



HAL
open science

Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste

Maud Bufala

► To cite this version:

Maud Bufala. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01161901

HAL Id: dumas-01161901

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01161901>

Submitted on 9 Jun 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.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINEListe des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice**Doyen**

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal

M. HÉBUTERNE Xavier

M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

M. DAR COURT Guy

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAPALUS Philippe

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)

Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Sautron,
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos conseils et votre implication.

A Monsieur le Professeur Marquette,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Folacci,
Merci de m'avoir accompagnée pendant tout mon internat, merci pour tout ce que tu m'as apporté et de m'avoir supportée en tant qu'interne à deux reprises !! Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Madame le Docteur Dubayle,
Merci pour tout ce que tu m'as apporté pour mon dernier stage d'internat. Merci pour cette rencontre et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'espère maintenant devenir quelqu'un...

A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Pourrat,
Merci de votre soutien, de votre implication et de votre patience. Merci pour tout ce que nous avons partagé en stage puis pour ce travail de thèse.

Au Collège National des Généralistes Enseignants
Merci d'avoir permis la diffusion de ce questionnaire à l'ensemble des départements de médecine générale.

A tous les Maîtres de Stage qui ont répondu à mon questionnaire.
Merci pour votre implication, pour vos remarques et pour vos encouragements.

Au Docteur D. Vangysel
Merci de ton aide pour ce travail. Merci pour ta disponibilité et ta patience.

A Laurent,

Je te dédie ce travail, toi qui as traversé toutes mes années de médecine, de l'externat à l'ECN, et de l'internat à la rédaction de cette thèse. Merci pour ton soutien quotidien... Je ne peux avancer qu'avec toi.

A mes fils, Rafael et Jules,

Vos naissances ont ponctué ce travail de quelques pauses, mais vous avez rempli ma vie d'un bonheur absolu.

A mes parents,

qui m'ont toujours soutenue et pour qui je vous la plus grande admiration. Je vous dois tout et plus encore...

A mon frère, qui j'espère comprendra le titre lui, et à mes petites sœurs auxquelles je suis très attachée.

A Mes beaux-parents et ma belle-famille,

Merci de votre accueil, votre affection et votre soutien. Je suis très fière d'ajouter un docteur à la famille.

A Pascal

Merci pour ton aide précieuse pour ce travail et pour TOUT ce que tu as fait pour moi. On devrait toujours choisir son parrain, moi j'ai pris le meilleur.

A Mael, parce-que tu as toujours cru en moi. Merci pour ton amitié, tes encouragements et tes nombreuses relectures (tu as vu, je n'ai pas mis de virgule avec le et ...).

Aux Lespagnol et aux Ramos, parce-que vous êtes indispensables à mon équilibre. Merci pour votre soutien inconditionnel tout au long de mes études.

A Céline, mon amie d'enfance, parce-que nos chemins seront toujours liés ...

A Julie, parce-que je suis fière de connaître la personne et le médecin que tu es. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes amis de la faculté, Aurore pour ces merveilleuses années, Coby pour les meilleures révisions de partiels qu'on puisse imaginer, à Chou et Babette mes acolytes de P1. A Diane, Arnaud et Chin-chin pour votre précieuse aide en sous-colle, à Amandine et à tous ceux avec qui j'ai partagé de bons moments pendant mes études.

A mes co-internes qui ont dû me supporter ...

A tous les médecins avec qui j'ai travaillé et à ceux que j'ai remplacés.

A mon médecin de famille, Dr Philippe Mourard, qui m'a donné envie de faire ce métier... En échange, j'espère que ce travail lui donnera envie de devenir maître de stage.

LISTE DES ABREVIATIONS

MSU	Maître de Stage Universitaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SNEMG	Syndicat National Enseignant des Médecins Généralistes
DMG	Département de Médecine Générale
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
DPC	Développement Professionnel Continu
EBM	Evidence Based Medicine
FMC	Formation Médicale Continue
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
WONCA	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of general practitioners
HAS	Haute Autorité de Santé

Table des matières

PREAMBULE	12
1. Historique de la maîtrise de stage.....	12
2. Cadre d'exercice de la maîtrise de stage.	13
INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODES	18
1. RECUEIL DES DONNEES	18
2. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET ANALYSE DES DONNEES	19
RESULTATS	23
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
2. RESULTATS QUANTITATIFS.....	25
2.1. Résultats par item du questionnaire.....	25
2.2. Résultats selon les caractéristiques des MSU.....	28
2.3. Résultats en termes de compétences.....	30
2.3.1. Professionnalisme	30
2.3.2. Relation, communication, Approche centré sur patient.	31
2.3.3. Approche globale, prise en compte de la complexité.	32
2.3.4. Education, Prévention, Dépistage, Santé individuelle et communautaire.	33
2.3.5. Premier recours, Incertitude, Urgences.	33
2.3.6. Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient.	34
3. RESULTATS QUALITATIFS.....	36
DISCUSSION	38
1. VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE	38
1.1. Méthodologie.....	38
1.2. Echantillon.....	39
2. PRINCIPAUX RESULTATS ET COHERENCE EXTERNE	41
2.1. La prévention du burn-out	41
2.2. L'apport de la maîtrise de stage en termes de « Relation, Communication et d'Approche centrée sur le patient ».	41
2.3. L'apport de la maîtrise de stage en termes de « Professionnalisme »	42
3. MAITRISE DE STAGE ET PRATIQUE REFLEXIVE.....	44
3.1. Le concept de pratique réflexive	44
3.2. Maîtrise de stage et pratique réflexive.....	45

4. MAITRISE DE STAGE ET DPC	46
4.1. La pratique réflexive au service du développement des compétences	46
4.2. La maîtrise de stage, une méthode de DPC	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	53
SERMENT	57

PREAMBULE

1. Historique de la maîtrise de stage.

La maîtrise de stage est le fruit d'un désir de médecins généralistes impliqués dans leur discipline de transmettre leurs savoirs. Comme le souligne Géraldine Bloy dans l'ouvrage « Singuliers généralistes », cette idée d'un stage chez le médecin généraliste a également été portée par la contestation étudiante de 1968. ⁽¹⁾

Ce stage auprès de praticiens de médecine générale au cours du troisième cycle a tout d'abord été développé de façon expérimentale dans les années 1970 dans les facultés de Bichat et Bobigny. ⁽¹⁾

Actuellement, au-delà d'un esprit de partage et d'exemplarité, les maîtres de stage s'inscrivent dans un engagement pédagogique auprès des étudiants. Il existe parallèlement une véritable prise de conscience de la part du monde universitaire : la formation du médecin généraliste doit aussi se réaliser en contexte d'authenticité dans des structures de médecine générale.

La formation en médecine générale a connu de nombreuses transformations. La commission Fougère propose en 1974, un troisième cycle de 2 ans spécifique à la médecine générale intégrant un enseignement en stage ambulatoire ⁽²⁾. Le stage chez le praticien se compose alors d'une vingtaine de journées et celui-ci ne sera effectif qu'après les décrets d'application parus en avril 1981 ⁽³⁾.

Il devient obligatoire en 1984 et il faut attendre 1997 pour que le décret n° 97-494 du 16 mai 1997 réorganise le troisième cycle ⁽⁴⁾. Celui-ci s'effectue alors sur une durée 2 ans et demi et comporte enfin un semestre entier chez le praticien en soins ambulatoires auprès de plusieurs maîtres de stage agréés. Ces décrets sont issus des propositions conjointes des responsables universitaires du troisième cycle de médecine générale et du Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le décret n°97-495 de cette même loi précise le cadre d'exercice de cette maîtrise de stage et les conditions à remplir par les médecins généralistes désirant devenir maîtres de stage ⁽⁵⁾ (selon l'article 1 : exercice d'au moins trois années en cabinet libéral et après avoir reçu une formation spécifique).

Depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité et la formation en médecine générale se poursuit après le concours de l'internat, par 3 années soit 6 semestres d'internat de médecine générale dont un chez le praticien ⁽⁶⁾.

Actuellement le stage chez le praticien se déroule à temps plein sur une période de 6 mois au sein d'un cabinet de médecine générale.

Les étudiants ont aussi la possibilité de réaliser un second stage chez le praticien appelé « stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée » (SASPAS) au cours du 5^{ème} ou du 6^{ème} semestre si leur rang de classement le permet et si l'offre en maîtres de stage est suffisante.

Selon la circulaire du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS « Le résident ou l'interne de médecine générale exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers ». ⁽⁷⁾

2. Cadre d'exercice de la maîtrise de stage.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins rapporte en juin 1999 les conditions pour devenir maître de stage (dit « agréé » depuis 1997). ⁽²⁾

En 2012, suite au décret du 5 juin 2010 concernant l'organisation du 3^{ème} cycle ⁽⁸⁾, une charte des maîtres de stage universitaires (MSU, terme utilisé depuis 2011 suite à l'acquisition officielle d'un statut universitaire) est élaborée par le CNGE en partenariat avec le Syndicat National Enseignant des Médecins Généralistes (SNEMG). ⁽⁹⁾

Cette charte des MSU précise les conditions nécessaires à la fonction de maître de stage:

- Un exercice en médecine générale d'au moins 3 ans (1 année pour la maîtrise de stage en 2^{ème} cycle)
- Une compétence en médecine générale, soit un exercice principalement orienté vers le premier recours, une participation régulière à la formation médicale continue, une documentation accessible et mise à jour et l'acceptation d'évaluations régulières.
- Une compétence pédagogique s'appuyant sur une participation active aux différentes formations du 3^{ème} cycle des études médicales.
- Un cabinet médical offrant un environnement favorable à la formation.

Enfin l'enseignement doit s'appuyer sur des rencontres médicales et éducatives régulières ainsi que des supports pédagogiques. Il doit par ailleurs inciter les stagiaires à participer à des séminaires d'aptitude, d'entretien des connaissances, d'évaluation et de recherche.

L'agrément des MSU obéit à des principes rigoureux définis par l'arrêté du 18 juin 2009 ⁽¹⁰⁾ pour le second cycle et du 04 février 2011 pour le 3^{ème} cycle. ⁽¹¹⁾ Le maître de stage doit être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale de la faculté dont il dépend.

Le candidat à la fonction de MSU doit suivre une formation pédagogique initiale par le biais de séminaires proposés par le Département de Médecine Générale (DMG) ou par le CNGE.

Le maître de stage doit passer une convention avec l'Université dont dépend l'interne en médecine générale. Cette convention, qui tient lieu de contrat, doit être communiquée au Conseil Départemental en application de l'article L 462 du Code de la Santé.

INTRODUCTION

La pratique d'un stage en médecine générale apparaît aujourd'hui comme un élément indispensable à la formation initiale des jeunes médecins généralistes. Si la nécessité de cet apprentissage en ambulatoire n'est plus à discuter, il manque encore sensiblement de terrains de stage en soins primaires malgré un effort de recrutement important (on note un passage de 3500 en 2010 à 6724 MSU au 01/11/2012).⁽¹²⁾ La promotion de la maîtrise de stage est donc un sujet d'actualité.

