



HAL
open science

La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction

Camille Lanote

► To cite this version:

Camille Lanote. La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01193044

HAL Id: dumas-01193044

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01193044>

Submitted on 4 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013

N°37

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire :
points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire,
analyse du manque d'attractivité de la fonction

Présentée et soutenue publiquement
le 12 avril 2013

Par

Camille LANOOTE

Née le 19 mai 1982 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

Mme Le Professeur Frédérique Noël Président
M. Le Professeur Serge Poiraudau Membre
M. Le Docteur Jean-Claude Schwartz Membre
Mme Le Docteur Sandrine Souchon Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

*A Madame le Professeur Frédérique Noël, qui a accepté sans hésitation de diriger cette thèse. Le stage passé à ses côtés a profondément marqué mon parcours et sa pratique de la médecine demeure pour moi un modèle à suivre. Je lui suis infiniment reconnaissante de sa disponibilité, son regard constructif sur ce travail et ses encouragements.
Merci de tout cœur.*

A Monsieur le Docteur Jean-Claude Schwartz, mon autre tuteur, au sens végétal du terme, sous le regard bienveillant duquel j'ai pu croître et m'épanouir en médecine générale. Je le remercie pour sa confiance et tout ce qu'il m'a transmis.

A Madame le Docteur Sandrine Souchon pour avoir accepté avec enthousiasme de faire partie du jury de cette thèse, pour son humanisme et son amitié.

A Monsieur le Professeur Serge Poiraud pour avoir accepté sans hésiter de faire partie du jury de cette thèse. Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mes remerciements.

Aux dix-neuf consoeurs et confrères qui m'ont accordé une partie de leur temps pour les entretiens.

Aux médecins de Québec, Montréal, Lausanne, Londres, Maastricht et Bruxelles pour le temps qu'ils ont consacré à répondre à mes questions et l'intérêt qu'ils ont manifesté pour mon travail.

A Madame Anne-Marie Gratadour pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Au docteur Claire Paris, pour l'exemple qu'elle incarne, son écoute et son amitié.

Au docteur Brigitte Fabre Pellerin, merci...

Au Docteur Edith De Sa Moreira pour son amitié et son soutien et à sa sœur Henriette et sa famille pour leur aide précieuse par-delà les frontières.

Au docteur Véronique Leroy pour son amitié, son accueil et sa gentillesse lors de mon premier remplacement.

A mes grands- parents et surtout à ma grand-mère pour son soutien, ses remarques pertinentes et sa relecture attentive mais aussi pour toutes les valeurs qu'elle m'a transmises, sa gaieté, son caractère confiant, persévérant et dynamique, pour son appétit de la vie.

A tous les médecins qui m'ont précédé : André-Noël, César, Ferdinand, Archag, Micheline, Michel, Catherine et Michel.

A mes parents pour leur amour et leur soutien.

A Hadrien, Sophie, Sébastien et leurs deux petits rayons de soleil, merci d'être à mes côtés.

A Mohammed pour sa présence, sa patience, son amour et son soutien sans faille.

A Marie-Aude, Marine et Alice, mes sœurs de cœur, pour leur amitié et leur présence.

A Camille, pour son soutien et son amitié.

A mes patientes Sonia et Ida,

A ma famille,

A tous mes amis,

Table des matières

INTRODUCTION	7
CONTEXTE DE L'ETUDE	8
I. DEMOGRAPHIE MEDICALE	8
A. A l'origine de l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale : le numerus clausus, historique	8
B. Démographie en médecine générale : vieillissement du corps médical	10
C. Répartition des médecins généralistes en fonction du type d'exercice	11
D. Féminisation de la profession	12
E. Evolution récente du nombre de MSU	12
F. Revenus des médecins généralistes	13
G. Indemnisation des maîtres de stage universitaires.....	14
II. LE DEROULEMENT DES ETUDES MEDICALES ET DU D.E.S DE MEDECINE GENERALE	14
A. La première année de médecine	14
B. Le tronc commun des études médicales	15
C. Les épreuves classantes nationales (ECN)	16
D. Le troisième cycle des études médicales et le DES de médecine générale.	16
E. Validation du DES de médecine générale (pour la faculté de médecine Paris Descartes).....	16
III. HISTORIQUE DU STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1	17
A. Apparition de la notion de stage chez le praticien dans les années 60	17
B. Création du résidanat.....	17
C. Reconnaissance de l'importance du stage chez le praticien dans la formation des futurs généralistes	18
D. La définition actuelle du stage chez le praticien.....	19
IV. HISTORIQUE DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN AU COURS DU SECOND CYCLE DES ETUDES MEDICALES	20
V. LA MAITRISE DE STAGE EN PRATIQUE	22
A. Devenir maître de stage universitaire (MSU).....	22
B. Missions du maître de stage	22
C. Organisation du stage	23
D. Notions administratives	23
VI. LA MAITRISE DE STAGE EN EUROPE ET AU QUEBEC	24
A. La maîtrise de stage au Québec	24
B. La maîtrise de stage en Suisse, exemple de la faculté de médecine de Lausanne	25
C. La maîtrise de stage en Belgique.....	26

D.	La maîtrise de stage au Royaume-Uni, exemple de la faculté de médecine de Londres.....	27
E.	La maîtrise de stage aux Pays-Bas.	28
	L'ENQUETE	30
I.	MATERIEL ET METHODE	30
A.	L'objectif et le choix de la méthode	30
B.	L'échantillon	30
1.	Taille de l'échantillon.....	30
2.	Composition de l'échantillon	31
C.	Les entretiens.....	31
D.	Le guide de l'entretien.....	31
E.	La retranscription	32
F.	La méthode d'analyse des résultats	32
II.	RESULTATS ET ANALYSE.....	33
A.	Présentation de la population interrogée	33
1.	Age	33
2.	Lieu d'exercice.....	33
3.	Secteur d'installation.....	33
4.	Vie personnelle.....	33
5.	Remplacements	33
6.	Faculté d'origine.....	33
7.	Stage ambulatoire	34
B.	Analyse transversale comparative	34
1.	« Pouvez-vous me parler de votre parcours médical ? de vos études ? »	34
2.	« Pouvez-vous me parler de votre activité médicale actuelle ? »	37
3.	« Que pensez-vous de votre vie professionnelle ? Qu'en diriez-vous actuellement ? ».....	39
4.	« Que vous évoquent les termes « maîtrise de stage » ? ».....	40
5.	« Comment former les internes de manière pratique aujourd'hui ? »	44
6.	« Comment attirer les médecins ? »	44
C.	Analyse verticale	45
	DISCUSSION.....	48
I.	LIMITES DE LA METHODE	48
A.	Limites liées au type d'enquête	48
B.	Limites liées à la constitution de l'échantillon.	49
C.	Les « oublis » de l'enquête.....	50
II.	DISCUSSION DES RESULTATS	50
A.	La féminisation de la profession : obstacle au recrutement de nouveaux maîtres de stage ?....	50

B. Petite surface des cabinets médicaux: un facteur limitant de la maîtrise de stage.	51
C. Des différences générationnelle bien marquées	51
D. L'entrée dans la vie professionnelle facilitée par le stage n'est pas le garant d'un engagement des plus jeunes à devenir maître de stage	52
E. Auto-dévalorisation et crainte d'une incompatibilité de personnalité : l'interne « <i>formaté-protocollisé</i> »	53
F. Auto-dévalorisation de la pratique, confusion hospitalo-universitaire et distance avec le monde universitaire	54
G. Atouts de la maîtrise de stage : des bénéfices difficilement identifiés	55
H. Les patients ressentent les effets positifs de la présence de l'interne	56
I. La problématique du temps : modification des conditions d'exercice et de l'éthos professionnel.	56
J. Revenus des généralistes, revenus liés à la maîtrise de stage, état des lieux et comparaison avec nos voisins européens et québécois	59
K. Réensemencer les déserts médicaux : une chance pour la maîtrise de stage ?	59
CONCLUSION	62
ANNEXES	63
ANNEXE 1 : Le guide de l'entretien rédigé	63
ANNEXE 2 : Tableau de synthèse de la réglementation des stages de médecine générale de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycles.....	65
ANNEXE 3 : Nombre de maîtres de stage pour le 3 ^{ème} cycle par région	68
ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif de « l'identité » des médecins interrogés	69
ANNEXE 5 : Chronologie des réformes successives des études médicales	70
ANNEXE 6 : 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 . Etat d'esprit. Impacts dans le domaine psychoaffectif	70
ACRONYMES	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75

INTRODUCTION

L'augmentation des effectifs d'internes de Médecine Générale rend le fonctionnement des départements facultaires chaque jour plus préoccupant. Il est de plus en plus difficile d'organiser des terrains de stage pour les étudiants inscrits dans le DES de Médecine Générale afin qu'ils puissent valider leur maquette¹. En effet depuis 1997, les internes doivent effectuer de manière obligatoire un semestre en ville auprès de praticiens généralistes agréés ou enseignants cliniciens ambulatoires (ECA)² encore appelés Maîtres de Stage des Universités (MSU). A cela s'ajoute la réforme du 2^{ème} cycle et son stage en ville pour les externes d'une durée de 3 mois³. Cette augmentation des effectifs d'internes impose l'ouverture de nouveaux terrains de stage chez le praticien avec de nouveaux MSU. Les efforts de recrutement se heurtent souvent aux réticences des praticiens, malgré les initiatives mises en œuvre⁴ et doivent composer avec la diminution des effectifs de médecins généralistes, liée au vieillissement et aux départs en retraite et à la diminution du nombre d'installations en libéral exclusif au profit du salariat⁵. Chez certains de nos voisins européens comme les Pays-Bas, les maîtres de stage se trouvent en nombre suffisant^{6,7} soit 1600 MSU actifs pour 1544 internes en comparaison avec nos 3591 MSU pour 8094 internes en mai 2010⁸. Quels sont donc en France les obstacles à la maîtrise de stage ?

Ayant effectué mon stage ambulatoire auprès du médecin à qui incombe cette tâche au sein de la faculté où j'ai effectué mon internat, j'ai été à même de me rendre compte des difficultés rencontrées. C'est ainsi que je me suis interrogée sur la réserve des médecins généralistes à devenir maître de stage : quels pouvaient être les motifs invoqués justifiant ce refus ?

Pour répondre à ces questions, je suis allée à la rencontre de médecins généralistes n'ayant jamais reçu d'interne ni d'externe en stage au cabinet. A partir de ces rencontres et de ces entretiens très riches, j'ai tenté d'analyser leur parcours et les facteurs qui pouvaient les faire renoncer à la maîtrise de stage.

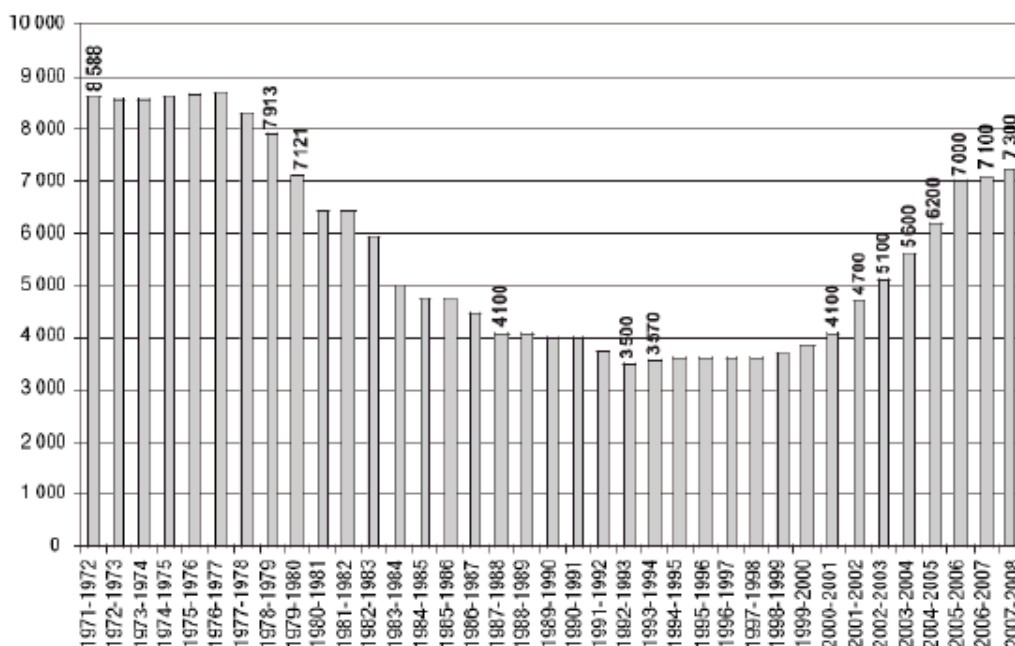
CONTEXTE DE L'ETUDE

I. DEMOGRAPHIE MEDICALE

A. A l'origine de l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale : le numerus clausus, historique

Le numerus clausus est mis en place en 1971 afin de garantir la qualité de la formation clinique et pratique des étudiants dans les services hospitaliers⁹ (déséquilibre entre le nombre de patients-insuffisant- pour le nombre d'étudiants). Stable jusqu'en 1977, il passe de 8671 en 1977 à 3500 en 1993 afin de compenser le déséquilibre du nombre de médecins en exercice jugé pléthorique. Cette décision est pensée comme un régulateur de la démographie médicale : « *Le premier postulat, c'est qu'il est relativement plus facile et plus efficace de jouer sur le nombre de médecins que de plafonner le nombre d'actes par médecin* » (Rapport Choussat, 1997)¹⁰

