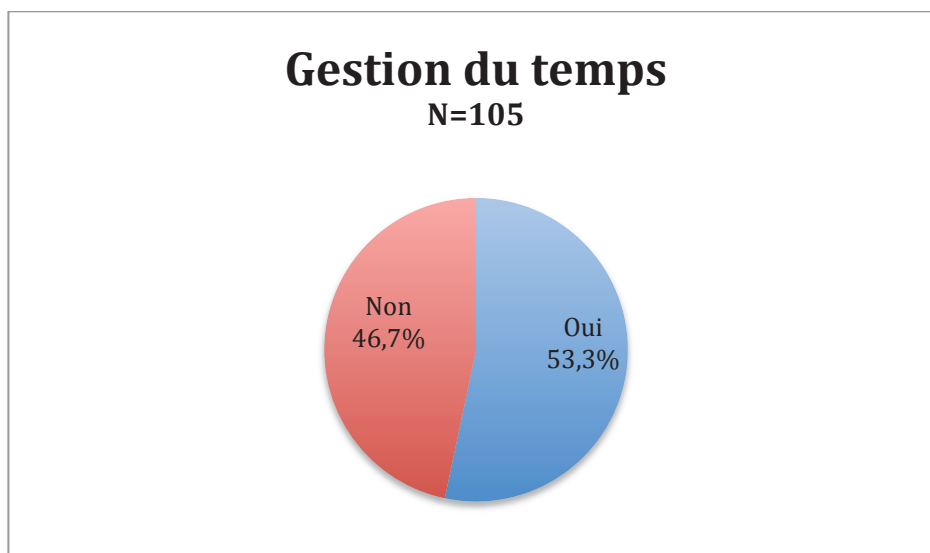
6. Impacts de nature médico-économique

Nous avons voulu savoir s'il existait des conséquences de la présence de l'interne sur la journée du médecin généraliste, à la fois sur le temps, la productivité, la charge de travail. Mais aussi sur le plan financier et personnel.

6.1. Sur le temps

Un problème de gestion du temps sur la journée de travail

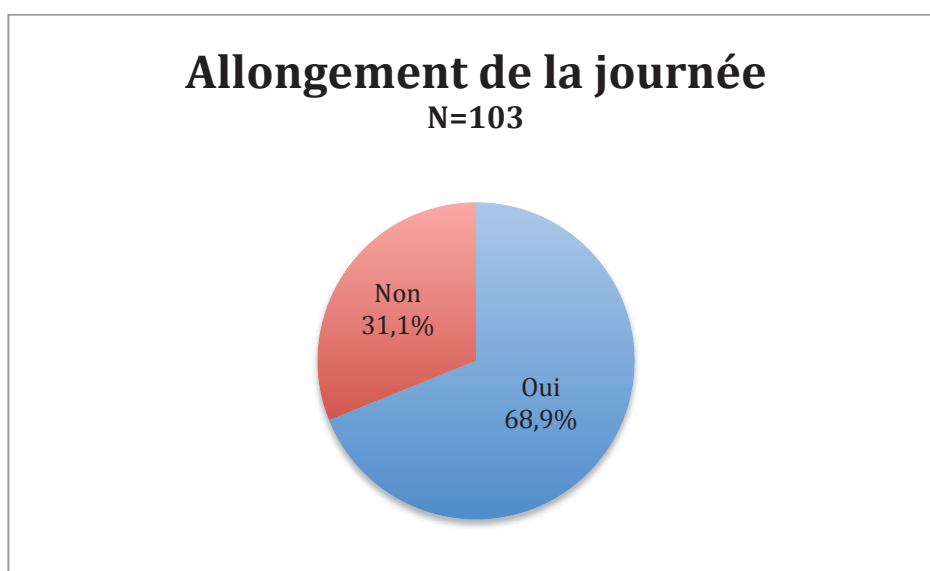
On compte 56 MSU qui pensent que cela crée un problème dans la gestion du temps, 49 qui ne le pensent pas. Un MSU n'a pas répondu.



Question 57 : Problèmes liés à la gestion du temps.

Un allongement de la journée de travail

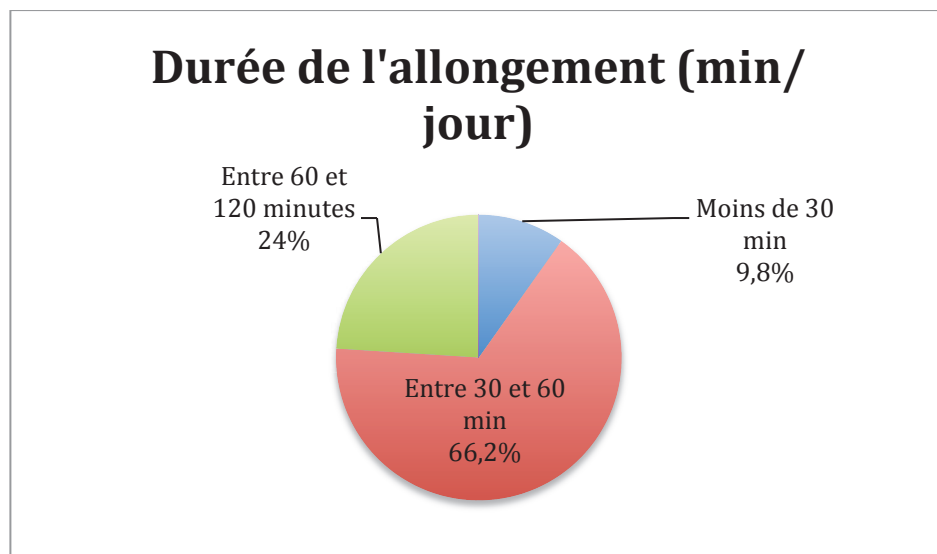
On compte 71 MSU qui pensent que cela crée un allongement de la journée de travail, 32 qui ne le pensent pas. Trois MSU ont répondu à la fois oui et non, ils n'ont donc pas été comptabilisés.



Question 58 : Allongement de la journée de travail.

Parmi les 71 MSU ayant répondu oui à la question précédente, 7 pensent que l'augmentation de la journée de travail est inférieure à 30 minutes, 47 qu'elle se situe

entre 30 et 60 minutes, 17 qu'elle se situe entre 60 et 120 minutes, aucun MSU pensent qu'elle dépasse 120 minutes par jour.



Question 59 : Durée de l'allongement du temps de travail.

6.2. Sur la productivité

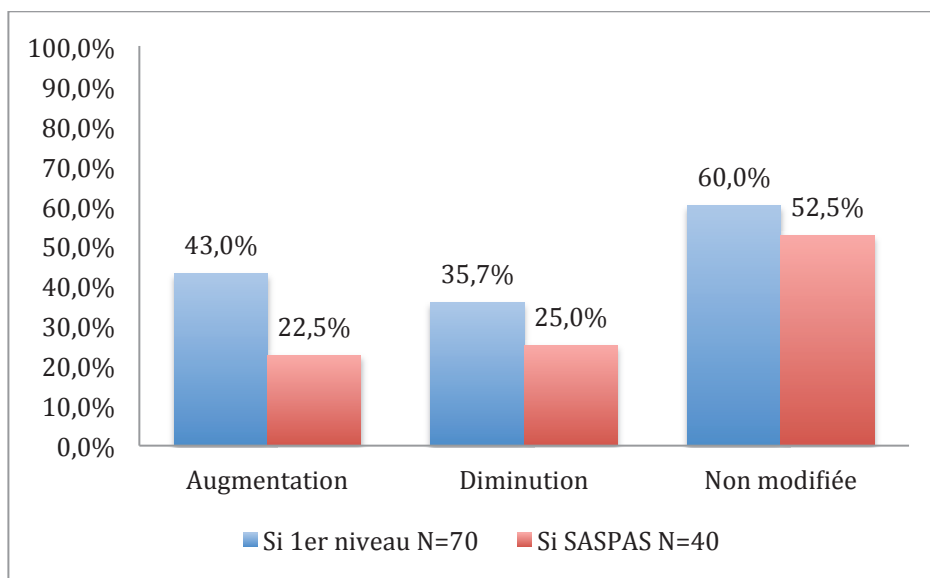
C'est à dire sur le nombre de patients vus par jour quand l'interne est présent au cabinet.