Ainsi selon le syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG), il faudrait environ 9000 MSU pour former les internes dont le nombre ne fait qu'augmenter (13 288 au 01/05/2013).⁽¹³⁾

De nombreux articles francophones mettent en exergue les avantages de cette fonction de MSU. Selon Vincent Renard et Claude Attali, professeurs de médecine générale à l'Université de Créteil, devenir maître de stage constitue « une ouverture et un élargissement du champ professionnel. »⁽¹⁴⁾

Jacques-Olivier Dauberton, secrétaire général de l'ISNAR-IMG en 2009, voit lui aussi en la maîtrise de stage un moyen de diversification de la pratique. Il lui attribue d'autres impacts positifs comme une source d'enrichissement mutuel et une ressource contre l'épuisement professionnel (appelé communément dans la littérature « burn-out » d'où l'utilisation de ce terme dans notre travail).⁽¹⁵⁾ Il décrit également une valorisation de la discipline, ce que reprend Serge Gilbert, professeur de médecine générale, dans la revue du praticien.⁽¹⁶⁾

Pour autant, François Gruselle, représentant du syndicat ISNAR-IMG, souligne un recrutement difficile des maîtres de stage toutefois compensé par un nombre très faible de démissions.⁽¹⁷⁾

Ces impacts sont décrits dans plusieurs travaux de thèse, notamment ceux de Thomas Brault⁽¹⁸⁾, Anne Jarno Josse⁽¹⁹⁾, Guillaume Delfarriel⁽²⁰⁾ et Magali Portier.⁽²¹⁾ Sont retrouvés une remise en cause des pratiques⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾, une stimulation intellectuelle⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²¹⁻²²⁾, une amélioration de la relation médecin-malade⁽¹⁹⁾, un perfectionnement des techniques de communication⁽¹⁹⁾, et l'amélioration de la pratique réflexive.⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁾

L'actualisation des connaissances⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²¹⁻²²⁾, la vérification des référentiels⁽¹⁹⁾ et le fait de moins faire appel à des habitudes de pratique⁽²¹⁾ sont décrits comme faisant partie intégrante de la pratique du MSU.

Des avis similaires ont été recueillis lors d'entretiens de groupes de discussions menés au sein des maîtres de stage niçois en 2010. ⁽²³⁾

Si les avis semblent positifs, dans quelles mesures ces impacts améliorent-ils la pratique ?

La maîtrise de stage peut-elle prétendre participer au processus de développement des compétences ?

Les compétences professionnelles du médecin généraliste sont catégorisées en six compétences générales selon le CNGE et le référentiel métier de 2009. ⁽²⁴⁾

Cette approche en termes de compétences représente un guide pour le développement professionnel continu (DPC) introduit dans le code de santé publique depuis 2009.

Il est décrit comme « un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles ». Il est obligatoire et s'impose à l'ensemble des professionnels de santé. ⁽²⁵⁾

« Pour satisfaire à l'obligation de DPC, les professionnels de santé devront s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC qui comporte deux activités: l'analyse des pratiques et l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou compétences. » ⁽²⁵⁾

L'entretien ou l'approfondissement des compétences se veut donc indispensable tout au long de la vie professionnelle.

Le DPC implique une pratique réflexive afin de faire le point sur les compétences (auto-évaluation) et d'identifier celles qui sont à améliorer.

Parallèlement, l'enseignement de la médecine générale et notamment du 3^{ème} cycle, qui a pour vocation d'être professionnalisant, a peu à peu basculé vers une approche par compétences qui privilégie la construction des savoirs et se centre sur la démarche d'apprentissage de l'étudiant.

En effet selon le CNGE, « la certification de la compétence à exercer en fin de D.E.S. est une des réponses à la question fondamentale de la qualité des soins. »

La maîtrise de stage s'inscrit dans cette option pédagogique qu'est le paradigme d'apprentissage et permet de mettre en jeu différentes caractéristiques de ce modèle.

Ainsi, les professeurs et les étudiants apprennent ensemble. En effet, le professeur, en l'occurrence MSU, est considéré comme un facilitateur des apprentissages et comme modèle de rôle explicite. ⁽²⁶⁾ Selon Claude Attali, l'enseignant fournit une rétroaction à l'étudiant et montre qu'il est lui aussi apprenant. Les MSU doivent expliciter comment ils développent une capacité d'autoévaluation qui leur permet de maintenir leurs compétences. ⁽²⁷⁾

La maîtrise de stage favorise alors une démarche réflexive et « amène le MSU à questionner sa propre pratique clinique et à chercher à l'améliorer ». ⁽²⁸⁾ S'il existe vraiment un impact de la maîtrise de stage sur la pratique professionnelle, comment l'identifier et comment le mesurer ?

Au cours de mon stage chez le praticien et à la suite d'échanges sur leurs visions de la maîtrise de stage, je me suis intéressée à l'impact de celle-ci sur la pratique du MSU.

Notre question de recherche se formule alors :

« Comment influe la fonction de MSU sur le développement des compétences professionnelles d'un médecin généraliste ? »

L'objectif principal de ce travail est de recueillir les opinions des MSU quant à l'impact de la maîtrise de stage sur leurs compétences du médecin généraliste.

MATERIEL ET METHODES

Notre travail a pour objectif de rendre compte du développement des compétences du fait de la maîtrise de stage selon l'opinion des MSU.

1. RECUEIL DES DONNEES

La population étudiée est l'ensemble des maîtres de stage universitaires français en France métropolitaine. Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

Le recrutement s'est fait intégralement par courriel par l'intermédiaire des différents départements de médecine générale français.

Nous avons auparavant sollicité et obtenu l'accord du CNGE pour contacter les directeurs de département de médecine générale français et les inviter à participer à notre travail. La demande de participation a été faite par mail à ces directeurs de départements de médecine générale et aux responsables recherche des facultés françaises (annexe 1).

Dans cette sollicitation figuraient une présentation de l'étude avec une fiche récapitulative (annexe 2) ainsi que le questionnaire (annexe 3).

Il y a eu pour cette étude, deux modes de recrutement des MSU. Nous avons pour certains départements, récupéré les adresses mails des MSU auxquels nous avons alors directement envoyé le questionnaire par mail. Pour les autres départements, le questionnaire a été diffusé via un mail avec lien par les responsables des différents départements de médecine générale.

Nous avons décidé d'inclure dans l'étude les MSU qui ont commencé la maîtrise de stage depuis au moins 6 semestres.

Ce critère a été choisi de façon empirique mais justifié pour bénéficier d'un recul nécessaire quant à un éventuel changement dans la pratique professionnelle.

Les données ont été extraites du logiciel de questionnaire en ligne sous format Excel puis étudiés sous logiciel Access.

2. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET ANALYSE DES DONNEES

Une première ébauche du questionnaire a été élaborée à partir de témoignages des maîtres de stage recueillis par entretien de groupe lors d'un séminaire de rencontre annuelle d'enseignants en septembre 2010. La maîtrise de stage est perçue comme une remise en cause de la pratique, un moteur à l'actualisation des connaissances, un moyen de prendre conscience des compétences et une méthode de formation continue. ⁽²³⁾ Ces opinions ont ensuite été confrontées aux données de la littérature pour rédiger la première version du questionnaire.

Nous avons effectué une revue de la littérature principalement sur des moteurs de recherche comme Google, Google scholar et PubMed ainsi que sur la base documentaire SUDOC.

Les mots clé utilisés sont: Maître de stage, maîtrise de stage - Médecine générale - Médecin généraliste enseignant - Développement professionnel continu - Pratique réflexive - Compétences - Amélioration des pratiques.

En anglais nous avons essentiellement utilisé: « clinician-teacher » et « general practitioner perceptors »

Nous avons complété cette recherche documentaire par une recherche manuelle à partir des travaux trouvés (travaux de thèse de Médecine générale principalement) et de leurs bibliographies. Nous avons sélectionné les impacts qui ressortent le plus souvent dans la littérature française comme un regain d'intérêt ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²¹⁾, une remise en question de la pratique ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾, une stimulation à la mise à jour des connaissances et recommandations ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²¹⁻²²⁻²⁹⁾, une rupture de l'isolement voir une prévention du burn-out ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ et l'apport d'une pratique réflexive. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁾.

Dans un souci de faisabilité, nous avons restreint le nombre d'impacts étudiés en considérant uniquement les effets positifs de la maîtrise de stage pour refléter l'opinion majeure retrouvée dans la littérature.

Nous avons ensuite confronté ces impacts décrits aux différentes composantes des compétences élaborées par le CNGE afin de vérifier si une catégorisation par compétences était possible. ⁽³⁰⁾

Au final, chaque item a pu être référé à une composante d'une des compétences de médecine générale comme nous le détaillons ci-dessous:

La reprise des éléments importants de l'histoire de la maladie, l'exploration de domaines variés, une meilleure rigueur dans la démarche clinique, l'intégration du patient dans les décisions permettent une démarche décisionnelle centrée sur le patient. Cette capacité fait partie intégrante de la compétence: « Approche globale et prise en compte de la complexité ».

L'augmentation du temps de discussion et d'explication de la démarche clinique, l'importance donnée à la communication et à la relation médecin-malade permettent la construction d'une relation avec le patient et son entourage dans l'intérêt du patient, ce qui participe à la compétence: « Relation, communication, approche centrée sur le patient ».

La remise en question des pratiques et l'actualisation des connaissances puis la modification de la prise en charge peuvent être identifiées comme des étapes de la pratique réflexive. Cette pratique réflexive ainsi que la participation à la formation des professionnels de santé permettent l'engagement envers la société qui définit la compétence: « Professionnalisme ».

Le regain d'intérêt, la notion de ressource contre l'épuisement professionnel ou burn-out et la meilleure reconnaissance de ses pairs participent à un équilibre personnel et professionnel nécessaire à ce professionnalisme.

La notion d'augmentation du nombre de dépistages entre dans le cadre de la compétence : « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire ».

La disponibilité du médecin semble essentielle pour la prise en charge des problèmes de santé programmés ou en urgence et entre donc dans le cadre de la compétence: « Premiers recours, incertitude, urgences. »

La tenue des dossiers, les échanges avec les autres professionnels de santé, la coordination des soins avec les praticiens hospitaliers font partie intégrante de la compétence: « Continuité, suivi, coordinations des soins autour du patient. »

Pour chacun de ces 21 items libellés sous forme d'affirmations, ce qui engage plus fortement le répondeur, la personne interrogée doit indiquer son degré d'accord avec la proposition grâce à une échelle de Likert.

Une échelle en 4 degrés est choisie de « tout à fait d'accord » à « Pas d'accord du tout ». Deux autres positions sont rajoutées: « présente une difficulté pour répondre » et « neutre ». Nous avons fait le choix de proposer la réponse « neutre » pour laisser la possibilité aux répondants de ne pas se positionner sur un item précis. La réponse « présente une difficulté pour répondre » permet une alternative en cas d'incompréhension de l'item. Nous avons alors prévu un emplacement libre en fin de questionnaire pour une remarque ou un commentaire.

Nous avons ensuite organisé les questions selon les règles d'élaboration d'un questionnaire retrouvées dans différents guides notamment celui élaboré par le département de pédagogie des sciences de la santé en 1999 et dans l'ouvrage de François de Singly.⁽³¹⁾

Les questions pour lesquelles le positionnement semble plus facile à adopter sont placées en début de questionnaire. Nous avons intégré quelques phrases d'encouragement entre les questions pour rendre le questionnaire plus agréable et plus ludique à remplir.

Le questionnaire a été testé par seize maîtres de stage niçois en support papier.

L'objectif de ce test de faisabilité était de tester la compréhension des items et de recueillir des suggestions pour enrichir le recueil des données. Quelques modifications de formulation des items ont été réalisées suite aux remarques recueillies. Par exemple, la proposition initiale « j'effectue un interrogatoire plus approfondi » a été modifiée pour être plus précise: « lors de mon interrogatoire, j'actualise les antécédents, je reprends les éléments importants de l'histoire de la maladie ».

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site ECHO (site gratuit de questionnaires en ligne) pour un recrutement multicentrique.

Pour faciliter l'analyse des résultats, nous avons décidé de regrouper les réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » dans le groupe « d'accord » et les réponses « plutôt pas d'accord » et « pas d'accord du tout » dans le groupe « pas d'accord ».