Suite aux prévisions de mars 2001 du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), devenu Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) annonçant une réduction de la densité médicale de l'ordre de 24% pour 2020 et du temps de travail de 40% ainsi que le vieillissement de la population¹¹, le numerus clausus est relevé dès 2002 pour atteindre 7500 en 2012



Évolution du numerus clausus des études médicales¹²

- 2008-2011: 7400
- 2011-2012: 7500

Parallèlement, de plus en plus d'étudiants choisissent la filière de médecine générale à l'issue des Epreuves Classantes Nationales (ECN) (en valeur absolue, consécutivement à l'augmentation du numerus clausus. Le nombre de postes offerts demeure stable aux alentours de 53%. En 2012 et pour la première fois, tous les postes ont été pourvus, conséquence de l'interdiction du redoublement)

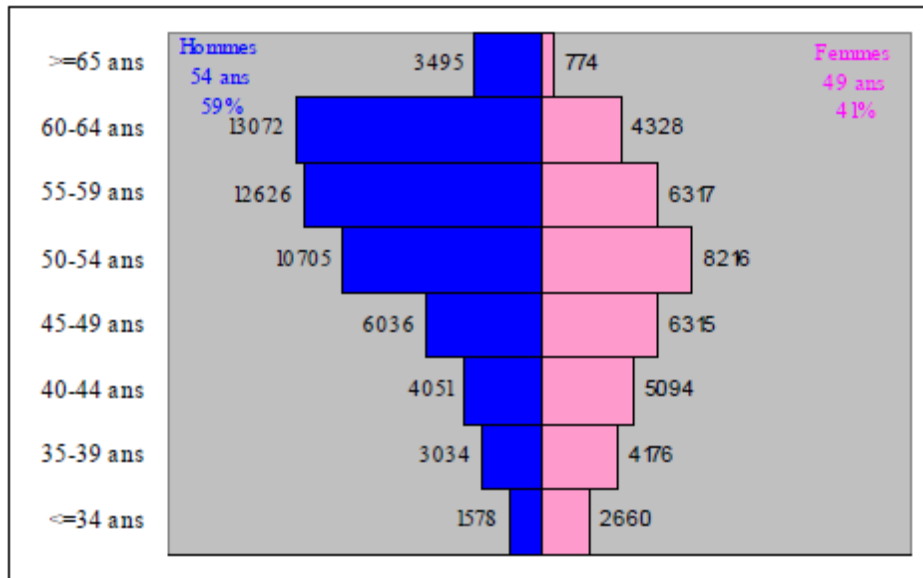
Région	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	Total 2011-2015
Ile-de-France	533	588	643	693	713	3170

Nombre d'internes à former pour la période 2011-2015 (*arrêté du 13 juillet 2011*) en médecine générale⁵

B. Démographie en médecine générale : vieillissement du corps médical

En France la médecine générale représente 46,3% des effectifs.

Âgés en moyenne de 52 ans, dont 41% de femmes, 23,4% des médecins généralistes peuvent potentiellement arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2017.



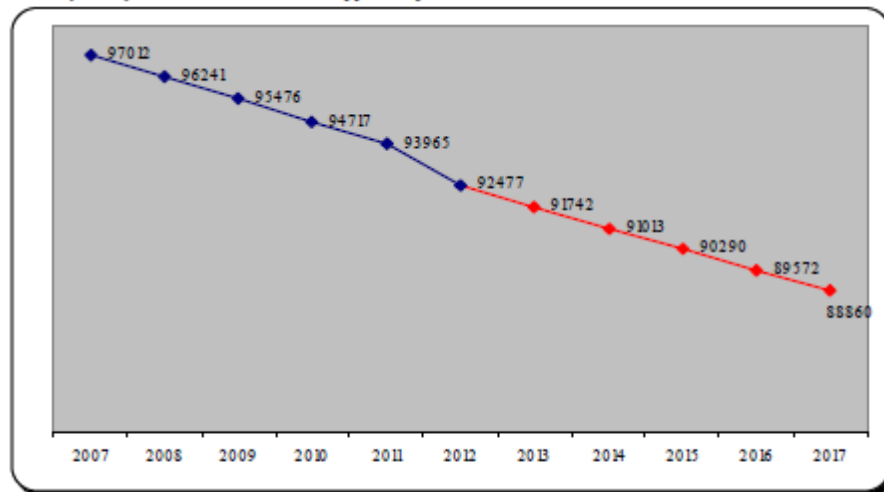
Pyramide des âges des généralistes au 1er janvier 2012 ⁵

Au 1^{er} janvier 2012, ils étaient au nombre de 92 477, inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière (soit une baisse de 1% des effectifs en un an)

(En Ile-de-France, ils étaient 18 617 dont 44.5% âgés de plus de 55 ans)

Leurs effectifs ont diminué de 5% en cinq ans.

D'après le calcul du taux de croissance annuel moyen, en 2017, les médecins généralistes seront 88 860 à exercer en activité régulière.



Les effectifs de médecins généralistes de 2007 à 2017⁵

Bien que cette défection frappe l'ensemble des régions françaises hormis la Bretagne et les Pays-de-la-Loire, les départements ne sont pas tous égalitaires.

Entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012, 77 départements recensent une baisse du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière.

Paris et le Val-de-Marne sont les deux départements qui subissent la plus forte diminution (-16%).

Les effectifs vont continuer de décroître. Le calcul du taux annuel moyen de croissance permet d'identifier l'état des effectifs en médecine générale de **2007 à 2017**. En moyenne, la France enregistrera une baisse des effectifs de 7,5%. Les régions connaîtront des baisses plus ou moins fortes : **l'Ile-de-France enregistrera une baisse de 30% des effectifs en dix ans.**

En moyenne, la densité régionale pour 2012 est de 139,8 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants et son estimation pour 2017 est de 140,35. Pour l'Ile-de-France, la densité est de 140,77 et son estimation pour 2017 est de 127,43 selon l'INSEE⁵.

C. Répartition des médecins généralistes en fonction du type d'exercice

Parmi les 92 477 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 59,7% exercent en secteur libéral exclusif ; soit une diminution de 5,5% en cinq ans. Le mode d'exercice salarié enregistre une hausse de 2,6% de ses effectifs entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012.

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, la région Ile-de-France a enregistré 326 nouvelles inscriptions en médecine générale dont 62 exercent leur spécialité en secteur libéral et/ou mixte (soit **19% seulement** des effectifs)¹³

Modalités d'exercice	Libéral	Mixte	Salarié	Remplaçant
Médecine générale	19,16%	2,09%	37,85%	40,91%

Modes d'exercice par spécialité⁵

D. Féminisation de la profession

La féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2011, elles sont 56%.

En 2017, les femmes nouvellement inscrites au tableau de l'Ordre représenteront 59% des effectifs.

	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Divers	Total
Hommes	37 899	3783	12 857	13	45	54 597
Femmes	17 309	1804	18 742	10	15	37 880
Total	55 208	5587	31 599	23	60	92 477

Modes d'exercice en médecine générale⁵

E. Evolution récente du nombre de MSU

En mai 2010, l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) recensait 3591 MSU pour 8094 internes de médecine générale.

En janvier 2011, on en comptait 5388 pour 10 146 internes (soit +20% en 1 an)

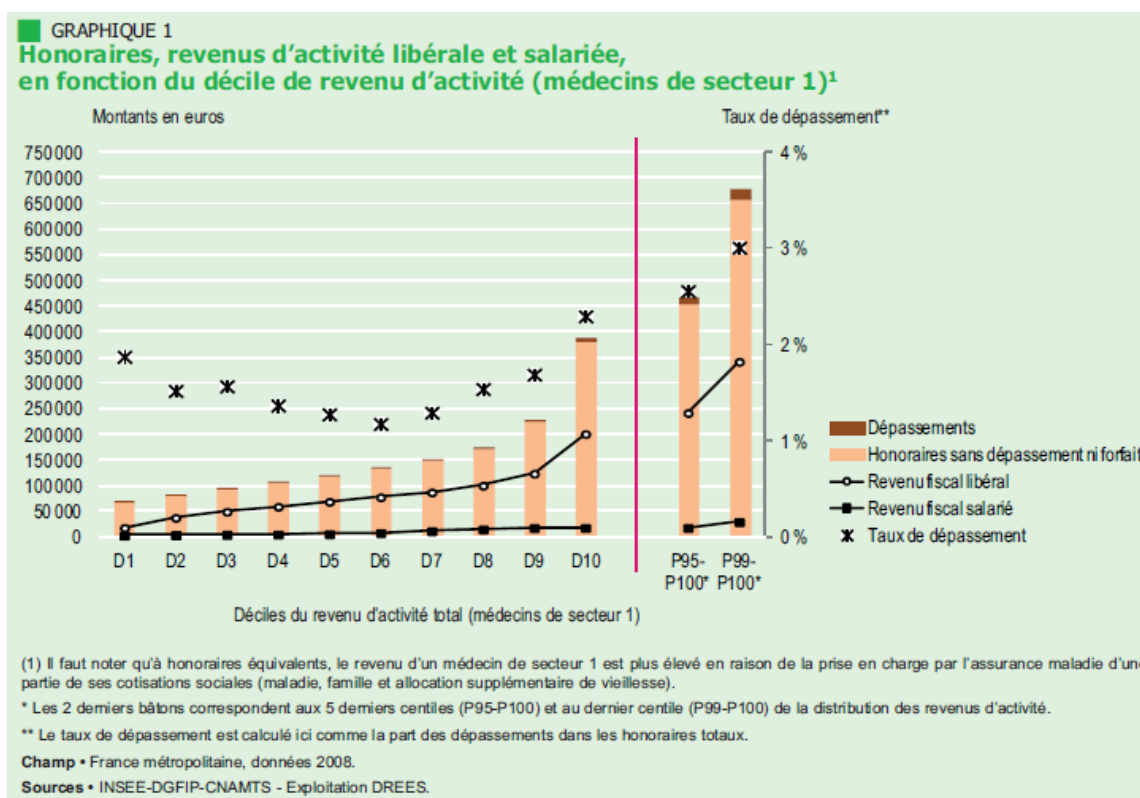
En décembre 2012 le CNGE (Collège National de Généralistes Enseignants) recensait 6724 MSU (+25% en 1an)

Afin que tous les internes puissent effectuer un an en ambulatoire et tous les externes un stage de deuxième cycle chez le praticien, le nombre de MSU nécessaire est estimé à 9000⁴.

F. Revenus des médecins généralistes

En 2009, la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) a évalué le revenu moyen des médecins généralistes en secteur 1 à 63 491€ et 65 986 € en secteur 2 (Bénéfice Non Commercial-BNC- après versement des frais professionnels). Le calcul a été effectué à partir de la déclaration d'imposition de 61 294 médecins généralistes exerçant en libéral ou en double activité libérale et salariée.

De son côté, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a évalué les revenus de 2010 des médecins généralistes à 74 640 € (revenu net après paiement des charges)¹⁴



G. Indemnisation des maîtres de stage universitaires

Les honoraires pédagogiques sont versés au maître de stage par l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) à laquelle il est rattaché. L'UFR est elle-même remboursée par l'ARS (Agence régionale de Santé). Ces indemnités sont financées par le budget du ministère de la santé.

Le montant est forfaitaire, il s'élève à 600 € par interne et par mois à diviser entre le nombre d'enseignants du site de stage, en fonction du temps d'accueil de chacun d'entre eux. Le forfait pour l'externe s'élève à 300 € par mois, répartis de la même manière.

Des journées de formation à la maîtrise de stage/pédagogie sont indemnisées : 15 fois le montant de la consultation (23 € actuellement), dans la limite de 2 journées par maître de stage agréé par an.

En 2013, la formation médicale continue (FMC) devient développement professionnel continu (DPC) auquel doit obligatoirement participer l'ensemble des professionnels de santé (libéraux comme salariés)¹⁵. Les médecins sont indemnisés pour 6 demi-journées par an¹⁶.