Si stage de 1^{er} niveau

Parmi les 70 MSU de 1^{er} niveau, 42 pensent qu'il n'y a pas de modifications sur la productivité, 25 une diminution de la productivité et 3 une augmentation.

Si SASPAS

Parmi les 41 MSU de SASPAS, 21 pensent qu'il n'y a pas de modifications sur la productivité, 10 une diminution, 9 une augmentation. Un MSU n'a pas répondu.



Question 60 : Productivité.

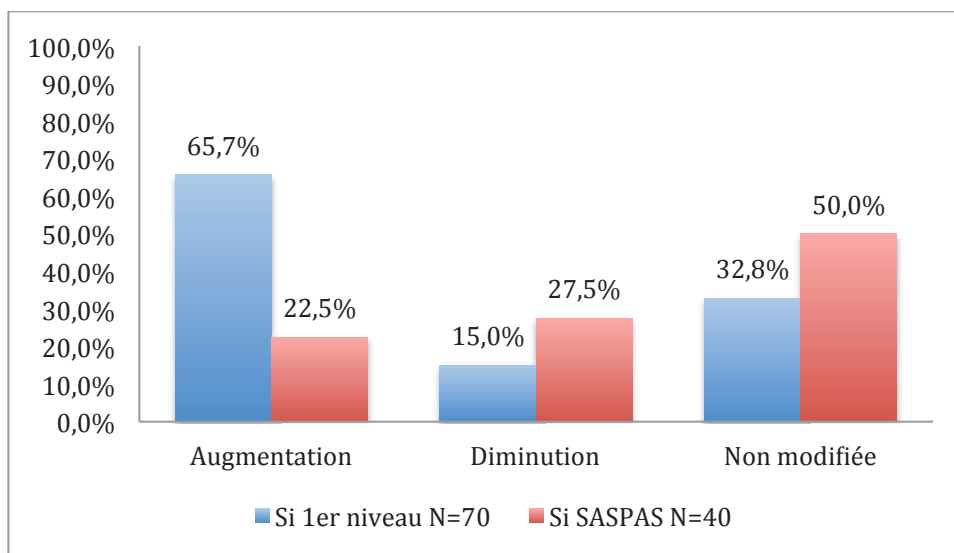
6.3. Sur la charge de travail

Si stage de 1^{er} niveau

Parmi les 70 MSU de 1^{er} niveau, 46 pensent qu'il y a une augmentation de la charge de travail, 23 pas de modification et 1 une diminution.

Si SASPAS

Parmi les 41 MSU de SASPAS, 20 pensent qu'il n'y a pas de modification de la charge de travail, 11 une diminution et 9 une augmentation. Un MSU n'a pas répondu.



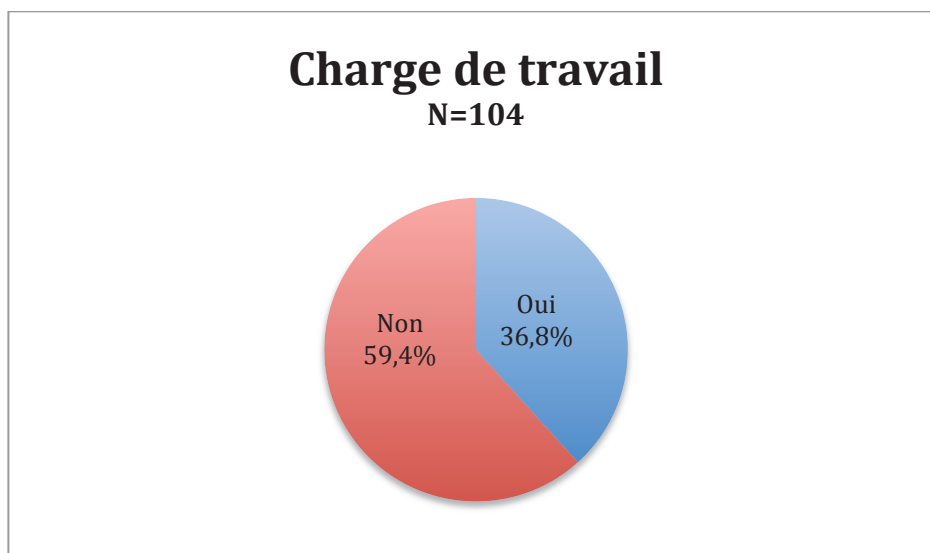
Question 61 : Charge de travail.

La charge de travail est-elle alourdie par les activités additionnelles dues à la maîtrise de stage ?

C'est à dire :

- les activités administratives ;
- la préparation de l'enseignement ;
- l'accueil de l'interne ;
- les formations pour devenir MSU.

Soixante-trois MSU pensent qu'il n'y a pas d'augmentation de la charge de travail de ce point de vue la, 39 pensent que oui. Quatre MSU n'ont pas répondu.

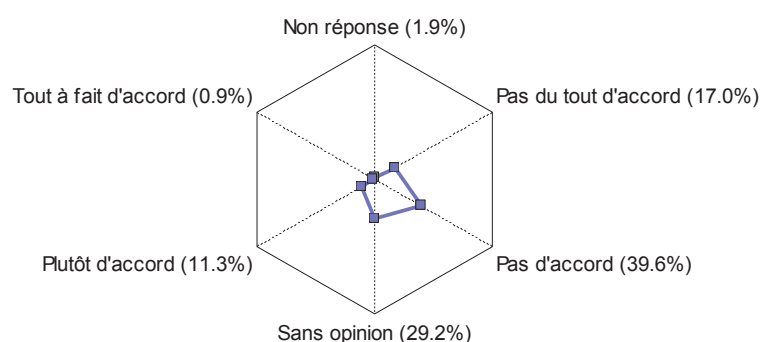


Question 62 : Charge de travail pour les activités additionnelles.

6.4. Sur le plan financier

Perte de revenu

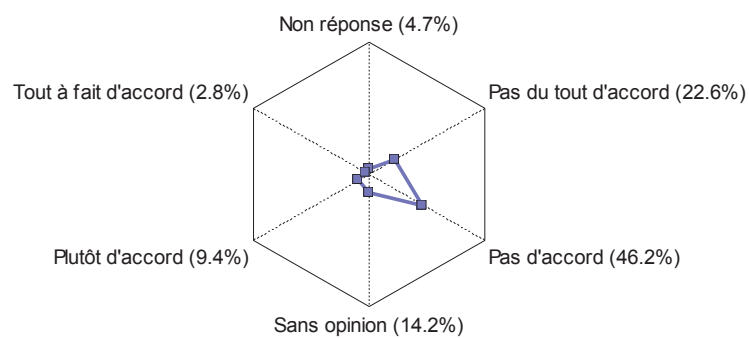
Quarante-deux MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 31 sans opinion, 18 pas du tout d'accord, 12 plutôt d'accord et 1 tout à fait d'accord. Deux MSU n'ont pas répondu.



Question 63 : Perte de revenu.

Est-ce un frein, selon vous, pour de nouveau maître de stage ?

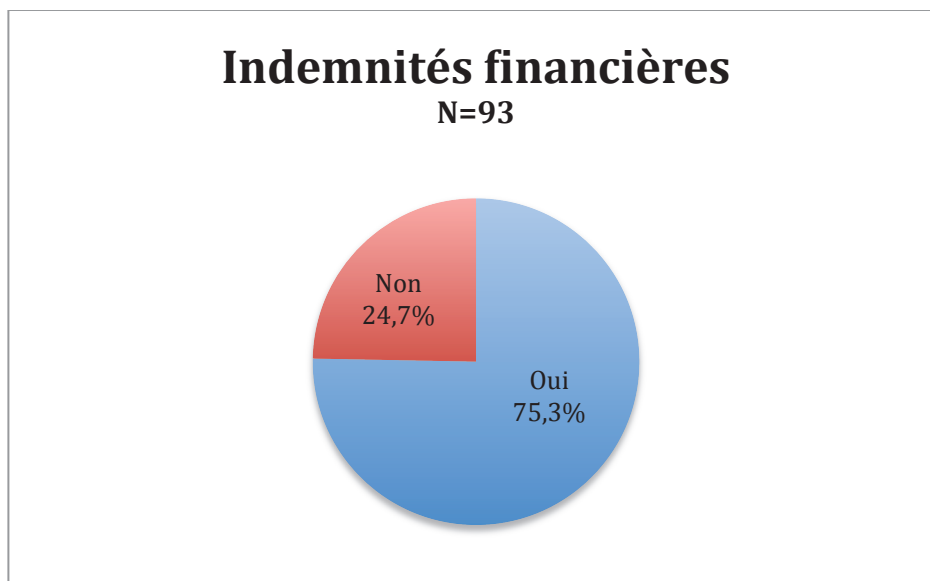
Quarante-neuf MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 24 pas du tout d'accord, 15 sans opinion, 10 plutôt d'accord et 3 tout à fait d'accord. Cinq MSU n'ont pas répondu.