Ainsi les résultats sont classés en 3 groupes : « d'accord », « neutre » et « pas d'accord ».

Nous avons ensuite analysé les données avec l'aide d'un statisticien. Nous sommes partis d'une prévalence de référence d'un tiers de réponses pour chaque groupe et avons apprécié la significativité de nos résultats en utilisant le test du Chi 2.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Quatorze facultés de médecine ont accepté de participer à l'étude mais trois d'entre elles n'ont pas donné suite. Le recueil des réponses au questionnaire s'est déroulé sur une période d'environ 5 mois soit de mi-avril 2013 à fin août 2013.

Ainsi au sein des départements de médecine générale de St-Etienne, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille et Lille libre, Paris Créteil, Paris Sud, Angers, Rouen, Reims et Nice, 1545 MSU ont reçu le questionnaire.

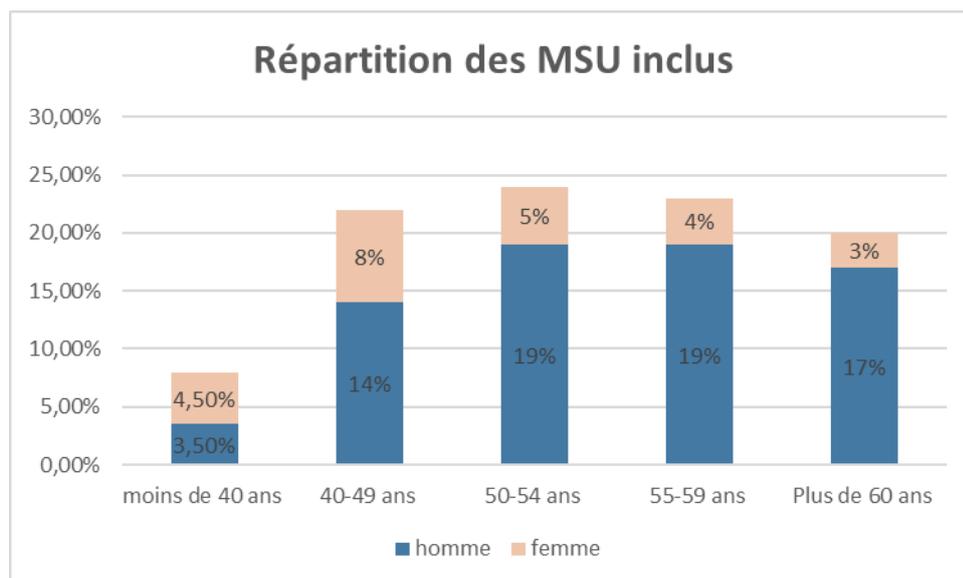
Nous avons alors obtenu 313 réponses à notre questionnaire, le taux de participation globale est de 20.25%. 230 MSU sont finalement inclus, après exclusion des MSU ayant moins de 6 semestres d'expérience de maîtrise de stage.

Selon les facultés la participation est variable avec une participation à plus de 30 % pour les facultés de Lille, Angers et Nice.

Par ailleurs, nous avons eu un problème technique le premier jour d'envoi des questionnaires avec un écrasement des données, nous avons alors perdu des réponses pour les villes de Paris Est, Paris Sud et Lille Libre. Ces pertes sont estimées à une quinzaine pour Paris Sud et une dizaine de questionnaires pour Lille Libre et Paris Est.

La majorité des MSU inclus sont des hommes entre 50 et 60 ans travaillant en milieu urbain et en cabinet de groupe.

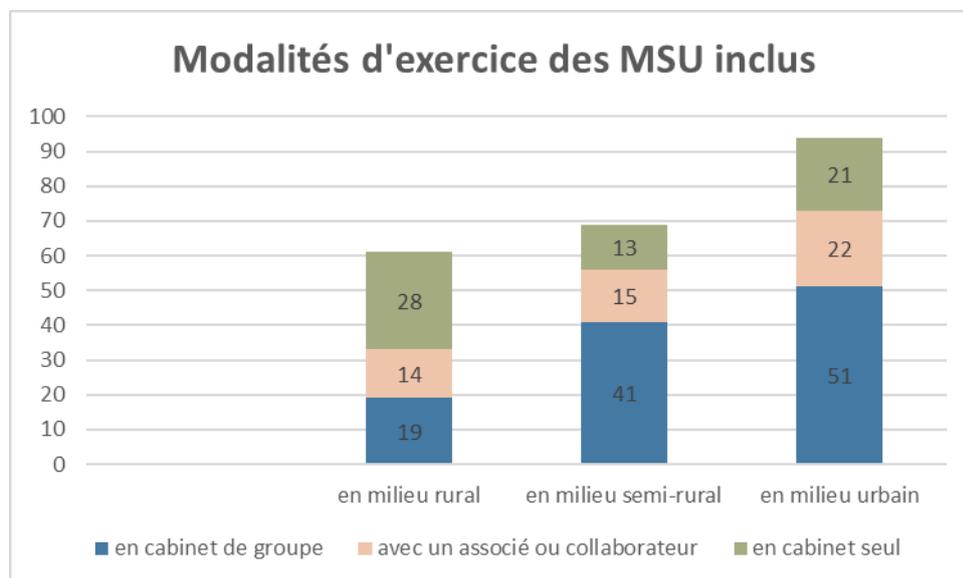
Figure 1 : Répartition des MSU inclus en pourcentage selon le sexe et l'âge.



Parmi les MSU inclus, 167 sont des hommes (73%) et 59 sont des femmes (26%).

Concernant leurs âges, 47 % des MSU inclus ont entre 50 et 59 ans inclus, 22% ont entre 40 et 49 ans inclus, 20% ont plus de 60 ans et 8% ont moins de 40 ans.

Figure 2 : Répartition des MSU inclus en effectifs selon le milieu et le mode d'exercice.



Concernant le mode d'exercice des MSU de notre enquête, 95 MSU soit 42% exercent en milieu urbain contre 31 % en milieu semi-rural et 27 % en milieu rural.

112 MSU soit 49% des MSU de notre enquête travaillent en cabinet de groupe contre 22 % avec un associé et 29 % en cabinet seul.

2. RESULTATS QUANTITATIFS

Ces résultats seront présentés de 3 façons différentes. Ils seront premièrement analysés pour chacun des items du questionnaire puis en fonction des caractéristiques des MSU inclus. Enfin les résultats seront analysés en termes de compétences du médecin généraliste.

Pour rappel, la graduation des réponses à notre questionnaire est établie en 5 degrés. Pour faciliter l'analyse des résultats, nous avons décidé de regrouper les réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » dans le groupe « d'accord » et les réponses « plutôt pas d'accord » et « pas d'accord du tout » dans le groupe « pas d'accord ».

Ainsi les résultats sont classés en 3 groupes : « d'accord », « neutre » et « pas d'accord ».

2.1. Résultats par item du questionnaire

Tableau 3 : Pourcentage des réponses par question

	« tout à fait d'accord »	« plutôt d'accord »	« neutre »	« plutôt pas d'accord »	« pas d'accord du tout »
<i>« Je retrouve un regain d'intérêt dans ma pratique quotidienne du fait de mon rôle de maître de stage. »</i>					
	34%	48%	13%	4%	2%
<i>« Je remets plus souvent en cause mes pratiques. »</i>					
	24%	57%	11%	4%	3%
<i>« Je passe plus de temps à expliquer ma démarche (au patient et à l'interne conjointement). »</i>					
	30%	48%	15%	4%	3%

	« tout à fait d'accord »	« plutôt d'accord »	« neutre »	« plutôt pas d'accord »	Pas d'accord du tout »
<i>« J'ai augmenté mon temps de discussion avec les patients. »</i>					
	28%	47%	13%	7%	4%
<i>« J'ai noté une modification de la prise en charge de mes patients grâce aux interactions avec l'interne (recherche d'une solution à une question pratique, débat avec l'interne...). »</i>					
	13%	59%	22%	4%	2%
<i>« Je pense que la maîtrise de stage est une des ressources majeures contre le burn-out. »</i>					
	29%	42%	17%	9%	3%
<i>« Je suis plus disponible lors de la phase d'autonomie de l'interne (pour répondre au téléphone, pour effectuer des tâches administratives ou pour gérer des urgences ...) »</i>					
	23%	47%	13%	9%	6%
<i>« Je pense que les patients en apprennent plus sur leur maladie du fait des explications données à l'interne en leur présence. »</i>					
	10%	46%	23%	9%	10%
<i>« Je tiens et synthétise mieux mes dossiers. »</i>					
	12%	44%	20%	12%	11%
<i>« Je fais preuve de plus de rigueur dans ma démarche clinique. »</i>					
	14%	56%	24%	10%	9%
<i>« Je consacre plus de temps à l'actualisation de mes connaissances. »</i>					
	12%	41%	30%	11%	6%
<i>« J'intègre mieux les patients dans les décisions prises lors des consultations. »</i>					
	7%	33%	35%	14%	11%

	« tout à fait d'accord »	« plutôt d'accord »	« neutre »	« plutôt pas d'accord »	Pas d'accord du tout »
<i>« J'accorde plus d'importance à la relation médecin-malade dans ma pratique. »</i>					
	5%	29%	29%	21%	15%
<i>« Au cours de mon entretien, j'explore des domaines (notamment le domaine psychosocial) que je n'aurais pas forcément abordé en l'absence de l'interne. »</i>					
	5%	28%	37%	17%	13%
<i>« J'ai élargi le champ de mes activités professionnelles. »</i>					
	7%	23%	33%	23%	13%
<i>« J'ai augmenté le nombre de mes actions de dépistage. »</i>					
	5%	25%	38%	20%	12%
<i>« Lors de mon interrogatoire, j'actualise les antécédents, je reprends les éléments importants de l'histoire de la maladie. »</i>					
	5%	21%	30%	25%	20%
<i>« J'ai intensifié mes échanges avec les autres médecins généralistes. »</i>					
	6%	20%	43%	21%	10%
<i>« J'ai noté une meilleure coordination des soins avec les praticiens hospitaliers du fait des contacts des internes. »</i>					
	3%	18%	40%	20%	16%
<i>« J'ai noté une plus grande reconnaissance de la part de mes pairs. »</i>					
	4%	16%	50%	20%	10%
<i>« Je suis plus satisfait de ma communication avec les patients. »</i>					
	4%	15%	38%	23%	20%

Il existe une approbation certaine des MSU interrogés (environ 80% des réponses des MSU en accord) avec un regain d'intérêt et une remise en cause de la pratique, et un temps augmenté pour l'explication de la démarche du fait de la maîtrise de stage.

Les MSU s'accordent à penser que grâce aux interactions avec l'interne, ils effectuent une modification de la prise en charge de leurs patients. Ils pensent également avoir augmenté leurs temps de discussion avec les patients. En effet le groupe de réponses « d'accord » représente plus de 70% des réponses des MSU pour ces items.

La notion de ressource contre le « burn-out » est tout aussi largement accordée par les MSU dans notre enquête avec environ 70% de réponses en accord.

On note une difficulté de positionnement de la part des MSU interrogés quant à la reconnaissance de leurs pairs avec 50% de réponses « neutre » à cette question. Pour autant, les MSU sont plutôt en désaccord avec cette notion et le groupe « pas d'accord » représente 30% de leurs réponses.

Les MSU ne pensent pas reprendre davantage les éléments de l'histoire de la maladie ou mieux actualiser les antécédents du fait de la maîtrise de stage (45% de réponses en désaccord). Ils ne sont pas plus satisfaits de leur communication et n'ont pas noté une meilleure coordination des soins.