II. LE DEROULEMENT DES ETUDES MEDICALES ET DU D.E.S DE MEDECINE GENERALE

A ce jour, les études de médecine se composent de 3 cycles, portant la durée des études de 9 à 11 ans en fonction de la spécialité choisie. Deux concours ponctuent le cursus : celui de première année qui permet de sélectionner les étudiants qui pourront poursuivre leurs études et celui de fin de deuxième cycle qui aboutit à l'orientation des étudiants dans les différentes spécialités

A. La première année de médecine

Anciennement appelé PCEM1 (Premier Cycle d'Etudes Médicales), la PACES (Première Année Commune d'Etudes de Santé) a été mise en place à la rentrée universitaire 2010. Elle regroupe désormais 4 filières: médecine, dentaire, pharmacie

et sage-femme. A l'issue de cette première année, un concours a lieu et les étudiants classés en rangs utiles sont autorisés à poursuivre leurs études.

A noter que depuis septembre 2011, dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignements supérieurs européens, les études de médecine s'organisent désormais autour de trois diplômes : la licence, le master et le doctorat (L.M.D).

Le Grade Licence se met en place progressivement. Après la PACES en 2010, c'est au tour du L2 en 2011 (L1 Santé=PACES, L2 Santé= ex PCEM2, future L3 Santé= DCEM1 ou Deuxième Cycle d'Etudes Médicales)

L'objectif de cette réforme, outre l'harmonisation européenne, est l'obtention d'un diplôme en fin de L3 pour les étudiants qui souhaitent changer de cursus et faciliter ainsi les passerelles.

La place de la médecine générale en L2-L3 est variable selon les facultés.

A Paris Descartes, la médecine générale intervient dans l'UE11 (Unité d'Enseignement intitulée "Le parcours clinique et pharmacologique" qui a lieu pendant la L2) ou ponctuellement avec les autres disciplines.

La L3 est mise en place à la rentrée 2012-2013.

La médecine générale n'intervient pas en L1 à Paris Descartes

B. Le tronc commun des études médicales

Suite à l'obtention du concours, les étudiants vont suivre un tronc commun de cinq années d'enseignements universitaires avec mise en pratique progressive de leurs connaissances au cours de leurs stages hospitaliers. A partir de la quatrième année de médecine, l'étudiant devient étudiant hospitalier ou externe et partage ses journées entre apprentissages pratiques le matin (hospitaliers ou ambulatoires) et apprentissages théoriques l'après-midi. L'externe doit de surcroît effectuer 36 gardes hospitalières au cours de ces trois années d'externat. L'examen de D.C.E.M.4, ou sixième année, correspondant au module 11, appelé certificat de synthèse clinique et thérapeutique qui sanctionne la fin du tronc commun des études médicales.

C. Les épreuves classantes nationales (ECN)

Depuis 2004, suite à la promotion de la médecine générale au rang de spécialité universitaire, tous les étudiants de sixième année doivent passer les ECN, au terme desquelles ils choisiront, selon leur rang, leur future spécialité médicale dont la médecine générale, ainsi que la région dans laquelle ils effectueront leur internat.

D. Le troisième cycle des études médicales et le DES de médecine générale.

Depuis 2004, date à laquelle ont été créés les ECN et le DES de Médecine Générale tel que nous le connaissons aujourd'hui, l'étudiant doit suivre une formation pratique et théorique :

- La formation théorique comprend un minimum de 200 heures d'enseignements.
- La formation pratique ou maquette de médecine générale comprend six stages de six mois. Certains sont obligatoires : les urgences, la pédiatrie ou la gynécologie, un stage de spécialité validant pour la médecine générale au titre de la médecine d'adulte, un stage en CHU et enfin et surtout un stage ambulatoire en médecine générale. Lors du stage facultatif, l'interne peut choisir d'effectuer le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

E. Validation du DES de médecine générale (pour la faculté de médecine Paris Descartes)

Elle comprend :

- La validation des stages pratiques
- La validation des enseignements d'un total minimum de 200 heures
- La validation de traces d'apprentissages réalisées par l'étudiant au cours de ces trois années attestant d'un travail de recherche et de l'acquisition de compétences transversales de médecine générale
- La validation d'un travail de recherche concernant le champ de la médecine générale dite « thèse d'exercice ».

III. HISTORIQUE DU STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1

A. Apparition de la notion de stage chez le praticien dans les années 60

La notion de stage chez le praticien fait son apparition à la fin des années 60 en France au bulletin officiel du 23 juin 1968 du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur proposition de l'association nationale des étudiants en médecine de France.

Une évolution importante a lieu avec la loi du 13 juillet 1972¹⁷ modifiant le code de la santé publique et de la sécurité sociale : les étudiants sont autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès d'un médecin généraliste de ville (mais le cadre et les conditions du stage ne sont pas précisés)

B. Création du résidanat

Le gouvernement charge la commission FOUGERE (formée en 1971 dans le but de rediscuter de l'ensemble du cursus des études médicales) d'un travail de réflexion sur la formation et la promotion du médecin généraliste. Un premier rapport est rendu en avril 1975 qui propose la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale de 2 ans constitué de stages d'internat hospitaliers (durant 18 mois) avec un enseignement théorique et une pratique spécifique et de 6 mois de stages extra-hospitaliers dont au moins 3 mois chez un praticien de ville.

Suite aux directives européennes n°75/362/CEE et n°75/364/CEE^{18,19}, la commission FOUGERE publie le 28 mars 1977 un nouveau rapport dans lequel elle propose :

- Une formation commune de 6 ans.
- Deux cycles terminaux : un cycle de formation du spécialiste et un cycle de formation du généraliste dans lequel il existerait un stage d'une durée minimale de trois mois à temps plein chez un praticien.

Ces propositions sont entérinées par la loi Veil de juillet 1979²⁰ fixant ainsi la création du **résidanat** (3^{ème} cycle de médecine générale) d'une durée de 2 ans avec une formation théorique, des stages hospitaliers et des stages extra-hospitaliers.

Le décret d'application du 15 avril 1981²¹ met en place le stage chez le praticien qui est facultatif mais rémunéré.

Il comprend 20 à 40 demi-journées chez un médecin non rémunéré. Ces journées sont confondues avec les jours de stage hospitalier. Le rôle de l'étudiant est essentiellement passif. Parallèlement apparaissent les collèges de médecins généralistes aux niveaux national et régional qui ont un rôle consultatif auprès des instances universitaires au sujet de la formation des futurs omnipraticiens.

C. Reconnaissance de l'importance du stage chez le praticien dans la formation des futurs généralistes

La loi RALITE du 23 décembre 1982²² abroge la loi Veil et réforme le troisième cycle de médecine en créant 4 filières d'internat : médecine générale, médecine spécialisée, santé publique et recherche médicale. Une circulaire du 30 juin 1986 précise bien que **le stage chez le praticien** fait partie intégrante de la formation de l'interne de médecine générale mais il demeure toujours **facultatif**.

L'arrêté du 6 septembre 1985, relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine générale, confirme la durée de deux ans de ce cycle, précise les modalités d'enseignement théorique et insiste sur la nécessité du stage chez le praticien en plus des fonctions hospitalières. Trente à cinquante demi-journées chez le praticien sont souhaitées.

Avec la loi BARZACH du 30 juillet 1987²³ et le décret d'application du 7 avril 1988²⁴, **le stage chez le praticien devient enfin obligatoire à raison de 30 demi-journées réparties sur un semestre**.

L'arrêté du 28 octobre 1988²⁵ fixe les conditions d'agrément des maîtres de stage : il est prononcé par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ; le maître de stage doit être un généraliste exerçant depuis au moins trois ans. L'agrément est donné pour une durée de 3 ans, renouvelable.

Ainsi, la directive européenne 86/457/CEE²⁶ (qui reconnaît que la médecine générale est une discipline autonome nécessitant une formation post-graduée de 2 ans et qui mentionne l'obligation de suivre « une formation de 6 mois minimum dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent les soins primaires ») est enfin mise en application.

D. La définition actuelle du stage chez le praticien

La directive européenne 93/16/CEE réactualise les directives de 1975 et celles de 1986 en un texte unique définissant ainsi la formation spécifique de la médecine générale.

De fait, une commission interministérielle est créée, formulant des propositions pour l'application effective de cette dernière directive dans un texte rédigé par le Pr Detilleux « introduction d'un **stage pratique de 6 mois** dans le déroulement du troisième cycle de médecine générale » :

- Allongement du résidanat à 5 semestres.
- Un semestre doit être exclusivement extra-hospitalier.
- Ce stage doit être à temps plein.
- Le stage doit donner à l'étudiant l'occasion d'être acteur et non plus spectateur.

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996²⁷ met en place cette nouvelle réforme.

Le décret d'application n°97-494²⁸ paraît le 16 mai 1997 au journal officiel, modifiant ainsi celui du 7 avril 1988²⁴.

Le cadre de réalisation et le contenu du stage sont fixés par le décret 97-495 du 16 mai 1997²⁹. La circulaire DGS/DGES n°97-620 du 24 septembre 1997³⁰ relative au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés précise les modalités et le déroulement de ce stage. Ce stage se fera en continu durant un semestre auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes agréés comme maîtres de stage. Il peut exercer dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre dans lequel s'exercent des soins primaires. Il est rémunéré au titre de la maîtrise de stage.

Le stage au cabinet se compose de trois phases²⁹ :

- Une phase d'observation « au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement ».
- Une phase semi-active « au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence du maître de stage ».
- Une phase active « au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes ».

Au cours de son stage, l'étudiant pourra effectuer une moyenne de trois actes par jour sur 6 mois.

Cette réforme s'applique aux étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997 et reste d'actualité en 2012 selon les mêmes modalités.

Avec la création du DES de Médecine Générale en 2004³¹ (passage d'un résidanat de 5 semestres à un internat de 6 semestres) apparaît la possibilité de réaliser un second stage en ville, facultatif : le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ou stage de niveau 2 (l'interne travaille seul dans un cabinet de médecine générale agréé où il bénéficie d'une supervision indirecte par le Maître de stage, toujours joignable, qui assure ainsi un suivi pédagogique. L'interne s'approche alors des conditions réelles d'exercice de son futur métier. Le SASPAS est un stage facultatif).

Le stage ambulatoire désormais appelé stage de niveau 1 ne change pas dans sa forme.

IV. HISTORIQUE DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN AU COURS DU SECOND CYCLE DES ETUDES MEDICALES

L'arrêté du 4 mars 1997 permet la mise en place du stage de deuxième cycle en médecine générale^{32,33}. Ses objectifs sont les suivants :

- Découvrir les caractéristiques de la médecine générale et des soins primaires.
- Appréhender les stades précoces des maladies et l'apprentissage du raisonnement médical à partir des signes indifférenciés (alors que les externes, formés à l'hôpital, ne voient des patients qu'à des stades avancés de la maladie et dont les diagnostics sont déjà établis) et de ce fait, constituer un complément à la formation théorique générale et transversale du second cycle des études médicales
- Répondre à la crise des vocations en faisant découvrir la médecine générale au cours de l'externat (processus d'identification) et ainsi permettre aux futurs internes de choisir leur spécialité en connaissance de cause.

L'arrêté du 18 juin 2009³⁴ définit plus précisément le cadre du stage de 2ème cycle de médecine générale qui devient « *un véritable stage de formation en Médecine Générale ambulatoire et non plus un stage de découverte d'une discipline de moindre importance* »³⁵. La notion de médecine de premier recours apparaît. Désormais, le directeur de l'UFR invite le maître de stage à donner son avis quant à la validation du stage de l'étudiant qui se fait par le directeur de l'UFR (Article 6). La durée du stage (Article 7) est désormais définie tout en restant très souple : 60 demi-journées de stage sur 3 mois, réparties comme décidé par l'UFR (6 semaines temps plein, 3 mois mi-temps.)

Ceci a l'avantage de donner un cadre tout en permettant aux facultés d'adapter ce stage à leur mode de fonctionnement habituel avec les stages hospitaliers.

En ce qui concerne le stage de manière pratique, il peut s'effectuer :

- Au cours du DCEM2, DCEM3 ou DCEM4³⁶
- Chez un ou plusieurs « maîtres de stage des universités » (MSU)³⁷

En 2010, la moitié des facultés proposait ce stage (étude menée par le CNGE, non publiée).³⁸

L'appellation d'Enseignants Cliniciens Ambulatoires (ECA) a été longtemps utilisée pour désigner les maîtres de stages ambulatoires, c'est-à-dire les médecins qui accueillent un étudiant et lui proposent un enseignement dans le cadre de leur pratique, hors structure hospitalière. Il s'agissait de mettre en avant leur fonction pédagogique et de la distinguer d'un simple compagnonnage. Depuis le 4 octobre 2011, pour marquer l'impact qu'ils peuvent avoir sur la formation des étudiants au cours de leur cursus, ceux-ci sont désormais considérés comme de véritables Maîtres de Stage des Universités (MSU)³⁹. La médecine générale est reconnue discipline universitaire depuis 2004.