Question 64 : Frein pour le choix de devenir maître de stage.

Les indemnités sont-elles suffisantes ?

Soixante-dix MSU ont répondu qu'elles n'étaient suffisantes, 23 oui. Treize MSU n'ont pas répondu.



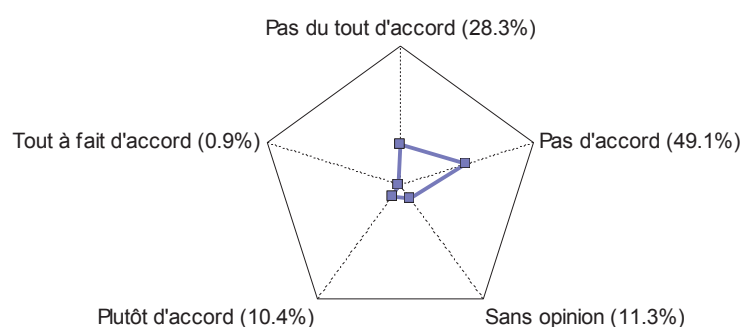
Question 65 : Indemnités financières.

6.5. Sur la vie privée

Nous avons voulu savoir si la maitrise de stage avait un impact sur la vie personnelle.

Une difficulté à équilibrer vie professionnelle et vie personnelle

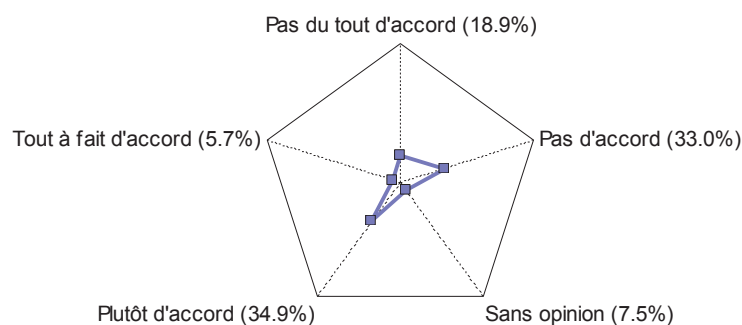
Cinquante-deux MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 30 pas du tout d'accord, 12 sans opinion, 11 plutôt d'accord et 1 tout à fait d'accord.



Question 66 : Difficulté à équilibrer vie professionnelle et vie personnelle.

Une réduction du temps consacré aux activités personnelles les jours où l'interne est présent

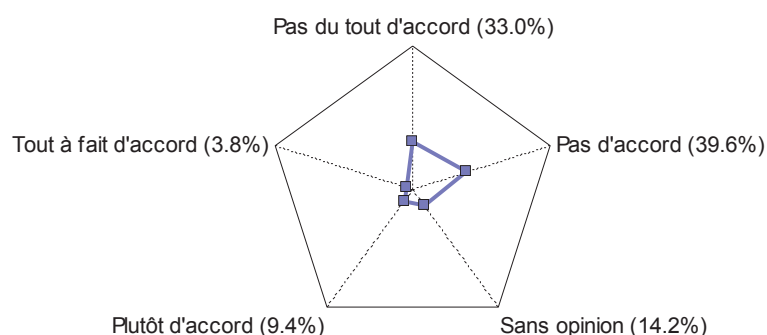
Trente-sept MSU sont 11 plutôt d'accord avec cette affirmation, 35 pas d'accord, 20 pas du tout d'accord, 8 sans opinion, et 6 tout à fait d'accord.



Question 67 : Réduction du temps consacré aux activités personnelles.

La maîtrise de stage provoque des interférences avec la vie privée

Quarante-deux MSU ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 35 pas du tout d'accord, 15 sans opinion, 10 plutôt d'accord, et 4 tout à fait d'accord.



Question 68 : Présence d'interférences avec la vie privée.

7. Comparaison des résultats

Nous avons voulu comparer les résultats de certaines questions en fonction des différentes caractéristiques de la population étudiée, selon :

- le sexe ;
- le lieu d'exercice ;
- le type de stage (1^{er} niveau ou SASPAS) ;
- l'ancienneté de la maîtrise de stage.

7.1. Question 8 : Envisagez-vous de poursuivre cette expérience ?

Selon le sexe

Réponses question 8	Homme	Femme	Total
Oui	71	30	101
Non	3	1	4
Total	74	31	105

p-value : 1

Selon le type d'exercice

Réponses question 8	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Oui	26	47	28	101
Non	1	1	2	4
Total	27	48	30	105

p-value : 0.81

Selon le type de stage

Réponses question 8	1er niveau	SASPAS	Total
Oui	63	38	101
Non	1	3	4
Total	64	41	105

p-value : 0.30

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 8	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Oui	80	11	8	2	101
Non	4	0	0	0	4
Total	84	11	8	2	105

p-value : 1

Les différences ne sont pas significatives.

7.2. Question 10 : La maîtrise de stage apporte-t-elle une amélioration sur la relation médecin-patient selon vous ?

Selon le sexe

Réponses question 10	Homme	Femme	Total
Pas du tout d'accord	0	1	1
Pas d'accord	24	10	34
Sans opinion	17	8	25
Plutôt d'accord	31	13	44
Tout à fait d'accord	2	0	2
Total	74	32	106

p-value : 0.66

Selon le type d'exercice

Réponses question 10	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Pas du tout d'accord	0	1	0	1
Pas d'accord	8	13	13	34
Sans opinion	5	13	7	25
Plutôt d'accord	12	21	11	44
Tout à fait d'accord	2	0	0	2
Total	27	48	31	106

p-value : 0.46

Selon le type de stage

Réponses question 10	1 ^{er} niveau	SASPAS	Total
Pas du tout d'accord	1	0	1
Pas d'accord	22	12	34
Sans opinion	18	7	25
Plutôt d'accord	23	21	44
Tout à fait d'accord	1	1	2
Total	65	41	106

p-value : 0.42

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 10	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Pas du tout d'accord	1	0	0	0	1
Pas d'accord	28	3	3	0	34
Sans opinion	21	2	2	0	25
Plutôt d'accord	33	6	3	2	44
Tout à fait d'accord	2	0	0	0	2
Total	85	11	8	2	106

p-value : 0.95

Les différences ne sont pas significatives.

7.3. Question 29 : Existe-t-il une augmentation du temps globale de la consultation en supervision directe ?

Selon le sexe

Réponses question 29	Homme	Femme	Total
Diminution du temps	0	0	0
Augmentation du temps	57	23	80
Pas de modification	12	9	21
Total	69	32	101

p-value : 0.29

Selon le type d'exercice

Réponses question 29	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Diminution du temps	0	0	0	0
Augmentation du temps	20	38	22	80
Pas de modification	6	8	7	21
Total	26	46	29	101

p-value : 0.70

Selon le type de stage

Réponses question 29	1er niveau	SASPAS	Total
Diminution du temps	0	0	0
Augmentation du temps	53	27	80
Pas de modification	12	9	21
Total	65	36	101

p-value : 0.45

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 29	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Diminution du temps	0	0	0	0	0
Augmentation du temps	65	8	6	1	80
Pas de modification	19	0	1	1	21
Total	84	8	7	2	101

p-value : 0.27

Les différences ne sont pas significatives.