2.2. Résultats selon les caractéristiques des MSU.

Tableau 1 : Pourcentage des différents groupes de réponses en fonction de l'âge des MSU

	Moins de 40 ans	40-49 ans inclus	50-54 ans inclus	55-59 ans inclus	Plus de 60 ans
« d'accord »	44%	45%	52%	50%	53%
« neutre »	29%	24%	27%	29%	28%
« pas d'accord »	27%	29%	21%	21%	18%

On note une différence significative avec $p < 0.0001$ entre les proportions des réponses des groupes « d'accord », « neutre » et « pas d'accord » selon les différentes tranches d'âge.

Ainsi, il existe une proportion de réponses « d'accord » bien moindre dans le groupe des MSU de moins de 40 ans. La part des réponses « d'accord » augmente avec l'âge.

Tableau 2 : Répartition des différents groupes de réponses en fonction du sexe et conditions d'exercice des MSU

	Sexe		Mode d'exercice			Milieu d'exercice		
	homme	femme	seul	Avec un associé	cabinet groupe	Rural	Semi-rural	urbain
« d'accord »	50 %	47%	49%	48%	50%	51%	50%	47%
« neutre »	27%	27%	27%	27%	28%	28%	28%	27%
« pas d'accord »	22%	24%	23%	24%	21%	20%	21%	25%
	$p = 0.12$		$p = 0.508$			$p = 0.02$		

Il n'y a pas de différences statistiques des proportions de réponses selon le sexe ou le mode d'exercice des MSU. Par contre, on retrouve des réponses différentes selon le milieu d'exercice avec une augmentation des réponses « d'accord » en milieu rural par rapport au milieu urbain mais ceci avec une faible significativité.

2.3. Résultats en termes de compétences

2.3.1. Professionnalisme

Il s'agit de la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes de la réalisation d'une prise en charge de la santé privilégiant le bien être des patients par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants.

Les propositions suivantes peuvent être considérées comme des composantes de cette compétence :

- « Je remets plus souvent en cause mes pratiques. »
- « Je consacre plus de temps à l'actualisation de mes connaissances. »
- « J'ai noté une modification de la prise en charge de mes patients grâce aux interactions avec l'interne (recherche d'une solution à une question pratique, débat avec l'interne...). »
- « J'ai élargi le champ de mes activités professionnelles.
- « Je retrouve un regain d'intérêt dans ma pratique quotidienne du fait de mon rôle de maître de stage. »
- « J'ai noté une plus grande reconnaissance de la part de mes pairs. »
- « Je pense que la maîtrise de stage est une des ressources majeures contre le burn-out. »



On retrouve donc une proportion de réponses du groupe « d'accord » nettement plus importante et significative statistiquement avec un $p < 0.0001$.

Les MSU interrogés pensent nettement améliorer leur professionnalisme du fait de la maîtrise de stage. Ainsi on retrouve près de 59% de réponses en accord avec l'ensemble des items de cette compétence. Le groupe « neutre » représente 25 % des réponses et le groupe « pas d'accord » seulement 16%.

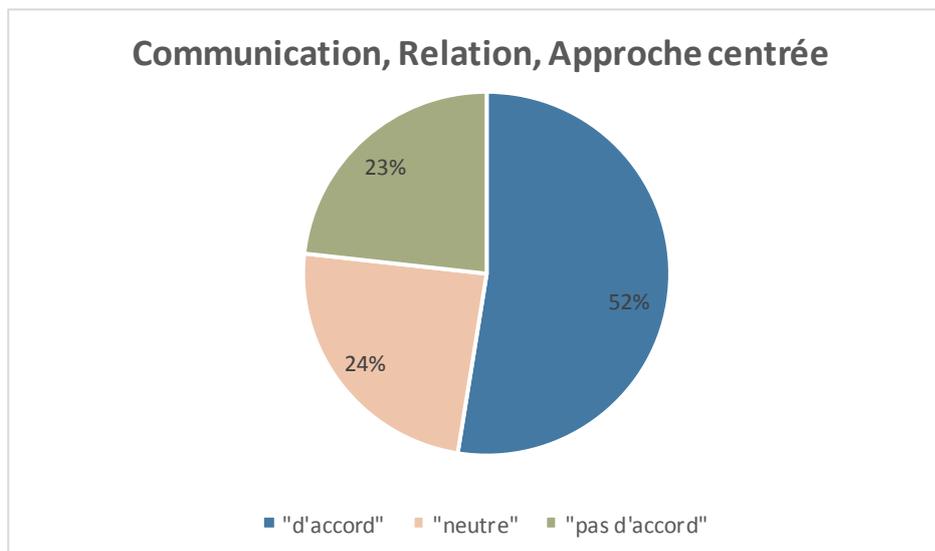
2.3.2. Relation, communication, Approche centré sur patient.

Il s'agit de la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates dans l'intérêt des patients.

Les propositions suivantes peuvent être considérées comme des composantes de cette compétence :

- « J'ai augmenté mon temps de discussion avec les patients. »
- « Je passe plus de temps à expliquer ma démarche (au patient et à l'interne conjointement). »
- « Je suis plus satisfait de ma communication avec les patients. »
- « J'accorde plus d'importance à la relation médecin-malade dans ma pratique. »
- « Je pense que les patients en apprennent plus sur leur maladie du fait des explications données à l'interne en leur présence. »

Les MSU interrogés pensent s'être améliorés concernant cette compétence (52% de réponses en accord sur l'ensemble de ces items contre 24% « neutre » et 23% « pas d'accord »). La proportion du groupe « d'accord » est significativement plus importante avec $p < 0.001$.



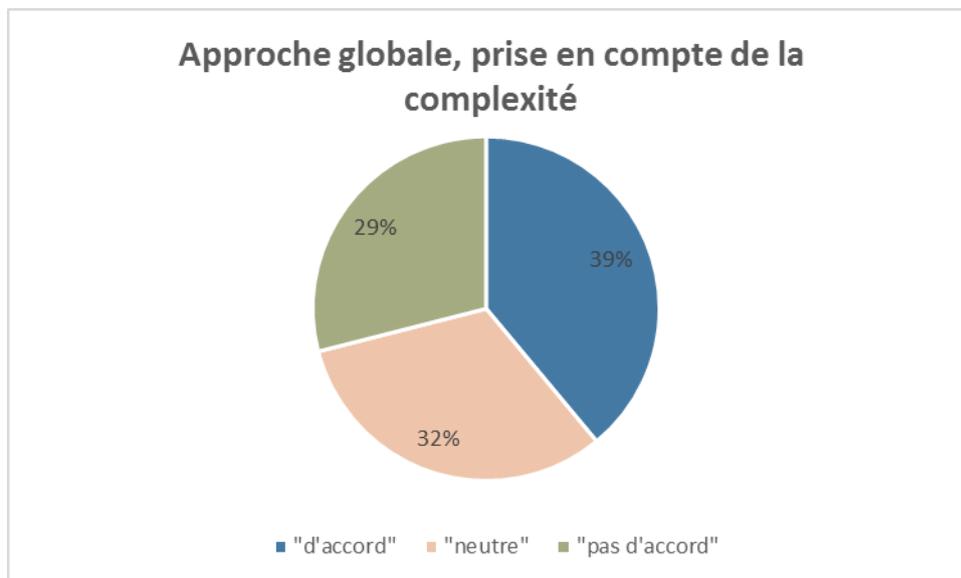
2.3.3. Approche globale, prise en compte de la complexité.

Il s'agit de la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels, ...) quel que soit le type de recours de soins.

Les propositions suivantes peuvent être considérées comme des composantes de cette compétence :

- « J'intègre mieux les patients dans les décisions prises lors des consultations. »
- « Lors de mon interrogatoire, j'actualise les antécédents, je reprends les éléments importants de l'histoire de la maladie. »
- « Au cours de mon entretien, j'explore des domaines (notamment le domaine psychosocial) que je n'aurais pas forcément abordé en l'absence de l'interne. »
- « Je fais preuve de plus de rigueur dans ma démarche clinique. »

Pour l'ensemble de ces items, le pourcentage de réponses « d'accord » est d'environ 39% contre 31.6% de « neutre » et 29.2% de réponses « pas d'accord ».



Pour cette première compétence, on retrouve une proportion statistiquement plus importante de réponses « d'accord » avec un $p < 0.03$.

Les maîtres de stage interrogés pensent donc que la maîtrise de stage contribue à l'entretien et à l'amélioration de cette compétence d'approche globale. Cependant celle-ci n'est pas retrouvée comme nettement améliorée.

2.3.4. Education, Prévention, Dépistage, Santé individuelle et communautaire.

Il s'agit de la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome de maintien et d'amélioration de la santé, de prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Une seule question de notre questionnaire correspond à une composante de cette compétence :
« J'ai augmenté le nombre de mes actions de dépistage. »

Pour cette compétence, on retrouve 30% de réponses en accord avec l'item, 38% de réponses « neutre » et 32% de réponses « pas d'accord ».

Il n'existe pas de différence significative entre les 3 groupes de réponses avec $p = 0.54$.

2.3.5. Premier recours, Incertitude, Urgences.

Il s'agit de la capacité à prendre en charge des problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, adaptés au contexte et aux possibilités du patient, quel que soit l'âge, le sexe, ou toutes autres caractéristiques de la personne concernée, en s'organisant pour une accessibilité optimale aux usagers.

Une seule question dans notre questionnaire entre dans le cadre de cette compétence :
« Je suis plus disponible lors de la phase d'autonomie de l'interne (pour répondre au téléphone, pour effectuer des tâches administratives ou pour gérer des urgences ...) »

On retrouve 71% de réponses en accord avec l'item contre 14% de « neutre » et 15% de réponses en désaccord, nous retrouvons donc une proportion nettement supérieure de réponses du groupe « d'accord » avec un $p < 0.0001$.

Cependant cette compétence n'est représentée que par une seule question donc ce résultat est peu contributif.

2.3.6. Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient.

Il s'agit de la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination du suivi des problèmes de santé du patient dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Les propositions suivantes peuvent être considérées comme des composantes de cette compétence :

- « Je tiens et synthétise mieux mes dossiers. »
- « J'ai intensifié mes échanges avec les autres médecins généralistes. »
- « J'ai noté une meilleure coordination des soins avec les praticiens hospitaliers du fait des contacts des internes. »

Pour cette compétence, nous retrouvons des proportions très proches entre les 3 groupes de réponses avec 35% de réponses « d'accord » contre 34% de « neutre » et 31% de « pas d'accord ». Il n'existe pas de différence statistique entre les groupes avec $p = 0.64$.