« *Le nouveau titre « MSU » lie l'enseignement qui est la fonction essentielle de l'enseignant en médecine générale (Maître de Stage) et sa position universitaire (« des Universités »). Chaque enseignant de médecine générale (le maître de stage est un enseignant à part entière) peut et doit ainsi s'y reconnaître.* »⁴⁰

V. LA MAITRISE DE STAGE EN PRATIQUE^{40,41}

A. Devenir maitre de stage universitaire (MSU)

Le postulant à la maîtrise de stage doit remplir certaines conditions:

- Il doit être installé et exercer depuis au moins 3 ans pour la maîtrise de stage au cours du 3^{ème} cycle des études médicales et depuis au moins une année pour la maîtrise de stage au cours du 2^{ème} cycle des études médicales (la part de la médecine générale devant être majoritaire dans l'exercice, selon les critères de la WONCA et l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique, pour au moins les 4/5 de cette activité).
- Il doit en faire la demande auprès du département de médecine générale par le biais d'une lettre de motivation.
- Il doit suivre régulièrement une FMC validée par le collège local des généralistes enseignants dans le cadre de la FMC et/ou du DPC et le département de médecine générale et/ou faire partie d'un groupe de pairs®.

Il devra se former à la pédagogie et bénéficiera de formations organisées :

- Par le département de médecine générale ou le collège régional (formations par journées ou demi-journées).
- Par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) : nombreux séminaires de pédagogie de deux jours indemnisés pour acquérir ou consolider des compétences allant de l'initiation à la maîtrise de stage jusqu'à l'expertise en médecine générale.
- Posséder une aptitude à se documenter et entretenir une documentation accessible et mise à jour.

B. Missions du maitre de stage

- Mettre à disposition les moyens qui doivent permettre à l'interne de faire face seul aux situations courantes rencontrées en médecine générale.
- Développer les compétences professionnelles.

- Permettre à l'interne de prendre confiance en lui et de développer une image positive de son exercice.
- L'objectif est de former des étudiants capables de porter un regard critique sur leur pratique et ainsi de la faire évoluer.

C. Organisation du stage

L'interne travaille neuf demi-journées au cabinet (avec 1 à 3 MSU) sur les onze prévues à son emploi du temps (deux demi-journées sont consacrées aux travaux de DES, travaux de thèse, mémoire, publications, recherches documentaires et enseignements).

Il fait les gestes et les prescriptions de la consultation de médecine générale.

Il ne peut faire ni remplacement ni garde sans supervision.

Il ne reçoit de rémunération ni du MSU ni des patients.

L'interne choisit son terrain de stage.

Le MSU ou l'équipe de MSU organise avec l'interne le projet pédagogique des 6 mois.

Le MSU contrôle tout au long du stage l'acquisition des compétences de l'interne et le guide vers l'autonomie.

D. Notions administratives

Une convention est signée entre le département de médecine générale, le doyen de la faculté et le MSU.

En terme de responsabilité professionnelle :

- Le maître de stage doit signaler la qualité de MSU à son assurance responsabilité professionnelle.
- L'interne doit avoir souscrit sa propre assurance responsabilité professionnelle et responsabilité personnelle.

VI. LA MAÎTRISE DE STAGE EN EUROPE ET AU QUÉBEC

A. La maîtrise de stage au Québec.

Au Québec, il est possible de faire un stage en clinique de médecine familiale pour quelques heures ou jours au cours des 2 premières années.

Un stage obligatoire de 6 semaines en médecine familiale a lieu lors de la 1ère année d'externat.

Les stages d'internat d'omnipratique doivent représenter plus de la moitié de la résidence (dénomination équivalant à notre internat français) qui dure 2 ans, pendant lesquels l'interne passe 9 mois au minimum en médecine familiale et réalise de nombreux stages hospitaliers d'un mois seulement (voire deux pour certains) et garde un pied continu hebdomadaire en médecine familiale pendant les deux ans, grâce à une demi-journée de cours et une demi-journée de consultation en médecine familiale. En fin de cursus, 2 mois doivent être réalisés en médecine rurale.

Les stages ont lieu en UMF ou Unité de Médecine Familiale. L'UMF est une unité ambulatoire de soins et d'enseignement qui sert de milieu de stage aux résidents d'un programme universitaire d'omnipratique. Ce sont des cliniques universitaires de première ligne qui accueillent entre 12 et 24 résidents chaque année. Ces résidents (équivalent des internes français) y passent la majorité de leur temps ; ils y ont leur propre clientèle de patients, ils participent aux activités du « sans rendez-vous » pour la clientèle de la clinique, ils suivent des patients à domicile, ils ont des activités hospitalières avec les enseignants. Toutes ces activités sont supervisées par des cliniciens enseignants qui reçoivent eux aussi leur patients. C'est un corps professoral multidisciplinaire composé de médecins de famille expérimentés et d'autres professionnels de santé.

Les médecins des UMF sont rémunérés selon le principe de la tarification mixte: ce mode combine une part fixe, payée à la demi-journée, le « per diem » au paiement à l'acte. Cette partie fixe permet de compenser les temps de travail non rémunéré car non générateur d'actes, comme l'enseignement aux externes et internes, le travail interdisciplinaire et les staffs, les charges administratives ou les réunions de service. Ce mode de rémunération est choisi par la plupart des spécialistes exerçant en établissement.

Le montant du per-diem est de 353,5 CAD (# 271€) par période de 3h30, soit 707 CAD (# 543€) pour une journée de 7 heures. A ce per-diem s'ajoute un pourcentage des actes réalisés, entre 30 et 40% le plus souvent.

L'organisme qui rémunère les médecins québécois est la RAMQ (Régie de l'Assurance Maladie Québec, équivalent de la CPAM française). Les médecins sont majoritairement salariés de la RAMQ.

Pour comparaison, la consultation de médecine familiale coûte 125 CAD (# 96 €).

Le revenu brut avant impôts d'un généraliste au Québec sans optimisation fiscale est en moyenne de 200 000 CAD. En super net avec déduction de frais cela représente 130 000 CAD, soit 10 830 CAD par mois, soit 8540 € par mois (pas d'URSSAF, le temps de travail hors clinique est pris en compte dans la demi-journée, l'entretien de la structure est payé par l'état) ou 102 480 € annuels.

Le rapport du salaire moyen du médecin sur le salaire moyen québécois est de 3,7 (2,1 pour la France)

Les médecins maîtres de stage sont actuellement en nombre au Québec, le pays émergeant récemment d'une pénurie de médecins de famille.

*"Ils sont principalement satisfaits, ils sont des membres actifs dans ces cliniques tant au niveau des soins que de l'enseignement [...] Ces enseignants sont membres de notre département universitaire. Il y a des activités de développement professoral pendant l'année, des assemblées annuelles du département et **donc un sentiment d'appartenance au milieu universitaire se développe et contribue à cette satisfaction.** Chacun de nos milieux est en contact étroit avec la direction du programme universitaire. Des rencontres régulières ont lieu avec les responsables de nos milieux »* affirme le Dr Authier, directrice du programme de résidence en médecine familiale à la faculté de Montréal.

B. La maîtrise de stage en Suisse, exemple de la faculté de médecine de Lausanne

Au cours du 2^{ème} cycle (géré par la faculté) a lieu un stage d'1 mois en 5^{ème} ou 6^{ème} année obligatoire (afin de promouvoir la médecine générale).

Le 3^{ème} cycle des études médicales (géré par les Sociétés Suisses de Médecine Générale et de Médecine Interne SSMG et SSMI, filière commune aux deux disciplines) dure 5 ans. Les stages ambulatoires représentent 6 mois à 1 an au

maximum. Il est fortement recommandé de passer 6 mois dans un cabinet de ville et non pas uniquement en polyclinique, la majorité des médecins généralistes étant installée seule. Les polycliniques, universitaires, ont une fonction de promotion de la médecine générale et de transmission du savoir et leur activité est uniquement ambulatoire.

Les médecins ne perçoivent pas d'indemnisation mais sont « dédommagés » par les revenus générés par l'activité de "l'assistant" (équivalent de l'interne français), la rémunération est donc très variable, ils trouvent cela "*acceptable* " d'après le Pr T Bischoff (Directeur de l'Institut Universitaire de Médecine Générale, responsable de l'unité de médecine générale de la Polyclinique Médicale Universitaire du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Lausanne & responsable des cours «Maîtres de stage» en Suisse romande). Le salaire de l'assistant est payé par les pouvoirs publics (programme de soutien gouvernemental et cantonal pour la promotion de la médecine générale depuis une dizaine d'années).

Le prix de la consultation est de 100 CHF soit 83 €.

Le revenu net après paiement des charges est de 180 000 € annuels.

Le rapport du salaire moyen d'un médecin sur le salaire moyen en Suisse est de 3,1.

Les maîtres de stage sont en nombre dans le canton de Vaud.

Ces médecins expriment leur satisfaction au sujet de la maîtrise de stage qui leur permet :

- Un enrichissement mutuel
- Une convivialité retrouvée (rompt la solitude)
- Une actualisation des connaissances
- De trouver un successeur (nombre de médecins en fin de carrière prennent un assistant).

C. La maîtrise de stage en Belgique

En Belgique, deux types de maîtres de stage coexistent :

- les premiers qui supervisent les étudiants au cours des stages de master (équivalent à notre externat), sont nommés par les universités. A Bruxelles, ils sont une centaine. Les stages de médecine générale sont obligatoires en master 2 (ou 5^{ème} année de médecine) pendant une période de 1 mois à mi-temps et en

master 3 (6^{ème} année) pour une période de 1 mois à plein temps.

De plus les étudiants qui sont en 4ème master (7^{ème} année - la Belgique a un tronc commun des études médicales de 7 ans) et qui se destinent à la médecine générale doivent de plus faire 6 mois de stage en médecine générale (3 stages de 2 mois).

- Les seconds maîtres de stage sont nommés par le ministère de la santé publique et supervisent eux les jeunes médecins au cours de leur master complémentaire (2 années de stage).

A l'heure actuelle, le département de médecine générale de Bruxelles ne rencontre pas de problème de nombre de maîtres de stage dans les deux catégories mais le nombre d'étudiants augmentant rapidement, il est nécessaire de « *faire naître des vocations* » affirme le Pr Schetgen, directeur dudit département.

Financièrement, les maîtres de stage universitaires reçoivent une légère indemnisation de plus ou moins 500 € par mois et un titre officiel de maître de stage de l'université. Les maîtres de stage "santé publique" doivent payer une cotisation mensuelle de plus ou moins 1800 € par mois mais ils perçoivent directement toutes les rentrées financières assurées par l'assistant (représentant en général 3000 à 4000 € par mois). Ceci explique partiellement que le département n'a pas de difficulté à trouver ce type de maîtres de stage.

D. La maîtrise de stage au Royaume-Uni, exemple de la faculté de médecine de Londres.

Les maîtres de stages britanniques sont des médecins généralistes installés dans des cabinets: salariés (« *salariated General Practitioner* » ou *salariated GP*) ou associés (« *partner* »).

Pour pouvoir recevoir un « *Registrar* » (interne de médecine générale), le GP doit d'abord assister à l'ITTPC (*Introduction To Teaching in Primary Care*). Après cela il faut faire le TTT (*Teaching-The-Teachers*) qui est un cours qui se passe sur 10 mois⁴².

Ces médecins sont indemnisés par le « *London Deanery* » 7000-8000 £ par année et par étudiant (A partir d'Avril, cela pourrait être le « *Local Education Training Board* »).

Les effectifs de maîtres de stage sont suffisants et les départements de médecine

générale ne rencontrent pas de difficulté à les recruter.

Satisfaits, ils justifient leur intérêt pour la maîtrise de stage ainsi :

- “Interesting”
- “Good for the practice”
- “Fresh mind and Ideas”
- “Extra workforce”
- “fun”

(Propos recueillis auprès du Dr Mikaël Prevost, médecin généraliste au dispensaire français à Londres)

E. La maîtrise de stage aux Pays-Bas.

Les étudiants néerlandais sont très tôt familiarisés avec la médecine générale : ils doivent effectuer un stage obligatoire de 2 semaines d'observation en médecine générale ambulatoire au cours du 1^{er} cycle des études médicales puis, au cours du 2^{ème} cycle, un stage obligatoire de 4 à 8 semaines et enfin s'ils choisissent la médecine générale en 3^{ème} cycle, un stage de 21 à 30 mois dont 9 à 15 mois en autonomie (sur deux sites de stage différents).

Les stages s'effectuent en cabinets de ville pourvus d'une salle d'examen dédiée à l'interne.