7.4. Question 30 : Existe-t-il une augmentation du temps globale de la consultation en supervision indirecte ?

Selon le sexe

Réponses question 30	Homme	Femme	Total
Diminution du temps	1	2	3
Augmentation du temps	51	19	70
Pas de modification	18	6	24
Total	70	27	97

p-value : 0.31

Selon le type d'exercice

Réponses question 30	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Diminution du temps	1	2	0	3
Augmentation du temps	20	32	18	70
Pas de modification	4	12	8	24
Total	25	46	26	97

p-value : 0.66

Selon le type de stage

Réponses question 30	1er niveau	SASPAS	Total
Diminution du temps	3	0	3
Augmentation du temps	44	26	70
Pas de modification	10	14	24
Total	57	40	97

p-value : 0.07

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 30	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Diminution du temps	3	0	0	0	3
Augmentation du temps	54	9	6	1	70
Pas de modification	21	1	1	1	24
Total	78	10	7	2	97

p-value : 0.71

Les différences ne sont pas significatives.

7.5. Question 57 : La maîtrise de stage entraine-t-elle un problème de gestion du temps ?

Les tableaux de contingence sont en Annexe 3 pour le test du Chi².

Selon le sexe

Réponses question 57	Homme	Femme	Total
Oui	38	18	56
Non	35	14	49
Total	73	32	105

p-value : 0.69

Selon le type d'exercice

Réponses question 57	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Oui	11	32	13	56
Non	15	16	18	49
Total	26	48	31	105

p-value : 0.04

Selon le type de stage

Réponses question 57	1er niveau	SASPAS	Total
Oui	34	22	56
Non	31	18	49
Total	65	40	105

p-value : 0.79

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 57	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Oui	42	6	7	1	56
Non	42	5	1	1	49
Total	84	11	8	2	105

p-value : 0.19

Les différences ne sont pas significatives, selon le test exact de Fisher. Sauf pour la question 3, selon le type d'exercice. Pour cette question, p-value est inférieure à 0.05, cela signifie que les différences sont statistiquement significatives.

7.6. Question 58 : Existe-t-il un allongement de la journée de travail ?

Les tableaux de contingence sont en Annexe 3 pour le test du Chi².

Selon le sexe

Réponses question 58	Homme	Femme	Total
Oui	48	23	71
Non	25	7	32
Total	73	30	103

p-value : 0.28

Selon le type d'exercice

Réponses question 58	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Oui	18	37	16	71
Non	8	9	15	32
Total	26	46	31	103

p-value : 0.03

Selon le type de stage

Réponses question 58	1er niveau	SASPAS	Total
Oui	47	24	71
Non	16	16	32
Total	63	40	103

p-value : 0.12

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 58	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Oui	56	8	6	1	71
Non	26	3	2	1	32
Total	82	11	8	2	103

p-value : 0.96

Les différences ne sont pas significatives, selon le test exact de Fisher. Sauf pour la question 3, selon le type d'exercice. Pour cette question, p-value est inférieure à 0.05, cela signifie que les différences sont statistiquement significatives, notamment entre le stage de 1^{er} niveau et le SASPAS.

7.7. Question 61 : Existe-t-il une charge de travail augmentée en fonction du type de stage (1^{er} niveau ou SASPAS) ?

Réponses question 61	1 ^{er} niveau	SASPAS	Total
Diminuée	3	11	14
Augmentée	54	10	64
Non modifiée	24	23	47
Total	81	44	125

p-value : 1.51

Le total des effectifs est supérieur au total des répondants, car plusieurs MSU ont répondu aux deux questions. La différence n'est pas significative.

**7.8. Question 64 : La perte de revenu est-elle pour vous un frein
au choix de devenir maître de stage ?**

Selon le sexe

Réponses question 64	Homme	Femme	Total
Pas du tout d'accord	12	12	24
Pas d'accord	38	11	49
Sans opinion	12	3	15
Plutôt d'accord	8	2	10
Tout à fait d'accord	2	1	3
Total	72	29	101

p-value : 0.13

Selon le type d'exercice

Réponses question 64	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Pas du tout d'accord	8	11	5	24
Pas d'accord	11	22	16	49
Sans opinion	5	7	3	15
Plutôt d'accord	0	5	5	10
Tout à fait d'accord	2	0	1	3
Total	26	45	30	101

p-value : 0.24

Selon le type de stage

Réponses question 64	1 ^{er} niveau	SASPAS	Total
Pas du tout d'accord	14	10	24
Pas d'accord	31	18	49
Sans opinion	7	8	15
Plutôt d'accord	6	4	10
Tout à fait d'accord	2	1	3
Total	60	41	101

p-value : 0.86

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 64	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Pas du tout d'accord	23	1	0	0	24
Pas d'accord	40	5	3	1	49
Sans opinion	10	2	3	0	15
Plutôt d'accord	7	0	2	1	10
Tout à fait d'accord	2	1	0	0	3
Total	82	9	8	2	101

p-value : 0.10

Les différences ne sont pas significatives.

7.9. Question 66 : Trouvez-vous que cela entraine des difficultés à équilibrer vie professionnelle et vie personnelle ?

Selon le sexe

Réponses question 66	Homme	Femme	Total
Pas du tout d'accord	21	9	30
Pas d'accord	33	19	52
Sans opinion	10	2	12
Plutôt d'accord	9	2	11
Tout à fait d'accord	1	0	1
Total	74	32	106

p-value : 0.61

Selon le type d'exercice

Réponses question 66	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Pas du tout d'accord	7	12	11	30
Pas d'accord	14	23	15	52
Sans opinion	2	8	2	12
Plutôt d'accord	4	4	3	11
Tout à fait d'accord	0	1	0	1
Total	27	48	31	106

p-value : 0.82

Selon le type de stage

Réponses question 66	1 ^{er} niveau	SASPAS	Total
Pas du tout d'accord	14	16	30
Pas d'accord	34	18	52
Sans opinion	9	3	12
Plutôt d'accord	7	4	11
Tout à fait d'accord	1	0	1
Total	65	41	106

p-value : 0.31

Selon l'ancienneté de la maîtrise de stage

Réponses question 66	Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 15 et 19 ans	Plus de 20 ans	Total
Pas du tout d'accord	25	4	1	0	30
Pas d'accord	44	5	2	1	52
Sans opinion	9	0	3	0	12
Plutôt d'accord	6	2	2	1	11
Tout à fait d'accord	1	0	0	0	1
Total	85	11	8	2	106

p-value : 0.11

Les différences ne sont pas significatives.

Globalement, nous ne retrouvons pas de différence significative sauf pour les questions 57 (problème de gestion du temps) et 58 (allongement de la journée de travail) en fonction du type d'installation.

8. Commentaires

A la fin du questionnaire, nous avons laissé un espace libre pour d'éventuels commentaires. Sur les 106 questionnaires reçus, 30 MSU ont utilisé cet espace.

Plusieurs MSU notent que la situation varie :

- en fonction de l'interne : sa motivation, son degré d'engagement,...
- tout au long du stage : la consultation est plus longue en début de stage mais souvent moins longue au bout de quelques semaines. Il y a un gain de temps quand le duo maître de stage/interne fonctionne bien (« *travail à 4 mains* »).

Nous avons eu beaucoup de commentaires d'encouragement pour ce travail.

La plupart des commentaires sont positifs vis-à-vis de leur expérience de MSU, beaucoup y trouvant un enrichissement personnel, un équivalent au compagnonnage.

Nous n'avons eu seulement que 2 commentaires négatifs sur les 30 recensés (cités ci-dessous). Le deuxième portait plutôt sur l'exercice de la médecine générale au sens large.

« Plus de pression et moins de temps de "récupération"... »

« L'avenir de la médecine générale n'est pas rose et parfois je me demande si on peut continuer à encourager les jeunes à se fourvoyer dans ce qui deviendra peut-être un immense gâchis piloté par la technocratie omniprésente et qui voudrait régenter le moindre de nos faits et gestes. Sommes-nous juste bon à remplir des certificats à la con et assurer la permanence des soins ?... »

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses

Avant tout, nous retrouvons peu d'études dans la littérature, s'intéressant aux maîtres de stages en eux-mêmes. Il existe plusieurs études sur l'impact de ces stages sur les internes et leur choix de carrière ou sur les patients.