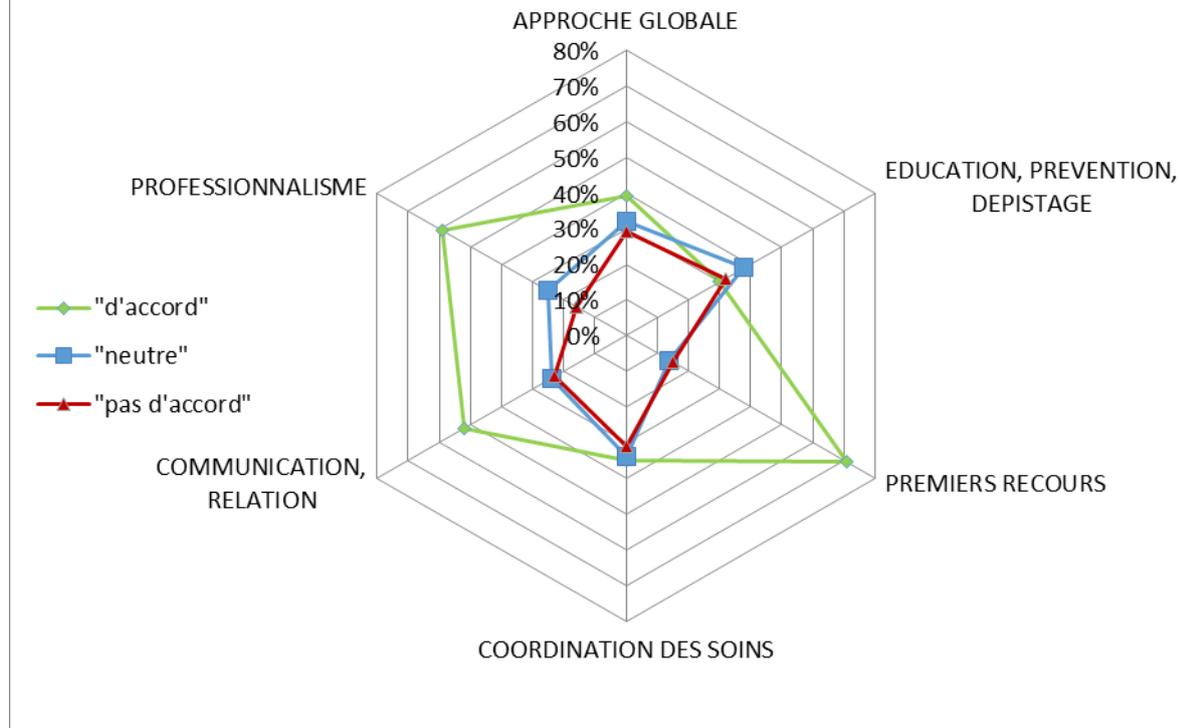
Au total, on retrouve trois compétences nettement ressenties comme améliorées par la maîtrise de stage: « Premiers recours », « Communication, relation, approche centrée sur le patient » et « Professionnalisme ».

Cependant la compétence « Premiers recours » n'étant illustrée seulement par une question, son amélioration ne peut être retenue comme significative.

Tableau 4 : Proportions des groupes de réponses par compétences.

	« d'accord »	« neutre »	« pas d'accord »
Approche globale	39%	32%	29%
Education, prévention, dépistage	30%	38%	32%
Premiers recours	71%	14%	15%
Coordination des soins	35%	34%	31%
Communication, Relation	52%	24%	23%
Professionnalisme	59%	25%	16%

Résultats par compétences



3. RESULTATS QUALITATIFS

Les maîtres de stage répondants ont pu s'exprimer dans la partie commentaires libres du questionnaire.

Voici les nombreuses remarques quant à l'impact positif de la maîtrise de stage :

- **Enrichissement**

« En fait l'interne m'apporte ses questions et sa connaissance et je lui montre ce que je fais. Sans préjugé. C'est un enrichissement mutuel. »

« J'essaie de travailler le mieux possible avec interne ou sans interne mais l'échange avec les internes est très enrichissant »

- **Actualisation des connaissances**

« Ils/elles ont des connaissances médicales toutes fraîches et d'actualité qui permettent de mettre ses propres connaissances à jour »

« Pas de regret de faire maître de stage, échanges++ réactualisation des connaissances de façon ludique et pragmatique »

- **Prévention du burn-out**

« Travaillant en solo, la présence des étudiants me permet de rompre la monotonie des consultations de médecine générale, même si elle est diversifiée, et d'éviter le burn-out. »

« Ca n'empêche pas le burn-out mais le ""partage"" fait qu'on le supporte beaucoup mieux »

- **Aide à la remise en question**

« La remise en question est permanente mais la présence de l'interne stimule pour agir dans la foulée »

" La maîtrise de stage pousse à se remettre en question ; c'est un moyen de s'informer et de se former "

- **Participation à la formation continue**

« Je suis très vigilant sur les supervisions indirectes avec les SASPAS : Validation des pratiques ; qualité des recherches, ce qui est un formidable outil de formation continue pour moi »

« La maîtrise de stage est ma meilleure FMC (*Formation médicale continue*) compte tenu du travail à fournir pour être toujours au meilleur niveau / l'interne et donc par conséquent meilleur pour le patient. »

Cependant, quelques points négatifs concernant la maîtrise de stage sont clairement ressortis de ces commentaires.

Les deux éléments principaux qui peuvent freiner les MSU sont :

- **La perte de temps**

« Cela augmente notre temps de travail, les discussions avec l'interne ayant lieu en dehors de la présence des patients »

« ...Le travail avec l'interne me fait prendre un retard considérable lors des journées de stage... »

- **Le manque de rémunération de cette fonction**

« ...La réalité de maîtrise de stage devrait permettre d'avoir un acte valorisé pour ceux pratiqués par le titulaire d'au moins 20-25 % car sur le moyen et long terme (plus de 8 ans), nos absences notamment pour les stages en SASPAS entraînent une baisse de l'activité de 20-25 %...»

« Un des premiers freins est justement ce manque de reconnaissance statutaire et financière... »

DISCUSSION

1 VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE

1.1. Méthodologie

Pour cette enquête d'opinion, nous avons décidé de réaliser une étude multicentrique. Le recrutement par mail s'est donc imposé.

Notre questionnaire a pu être diffusé au sein de 11 facultés françaises parmi les 35 facultés de médecine (France métropolitaine) avec une participation plus active dans le Nord par rapport au Sud. Ce travail a pu être réalisé dans près d'un tiers des facultés de médecine françaises et permet de considérer ce travail pour une généralisation des résultats aux MSU français.

Les questionnaires ont été diffusés via un site de questionnaire en ligne. Nous avons au départ prévu de recueillir les adresses mails des MSU auprès des départements de médecine générale des facultés acceptant de participer à notre étude. Cependant la plupart des départements de médecine générale ont préféré diffuser eux-mêmes le questionnaire.

Le questionnaire ayant premièrement été élaboré pour être envoyé un par un sur chaque adresse mail, lors des premières diffusions par les facultés de Lille libre, Paris Sud et Paris Créteil, nous avons eu un problème d'écrasement des données. Nous avons à priori perdu une trentaine de questionnaires car même si une partie des répondants a probablement répondu une deuxième fois, nous ne pouvons en estimer l'effectif, le questionnaire restant anonyme.

Ce problème technique induit évidemment un biais du taux de participation qui aurait été plutôt aux alentours de 22.5 %.

Concernant les impacts sélectionnés, nous avons fait le choix d'étudier seulement les impacts positifs et la sélection des items s'est faite de manière subjective. On peut considérer alors qu'il existe un biais de sélection.

Nous aurions pu faire voter les MSU sur les impacts les plus significatifs pour eux selon la méthode de consensus de type DELPHI. Cette méthode a pour objectif d'obtenir un avis final, unique, convergent d'un groupe. ⁽³²⁾

La classification des différents items du questionnaire en composantes des compétences de médecine générale s'est vue modifiée au cours de notre travail. En effet, certains items peuvent entrer dans le cadre de plusieurs compétences, celles-ci étant intriquées. Cette classification, bien que basée sur des référentiels reconnus, reste subjective.

Concernant la graduation de l'opinion recueillie, nous avons choisi une échelle de Likert avec une réponse neutre, ce qui donne un nombre impair de degrés dans les réponses et crée ainsi une échappatoire aux répondants.

Il est possible que les résultats aux mêmes items aient pu être différents si cette proposition neutre n'existait pas. Le problème de cette proposition est que les MSU répondent pour certains « neutre » pour d'autre « pas d'accord » lorsqu'ils estiment ne pas voir de différence dans leurs pratiques du fait de la maîtrise de stage. Cela n'entraîne donc pas à priori d'augmentation du nombre de réponses « d'accord » mais cela modifie l'analyse car nous comparons alors 3 groupes et non 2.

1.2. Echantillon

Nous n'avons pas calculé le nombre de sujets nécessaires pour cette étude compte tenu du caractère descriptif de cette enquête. Au vu de nos résultats, il existe une différence statistiquement significative à partir d'une proportion d'environ 40% de réponses « d'accord ». En effet pour la compétence « approche globale, prise en compte de la complexité », le groupe de réponses « d'accord » représente 39% des réponses et est significativement plus important avec un $p < 0.03$.

Ainsi si nous avons posé comme hypothèse de départ : « pour chaque question le pourcentage d'accord des MSU avec la proposition sera de 40% (seuil de significativité statistique pour notre étude) », on retrouve un nombre de sujets nécessaires $N=92$ avec un intervalle de confiance de [35 % ; 45 %] et un risque $\alpha = 0.05$.

Nous avons pu inclure 230 MSU ce qui est donc largement supérieur à l'effectif nécessaire secondairement calculé.

La part de femmes dans nos MSU inclus est de 26 % mais elle est de 30 % concernant les MSU ayant répondu au questionnaire. Cette différence de proportions entre les 2 groupes (répondants/inclus) vient d'une proportion nettement plus importante de femmes dans les MSU exclus de l'étude car exerçant la maîtrise de stage depuis moins de 3 ans (42 % de femmes), ceci en rapport avec une féminisation plutôt récente de la profession.

Le rapport hommes/femmes de 70%/30% retrouvé au sein des MSU répondants à notre enquête correspond aux chiffres retrouvés par une enquête menée par l'URPS (Union régionale des Professionnels de Santé) d'Ile de France qui constate qu'en 2012 en Ile de France, 73 % des MSU sont des hommes. ⁽³³⁾

Dans cette même enquête on retrouve une part plus importante de femmes chez les plus jeunes maîtres de stage avec une part à 60 % de femmes chez les moins de 50 ans, marquant également la féminisation de la profession.

Concernant, l'âge, selon eux, 85 % des MSU ont entre 50 et 64 ans, notre étude comptabilise 70 % des MSU répondants dans cette tranche d'âge.

Par contre seulement 20% de MSU inclus dans notre étude ont plus de 60 ans alors que cette enquête retrouve que 48 % des MSU sont âgés de plus de 59 ans. Il faut cependant noter que ces proportions ont été retrouvés dans la région Ile de France et ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble des MSU français.

Par ailleurs la part des médecins généralistes de plus de 60 ans est estimée à 23.5% par le CNOM ce qui est proche de nos 20%.

Les proportions de MSU travaillant en cabinet de groupe sont semblables entre notre enquête et l'enquête de l'URPS (49% vs 48%).

Concernant la taille de l'échantillon nous avons pu envoyer notre questionnaire à 1545 MSU sur les 6724 recensés par le CNGE en novembre 2012.

Nous avons analysé 230 réponses, correspondant à l'opinion de 3.5% de l'ensemble des MSU français et les participants à notre étude sont représentatifs de la population source. (Etude multicentrique et caractéristiques des MSU inclus correspondant aux caractéristiques des MSU décrits dans la littérature).

De plus le nombre de sujets inclus dans l'enquête (N=230) est supérieur à l'échantillon minimum calculé (N= 92) pour que les conclusions de l'étude puissent être significatives.

On peut conclure à une bonne représentativité de nos résultats.

2 PRINCIPAUX RESULTATS ET COHERENCE EXTERNE

2.1. La prévention du burn-out

Plus de 70% des MSU interrogés voient en la maîtrise de stage une ressource majeure contre le « burn-out ».

L'effet anti « burn-out », évoqué dans les groupes de discussion de MSU en 2010 ⁽²³⁾ est mis en avant dans la revue de la littérature d'Anna Jarno Josse ⁽¹⁹⁾. Il est également retrouvé dans l'enquête de Pauline Cordonnier en 2011. ⁽²²⁾

Pourtant, quelques MSU discutent cette notion en notant que la surcharge de travail qu'entraîne la maîtrise de stage n'aide pas à la prévention d'un épuisement professionnel car cela mobilise également beaucoup d'énergie.

2.2. L'apport de la maîtrise de stage en termes de « Relation, Communication et d'Approche centrée sur le patient ».

Selon notre étude, la majorité des MSU pense s'être améliorée sur le plan relationnel et quant à leur mode de communication.