Tous les cabinets médicaux emploient un(e) ou plusieurs assistant(e)s de santé qui gèrent le secrétariat et à qui sont déléguées certaines tâches comme la réalisation d'ECG, d'analyses d'urine par exemple. Il existe également des infirmier(e)s à qui sont déléguées certaines tâches comme le suivi des patients chroniques, la gestion d'affections bénignes, les vaccins, les frottis... Certain(e)s ont l'autorisation de prescrire (renouvellement d'ordonnance par exemple)⁴³.

D'autre part, de nombreux cours sont assurés par des généralistes-enseignants tout au long du tronc commun des études médicales, ce qui permet un processus d'identification précoce.

Les maîtres de stage représentent 20% du nombre total de généralistes aux Pays-Bas. Pour en faire partie, ils doivent exercer depuis au moins 5 ans. Il existe un programme d'auto-entraînement et une évaluation des maîtres de stage. Ils occupent cette fonction en moyenne entre 10 et 15 ans.

Chaque consultation coûte 5,80 € et la visite 8,90 € aux patients qui doivent déclarer ce que nous appelons un médecin traitant. Ce dernier reçoit environ 60 à 70 € pour chaque patient inscrit. Un omnipraticien néerlandais compte en moyenne 2200 patients dans ses registres.

Au titre de la maîtrise de stage, ils sont indemnisés 800 € par mois. Cette indemnisation provient indirectement des pouvoirs publics. Une commission évalue et prévoit les besoins à venir en maîtres de stage et transmet ces données au ministère de la santé. Les maîtres de stage y sont en nombre suffisant et les départements de médecine générale ne rencontrent pas de difficulté à les recruter.

La présence du jeune médecin est stimulante pour le médecin qui doit justifier les décisions qu'il prend. La présence de l'interne permet d'actualiser ses connaissances, de rester au fait des avancées du monde médical et de partager ses opinions et impressions au sujet de situations médicales complexes ou les bons moments. Et enfin, "It help you doing the business".

(Propos recueillis auprès du Dr Rien van Hemert, *Coördinator Kwaliteit Opleiderspraktijken, Huisarts Opleiding, Nederland*, coordinateur qualité des maîtres de stage aux Pays-Bas).

Pays	Revenu moyen	Revenu MG	Revenu MG/ moyen
France (net)	24 492 €	51 433 €	2.1
Allemagne (brut)	41 000 €	151 700 €	3.7
Pays-bas (brut)	43 931 €	153 759 €	3.5
UK (brut)	36 380	130 990 €	3.6

Source Eurostat, INSEE, OCDE, septembre 2012

L'ENQUETE

I. MATERIEL ET METHODE

A. L'objectif et le choix de la méthode.

L'objectif de cette recherche consiste à identifier les raisons pour lesquelles des médecins généralistes pensent qu'il leur est impossible de prendre en stage un interne de médecine générale. Afin de mettre à jour au mieux ces a priori et les représentations de ces médecins, j'ai fait le choix de la méthode qualitative qui m'a semblé la plus appropriée. En effet, dans ce type d'étude, issue de la sociologie, où l'enquêteur part sans idée préconçue, c'est le terrain qui apporte et permet l'élaboration des hypothèses, à travers le discours des sujets interrogés. Il s'agit de « *se laisser imprégner par le terrain pour découvrir les premières hypothèses* », « *Le terrain n'est plus une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématisation* »⁴⁴. Rencontrer ces médecins et les laisser librement s'exprimer sur leur parcours, leurs ressentis et représentations me paraissait primordial. Il s'agit donc d'une enquête exploratoire et compréhensive, fondée sur des entretiens semi-dirigés. J'ai cherché à obtenir une diversité de points de vue, ayant comme critère de qualité celui de la cohérence et non de la représentativité.

B. L'échantillon

1. Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, le principe de saturation théorique est utilisé afin de déterminer le nombre d'entretiens, c'est-à-dire que l'enquêteur s'arrête lorsque la collecte de nouvelles données ne permet plus d'améliorer la compréhension du phénomène étudié. En pratique, cette enquête étant à visée exploratoire, le nombre de personnes a été volontairement limité. J'ai choisi de réaliser vingt entretiens.

En pratique, je me suis arrêtée après le 19^{ème}, les derniers ne révélant pas de nouvelle information.

2. Composition de l'échantillon

L'enquête s'intéresse aux médecins généralistes libéraux n'ayant jamais reçu d'interne, de résident ou d'externe en stage et exerçant en région Ile-de-France en milieu urbain, semi-urbain et rural. Il s'agit de 8 femmes et 11 hommes. L'échantillon n'est évidemment pas représentatif mais diversifié, pour varier au maximum les profils. Les médecins que j'ai contactés m'étaient soit connus personnellement soit recommandés par mon maître de stage ou par les médecins que je remplaçais puis par méthode de ricochets en demandant des contacts aux personnes interviewées.

C. Les entretiens

Dix-neuf entretiens ont été conduits. La durée moyenne est de 44, 5 minutes. L'entretien le plus court a duré 29 minutes, et le plus long, 58 minutes. Le lieu d'entretien était choisi par le médecin le plus souvent au cabinet, une fois au domicile. Au cours des entretiens, j'ai essayé d'adopter une attitude neutre et empathique, sans révéler mon point de vue et mes pensées, pour amener l'interviewé à se dévoiler. Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, afin de permettre la retranscription la plus exacte possible du discours des médecins, avec l'accord des interviewés et en leur assurant le respect de l'anonymat. Au cours du travail d'analyse, je les nommerai donc « MG » (pour Médecin Généraliste, numérotés de 1 à 19 selon l'ordre de réalisation des entretiens).

D. Le guide de l'entretien

Les entretiens réalisés sont semi-directifs, donc élaborés à partir d'une grille d'entretien qui dresse la liste des sujets à aborder (Annexe 1). La principale caractéristique du guide d'entretien dans les enquêtes qualitatives est d'être modulable, au fur et à mesure de l'avancement du travail. La version finale du guide de l'entretien, présentée en annexe, est donc le résultat de mutations successives.

Au cours de l'entretien, l'ordre des questions s'adapte au discours de chacun pour préserver la spontanéité et la fluidité de la discussion et la manière dont elles sont formulées doit éviter d'orienter les réponses. Cinq grands thèmes ont été abordés avec les médecins :

-Leur parcours d'études médicales, du choix de la médecine jusqu'à leur installation et leur vécu de ces années.

-La description de leur activité médicale actuelle et de leur vie professionnelle.

-Ce qu'ils pensent de leur vie médicale actuelle.

-La notion de maîtrise de stage : ce qu'ils en savent pensent, en ont entendu dire et le ressenti supposés des patients.

-Comment pourrait-on selon eux former les futurs médecins de manière pratique ?

E. La retranscription

La retranscription des entretiens s'est faite au fur et à mesure de leur réalisation, sur une période allant d'avril 2011 à juin 2012. Les enregistrements ont été reproduits mot à mot, sans aucune modification du langage parlé, en respectant les lapsus, répétitions et silences du sujet.

F. La méthode d'analyse des résultats

L'analyse du sujet consiste à sélectionner et à extraire les données du terrain, pour faire progresser les connaissances. C'est l'approche de la *grounded theory*⁴⁵ ou la théorie fondée sur les faits. Dans un premier temps, une analyse du contenu des entretiens a été réalisée sur un mode transversal, c'est-à-dire thème après thème. Une analyse verticale a été réalisée dans un deuxième temps par la lecture répétée de chaque entretien. Elle permet de s'imprégner des discours, de percevoir une dynamique de raisonnement et de cerner la personnalité de chaque médecin. Cette analyse thématique a donné lieu au travail de rédaction.

II. RESULTATS ET ANALYSE

A. Présentation de la population interrogée

1. Age

Il s'agit de 19 médecins exerçant en Ile de France en médecine libérale. L'âge moyen de ces médecins est de 44.89 ans. Il y a 8 femmes et 11 hommes. Etudiants, ils se sont inscrits en première année de médecine entre 1968 et 1998.

2. Lieu d'exercice

En ce qui concerne le lieu d'exercice, 9 sont installés à Paris, 3 dans le val d'Oise, 1 dans les Yvelines et 6 dans les Hauts-de-Seine.

3. Secteur d'installation

17 médecins sont installés en secteur 1 et 2 sont en secteur 2

4. Vie personnelle

Concernant la sphère privée, 15 vivent en couple dont 11 avec enfants. 4 sont célibataires dont 1 avec enfant.

5. Remplacements

Parmi les 19 médecins généralistes, 18 ont effectué des remplacements avant leur installation. Le seul qui n'a pas fait de remplacement (MG 19) se justifie par des raisons administratives (il risquait de perdre le bail professionnel lui venant de son père).

6. Faculté d'origine

Parmi eux et concernant au moins le troisième cycle des études médicales, 17 sont issus de facultés parisiennes et les deux autres de Nancy et de Lille.

7. Stage ambulatoire

Les médecins qui ont majoritairement effectué le stage ambulatoire se répartissent de la manière suivante :

- Pas de stage chez le praticien : 5/19
- 2-3 journées de découverte : 2/19
- 30 ½ journées : 4/19
- 6 mois : 8/19

La moyenne d'âge de ceux qui ont effectué un stage chez le praticien (30 demi-journées et 6 mois) est de 42,36 ans.

Le tableau 4 en annexe résume les principales caractéristiques des médecins de l'échantillon (Annexe 4).

B. Analyse transversale comparative

1. « Pouvez-vous me parler de votre parcours médical ? de vos études ? »

- « La médecine générale était-elle un choix ou une contrainte ? »
 - Pour 6 médecins, il s'agissait d'un choix initial (dès le début des études) (MG 1, 2, 4, 9, 14, 15)
 - Les 13 autres se sont orientés vers la médecine générale car :
 - Ne souhaitaient pas passer le concours de l'internat (MG3, 8, 12)
 - Ne voulaient pas se limiter à l'approche d'un seul organe (MG 5, 8, 10, 17)
 - Souhaitaient rester en Ile de France et avaient un classement insuffisant au concours pour une spécialité dans la région (MG 6,11 ,13, 18, 19)
 - Par hasard (MG7, 8).

Aucun des interviewés ne déclare regretter de faire de la médecine générale. Les plus jeunes interrogés ont effectué le stage ambulatoire de 6 mois. Parmi eux, ceux pour qui la médecine générale représentait un second choix et particulièrement ceux qui l'ont choisie par dépit, ont changé d'avis en la découvrant au cours de leur stage de 3^{ème} cycle.

- « Qu'avez-vous pensé du stage chez le praticien ? »

- Sur les cinq médecins qui n'ont pas fait de stage, aucun ne se prononce sur son intérêt hormis MG3 : « *je ne suis pas sûr que le fait de travailler avec un médecin serve* » tout en reconnaissant que « *la formation de maintenant [...] est beaucoup plus adaptée à la médecine générale* ». Il se montre donc ambivalent.
- Les deux médecins qui ont fait un stage de 3 jours l'ont jugé « *inintéressant* »(MG4), « *pas sérieux* » (MG7).
- Pour les quatre médecins qui ont fait 30 ½ journées de stage, le bilan est mitigé (MG6, 15), l'un a trouvé cela bien pour l'apprentissage de gestes (MG16), un autre parle de « *stage tabouret* » (MG14).
- Parmi les huit médecins qui ont réalisé 6 mois de stage, le terme « *indispensable* » revient souvent, tous soulignent l'intérêt de ce stage qui leur a vraiment fait découvrir la médecine générale et les a confortés dans leur orientation (MG11, 17, 18), un seul a souligné le manque d'autonomie (mais s'en attribue la responsabilité) (MG12).

➤ « Qu'avez-vous pensé de vos remplacements ? »

Vécus comme stressants et angoissants pour 9 d'entre eux : « *le grand saut dans le vide* » (MG 2), le premier contact avec la solitude.

« *terriblement angoissant* » (MG 2), « *angoissant* » (MG3), « *assez angoissée* » (MG6), « *c'était l'angoisse* » (MG7), « *j'étais un peu seul* » (MG9), « *un peu angoissant* » (MG10), « *j'avais les chocottes* » (MG14), « *c'est chaud* » (MG15), « *angoissant, horrible* » « *très très grosse pression quand même* » (MG16).

Pour 9 autres (dont 5 ont eu un semestre ambulatoire de stage), cela s'est fait facilement soit parce qu'ils ont remplacé les médecins chez qui ils avaient été en stage ou ont enchaîné directement leur stage avec le remplacement (MG 5, 13, 17, 18) (« *ça s'est fait naturellement* » (MG12)) soit parce qu'il ont été soutenus par le médecin remplacé à l'image d'un SASPAS (MG8), soit enfin parce qu'ils étaient déjà habitués à la prise de décisions, le sentiment de « *grand saut dans le vide* » s'étant déjà produit par le passé (MG 4, 9).