1.1. Le questionnaire

Nous avons choisi de faire un questionnaire long (68 questions) mais avec des questions à réponses fermées ou likert, permettant ainsi de répondre rapidement (en moyenne, il fallait moins de 10 minutes pour y répondre). Cela nous a permis d'avoir un questionnaire plus complet et d'aborder ainsi un plus grand nombre de domaine. Malgré un questionnaire long, nous avons eu un fort taux de réponse (50,5%). Cette grande participation des MSU de la faculté de Rouen reflète leur intérêt pour ce sujet. Deux explications peuvent être avancées, d'une part, les MSU, faisant partie de la Faculté, sont habitués et sensibilisés à la recherche et au progrès en médecine générale donc plus compliants, d'autre part, ils sont touchés par ce questionnaire qui les cible personnellement.

Ce type de questionnaire laisse peu de liberté aux praticiens pour donner leurs impressions, comme lors d'entretien individuel ou de focus groupe. Mais cette méthode nous a permis d'inclure plus de MSU dans l'étude (soit 210), ce qui n'aurait pas été possible avec les autres méthodes.

Nous n'avons pas tenu compte de l'évolution qu'il pouvait avoir entre le début du stage et la fin du stage. L'interne étant plus autonome et plus rapide en fin de stage, car il connaît alors le fonctionnement du cabinet, du logiciel et les patients.

Pour la partie 2.2 du questionnaire, nous avons interrogé les médecins sur le ressenti de leurs patients. Nous n'avons pas questionné les patients directement. Les réponses obtenues sont indirectes et ne sont que le retour qu'ont pu avoir les MSU.

De plus, à la question n°7, l'ensemble des MSU a répondu positivement. Cette réponse montre-t-elle un biais de sélection ? N'y a-t-il pas que les MSU satisfaits de leur expérience qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire ?

1.2. L'effectif

Nous nous sommes limités aux médecins maîtres de stage installés en Haute-Normandie par soucis de faisabilité.

Nous ne retrouvons pas de liens entre les caractéristiques des praticiens et les réponses au questionnaire. Ce test ne retrouve au mieux que quelques réponses à la limite de la significativité statistique. Cela ne nous a pas permis de dégager une tendance. Il serait intéressant de voir si les résultats sont identiques quelle que soit la région ainsi qu'à plus grande échelle.

Certains MSU ne le sont pas depuis très longtemps (réponses à la question n°5), ce qui donne peu de recul pour répondre à ce questionnaire, mais nous avons choisi de tenir compte de leurs réponses.

2. Résultats principaux

2.1. Caractéristiques de la population

Parmi les répondants, il y a plus d'hommes que de femmes (70% versus 30%), ce qui est assez proche de la démographie médicale en Haute-Normandie (58% d'hommes versus 42%)⁸.

Les MSU qui ont répondu sont répartis de manière équitable en fonction de leur ancienneté (approximativement $\frac{1}{4}$ pour chaque classe, avec une légère

surreprésentation pour les MSU installés depuis 20 à 29 ans). Nous n'avons pas demandé l'âge des participants car il nous semblait plus intéressant de connaître l'ancienneté de leur expérience.

Les MSU exercent dans près de la moitié des cas en milieu semi-rural (45,3%, contre 25,5% en milieu rural et 29,2% en milieu urbain).

Les MSU reçoivent majoritairement des internes dans le cadre d'un stage de 1^{er} niveau (61% versus 39%), ce qui est cohérent car parmi tous les MSU interrogés, les MSU recevant des internes de 1^{er} niveau étaient plus nombreux (132 versus 78, soit 63% versus 37%).

La grande majorité des MSU sont des « jeunes MSU », ils le sont depuis moins de 10 ans (pour 80,2%). Ce résultat est cohérent car les stages chez le praticien se sont développés au cours des dernières années, notamment le SASPAS créé en 2004. Il a donc fallu recruter plus de MSU ces 10 dernières années. De plus, les jeunes médecins généralistes sont peut-être plus sensibles que les médecins plus âgés à cette mission, ayant fait eux-mêmes des stages ambulatoires pendant leur internat.

Ils reçoivent majoritairement les internes entre 3 et 6 demi-journées par semaines (55,7% versus 23,6% moins de 3 demi-journées). La question a prêté à confusion, certains MSU ont répondu qu'ils avaient leur interne plus de 6 demi-journées par semaine, mais sachant que les MSU font équipe par 3 (sauf dans 2 cas, où ils ne sont que 2), il nous paraît peu crédible que les internes passent 9 demi-journées (soit 1 semaine) avec le même MSU. Nous pensons plutôt que l'interne passe 1 semaine sur 3 au cabinet. Nous avons choisi de les exclure des résultats.

Toutefois, très peu des MSU ayant répondu enseignent à la faculté (10,4% versus 89,6% de non enseignants). Dans certaines facultés françaises, le temps dégagé lors du SASPAS du fait de l'autonomie de l'interne, est considéré comme une redevance pédagogique que le MSU doit à la faculté. Elle peut se présenter sous différente forme : tutorat d'interne pendant les 3 ans du DES, participation aux cours, direction de thèse²⁴.

2.2. Les maîtres de stages sont globalement positifs sur leur expérience

L'ensemble des MSU interrogé a répondu à la question numéro 7, qui portait sur leur satisfaction vis à vis de cette expérience. Ils sont tous satisfaits de leur expérience mais 4 MSU n'envisagent pas de la poursuivre. Nous ne leur avons pas demandé les raisons de cet arrêt. 96,2% des MSU sont prêt à poursuivre cette expérience.

Ce résultat est similaire à celui de l'étude de Latessa²⁵, 93% des médecins généralistes MSU sont satisfaits de leur expérience d'enseignement et 90% pensent la poursuivre au cours des cinq prochaines années.

3. Les aspects positifs

3.1. Amélioration de la relation médecin-malade

Il apparaît que la présence d'un interne pendant la consultation n'a pas d'impact négatif sur la relation entre le MSU et le malade (43,4%). Ceci est cohérent avec les nombreuses études réalisées par ailleurs montrant que la plupart des patients interrogés notent une amélioration de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin généraliste quand il devient enseignant²⁵⁻²⁹.

Dans l'étude de O'Malley²⁶, 95% des patients acceptent de revoir l'étudiant lors d'une prochaine consultation. Les patients rapportent que leur médecin « *s'intéresse plus à eux comme patient* », « *est plus attentif à leur plaintes* », et ont ainsi le sentiment d'une consultation plus approfondie.

Dans l'étude de Latessa²⁵, 57% des MSU pensent qu'enseigner aux étudiants a une influence positive sur la relation avec leurs patients.

Dans l'étude française de Rivière²⁹, 95% des patients ayant consulté l'interne seul déclaraient que la consultation qu'ils avaient eu, avait répondu à leurs attentes soit « *oui complètement* » soit « *oui en partie* ».

A travers l'enseignement clinique, les MSU ont l'impression de recevoir plus de reconnaissance et de respect de la part des patients (52,8%).

Dans l'étude de Rivière²⁹, 36% des patients ont plus confiance dans leur médecin généraliste, MSU. Il cite « *il doit être bon, s'il fait de la formation reconnue par la faculté* ». Néanmoins, il ne semble pas qu'il y ait une augmentation de la patientèle chez les médecins MSU (76,4%). Nous retrouvons les mêmes résultats dans de nombreuses études^{24,30,31}.

3.2. Amélioration de l'organisation

L'organisation globale des praticiens accueillant des stagiaires semble meilleure²³.

L'interne facilite la gestion informatique et administrative, d'autant plus quand il est autonome (70,8%).

Une meilleure tenue des dossiers permet une synthèse plus aisée de la situation du patient. Les MSU notent de façon plus rigoureuse les antécédents, le diagnostic et la conduite à tenir, afin d'aider l'interne quand il voit le patient seul^{23,24,32}.

3.3. Bénéfice sur la consultation

Les MSU constatent une amélioration de la prise en charge des patients.

Tout d'abord, du fait, d'une relecture (70,8%) et d'un effort de synthèse des dossiers des patients par les MSU (69,8%) nécessaire au bon apprentissage de l'interne.