La maîtrise de stage permet aux patients de mieux être informés sur leur maladie au travers des explications données par le MSU à l'interne en leur présence ⁽¹⁹⁾ ce qui est bien en faveur d'une amélioration de la communication.

L'augmentation du temps de discussion est retrouvée dans cette revue de la littérature. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻⁻³⁴⁾

Géraldine Bloy, maître de conférences en sociologie, évoque un temps de consultation allongé en cas de consultation « enseignante ». ⁽³⁴⁾ La présence de l'interne est décrite également comme « un regard neuf tant sur une situation et une pratique médicales que sur une relation médecin-patient donnée ». ⁽³⁴⁾ La relation médecin-malade est décrite comme améliorée dans le recueil d'opinions constituant le travail de thèse de Thomas Brault ⁽¹⁸⁾, pourtant seulement 30% des MSU interrogés dans notre étude pensent accorder plus d'importance à la relation médecin-malade.

L'amélioration de cette compétence ne semble pas consciente pour ces MSU car même si celle-ci apparaît comme améliorée par la maîtrise de stage, seulement 20 % des MSU sont plus satisfaits de leur communication.

2.3 L'apport de la maîtrise de stage en termes de « Professionnalisme »

Si toutes les compétences de médecine générale semblent améliorées, la maîtrise de stage améliore de façon significative leur professionnalisme pour 60% des médecins répondants.

Dans notre enquête, 81% des MSU interrogés pensent que la maîtrise de stage entraîne une remise en question des pratiques. Ces résultats rejoignent ceux de Thomas Brault dont l'objectif était de connaître également les opinions des maîtres de stage. La maîtrise de stage est décrite comme une « façon de s'autoévaluer », elle « entraîne une remise en question et pousse à se former ». ⁽¹⁸⁾

D'autres travaux retrouvent cette notion, elle est vécue comme « une source perpétuelle de remise en question » ⁽²⁰⁾, elle « permet une réflexion sur sa pratique » et « une auto-évaluation permanente » selon les maîtres de stage interrogés. ⁽²²⁾

Dans la revue de la littérature d'Anne Jarno Josse en 2011, cette remise en cause des pratiques est décrite comme un bénéfice apporté par la maîtrise de stage dans le domaine cognitif. ⁽¹⁹⁾

Selon Richard Wittorski, cette remise en cause des pratiques passe par une analyse des pratiques considérée comme un outil de professionnalisation. ⁽³⁵⁾

Cet impact est largement retrouvé dans les différents travaux portant sur les opinions des maîtres de stage quant à la maîtrise de stage, le pourcentage important (80%) de MSU interrogés en accord avec cet impact dans notre étude paraît alors concordant.

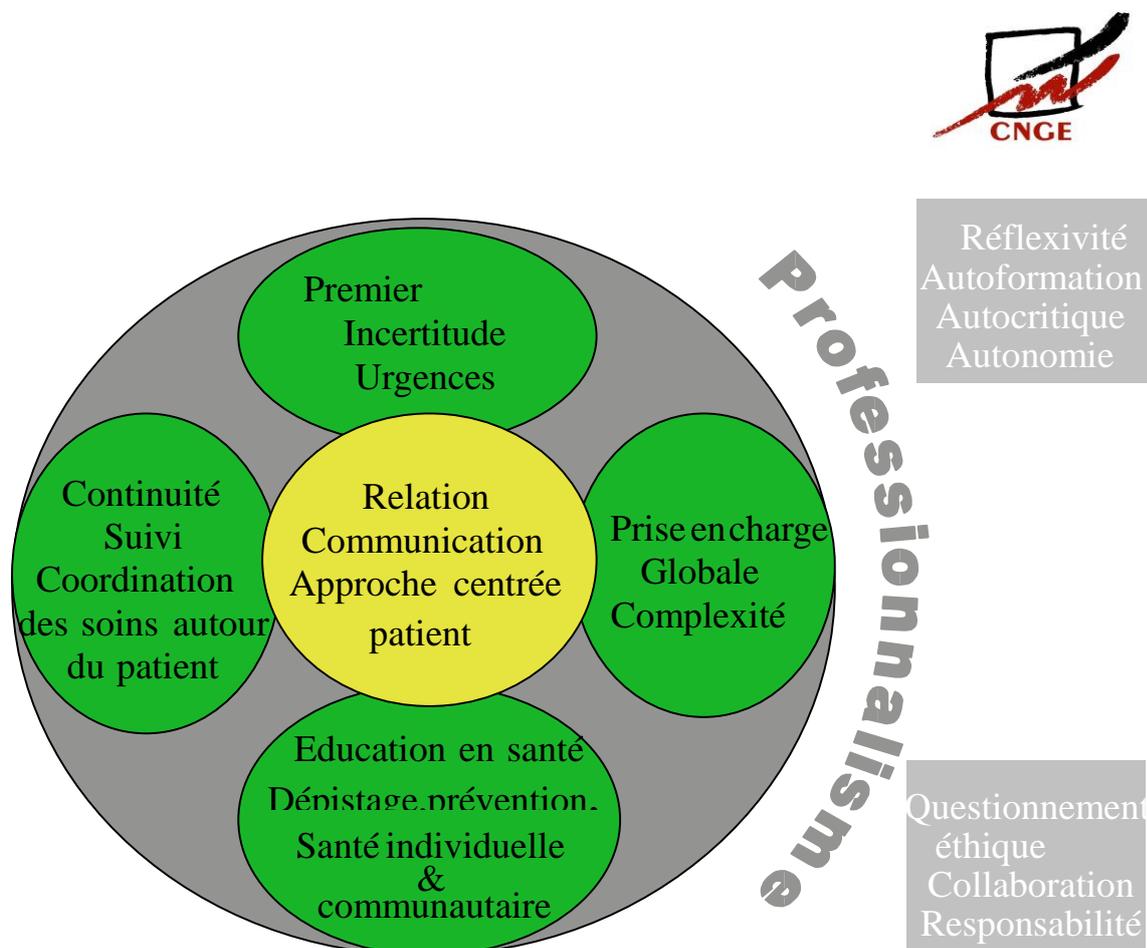
Plus de la moitié des MSU interrogés dans notre enquête pensent qu'ils consacrent plus de temps à l'actualisation de leurs connaissances du fait de la maîtrise de stage. On retrouve cette notion d'« actualisation des références » ⁽¹⁹⁾ et « mise à jour des connaissances et des recommandations » ⁽²²⁻²⁹⁾ dans les travaux relatifs à l'impact de la maîtrise de stage. Le travail d'Etienne Dubois appuie également cette notion. Il étudie l'association entre la maîtrise de stage et la bonne connaissance des recommandations médicales et va dans le sens d'une meilleure connaissance des recommandations par les maîtres de stage par rapport aux non maîtres de stage sans pouvoir établir une causalité statistique. ⁽³⁶⁾

Plus de 70% des MSU dans notre enquête ont noté une modification de la prise en charge de leurs patients grâce aux interactions avec l'interne. Cela rejoint la notion d'amélioration de la démarche ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁾, voire d'amélioration de la pratique. ⁽²⁰⁻²⁹⁾

Selon les entretiens menés par Géraldine Bloy, « les situations médicales délicates peuvent être évaluées. Comme nous l'avons évoqué plus haut, par un « mini-staff », ce qui contribue, lorsque les conditions d'un dialogue réel sont réunies, à une meilleure prise en charge. »⁽³⁴⁾

Notre étude met significativement en évidence un regain d'intérêt des MSU dans leur pratique avec 80 % des MSU en accord avec cet impact. Ce fait est également largement constaté dans la littérature⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²¹⁾, on comprend donc l'utilisation de cet impact dans les campagnes de promotion de la maîtrise de stage.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Le Professionnalisme implique la notion d'amélioration des compétences professionnelles par une pratique réflexive. Les compétences du médecin généraliste sont interdépendantes et cette pratique réflexive met alors en jeu toutes les compétences professionnelles dans une dynamique d'amélioration. On comprend alors la représentation en marguerite des compétences élaborée par le CNGE.



Si notre travail met en avant, selon les MSU interrogés, l'apport de la maîtrise de stage en termes de professionnalisme et d'amélioration globale des compétences professionnelles, il semble alors intéressant d'identifier dans quelle mesure, la maîtrise de stage permet d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive.

3. MAITRISE DE STAGE ET PRATIQUE REFLEXIVE

Pour analyser la maîtrise de stage en tant que pratique réflexive, nous allons d'abord introduire le concept de pratique réflexive puis étudier comment les différents impacts de la maîtrise de stage peuvent participer à la pratique réflexive.

3.1. Le concept de pratique réflexive

Le concept de pratique réflexive est développé par Donald Schön en 1983: toute action professionnelle complexe découle d'une décision issue d'une réflexion dans et sur l'action.

On observe donc bien deux temps de cette réflexion un « pendant » l'action et un « après » l'action. ⁽³⁷⁾ La seconde notion de ce concept est : les connaissances et compétences sur lesquelles s'appuie cette réflexion sont issues de savoirs dits « professionnels ».

Ces savoirs sont des « savoirs expérientiels, tacites, développés par les praticiens eux-mêmes à partir d'une réflexion développée à posteriori sur leurs actions et qu'ils réutilisent dans leurs actions ultérieures. » ⁽²⁶⁾

Cette pratique réflexive est entrée dans le mode de formation des enseignants depuis de nombreuses années. Selon Philippe Perrenoud, professeur de sociologie, « Si l'on veut former des praticiens réflexifs, mieux vaudrait que leurs conseillers pédagogiques ou maîtres de stages se situent eux-mêmes dans cette orientation. » ⁽³⁸⁾ Pour Claude Attali, « l'enseignant doit illustrer, dans le contexte de son exercice professionnel, les caractéristiques d'une pratique réflexive et les exigences du développement de l'autonomie cognitive et professionnelle. » ⁽²⁷⁾

En effet on parle « d'accompagnement réflexif médié par une personne ressource expérimentée » selon H. Hensler et C. Garant cités par Maguy Lucot-Meunier dans son travail de mémoire. ⁽³⁹⁾ Cela sous-entend que le tuteur ou ici MSU doit bien être dans une pratique réflexive pour pouvoir former des praticiens réflexifs.

3.2. Maîtrise de stage et pratique réflexive

Selon le collège de la médecine générale, la pratique réflexive s'inscrit en 3 étapes ⁽⁴⁰⁾ :

- Le professionnel réfléchit à ce qu'il fait réellement et aux problèmes qu'il rencontre grâce à des outils d'analyse de tous les champs de sa pratique. Les méthodes sont variées, (par exemple : écriture clinique, groupes d'échanges de pratiques, ...)
- Il confronte son questionnement à des sources de référence dans le but de progresser
- Il construit des actions pour corriger et/ou améliorer ses comportements et ses pratiques.