Celui qui n'a pas fait de remplacement déclare que son installation s'est faite dans des conditions difficiles malgré le stage ambulatoire de 6 mois : « *c'était quand même angoissant parce que c'était quand même anxiogène* » (MG19).

➤ « Avez-vous des parents médecins ? »

Parmi les 19 médecins, 11 n'ont aucun parent médecin.

➤ « Avez-vous des enfants ? Souhaitent-ils entreprendre des études de médecine ? »

Aucun des enfants en âge de se prononcer ne souhaite devenir médecin (leurs arguments : le rythme de travail et l'absence du parent médecin).

➤ « Finalement, comment vous êtes-vous formé à la médecine générale pendant vos études ? »

- Ceux qui ont bénéficié du stage de 6 mois et qui représentent la frange des 30-40 ans (8), mettent en avant les stages de manière générale (ville et hôpital dont les urgences), la pratique, un seul souligne les cours. Ils soulignent tous l'apport du stage en ville.
- Ceux qui ont bénéficié du stage de 3 jours ou 30 demi-journées et qui représentent la frange des 40-50 ans (6) soulignent l'apport des stages hospitaliers, la pratique « *sur le tas* » dont les remplacements (MG14, 15), les nuits en tant qu'infirmière (MG4), les lectures.
- Ceux qui n'ont pas eu de stage ambulatoire et qui représentent la frange des 50 ans et plus (5) mettent en avant les remplacements, les stages, l'un parle de médecine humanitaire (MG2). Pour eux, la médecine s'apprend « *sur le tas* », cela a été difficile et perçu comme normal, une sorte de « passage obligé ».

Finalement ce sont ceux qui ont pu bénéficier du stage de 6 mois qui soulignent l'apport du stage en ville, cependant nécessaire « *indispensable* » mais « *insuffisant* » (ils signalent que le passage à l'hôpital est important, tant par les urgences que par l'autonomie « forcée » et plus ou moins adaptée à laquelle ils sont parfois confrontés)

Unaniment, tous parlent de pratique (le fait d'apprendre en situation, « *sur le tas* »).

Certains et quelle que soit la classe d'âge parlent de lectures.

2. « Pouvez-vous me parler de votre activité médicale actuelle ? »

- « Pouvez-vous me parler de votre patientèle ? de votre terrain d'exercice ? »
Quelque soit le niveau socio-économique, les patientèles sont variées, le recrutement étant plus ou moins orienté dans les âges selon les goûts des praticiens. Une reçoit essentiellement les femmes et les enfants (MG6) et un autre ne reçoit principalement que des patients pour addictions et problèmes de poids (MG19).

De manière assez homogène, ces médecins s'occupent de patients présentant l'ensemble des pathologies du champ de la médecine générale.

- « Avez-vous une activité professionnelle autre que libérale ? »
 - Les médecins qui ont une activité hospitalière sont au nombre de 4 (gériatrique ½ temps (MG9) addictologie 2 ½ j/sem (MG19) les deux dernières 2 ½ j en PMI/sem (MG 14, 18)).
 - Parmi les interviewés, 9 font des gardes en MMG (maison médicale de garde), ils ont moins de 45 ans, particulièrement ceux dont l'installation est récente et cela pour des raisons financières (MG 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19).

A l'exception d'un médecin (MG9), ce sont les plus jeunes qui ont une activité mixte.

➤ « Exercez-vous seul ou travaillez-vous avec d'autres professionnels de santé au cabinet ? »

- 8 sont installés seuls et ce, quelque soit l'âge, par goût ou mauvaise expérience préalable d'activité de groupe.
- C'est chez les moins de 45 ans que l'installation en cabinets pluridisciplinaires est la plus répandue (MG 6,10, 11, 12, 13, 15, 17).

➤ « Etes-vous informatisé ? »

La majorité des interviewés est informatisée : 17/19

Les médecins qui ne sont pas informatisés (MG1 et MG4) sont deux femmes de 59 ans et 47 ans. La première ne souhaite pas en faire la démarche car se dit proche de la retraite et la deuxième a le projet de s'équiper.

➤ « Avez-vous un secrétariat ? »

- Secrétariat à distance diversement utilisé : 11/19
- Secrétariat à demeure (cabinet de groupe) : 3/19
- Absence de secrétariat, prise de rendez-vous et gestion du téléphone par le médecin lui-même: 5/19.

➤ « Travaillez-vous sur ou sans rendez-vous ? »

- Travail sur RDV quelque soit l'âge : 12/19
- Travail avec et sans RDV quelque soit l'âge : 7/19

➤ « Combien effectuez-vous de consultations par jour ? »

La majorité voit un minimum de 20 patients par jour sauf ceux dont l'installation est toute récente et dont la cabinet représente une création (MG 14, 15, 16 voient moins de 15 patients par jour).

➤ « Combien de temps dure la consultation en moyenne ? »

La consultation dure en moyenne 15-20 minutes.

3. « Que pensez-vous de votre vie professionnelle ? Qu'en diriez-vous actuellement ? »
- « Comment vous sentez-vous dans votre travail au quotidien ? Avez-vous déjà éprouvé des difficultés, un mal-être, voire jusqu'au burn-out ? »
 - La majorité des médecins (17/19) soulignent le plaisir qu'ils ont à pratiquer la médecine générale « *j'ai bien fait de choisir ce métier-là* » (MG4), « *mon boulot, je l'adore* », « *ma grande liberté* » (MG6), « *je m'éclate* » (MG7), « *je prends toujours plaisir à venir travailler* » (MG10).
 - Deux sont « *désabusé* »(s) (MG2, 3) et voudraient s'arrêter (60 et 62 ans)
 - Toutefois 11 d'entre eux soulignent la « *lourdeur administrative* » des tâches qui leur sont imposées, la dégradation des rapports avec la sécurité sociale ainsi qu'avec les patients parfois (MG 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 15, 16, 18).
 - De plus, 5 médecins ont signalé des problèmes de santé consécutifs au surmenage professionnel qui les ont conduits à adapter leurs horaires de travail (cela touche plus volontiers ceux dont l'installation est plus ancienne mais également un jeune installé) (MG 2, 3, 4, 6, 12).
 - « La notion de travail d'équipe ne vous manque-t-elle pas ? » « vous sentez-vous seul dans votre exercice ? »
 - Lors des entretiens, 13 médecins rapportent avoir un travail d'équipe avec leurs réseaux de spécialistes, les autres professionnels de santé du cabinet s'ils travaillent en groupe, les activités médicales complémentaires (cependant MG1 dit que le travail d'équipe a lieu avec les correspondants mais que « la convivialité » lui manque).
 - Néanmoins, 7 médecins parlent de solitude, « *solitude du coureur de fond* »(MG2) (MG 1, 2, 3, 4, 5, 14, 18) indépendamment de la notion de travail d'équipe.

- « Comment vous organisez-vous en terme de FMC ? »
 - La lecture de revues de presse internet ou de magazines constitue la FMC pour 13 d'entre eux
 - Pour 6 autres médecins, il s'agit de soirées organisées par des laboratoires
 - Parmi tous les interrogés, 12 d'entre eux suivent des FMC sous forme de séminaires de deux jours indemnisés.

Il existe une grande diversité.

Les plus jeunes sont les moins actifs en terme de FMC. Ils en attribuent la cause aux débuts prenants de leur activité libérale et à leur vie de famille (enfants en bas âge dont ils souhaitent -hommes ou femmes- s'occuper).

4. « Que vous évoquent les termes « maîtrise de stage » ? »

- « Savez-vous de quoi il s'agit ? »

Seul un médecin (MG2) ne sait pas ce que c'est (60 ans)

- « Qu'en pensez-vous ? Que ressentiriez-vous si vous aviez un étudiant à vos côtés pendant la consultation ? »

Les interviewés ont globalement du mal à définir leur ressenti et donnent rapidement des arguments rendant la maîtrise de stage impossible :

- « *c'est trop petit* » (MG7, 8, 12, 14) « *je n'ai pas de deuxième salle d'examen* » (MG 18, 19) « *je n'aime pas enseigner* » (MG3, 4, 9, 19) « *je n'exerce pas de manière orthodoxe, je fais mon show* » (MG1), « *je fais un DESC de gériatrie, je n'ai pas le temps* » (MG7). Pour deux d'entre eux cela représenterait une perte de liberté et de souplesse dans leur emploi du temps (MG6 et 19)
- Pour d'autres ça leur « *rappellerait (leurs) débuts* » (MG8), ce serait « *plaisant* » (MG12). Un autre espère pouvoir arriver à transmettre « *quelque chose* » aux internes (MG17).
- Certains médecins (10/19) déclarent avoir peur d'être jugés et remis en question devant leurs patients (MG 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

- Ils craignent un problème d'incompatibilité de personnes (MG 4, 6, 14).
- Ils craignent la présence d'un tiers qui les obligerait à se conduire différemment avec leur patient (MG1, MG16), surtout lors des consultations de psychothérapie de soutien ou lorsque des questions d'ordre intime mériteraient d'être posées.
- Certains (7/19) se pensent trop jeunes et inexpérimentés pour assurer cette tâche (MG 5, 11, 13, 14, 15, 17, 18). Ils disent avoir besoin de se rôder tant dans la pratique médicale (encore beaucoup de choses à apprendre) qu'au niveau de l'administratif et de l'installation et de ce fait ne s'imaginent pas assumer la présence d'un interne.
- D'autres se déclarent trop ancrés dans leurs habitudes (MG1 et 3) (les plus âgés) pour les modifier.
- Certains encore ne voient pas le bénéfice pour l'étudiant : ceux qui l'affirment n'ont pas bénéficié du stage ou ont été déçus des quelques journées passées en ville, ils affirment s'être formés sur le tas pour deux d'entre eux et le troisième pense que le futur médecin doit prendre ses décisions seul et par conséquent ne voit pas l'intérêt d'un stage non autonome (MG 3, 4).
- La majorité des médecins (12/19) affirment avoir trop de travail autre que clinique, ils se plaignent des lourdeurs administratives, de la gestion des dossiers, de la gestion, de la fiscalité, du temps de travail non rémunéré (MG 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 18).
Beaucoup soulignent le fait qu'ils n'y aient pas été formés.

➤ « Quels pourraient être selon vous les atouts supposés de la maîtrise de stage ? »

- aucun intérêt pour 3 médecins (MG 1, 3, 6).
- Une forme de reconnaissance et de valorisation pour 4 médecins mais qui ne les intéresse pas (MG 1, 4, 10, 18).
- Un souligne l'apport de compétences de l'interne en terme d'informatique (MG 16).

- Cela constituerait un stimulateur pour la FMC, plus de rigueur dans la consultation et un apport de connaissances par l'interne pour 15 médecins : « *hyperformateur* » (MG11), « *plaisant* » « *quand on explique, on apprend* » (MG12), « *enrichissant d'écouter les collègues* » (MG14), « *se rafraichir les idées* », permettre un « *apprentissage mutuel* » (MG2), « *Les questions du stagiaire donnent à réfléchir* » (MG8) (MG 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,17, 18, 19).

Les 4/5^{ème} des médecins reconnaissent donc qu'être maître de stage les inciterait à consacrer d'avantage de temps à leur FMC et à plus de rigueur dans leurs consultations.

Ceux pour qui la maîtrise de stage ne présente aucun intérêt font partie de ceux qui déclarent ne pas aimer enseigner et transmettre (ils tolèrent « *l'échange* ») (MG 3, 4, 6).

Ils tiennent soit à leur exercice solitaire (MG3, 4) soit à investir leur temps autrement (MG 4, 7, 8, 10, 11, 12).

- « Quelle idée vous faites-vous de la réaction de vos patients face à la présence d'un stagiaire en consultation ? »
Pour la majorité (14) cela ne poserait aucun problème, les autres craignent que la relation médecin-patient en soit perturbée (MG 5, 9, 14, 16, 19) et que les patients se confient moins.
- « Avez-vous entendu parler d'expériences de confrères ? »
Des expériences positives ont été rapportées à 10 des interrogés (MG 1, 6, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19), 4 ont eu des retours mi-positifs et mi-négatifs (MG 4, 5, 8, 14), les autres n'en ont pas eus : la personnalité de l'interne est la difficulté mise en en avant et non pas le stage en lui-même.
- « Avez-vous déjà été contacté à ce sujet ? si vous avez refusé, pourquoi ? »
Une grande majorité (14 médecins) a répondu affirmativement avoir été contactée, à parts égales par mail, courrier, téléphone, confrères-MSU.

Sur les 5 médecins qui disent ne pas avoir été contactés: deux sont les plus âgés de l'échantillon (MG 2, 3), 3 exercent dans le Val d'Oise (MG 3, 5, 6), une dans les Yvelines (MG 13).

Il ne s'agit donc pas d'un problème de méconnaissance du stage.