Grâce à l'interne lui-même qui apporte son regard neuf et les dernières connaissances reçues sur les protocoles et les recommandations de bonnes pratiques.

Et enfin, grâce à une amélioration de la communication au cours de la consultation (62,2%), les MSU donnent souvent plus d'explications aux patients lorsque l'interne est présent

Les patients ressentent cette meilleure qualité de soins. En effet, ils apprécient l'approfondissement de la consultation (57,6%) et l'amélioration de l'éducation induits

par la présence de l'interne, ce qui leur permet de mieux connaître leur pathologie et leur traitement²³.

3.4. Source de nombreux enrichissements

Enrichissement professionnel

Le niveau de formation et de compétences souvent élevé des nouvelles générations d'étudiants, motive les MSU pour leur propre développement professionnel (85,9%). Et ainsi entraîne une meilleure efficacité dans leur formation continue, une stimulation intellectuelle, une curiosité nouvelle (92,4%) et une mise à jour de leurs connaissances (78,3%), grâce aux échanges avec les internes (92,5%). La curiosité de l'interne, l'apport de connaissances nouvelles de la part de l'étudiant stimule le MSU^{15,23}.

De plus, le regard d'un tiers induit une auto-évaluation et une remise en cause constante de leurs connaissances et de leurs techniques (85,9%). Cette remise en question constante entraîne une pratique plus réflexive avec moins d'automatisme (91,5%) lors des consultations et une meilleure transmission des connaissances^{15,23,33}.

Enrichissement réciproque

Les stages en médecine ambulatoire permettent un échange entre le maître et l'élève. Il ne s'agit pas seulement d'une relation unilatérale du maître vers l'élève. Chacun progresse par sa rencontre avec l'autre²³.

Le MSU apporte son expérience, son vécu avec ses patients, ses conseils et sa vision de la médecine générale, tandis que l'interne apporte ses connaissances « fraîches » et un nouveau regard sur la pratique du médecin²³.

Il existe un transfert du MSU vers l'interne, transfert de compétences, d'attitudes, de rythme, mais aussi un contre-transfert de l'interne vers le MSU, par l'ouverture sur d'autre pratique. Cela permet un renouvellement de l'exercice professionnel, et ainsi un moyen de lutter contre la routine, contre le burnout³⁴.

Enrichissement personnel

La maîtrise de stage enrichit le MSU au niveau personnel par une valorisation de son statut, une reconnaissance de sa qualité de formateur (52,8%) qui lui donne une nouvelle identité auprès des patients et des étudiants (58,5%). Il a un sentiment d'utilité provenant de la fierté de contribuer à une formation de qualité des futurs médecins généralistes en transmettant son expérience. Les MSU ressentent un sentiment de satisfaction lorsque l'interne évolue, s'améliore à leur contact (94,4%) ou encore choisi d'exercer en médecine libérale (77,4%)^{23,32}.

4. Les aspects négatifs

4.1. Réticence des patients d'être vus par un interne

Pour certains motifs de consultations, les patients peuvent ressentir une réticence à être vu soit par l'interne seul, soit par le duo MSU-interne (75,5%). Le plus souvent, ce sont des femmes consultant pour un motif gynécologique ou psychologique^{30,35}.

Par contre, une bonne information, lors de la prise de rendez-vous et dans la salle d'attente, diminue ces réticences. De plus, les patients s'habituent progressivement à la présence de l'interne pendant les consultations³⁰.

4.2. Un temps de consultation allongé

La durée des consultations est plus longue (79,2% en supervision directe, 72,2% en supervision indirecte) et son déroulement est modifié afin de consacrer plus de temps à l'éducation thérapeutique et à l'enseignement pendant ou après la consultation (82,1%). Les MSU estiment ne pas consacrer plus de temps à éduquer leur patient (49,1%), alors que les patients ont le sentiment opposé. Cette différence de perception est due au fait que le MSU enseigne à son interne au cours de la consultation, ce qui permet au patient de mieux comprendre sa pathologie et l'intérêt de son traitement, il en résulte une éducation indirecte²³.

Nous ne retrouvons pas de différence notable entre les MSU de 1^{er} niveau ou de SASPAS, ce qui peut s'expliquer par le fait, qu'en SASPAS, les MSU prévoit des consultations plus longues pour les internes (allant de 20 à 30 minutes, au lieu de 15 min comme pour eux).

De plus, l'allongement de la consultation est plus marqué en début de stage. L'interne apprend rapidement le fonctionnement du cabinet et du médecin, et ainsi devient une vraie aide pour le MSU (consultation à quatre mains). De même, en fin de stage de 1^{er} niveau ou pendant le SASPAS, l'interne peut consulter seul, en parallèle avec le MSU ou lui permettre de se libérer du temps, notamment pour des démarches administratives ou des visites à domicile longues et difficiles³³.

4.3. Surcharge de travail

L'augmentation du temps affectée à la maîtrise de stage est significatif. Les MSU notent majoritairement un allongement de la journée de travail de 30 à 60 min (66,2%). L'organisation du stage et le temps consacré au stagiaire s'ajoutent au temps médical habituel. Ces contraintes de temps sont retrouvées dans plusieurs études^{23,24,32}.

Cette surcharge de travail est surtout présente pour les stages de 1^{er} niveau (65,7% versus 22,5% pour le SASPAS), car la supervision directe occasionne souvent un retard dans le déroulement de la journée. Mais dès que l'interne de 1^{er} niveau passe en phase d'autonomie, cette surcharge de travail est diminuée, et s'apparente même à celui du SASPAS³².

Dans l'étude de Haspot²⁴, 52% des MSU interrogés constataient une augmentation minime de leur charge de travail. Cette augmentation perçue pouvait se répartir de façon homogène dans la semaine ou influencer sur la programmation de la veille et/ou du lendemain de la journée du stagiaire.

Cependant, cet allongement du temps de travail n'est pas systématiquement vécu comme négatif²³. En effet, la productivité semble stable (60% pour les stage de 1^{er} niveau, 52,5% pour les SASPAS) et la qualité de la prise en charge des patients semble s'améliorer.

5. Les appréhensions des maîtres de stage

Certains médecins peuvent avoir des angoisses vis à vis de la maîtrise de stage, ce qui peut être un frein à leur implication en qualité de MSU. Nous allons montrer que ces angoisses ne sont pas forcément justifiées.

5.1. Difficultés à faire confiance

La majorité des MSU n'appréhendent pas de laisser leurs patients à un interne (67,9%), ni d'altérer la relation médecin-patient³¹.

S'ils ont pu ressentir une crainte à confier leurs patients à un interne inconnu, ce sentiment disparaît pour près de 70% des MSU au cours de leur expérience²³.

Les avis sont partagés en ce qui concerne l'appréhension d'avoir un « mauvais interne » et d'altérer la relation médecin-malade (39.6% ressentent cette appréhension, contre 49.1%).

5.2. Baisse de la productivité

Pour la majorité des MSU (60% pour le 1^{er} niveau, 52.5% pour le SASPAS) il n'y a pas de modification de la productivité globale sur l'ensemble du stage due à la présence de l'interne.

Elle est bien sûr variable en fonction du moment dans le stage, en baisse au début du stage, non modifiée voire augmentée pour certains en fin de stage. Cela vient du fait que l'interne est plus autonome en fin de stage, permettant une supervision indirecte, quel que soit le type de stage.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, un interne de 1^{er} niveau en fin de stage est équivalent à un interne en SASPAS.

5.3. Aspect financier

Les MSU considèrent leur revenu stable, pour 56.6%. D'ailleurs, 75.3% des MSU estiment que les indemnités financières sont suffisantes.

La grande majorité des MSU indique leur peu d'intérêt pour la variation de leur revenu, leur investissement est plutôt motivé par l'enrichissement intellectuel que par le gain financier²⁴.

Le but de notre étude n'était pas de quantifier la variation de ces revenus. Cependant, les études cherchant à évaluer l'influence d'une maîtrise de stage sur les revenus ne démontrent pas de différence statistiquement significative. Elles tendent même à montrer une augmentation des revenus lorsque l'interne est en fin de formation²³.