Nous remarquons alors que les composantes du professionnalisme ressenties comme nettement améliorées dans notre enquête sont pour certaines en rapport direct avec cette pratique réflexive: « Je remets plus souvent en cause mes pratiques. » ; « Je consacre plus de temps à l'actualisation de mes connaissances. » ; « J'ai noté une modification de la prise en charge de mes patients grâce aux interactions avec l'interne (recherche d'une solution à une question pratique, débat avec l'interne...) ». Cela appuie l'opinion retrouvée dans différents travaux de thèse quant à une pratique réflexive augmentée par la maîtrise de stage. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁾

L'attitude réflexive est entretenue, selon Françoise Charrat, par des questionnements toujours renouvelés. La maîtrise de stage permet ces questionnements du fait des interactions avec l'interne. ⁽⁴¹⁾ La métacognition suppose, selon Guy le Boterf, une fonction de médiation. Ce tiers a un rôle de « mise en confrontation ». Ainsi, la prise de conscience pour un sujet de ses propres stratégies cognitives se produit souvent par la confrontation avec celles de ses pairs. ⁽⁴²⁾

Par ailleurs, la maîtrise de stage permet une approche par compétences et privilégie le développement d'apprentissages à partir de situations authentiques et de problèmes complexes. En ce sens, elle encourage le développement d'une pratique professionnelle réflexive et intentionnelle, en sollicitant de la part des enseignants un compagnonnage cognitif explicite et des activités récurrentes de rétroaction. ⁽⁴³⁾ Selon Guy le Boterf, cet apprentissage contextualisé inclue des moments de « debriefing » permettant analyse et évaluation d'un schéma opératoire (ici une approche clinique). ⁽⁴²⁾ Enfin, les rétroactions consistent en une modification de la prise en charge des patients du fait de l'interaction avec l'interne. Dans notre étude, 70% des MSU attribuent l'augmentation de ces rétroactions à la maîtrise de stage.

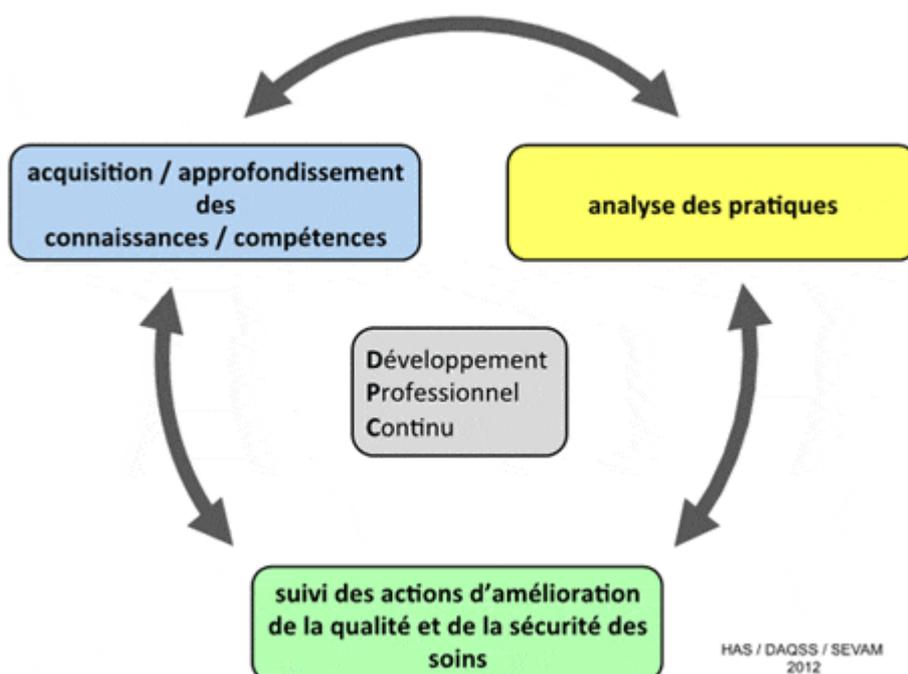
4. MAITRISE DE STAGE ET DPC

4.1. La pratique réflexive au service du développement des compétences

Maguy LUCOT-MEUNIER évoque dans son mémoire, la pratique réflexive comme un « outil d'acquisition des compétences, mais aussi comme un outil de développement des compétences pour les professionnels en place. Cela les invite à réfléchir sur l'amélioration de leurs propres pratiques. » ⁽³⁹⁾

Le DPC est défini comme « une démarche continue d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle. Il concerne tous les champs de la pratique professionnelle: le soin, l'organisation du cabinet médical, l'éthique, la communication avec les autres professionnels de santé, ... Il associe des démarches de questionnements sur sa pratique réelle et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de « pratiques réflexives ». » ⁽⁴⁰⁾

Pour l'HAS, le DPC permet ainsi d'adopter une posture réflexive permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions et donc d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La " pratique réflexive " amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée. ⁽⁴⁴⁾



4.2. La maîtrise de stage, une méthode de DPC

Selon une enquête informatique auprès de 2407 médecins menée à Paris par Pauline Cordonnier en septembre 2011, 87 % des maîtres de stage voient la maîtrise de stage comme un moyen de formation continue. ⁽²²⁾

En ce sens, notre travail montre un avis favorable des MSU quant à une amélioration de l'ensemble de leurs compétences et peut donc être ressenti comme un moyen de DPC.

Ce rôle de maître de stage leur permet, selon eux, d'analyser leur pratique, d'effectuer des rétroactions et d'améliorer leurs compétences.

Les interactions entre professionnels, le partage d'expérience, les échanges contribuent inmanquablement au développement des compétences professionnelles selon M. Huberman, cité par Françoise Charrat, issue du monde des sciences de l'éducation. ⁽⁴¹⁾

Plusieurs MSU ont ajouté en commentaire qu'ils considèrent la maîtrise de stage comme un « outil » ou une « méthode de formation continue ».

Selon le travail de thèse de médecine de Bernadette Haspot, les MSU pensent que la maîtrise de stage permet une diversification des pratiques, stimule la mise à jour des connaissances participant ainsi à un perfectionnement professionnel. Elle est décrite comme une formation continue. ⁽²⁸⁾

Par ailleurs, la maîtrise de stage est actuellement étudiée par l'HAS comme une méthode utilisable dans le cadre du DPC. ⁽⁴⁵⁾

Selon l'HAS, un programme de DPC associe 2 activités :

- L'analyse des pratiques professionnelles : analyse critique et constructive reposant sur un référentiel d'analyse, donnant lieu à des objectifs et des actions d'amélioration.
- L'acquisition ou le perfectionnement des connaissances/compétences lors d'une activité explicite comportant des objectifs pédagogiques, des supports pédagogiques et une évaluation.

La maîtrise de stage est décrite dans la fiche technique méthode sur la maîtrise de stage en cours de validation par l'HAS ⁽²⁸⁾, comme « l'occasion d'identifier des questions relatives à la prise en charge des patients, d'identifier des réponses en les argumentant et de mettre en œuvre avec l'interne des méthodes permettant de modifier l'habitus professionnel (pratique réflexive, entretien duel, travaux d'écriture) ».

CONCLUSION

Selon notre enquête d'opinions, les MSU pensent améliorer globalement leur pratique du fait de la maîtrise de stage, notamment leur professionnalisme, leur communication, leur relation, et l'approche clinique centrée sur le patient. Nombreux sont les praticiens qui lui attribuent également une aide contre l'épuisement professionnel ou « burn-out ».

Les MSU témoignent d'une remise en cause des pratiques et d'une actualisation des connaissances permettant une modification de la prise en charge des patients, dans le cadre d'une démarche réflexive favorisée par la maîtrise de stage.

La maîtrise de stage peut alors être considérée comme participant au développement professionnel continu car elle permet une analyse des pratiques professionnelles et un perfectionnement des compétences, représentant les deux activités d'un programme de DPC. Cette enquête d'opinion restant déclarative, il serait intéressant de compléter ce travail par l'opinion des patients et des internes.

Une autre piste serait d'étudier les différentes activités pédagogiques développées lors de la maîtrise de stage permettant d'améliorer la pratique.

Si la maîtrise de stage apparaît comme indispensable pour la formation initiale des internes et utile à l'amélioration des pratiques, il reste encore de nombreux obstacles pour que les praticiens généralistes s'investissent dans cette fonction redoutant une surcharge de travail importante peu compensée sur le plan financier.

Au total, la maîtrise de stage sera certainement considérée comme une méthode de choix de DPC, elle est à ce jour en cours d'évaluation par l'HAS. On peut alors espérer trouver de nouveaux arguments de promotion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bloy G, Schweyer FX. Chapitre 17, Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In : Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP; 2010; 347-63.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. Rapport de la commission du 05 juin 1999. [En ligne]. Disponible sur [http //www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) (consulté en juillet 2013)
3. République française. Décret n°81.364 du 15 avril 1981, organisant le stage chez le praticien. JO du 17 avril 1981 conformément à l'article L-359.1 du Code de Santé Publique. [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
4. République française. Décret n°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Version consolidée au 30 juin 2012. [En ligne]. Disponible sur : [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
5. République française. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. Version consolidée au 08 août 2004. . [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
6. République française. Décret n°2004.67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales. JO du 18 janvier 2004. [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
7. République française. Circulaire DGS/DES/2004/ n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du Stage Ambulatoire en Soins Primaires avec Autonomie Supervisée. [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
8. République française. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JO n°0147 du 27 juin 2010 page 11580 texte n° 16. [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
9. Collège National des Généralistes Enseignants. Charte des maîtres de stage universitaires. Les éléments fondamentaux. Vincennes ; 2012. [En ligne]. Disponible sur [http //www.cnge.fr](http://www.cnge.fr) (consulté en juillet 2013)
10. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et du sport. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle

des études médicales. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009, Page 134.

11. République française. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales. JO n°0033 du 9 février 2011 page 2511.texte n° 24. [En ligne]. Disponible sur [http //www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté en août 2013)
12. CP CNGE. Le CNGE recense 6724 MSU et attend des mesures. Décembre 2012. [En ligne]. Disponible sur [http //www.cnge.fr](http://www.cnge.fr) (consulté en décembre 2013)
13. CP CNGE. Alerte concernant les effectifs d'enseignants et d'internes en médecine générale. Mai 2013. [En ligne]. Disponible sur [http //www.cnge.fr](http://www.cnge.fr) (consulté en décembre 2013)
14. Renard V, Attali C. Maître de stage : une formation spécifique. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2003;17 :705–6.
15. Dauberton JO. Devenir maître de stage. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2009;23 :449.
16. Gilberg S. Devenez maître de stage! La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2003;17 :673.
17. Gruselle F. Une rentrée dans le rouge pour les IMG. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2009;23 :493.
18. Brault T. Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions de maîtres de stage de la faculté de Rennes. Thèse de médecine générale, Rennes;2007.
19. 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 littérature. Thèse de médecine générale, Brest;2011.
20. Potier-Lecarpentier M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ? Thèse de médecine générale, Paris Diderot ; 2010.