- « Et si l'on vous proposait de recevoir un externe pendant 3 mois ? »

La question a été directement posée à 5 des 19 médecins : l'un ne veut pas d'externe chez qu'il serait nécessaire d'éveiller l'intérêt (MG17 qui souhaite travailler avec des étudiants motivés d'emblée), deux autres préféreraient avoir des internes en terme d'apport personnel mais conviennent qu'il est plus facile de recevoir des externes (MG10, 14). Un autre pense que « *peu importe du moment qu'il est investi* » mais convient que l'apport est supérieur avec un interne (MG11). Une pense que recevoir un externe « *ce serait plus acceptable* » (MG8). Enfin un dernier pense que le bénéfice pour l'externe est supérieur à celui de l'interne, car il pourra alors se faire une idée du métier de médecin généraliste (MG5).

- « Pensez-vous que cela prend du temps ? »

11 répondent affirmativement (MG 1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18).

Ils craignent que la durée de la consultation et celle de la journée soient allongées ainsi que l'investissement en terme de formations et de réunions concernant la maîtrise de stage.

Aucun n'envisage ou n'évoque le fait que le temps investi en début de stage pour le stagiaire puisse être « récupéré » et réinvesti ultérieurement (en administratif/courriers/téléphone/visites... pendant que l'interne consulte par exemple). Certains critiquent leurs anciens maîtres de stages qui étaient peu investis, légers voire absents... et qui auraient dû selon eux être écartés du stage ou mieux formés et mieux évalués ... (MG11, 12).

- « Pensez-vous que cela vous ferait perdre de l'argent ? »

- « *Ce n'est pas le problème* » pour treize d'entre eux (MG 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19).

- Cela représenterait une perte de revenus pour 5 médecins (MG 4, 6, 12, 14, 16), MG 16 parlant de la rémunération en terme de niveau de reconnaissance « *être rémunéré à la hauteur du service rendu* ».
- Le dernier médecin ne sait pas (MG 3).

5. « Comment former les internes de manière pratique aujourd'hui ? »

Les réponses sont évasives, hétérogènes : finalement comme maintenant mais sans eux!(MG1), ne sait pas (MG13), « *sur le tas* » comme eux (MG3).

Ils sont favorables au SASPAS car ils pensent qu'on n'apprend bien que seul, « *sur le tas* » « *c'est l'angoisse qui est le plus grand moteur* » (MG15).

Souvent il ressort des entretiens une demande de plus de formation sur la partie gestion, installation, fiscalité pour libérer du temps afin de pouvoir former les étudiants par exemple (MG15, 17).

Un médecin (MG 18) pense que la formation est « *bonne mais trop courte* ».

6. « Comment attirer les médecins ? »

Ils restent évasifs, sans réponse...3 médecins, après avoir pris connaissance du montant de l'indemnisation versée au maître de stage, pensent qu'il faut mieux indemniser les médecins (MG1, 12, 16), deux autres pensent que si les médecins généralistes étaient mieux formés pour l'installation et la gestion du cabinet, il y aurait plus de candidatures (MG15, 17), une autre parle de cooptation (MG4, interne non imposé mais dont la candidature est approuvée par le MSU).

Une autre pense que les médecins généralistes se porteraient plus facilement volontaires si la profession jouissait d'une meilleure image (MG18), elle rapporte ces propos maintes fois entendus à propos d'étudiants : « *mais qu'est ce qu'il va faire en médecine générale ?* » « *On pense que en médecine générale, on renouvelle les ordonnances, c'est des ratés qui savent rien faire* » et me dit souffrir du manque de considération de ses confrères spécialistes hospitaliers par ailleurs inaccessibles au téléphone (exemple de l'enfant adressé aux urgences pour purpura rhumatoïde et orchite, compte rendu hospitalier reçu : « l'enfant s'est présenté aux urgences avec des lésions sur le corps » etc... et en fin de compte-rendu « le diagnostic retenu est... », « *et moi dans l'histoire ?* »).

C. Analyse verticale

L'analyse verticale consiste à analyser chaque entretien afin de comprendre la manière dont raisonne et pense chacun des informateurs et, par là-même, de faire émerger des profils-type de médecins.

Plusieurs types de regroupement sont possibles dans le cas présent :

- La comparaison des opinions des médecins selon le sexe semble peu pertinente tant l'hétérogénéité d'opinion règne au sein du groupe des hommes comme dans celui des femmes.

- La classification générationnelle semble pertinente :
 - Schématiquement les médecins de 50 ans et plus travaillent seuls et tiennent à cette pratique solitaire choisie et assumée. Ils qualifient leur pratique d'« empirique » « peu orthodoxe » « atypique ». Plusieurs disent avoir « mauvais caractère ». Ils redoutent la présence d'une tierce personne, le jugement de cette dernière ainsi que les efforts relationnels que cela impliquerait. Ils ne veulent pas avoir à se justifier et ne tiennent pas à changer leurs habitudes. Chez certains, au travers du discours transparait un complexe d'infériorité et une auto-dévalorisation.
Paradoxalement, ce sont les médecins de cette classe d'âge et ayant des conditions d'exercice semblables qui sont le plus représentés au sein de l'ensemble des maîtres de stage actuels.

 - Il n'y a pas de tendance particulière qui se dégage dans le groupe des 40-50 ans.

 - Les moins de 40 ans, jeunes installés, se déclarent très pris par leurs débuts libéraux tant par l'acquisition de connaissances médicales pures que par la charge de travail dite « administrative » (gestion des dossiers et relations avec les professionnels de santé, administratif, socio-médical, gestion et administration du cabinet), ce qu'ils nomment au cours des entretiens « se roder ». Ils considèrent que la maîtrise de stage

requiert du temps, temps qu'ils investissent préférentiellement dans leur vie de famille ou leurs loisirs.

- La définition d'un profil type de médecin selon qu'il ait pu bénéficier du stage ambulatoire de 6 mois ou non (comprenant également les stages de courte durée) semble la plus pertinente.

- Les médecins qui ont bénéficié du stage de 6 mois (8/19) sont âgés en moyenne de 36 ans et 9 mois, sont installés depuis 5 ans, ont moins de 40 ans, ont remplacé en moyenne 3 ans et demi avant de s'installer. Leurs remplacements ont généré peu d'anxiété du fait du stage préalable. Ils l'ont trouvé « indispensable » « très formateur » mais cependant « insuffisant » en durée.

Il leur a permis de découvrir et aimer la médecine générale et les a confortés dans ce choix.

Ces médecins travaillent majoritairement en cabinet de groupe, ont des horaires aménagés, prennent environ 6 semaines de congés par an.

Tous effectuent des gardes de week-end et jours fériés en maison médicale de garde.

Ils reconnaissent spontanément des avantages à la maîtrise de stage : **stimulation intellectuelle** par l'échange avec l'interne, **exigence de rigueur** et de **mise à jour des connaissances, plaisir de transmettre, statut valorisant.**

En revanche, ils envisagent cela comme chronophage en formation, allongement du temps de consultation, temps de lecture et mise à jour et ils préfèrent investir ce temps autrement, notamment auprès de leur famille et jeunes enfants.

Ils disent ne pas avoir assez de place ou pensent que le fait de ne pas avoir une deuxième salle d'examen est un facteur limitant.

Tous se plaignent de la lourdeur administrative au quotidien et de celle de l'installation.

La majorité d'entre eux se sent trop novice dans le métier pour prendre en charge des étudiants.

Ils redoutent le jugement du stagiaire.

Malgré leur connaissance du stage, les bénéficiaires retirés, leur reconnaissance vis-à-vis de leurs maîtres de stage et les retours positifs d'expérience de confrères, ils ne souhaitent pas le devenir pour deux d'entre eux (MG 10, 19), 3 sont indécis (MG 11, 13, 18), 2 sont intéressés (MG 5, 12), 1 le prévoit dans les mois qui viennent (MG17). Ils craignent la responsabilité que cela sous-tend. Ils envisagent cependant favorablement la réaction des patients vis-à-vis de la présence du stagiaire. Pour la majorité d'entre eux, ce n'est pas la rémunération qui pose problème, « *c'est le temps* ».

- Les médecins qui n'ont pas l'expérience du stage ambulatoire ou qui ont eu quelques journées en ville sont en moyenne âgés de 50 ans et 9 mois, sont installés depuis 18 ans et ont remplacé 5 ans avant de s'installer. Ils ne comprennent pas l'intérêt du stage et pensent que l'apprentissage se fait « *sur le tas* » lors des remplacements qu'ils ont vécus comme « *angoissant, horrible mais très formateur* » (s). Ils appréhendent moins le jugement du stagiaire que leurs plus jeunes confrères mais n'ont pas envie d'être remis en question ni de changer leurs habitudes. Tout comme « *les jeunes* » ils pensent que cela représente un gros investissement en terme de temps. De même, ils pensent que leurs patients réagiraient favorablement à la présence d'un stagiaire.
- Il est étonnant de noter qu'aucun des informateurs n'envisage que le temps consacré au stagiaire au début du semestre puisse lui permettre d'en gagner par la suite (sorte de « *retour sur investissement* », l'autonomie du stagiaire permettant de s'occuper de la fameuse partie « *administrative* » par exemple).
- Le profil du médecin quelque soit son âge qui déclare ne pas aimer enseigner ou qui se dit timide et mal à l'aise dans la consultation en présence d'une tierce personne.

Discussion

I. LIMITES DE LA METHODE

A. Limites liées au type d'enquête

La méthode qualitative m'a semblée la plus appropriée au sujet dans la mesure où elle permet, par la liberté d'expression accordée à l'informateur, de faire émerger des idées nouvelles dans un domaine en cours d'études depuis quelques années déjà notamment par les départements de médecine générale universitaires et le CNGE par exemple (je n'ai donc pas commencé mon travail sans idée préalable). Elle représente une méthode de choix pour explorer et comprendre les phénomènes, sentiments, comportements, le parcours de ces médecins, leur représentation du monde universitaire ainsi que leur vision de la médecine générale libérale actuelle.

Cependant les résultats n'ont pas de valeur scientifique, en effet « *dans l'entretien compréhensif, les hypothèses sont tirées de l'observation, ce qui est une bonne garantie de départ, mais pas une garantie à l'arrivée. Le chercheur peut en effet se laisser aller à des interprétations abusives* »⁴⁴.

Une façon de faire eu été de croiser les résultats avec d'autres méthodes d'investigation, technique appelée triangulation, en interrogeant par exemple des médecins maîtres de stages ou ceux l'ayant été et ayant secondairement abandonné cette activité.

(La triangulation consiste à confronter des méthodes d'investigations différentes et complémentaires. Elle permet d'éliminer ou réduire les biais et d'augmenter ainsi la fiabilité et la validité de l'étude. Elle permet également d'améliorer la compréhension d'une étude et, ainsi, fournir une richesse qualitative et une meilleure compréhension du phénomène étudié. Elle permet enfin de rassurer les chercheurs quant aux résultats fournis par l'étude.)

Lors de l'enquête, mon statut pouvait également représenter un biais : si le fait d'appartenir à la même « corporation » facilitait la prise de contact (aucun entretien ne m'a été refusé lorsque je le sollicitais) et me permettait de gagner la confiance de l'informateur, le fait que je sois indirectement considérée comme partie prenante puisque ayant bénéficié du stage ambulatoire, pouvait influencer les médecins dans leur discours.

Je me suis souvent demandée au cours de mon travail, dans quelle mesure la parole était authentique. Devant le silence de certains et leur difficulté à verbaliser leurs réticences vis-à-vis de la maîtrise de stage, je me suis demandée si une forme de « politiquement correct » et une réflexion superficielle n'étaient pas à l'œuvre dans les réponses données. S'il est nécessaire de ne pas orienter l'informateur et de ne pas le préparer, je me suis demandée si le fait que les interrogés aient à répondre instantanément aux questions, sans délais, n'appauvrissait pas les résultats (réflexion formulée lorsque MG 4 m'a confié secondairement à l'entretien ce qui la gênait réellement, or il se trouve que son entretien est très riche)

J'ai sûrement dû également, par mon inexpérience à mener des entretiens, les influencer dans leur réflexion.

D'autre part, il me faut aussi signaler que deux entretiens ont été un peu écourtés parce que, bien que prévenus de la durée potentielle, les médecins, pressés, m'ont demandé de me dépêcher!

B. Limites liées à la constitution de l'échantillon.

L'échantillon, en méthode qualitative, n'est pas statistiquement représentatif et selon le nombre préconisé par la méthodologie de ce type d'étude, j'ai essayé de le construire varié, diversifié en âge, sexe, lieu d'exercice.