5.4. Interférence dans la vie privée

Les MSU sont 77.4% à ne pas rencontrer de difficultés à équilibrer vie privée et vie professionnelle, et 72.6% considèrent que cette mission n'a pas d'interférence avec leur vie privée.

Dans plusieurs études^{23,24,33,34}, l'entourage personnel des MSU constate un impact bénéfique voire très bénéfique. La maîtrise de stage génère un épanouissement tant professionnel que personnel, probablement dû à la possibilité de varier ses journées, de diversifier son activité et d'échanger avec son interne.

CONCLUSION

Cette étude nous montre que les impacts de la maîtrise de stage sur les MSU sont surtout positifs. Certes la maîtrise de stage impose aux médecins certaines adaptations et présente certaines contraintes, mais celles-ci sont moindres en comparaison des bénéfices retirés. Nous avons vu aussi que les principales appréhensions que peuvent ressentir certains médecins à devenir MSU ne sont pas fondées. Cette nouvelle étude sur le ressenti des MSU devrait encourager les jeunes médecins qui s'installent à devenir MSU eux-mêmes.

Grâce aux stages ambulatoires, les internes découvrent leur futur métier et bénéficient d'un apprentissage sur le terrain. La spécialité est ainsi revalorisée, confortant les vocations et augmentant le nombre d'installation en cabinet libéral.

Les MSU en retirent un véritable enrichissement professionnel par un perfectionnement permanent de leurs connaissances. C'est également une source d'enrichissement personnel par la valorisation et l'augmentation de l'estime de soi, ayant même un effet bénéfique sur le burnout.

Il serait intéressant de compléter ce travail avec une étude qualitative confrontant le ressenti de médecins avant qu'ils deviennent MSU puis une fois qu'ils le sont devenus. Les entretiens semi directifs permettraient aux médecins de s'exprimer pleinement. Une étude qualitative pourrait préciser certaines questions, comme intégrer la maîtrise de stage comme méthode de formation médicale continue ou son effet anti-burnout. Mais aussi de découvrir des aspects que notre questionnaire n'envisageait pas.

Il serait aussi intéressant de réaliser cette étude à un échelon plus important afin de l'intégrer dans une campagne de recrutement des MSU.

La population de notre échantillon est homogène quant à son avis par rapport à la maîtrise du stage, ce qui est un résultat intéressant pour les campagnes de recrutement. D'après cette étude, le recrutement n'a pas à se concentrer sur une population en particulier.

Nous pensons que cette étude pourrait permettre l'édition d'une plaquette argumentée, comme par exemple celle proposée en annexe 4.

BIBLIOGRAPHIE

1. Serment d'Hippocrate. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/serment.pdf>.
2. Chow-Chine E. Etude sur la répartition des médecins généralistes. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012 : 48.
3. Ottenwaelter M-O. Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises. CNE ; 1998 : 212.
4. Braun-Neves C. Etre ou ne pas être généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. Paris V ; 2005.
5. Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment. Sénat ; 2013 ; 335 : 4.
6. Munck S. Vers un nouvel internat de médecine générale. Rev Prat - Médecine Générale. 2010 ; 24 : 615.
7. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consulté le 22 sept 2014. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf.
8. Cartographie interactive de la démographie médicale. Consulté le 22 sept 2014. Available from: <http://demographie.medecin.fr/>.
9. Holué C. Maîtres de stage en médecine générale : la profession a besoin de vous! Bull Inf Ordre Natl Médecins. 2012 ; 26 : 10-2.

10. Bonifacj C, Gérard L, Senand P, Touzard M. Maîtrise de stage. L'avenie de la médecine générale. Rev Prat - Médecine Générale. 2008 ;22 : 747-8.
11. Dauberton J-O. Devenir maître de stage. Rev Prat - Médecine Générale. 2009 ; 23 : 449.
12. Perrenot C. La médecine générale recrute : plus de 5000 postes à pourvoir. Rev Prat - Médecine Générale. 2010 ; 24 : 257.
13. Duriez S. Médecins généralistes : engagez-vous! Rev Prat - Médecine Générale. 2008 ; 22 : 623-4.
14. Instruction DGOS/RH1 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale. 2011 ; 2011-101.
15. Dubois E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Paris V; 2009.
16. Bonifacj C, Metzger A. Stage en MG : témoignage d'une étudiante en DCEM3. Rev Prat - Médecine Générale. 2008 ; 22 : 909.
17. Druais P-L. Le DES de médecine générale. Rev Prat - Médecine Générale. 2004 ; 18 : 1364-6.
18. Renard V, Attali C. Maître de stage : une formation spécifique. Rev Prat - Médecine Générale. 2003 ; 17 : 705-6.
19. Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Rennes ; 2007.
20. Laurent D. Evaluation d'une réunion d'information des internes de médecine générale lorrains sur le SASPAS. Nancy I ; 2009.

21. Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du travail*. 1983 : 275-94.
22. CNGE. Devenir Maîtres de Stage des Universités. 2012. Available from: http://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/
23. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue systématique et méthodique de la littérature. Bretagne Occidentale ; 2011.
24. Haspot B. Le SASPAS dix ans après sa création : le point de vue des maîtres de stage universitaires. Angers ; 2013.
25. Latessa R, Beaty N, Landis S, Colvin G, Janes C. The satisfaction, motivation, and future of community preceptors : the North Carolina experience. *Acad Med*. 2007 ; 82 : 698–703.
26. O'Malley P, Omori D, Landry F, Jackson J, Kroenke K. A prospective study to assess the effect of ambulatory teaching on patient satisfaction. *Acad Med*. 1997 ;72 : 1015–7.
27. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care ? *Br J Gen Pr*. 1999 ; 49 : 7–9.
28. Gray J, Fine B. General Practitioner teaching in the community : a study of their teaching experience and interest in undergraduate teaching in the future. *Br J Gen Pr*. 1997 ; 47 : 623–6.
29. Rivière J. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Paris VII ; 1998.
30. Lemerrier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti de patients : analyse de 377

questionnaires recueillis en Haute-Normandie. Rouen ; 2013.

31. Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS? Paris VII ; 2010.
32. Brault T. Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions de maîtres de stage de la faculté de Rennes. Rennes ; 2007.
33. Vivot E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste? Mesure qualitative par "focus group" de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste. Lorraine ; 2012.
34. Regnault A, Renzo A. Etre maître de stage universitaire protège-t-il du burnout? Angers ; 2014.
35. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien? Paris VI ; 2002.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE POUR LA THESE DE MEDECINE GENERALE SUR L'IMPACT SUR L'EXERCICE PROFESSIONNEL DE LA MAITRISE DE STAGE

1. A propos de vous

1. Etes-vous ? ☐ Un homme ☐ Une femme
2. Depuis quand êtes vous installés ? années
3. Quel est votre type d'exercice ? ☐ Rural ☐ Semi rural ☐ Urbain
4. Etes-vous maître de stage ? ☐ De 1^{er} niveau ☐ SASPAS
5. Depuis quand êtes vous maître de stage ? années
6. Combien de demi-journée par semaine avez-vous un interne ? demi-journées.
7. Etes-vous satisfait de votre expérience de maître de stage ?
☐ Oui ☐ Non
8. Envisagez-vous de la poursuivre ? ☐ Oui ☐ Non
9. Faites-vous aussi des cours à la faculté ? ☐ Oui ☐ Non

2. Impacts sur votre relation médecin-malade

La maitrise de stage a engendré

2.1. Pour vous

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
10. Une amélioration de la relation médecin-patient					
11. Une impression d'une plus grande reconnaissance de la part de vos patients					
12. Une augmentation de votre patientèle du fait d'être maître de stage					
13. Un manque de consentement et de confidentialité par rapport à la présence du stagiaire					
14. Une appréhension d'avoir un « mauvais interne » et donc d'altérer la relation médecin-patient					
15. Une appréhension de laisser vos patients à un interne					

2.2. Pour vos patients

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
16. Un sentiment d'une amélioration de la relation avec vous due à une plus grande attention					
17. Un sentiment d'une consultation plus approfondie					
18. Une satisfaction de participer à la formation d'un jeune médecin					
19. Une augmentation du temps d'attente avant une consultation					
20. Une réticence des patients d'être vus par l'interne pour un problème particulier (un examen intime, un problème émotionnel,...)					