21. Delfarriél G. Autoévaluation du comportement du médecin généraliste, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation. Thèse de médecine générale, Créteil; 2003.
22. Cordonnier P. la formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu. Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins. Thèse de médecine générale, Strasbourg ; 2011.
23. Groupes de discussion, rencontre annuelle des enseignants de médecine générale, Nice ; 2010.
24. Collège National des Généralistes Enseignants (Ed.) (2009). Référentiel métier et compétences en médecine générale. Paris. France
25. Haute Autorité de Santé. Communiqué de Presse. Développement Professionnel Continu des professionnels de santé : la HAS présente la liste des méthodes et des modalités. 27 décembre 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté en janvier 2014)
26. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Pédagogie médicale. 2003;4 :163–175.
27. Attali C. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Volume 4. Certifier les compétences nécessaires à la médecine générale.95p.
28. HAS. Développement professionnel continu- Fiche technique. La maîtrise de stage. Document en cours de validation
29. Haspot B. Le SASPAS dix ans après sa création : le point de vue des maîtres de stage universitaires. Thèse de Médecine générale, Angers ; 2013
30. Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'université. Référentiel de compétences. Paris Est Créteil ; 2011.
31. De Singly F. Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes, édition Armand Collin ; 2012, 124 p.
32. HAS. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé » ; décembre 2010. [En ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté en janvier 2014)
33. Martineaux C, Wilthien F. Accueillir un interne ou un externe en stage à son cabinet : pourquoi pas ? Extrait de La lettre de l'Union ; mars 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://www.urps-med-idf.org> (consulté en décembre 2013)

34. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale. Revue française des affaires sociales. 2005;1 :103–26.
35. Wittorski,R. (2003). Analyse de pratique et professionnalisation in Blanchard-Laville, C., Fablet, D. Travail social et analyse des pratiques professionnelles. L'harmattan, Savoir et Formation. Paris (p 69-89).
36. Dubois E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Thèse médecine Paris Descartes;2009.
37. Schön, D. (1983) The Reflective Practitioner, New York, Basic Books (trad. française : Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, Montréal, Les Éditions Logiques, 1994).
38. Perrenoud P. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Pédagogies recherche, éditions ESF éditeur, 219p.
39. Lucot-Meunier M. Des représentations à la pratique réflexive : pour une co-construction de la professionnalisation. Mémoire pour le diplôme de cadre de santé, Lille ; 2010.
40. Collège de la médecine. Développement Professionnel Continu 19 réponses courtes à des questions simples. [En ligne]. Disponible sur <http://www.unaformec.org>. (consulté en décembre 2013)
41. Charrat F. (2006). L'analyse des pratiques au service d'une formation entre pairs in Recherche et formation pour les professions de l'éducation. Institut national de recherche pédagogique. LYON, (p73-88)
42. Le Boterf G. (2013). Construire les compétences individuelles et collectives. Ed Eyrolles, Paris.
43. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie médicale 2007;4:232-251
44. HAS. Principes du DPC. Septembre 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté en janvier 2014)
45. HAS. Développement professionnel continu Méthodes et modalités de DPC Décembre 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté en janvier 2014)

ANNEXE 1

Aux Directeurs des Départements de Médecine Générale et Responsables de Recherche
des Facultés de Médecine françaises,

Chers confrères,

Nous effectuons actuellement au sein du département de Médecine Générale de Nice un travail de thèse sur le thème de la maîtrise de stage et nous avons reçu l'approbation du CNGE pour pouvoir vous contacter.

La question de recherche de cette étude menée par Maud Bufala Delaval et dirigée par le Pr Pourrat Isabelle, est : « Comment la pratique d'enseignant influe sur les compétences professionnelles du Maître de Stage Universitaire MSU ? »

L'association entre maîtrise de stage et amélioration des connaissances a déjà été abordée dans la littérature (notamment par 3 travaux de thèse français *) mais l'impact de la maîtrise de stage sur les compétences des praticiens enseignants a été peu étudié. Il s'agit par cette enquête de mesurer l'amélioration de leur pratique constatée par les praticiens du fait de l'interaction avec un stagiaire. Les données seront recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé aux maîtres de stages universitaires (MSU) avec une expérience suffisante (3 ans ou au moins 6 stagiaires).

L'objectif de ce travail est d'évaluer en quoi l'exercice de la maîtrise de stage participe au développement professionnel continu des médecins généralistes.

Nous vous remercions d'accepter de participer à ce travail, si vous approuvez notre démarche et notre objectif de travail. Nous souhaitons pouvoir arriver à un échantillon représentatif des MSU français pour une meilleure validité de nos résultats.

Nous aurions besoin des adresses mails de tous les MSU de votre département de Médecine générale afin de leur adresser le questionnaire joint, et chacun sera libre d'y répondre ou non.

Dans le cadre de la recherche biomédicale, les données collectées concernant les médecins participants seront incluses dans l'analyse des résultats mais resteront bien sûr anonymes par une identification codée. Ils auront de plus droit d'accès et de rectification de leurs données personnelles.

Une fiche récapitulative de notre étude vous est jointe, ainsi que le questionnaire en format word. Nous restons évidemment disponibles pour toute question concernant ce travail de recherche et serons ravies de vous communiquer les résultats obtenus.

Cordialement,

Maud Bufala, interne en Médecine générale.

Pr Pourrat Isabelle, directrice de thèse; Professeure associée; Faculté de Médecine de Nice.

* - 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 littérature. Anne JARNO-JOSSE. Université de Brest. 2011

- Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions des maîtres de stage de la faculté de Rennes. Thomas BRAULT ; Université de Rennes. 2007

- Maître de stage: la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Etienne DUBOIS ; Université de Paris Descartes. 2009

ANNEXE 2

FICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

Comment la pratique d'enseignant influe sur les compétences professionnelles
du Maître de Stage Universitaire ?

Promoteurs :

Maud Bufala Delaval. Interne en DES 3 de médecine générale.

Pr Isabelle Pourrat. Directrice de thèse. Faculté de Médecine de Nice.

Partenariat :

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Objectif :

Evaluer la contribution de l'exercice de la maîtrise de stage en tant que développement professionnel continu des médecins généralistes.

Intérêt :

Promouvoir la maîtrise de stage.

Favoriser le recrutement des médecins généralistes pour la formation des internes de médecine générale.

Recueil des données :

Questionnaire en ligne accompagné d'un message expliquant l'enquête.

Personnes sollicitées

Maîtres de stage universitaires des facultés de médecine françaises.

Mode de recrutement :

Direct par mail. Adresses mails recueillies auprès des directeurs de départements de médecine générale et des responsables de recherche des facultés de Médecine générale.

Enquêtrice :

Maud Bufala Delaval. Interne de Médecine générale DES 3, dans le cadre d'un travail de thèse.

Pour toute information supplémentaire :

Maud Bufala Delaval. Portable 06 59 09 39 10. Courriel : magda.00@hotmail.fr

Isabelle Pourrat. Portable 06 03 16 39 16. Courriel : pourrat.isabelle@orange.fr

ANNEXE 3

Lettre destinée à tous les maîtres de stage universitaires de médecine générale ayant eu au moins 6 stagiaires.

Bonjour, je m'appelle Maud Bufala Delaval, je suis actuellement interne en Médecine générale et effectue un travail de thèse sur la maîtrise de stage dont la question de recherche est : « Comment la pratique d'enseignant influe sur les compétences professionnelles du Maître de Stage Universitaire MSU ? »

L'objectif de mon travail est d'évaluer en quoi l'exercice de la maîtrise de stage participe à un développement professionnel continu pour les médecins généralistes.

Je vous serais très reconnaissante de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire de mon enquête et vous remercie de contribuer ainsi à la valorisation de la maîtrise de stage.

Nous avons pris le parti d'explorer les bénéfices et non les difficultés de la maîtrise de stage. Les items du questionnaire sont issus à la fois de la revue de la littérature et des résultats de groupes de discussion constitués de maîtres de stages niçois.

Ils sont libellés sous forme d'affirmations pour que vous puissiez vous positionner plus facilement.

Merci de répondre en comparant votre exercice professionnel depuis que vous êtes MSU avec votre exercice antérieur.

Si toutefois, vous ne comprenez pas le sens de l'item ou ne pouvez pas répondre pour toute autre raison, merci de cocher la case « ne peux pas répondre », un emplacement est prévu en fin de questionnaire pour vos remarques.

De plus, vous pouvez revenir sur vos réponses si vous souhaitez les modifier tant que vous ne les avez pas validées.

Le questionnaire n'est pas très long, alors courage et merci encore !!

A chaque question les choix de réponses sont :

Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas d'accord du tout / Ne peux pas répondre

"Depuis que je reçois un interne,...

1. J'ai augmenté mon temps de discussion avec les patients.
2. Je passe plus de temps à expliquer ma démarche (au patient et à l'interne conjointement).
3. Lors de mon interrogatoire, j'actualise les antécédents, je reprends les éléments importants de l'histoire de la maladie
4. Au cours de mon entretien, j'explore des domaines (notamment le domaine psycho-social) que je n'aurais pas forcément abordé en l'absence de l'interne.
5. J'intègre mieux les patients dans les décisions prises lors des consultations.
6. Je suis plus satisfait de ma communication avec les patients.
7. J'accorde plus d'importance à la relation médecin-malade dans ma pratique

8. Je pense que les patients en apprennent plus sur leur maladie du fait des explications données à l'interne en leur présence
9. J'ai augmenté le nombre de mes actions de dépistage.
10. Je tiens et synthétise mieux mes dossiers.
11. Je fais preuve de plus de rigueur dans ma démarche clinique.
12. Je remets plus souvent en cause mes pratiques.
13. Je consacre plus de temps à l'actualisation de mes connaissances.
14. J'ai noté une modification de la prise en charge de mes patients grâce aux interactions avec l'interne (recherche d'une solution à une question pratique, débat avec l'interne...).
15. Je suis plus disponible lors de la phase d'autonomie de l'interne (pour répondre au téléphone, pour effectuer des tâches administratives ou pour gérer des urgences ...)
16. J'ai intensifié mes échanges avec les autres médecins généralistes.
17. J'ai noté une meilleure coordination des soins avec les praticiens hospitaliers du fait des contacts des internes.
18. J'ai élargi le champ de mes activités professionnelles.
19. Je retrouve un regain d'intérêt dans ma pratique quotidienne du fait de mon rôle de maître de stage.
20. J'ai noté une plus grande reconnaissance de la part de mes pairs.
21. Je pense que la maîtrise de stage est une des ressources majeurs contre le burn-out.

1/ Merci de nous faire part de vos remarques à propos des items du questionnaire :

2/ Merci de partager d'autres réflexions et commentaires concernant la thématique de l'enquête :

Pour terminer nous souhaitons recueillir les informations qui nous permettront de déterminer le profil des personnes qui ont répondu, merci de renseigner ci-dessous :

Votre genre

Votre âge

Votre mode exercice : seul, collaboration, cabinet de groupe

De quelle faculté dépendez-vous ?

Votre date de début d'activité de maître de stage

Votre milieu d'activité professionnel : urbain, semi-rural, rural

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Un stage en médecine générale est essentiel pour la formation professionnalisante des internes de médecine générale. Être maître de stage permet une approche par compétences et favorise une démarche réflexive. Les avis des maîtres de stage universitaires (MSU) sont très positifs quant à l'impact de la maîtrise de stage sur leur pratique, et pourtant il manque de terrains de stage. La promotion de la maîtrise de stage est donc un sujet d'actualité. Mettre en exergue dans quelles mesures les MSU pensent améliorer leurs compétences est alors intéressant. L'objectif de ce travail est d'analyser en quoi la maîtrise de stage participe au développement professionnel continu.

METHODE

Etude multicentrique descriptive transversale constituant en une enquête d'opinion, réalisée entre mai et août 2013, à l'aide d'un questionnaire en ligne adressé aux MSU des départements de médecine générale français. Les items du questionnaire ont été élaborés à partir de témoignages de MSU niçois confrontés aux impacts de la maîtrise de stage décrits dans la littérature. Chaque impact étudié peut être référé à une composante des compétences de médecine générale. Les résultats ont été étudiés sous logiciel Access.

RESULTATS

313 MSU ont répondu sur les 1545 sollicités soit un taux de participation de 20.25%. Sur les 230 MSU inclus, 81% attribuent à la maîtrise de stage un regain d'intérêt et 82% une remise en cause de leur pratique. 71 % pensent que la maîtrise de stage est une ressource majeure contre l'épuisement professionnel. Dans leur majorité, les MSU interrogés pensent s'être améliorés sur le plan relationnel et sur celui de la communication. Le professionnalisme et plus particulièrement la pratique réflexive sont, pour près de 60 % des répondants, largement favorisés par la maîtrise de stage.

CONCLUSION

Notre travail met en évidence la perception, par les MSU, d'une amélioration de leur pratique professionnelle. La maîtrise de stage favorise une analyse des pratiques et permet un perfectionnement des compétences, en ce sens, elle participe au développement professionnel continu (DPC). D'ailleurs, elle est, à ce jour, en cours d'évaluation par l'HAS comme méthode de DPC.

Mots clés : Développement professionnel continu- Médecine générale- Maîtrise de stage- Maître de stage universitaire.