3. Impacts sur la consultation en elle-même

3.1. Sur le déroulement de la consultation

La maîtrise de stage a engendré, sur le temps de la consultation :

	une diminution du temps	une augmentation du temps	pas de modification
21. La discussion du motif de consultation			
22. La reprise des antécédents			
23. L'examen clinique			
24. La reformulation des informations			
25. La prescription			
26. L'enseignement au cours de la consultation			
27. L'éducation du patient			
28. L'activité administrative			
29. Le temps global de la consultation en supervision directe			
30. Le temps global de la consultation en supervision indirecte			

31. Un changement de forme de la consultation (langage plus adapté à l'interne, modification de la communication non verbale) ? ☐ Oui ☐ Non

32. Une pression due à la nécessité de prodiguer enseignement et soins en concomitance? ☐ Oui ☐ Non

3.2. Sur votre organisation

Pensez vous que la maîtrise de stage apporte une amélioration sur

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
33. La gestion du patient, tenu des dossiers médicaux, suivi des patients					
34. l'organisation de la journée (aide pour l'informatique, pour connaître de nouveaux correspondants hospitaliers, pour les démarches administratives,...)					

3.3. Sur la qualité des soins

Pensez vous que la maîtrise de stage occasionne

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
35. Une plus grande rigueur intellectuelle					
36. Une amélioration de la communication					
37. Des diagnostics corrects posés plus rapidement					
38. Un meilleur dépistage (mammographie, FCV, Hémocult II, ...)					
39. Une amélioration de la prise en charge grâce à un effort de synthèse					
40. Une amélioration de la prise en charge du fait de la relecture des dossiers nécessaires dans la fonction de maître de stage					

4. Qu'est ce que cela vous a apporté ? Qu'est ce qui a changé ?

Pensez vous que la maitrise de stage vous a apporté

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
41. Une pratique réflexive (remise en question de votre pratique sur la journée lors de séance de débriefing avec l'interne, évaluation de votre pratique pour mieux la transmettre, moins d'automatisme)					
42. Un nouveau sens à votre travail					
43. Une perception de meilleurs soins délivrés					
44. Une nouvelle identité en tant que maître de stage					
45. Une aide à comprendre pourquoi vous avez fait le choix de devenir médecin généraliste					
46. Un sentiment de satisfaction quand les internes choisissent l'exercice libéral					
47. Un sentiment de satisfaction quand les internes s'améliorent, changent d'attitude					
48. Une plus grande ouverture d'esprit, un enrichissement grâce l'élargissement du champ professionnel					
49. Des échanges avec des collègues maîtres de stage partageant le même intérêt					

5. Impacts sur vos connaissances et votre formation

Pensez vous que la maitrise de stage vous a apporté

	pas du tout d'accord	pas d'accord	sans opinion	plutôt d'accord	tout a fait d'accord
50. Une motivation pour votre propre développement professionnel					
51. Une meilleure efficacité dans votre formation continue du fait d'une lecture plus critique					
52. Une meilleure efficacité dans votre formation continue due à l'augmentation du temps de lecture					
53. Une formation continue grâce aux échanges avec les stagiaires					
54. Une stimulation intellectuelle, une curiosité nouvelle					
55. Des connaissances à jour					
56. Une meilleure auto évaluation : remise en cause de vos connaissances et techniques cliniques					

6. Impacts de nature médico-économique

Pensez vous que la maitrise de stage vous a apporté :

6.1. Sur le temps

57. Un problème de gestion du temps ?

☐ Oui

☐ Non

58. Un allongement de la journée de travail ?

☐ Oui

☐ Non

59. Si oui, quelle est la durée de cet allongement (/jour)?

☐ < 30 min

☐ entre 30 et 60 min

☐ entre 60 et 120 min

☐ > 120 min

Annexe 2 : Mail envoyé aux maîtres de stage

Le 17 mai 2014,

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Je prépare ma thèse de doctorat en Médecine Générale sur l'impact de la maîtrise de stage sur votre activité professionnelle, sous la direction du Dr MAUVIARD, dans le cadre de l'Université de Rouen. Je souhaite étudier les différents impacts sur votre activité professionnelle, résultant du fait d'avoir un interne en stage à votre cabinet (de 1^{er} niveau ou en SASPAS). Pour cela, j'ai conçu, à partir d'une revue de la littérature, un questionnaire.

J'ai besoin de chacun d'entre vous pour mener à bien cette étude. Je vous propose de répondre à un questionnaire disponible sur internet (lien à la fin de ce mail) ou si vous le souhaitez par courrier (contactez moi et je vous l'enverrai). Il nécessite environ dix minutes pour être rempli. Il n'y a que des questions à choix multiples ou des questions likert, donc très facile à répondre. Il est important que vous y répondiez de manière honnête, il est entièrement **anonyme**. Merci d'y répondre **avant le 15 juin 2014**.

De nombreuses études ont étudié l'impact des stages sur les internes, dans ma thèse, **je souhaite mieux connaître les différents impacts sur les maîtres de stage, c'est à dire vous-même**. J'ai conscience que vous êtes très occupés, mais s'il vous plait prenez quelques minutes pour m'aider.

LIEN POUR LE QUESTIONNAIRE :

https://docs.google.com/forms/d/1NyrckILKA7m_ml3LzpRw8T6Vv6fUnRm4u59YNJaxrlk/viewform?usp=send_form

D'avance un grand merci

Florence NICOLAS
06.72.79.67.39
flo31nicolas@gmail.com

Annexe 3 : Tableaux de contingence du test du Chi²

Question 57

Selon le sexe

Réponses question 57	Homme	Femme	Total
Oui	38.933	17.067	56
Non	34.067	14.933	49
Total	73	32	105

Selon le type d'exercice

Réponses question 57	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Oui	13.867	25.6	16.533	56
Non	12.133	22.4	14.467	49
Total	26	48	31	105

Selon le type de stage

Réponses question 57	1er niveau	SASPAS	Total
Oui	34.667	21.333	56
Non	30.333	18.667	49
Total	65	40	105

Question 58

Selon le sexe

Réponses question 58	Homme	Femme	Total
Oui	50.32	20.68	71
Non	22.68	9.32	32
Total	73	30	103

Selon le type d'exercice

Réponses question 58	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Oui	17.922	31.709	21.369	71
Non	8.078	14.291	9.631	32
Total	26	46	31	103

Selon le type de stage

Réponses question 58	1er niveau	SASPAS	Total
Oui	43.427	27.573	71
Non	19.573	12.427	32
Total	63	40	103

Annexe 4 : Plaqueette

Devenez maître de stage !

Selon des études récentes :

NON

Il n'y a pas de
diminution de
votre patientèle
ni de votre
revenu

OUI

Les maîtres de
stage sont mieux
formés, plus
épanouis, mieux
reconnus par leurs
patients. Les
dossiers mieux
tenus.

RESUME

Les maîtres de stage universitaires accueillent des internes de médecine générale en stage ambulatoire. Ce stage professionnalisant est une étape fondamentale dans la formation des internes, car c'est le plus souvent leur premier contact avec l'exercice libéral. Le point de vue des patients et des internes ayant déjà été recueilli, nous nous sommes intéressés aux maîtres de stage et à l'impact de cet enseignement sur leur pratique. Notre étude qualitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à 210 maîtres de stage de la région Haute-Normandie (106 répondants), a permis de décrire les avantages mais aussi les contraintes de la maîtrise de stage. La charge de travail génère des contraintes de temps. Cependant, l'enseignement des maîtres de stage stimule la mise à jour de leur connaissance, entraînant un enrichissement professionnel. Les dossiers des patients sont mieux tenus par les internes ainsi que par les maîtres de stage. La relation avec la patientèle n'est pas affectée par la présence de l'interne. Cette expérience semble générer également un enrichissement personnel par la valorisation et la reconnaissance de leur travail. La maîtrise de stage apparaît comme une source d'enrichissement professionnel et personnel qui devrait être mis en avant dans le recrutement de nouveaux maîtres de stage.

Mots clés

Impacts

Maître de stage universitaire

Médecine Générale

SASPAS

Stage de 1^{er} niveau

Stage ambulatoire