Je me suis arrêtée après avoir réalisé 19 entretiens car ils n'apportaient plus de nouvelles informations (phénomène dit de saturation)

Toute la difficulté du recueil des données et sa durée (14 mois pour 19 entretiens) s'expliquent ainsi :

- Contraintes d'emploi du temps : en tant que remplaçante, je travaille « à l'envers » des médecins installés (il faut prendre en compte leur temps congés, de « remise en route » de l'activité, les périodes épidémiques où ils étaient peu disponibles ainsi que mes absences propres)
- Contraintes d'âges : j'ai eu beaucoup de difficultés à trouver de jeunes installés, ce qui reflète la réalité du moment (les généralistes d'Ile-de-France de 40 ans et moins représentent seulement 8.2% des généralistes libéraux contre 30,3% de 60 ans et plus en activité⁵).

C. Les « oublis » de l'enquête.

La grille de l'entretien s'étant progressivement enrichie au cours de l'étude, certaines questions n'ont pas été posées à tous les participants (par exemple la question du stage de l'externe, question qu'il aurait été intéressant d'approfondir).

Parfois, prise par le fil de l'entretien, il m'est arrivé d'oublier de poser certaines questions (j'ai par la suite recontacté les médecins concernés par ces omissions)

A posteriori, je me suis également aperçue que certaines questions, certains sujets auraient pu être abordés.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

A. La féminisation de la profession : obstacle au recrutement de nouveaux maîtres de stage ?

Si la médecine s'est fortement féminisée ces dernières décennies, c'est par « *la transformation des conditions d'accès plutôt que par leur dévalorisation* »⁴⁴. C'est l'accès à l'université en masse, l'adoption de critères formels d'évaluation et d'accès au marché du travail qui ont permis cette évolution. Mais la féminisation de la médecine doit être envisagée avant tout comme un marqueur de l'évolution sociétale. Les femmes sont à l'origine d'une certaine prise de distance envers le modèle de disponibilité permanente qui définissait autrefois la profession médicale. Elles sont les instigatrices d'un assouplissement et d'une plasticité du mode d'exercice. En effet, si le temps de travail des femmes est moins élevé (53 heures contre 59 pour les hommes)⁴⁶, elles déclarent des durées de consultation plus longues que les hommes⁴⁷. Intervient la notion de deuxième salaire : pour les femmes médecins, le fait de pouvoir compter sur le revenu souvent élevé du conjoint permet un investissement temporel professionnel moindre ou une façon différente de faire de la médecine comme l'allongement du temps de consultation par exemple.

Cette optique de travail semble tout à fait compatible sinon la plus adaptée à l'encadrement d'un stagiaire. Et de manière surprenante, les femmes que j'ai interrogées ne l'évoquent pas au cours des entretiens. Constatant qu'elles ne font spontanément pas le lien, une proposition pourrait être de travailler à leur présenter cet argument. Ce phénomène n'est pas forcément général mais peut favoriser une plus grande disponibilité. Il est à exposer aux médecins avec réserve.

B. Petite surface des cabinets médicaux: un facteur limitant de la maîtrise de stage.

Les médecins que j'ai interrogés exercent majoritairement à Paris (recrutement géographique lié à la technique des ricochets). Les cabinets médicaux y sont de petite taille. Cela tient d'une part au coût élevé de l'immobilier parisien et d'autre part à la législation limitant la surface attribuable aux professions libérales, afin de favoriser le logement (30m² maximum comprenant entrée, couloir, salle d'attente, salle d'examen, sanitaires pour le premier médecin et 20 m² supplémentaires par médecins travaillant au cabinet, sans dépasser le premier étage). Le problème du coût de l'immobilier, globalement plus élevé en Ile-de-France qu'ailleurs, touche également les autres médecins que j'ai interrogés dans les Hauts de Seine, le Val d'Oise et les Yvelines. Non seulement la salle d'examen est exiguë mais il n'existe pas de seconde salle qui pourrait être dévolue au travail de l'interne. Modifier cette législation sur la surface et aider les médecins généralistes à l'acquisition de locaux adaptés contre l'encadrement d'étudiants en stage pourrait constituer une piste de réflexion pour favoriser la maîtrise de stage.

C. Des différences générationnelle bien marquées

Les médecins les plus âgés, qui n'ont pas bénéficié du stage, n'en comprennent pas l'utilité. Ils ont souffert au début de leur exercice et de fait, estiment que les autres doivent subir le même traitement tout en reconnaissant que la formation est meilleure à ce jour. Finalement cette opportunité ne leur a pas été donnée, les débuts ont été difficiles (j'ai ressenti au cours des entretiens quelque chose de l'ordre de la fierté « guerrière », le fait d'être sorti victorieux de l'épreuve du feu ou la notion de rituel initiatique). Seule l'expérience sur le terrain peut enseigner la pratique. Ils ne voient donc pas pourquoi ils accorderaient cette faveur aux plus jeunes. Ils n'envisagent pas le bénéfice que ces derniers pourraient leur apporter.

La jeune génération semble schématiquement plus ouverte à une dynamique de partage de l'information et de collégialité quand la génération des plus de 50 ans se montre plus « avare » en échange et tient à son exercice solitaire ...il faut cependant nuancer la critique : dans les années 70-80, le nombre de médecins est pléthorique, les créations de « clientèles » se font dans un climat de rude concurrence. Et étonnamment, c'est au sein de cette génération que se retrouvent les « militants » de la médecine générale...

D. L'entrée dans la vie professionnelle facilitée par le stage n'est pas le garant d'un engagement des plus jeunes à devenir maître de stage

Les interviewés font spontanément le lien entre l'apport du stage et la facilité à débiter la vie professionnelle par les remplacements, en particulier ceux qui ont fait se succéder, à dessein, le stage chez le praticien et le premier remplacement. Ils se montrent cependant frileux quant à la question de devenir eux-mêmes maîtres de stage, se justifiant par une installation récente et une vie de famille prenante. Cette dichotomie entre la reconnaissance de l'intérêt et le refus d'endosser la fonction pose question. Justifier cet état de fait en invoquant l'idée répandue de l'individualisme des jeunes générations serait simpliste : les plus jeunes interrogés sont impliqués dans la permanence des soins par exemple (MG 12, responsable d'une maison médicale de garde) ou dans d'autres domaines associatifs (MG10 impliqué dans une AMAP- Association pour le Maintien de l'Agriculture Paysanne). Certains parmi eux déclarent ne pas aimer enseigner. A ceux-là, nous ne pouvons rien opposer ni proposer. Quant aux autres, quelles peuvent-être les raisons de ce manque d'enthousiasme ?

Le fait qu'*« ils sortent exténués des concours et de l'internat, avec le sentiment d'avoir payé leur écot à la société et de pouvoir légitimement profiter d'un espace de liberté »*⁴⁸ pourrait expliquer le peu d'intérêt manifesté et le souhait de s'éloigner du monde des études représenté par la faculté. A cela s'ajoute un climat de morosité générale en particulier en ce qui concerne la fameuse installation qui s'apparente, à en écouter les médias, au « parcours du combattant ». « L'enfer de l'installation », maintes fois relayé par la presse, crée un effet pernicieux par lequel le négativisme se trouve entretenu, dissuadant du libéral les jeunes diplômés qui s'orientent alors vers le salariat⁵ et provoquant une anxiété anticipatoire à l'idée de s'installer chez les autres.

Un tel climat pourrait expliquer que ces derniers ne souhaitent pas s'encombrer d'un interne...

E. Auto-dévalorisation et crainte d'une incompatibilité de personnalité : l'interne « formaté-protocollisé »⁴⁹

La dévalorisation de la pratique est ressentie par la majorité des informateurs :

- de la part des patients se comportant en consommateurs de soins (rendez-vous non honorés, dégradation du cabinet...).
- de la part des médias véhiculant l'image de nantis qui se plaignent.
- de la part des pouvoirs publics et de l'assurance maladie (pression à la prescription de génériques, tâches administratives croissantes déléguées par l'assurance maladie par exemple, sous-valorisation des actes par rapport à nos voisins européens et québécois).
- De la part des confrères spécialistes hospitaliers parfois (exemple du témoignage du MG18 au sujet de l'enfant au purpura rhumatoïde).

Et ce sentiment de dévalorisation peut s'installer tôt dans la vie médicale : les externes qui annoncent se destiner à la médecine générale peuvent être, à l'hôpital où ils sont majoritairement formés, l'objet de sarcasmes (particulièrement en région parisienne). Il en va parfois de même pour l'entourage qui tente de dissuader l'étudiant de ce choix.

A cela vient ensuite s'ajouter la procédure d'affectation des postes d'internes, défavorable à la médecine générale puisque « ce qui est rare est cher » et « ce qui est disponible est sans valeur » les postes de médecine générale représentant plus de la moitié des postes offerts (procédure cependant un peu moins défavorable qu'avant 2004 où les étudiants qui ne passaient pas le concours étaient assurés de faire de la médecine générale mais on est encore loin du système néerlandais où le candidat doit postuler et subir un entretien afin de voir si sa motivation pour la discipline est réelle et fondée). Au cours de la procédure, les candidats considérés comme bien classés et choisissant la médecine générale sont applaudis (parce qu'ils n'ont pas pris un poste de spécialité, plus « recherché »).

Dans la vie professionnelle du médecin généraliste, ce sentiment de dévalorisation peut se manifester par la crainte du jugement par un tiers, l'interne, qui vient justement de ce milieu hospitalier... Il semble qu'une confusion s'opère dans l'esprit des

médecins interrogés entre l'hôpital (en réaction duquel les plus anciens se sont construits) et la faculté, perçue comme une institution « censeur ».

Dès lors que ce glissement se produit, la fonction de maître de stage qu'ils assimilent à celle, hospitalière, de chef de clinique à la fois enseignant, clinicien, chercheur, leur apparaît inaccessible. Ils se font alors une idée de ce stage trop haute et trop pesante, chargée de responsabilités alors que l'un des médecins déclare si justement (MG5) « *C'est pas simplement des stagiaires, ce sont des personnes qui sont entièrement formées [...] ont toutes les compétences de la médecine sans l'expérience* » et que les internes sont autonomes à l'hôpital... à l'excès parfois...

Une application de ces constatations pourrait être de travailler à désacraliser la fonction sans la dévaloriser en soulignant la nécessité pour l'interne d'être mis en situation plus que d'acquérir du savoir médical pur, appréhender la notion de « *médecin-médicament* »⁵⁰ entre autres.

Une autre application pourrait être d'entretenir les internes des finalités du stage : découverte du métier, appréhension de la maladie au stade précoce ou indifférencié, gestion du patient en temps limité, pratique modulable en fonction des patients, réflexion sur le métier et prise de recul par rapport à tout ce qui a été appris jusque là afin de quitter la notion d'« *internes formatés-protocolisés* »⁴⁹ qui appliquent à tous une même démarche de soins, travers constaté par les maîtres de stage. « *Faire comprendre que la médecine ce n'est pas les simples conférences de consensus mais ce sont aussi des individus dans leur propre environnement et une relation qui n'est pas celle que l'on a avec les malades à l'hôpital.* »⁴⁹

Pour illustrer encore ce phénomène de dévalorisation, il est intéressant de noter qu'aucun des enfants des interviewés, en âge de se prononcer, ne souhaite devenir médecin... un modèle qui n'inspire plus ? (A noter également que la majorité des médecins généralistes interrogés ne sont pas issus de lignée de médecins.)

F. Auto-dévalorisation de la pratique, confusion hospitalo-universitaire et distance avec le monde universitaire

Tous âges confondus, il semble donc qu'il existe une confusion entre les départements facultaires de médecine générale et l'hôpital. Les médecins généralistes ne se sentent pas reconnus par les hospitaliers et selon eux, le fonctionnement du département de

médecine générale étant calqué sur celui des hospitalo-universitaires, ils ne voient pas pourquoi ils s'impliqueraient. Ils dénigrent ces universitaires généralistes qui auraient besoin de se hisser au rang des PU-PH (Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier) spécialistes pour se sentir reconnus.

En dehors de nos frontières, les choses sont vécues bien différemment tant en Grande Bretagne qu'en Suisse, en Belgique ou au Québec dont provient le témoignage ci-dessous :

*« Ils sont des membres actifs dans ces cliniques tant au niveau des soins que de l'enseignement. Ces enseignants sont membres de notre département universitaire. Il y a des activités de développement professoral pendant l'année, des assemblées annuelles du département et donc **un sentiment d'appartenance au milieu universitaire se développe et contribue à cette satisfaction.** Chacun de nos milieux est en contact étroit avec la direction du programme universitaire. Des rencontres régulières ont lieu avec les responsables de nos milieux. »* L. AUTHIER (Directrice du programme de résidence de médecine de famille, faculté de médecine de Montréal)

Comment présenter l'université pour qu'ils puissent y adhérer ? Ils se sentent loin de l'université voire pas universitaires.

G. Atouts de la maîtrise de stage : des bénéfices difficilement identifiés

Les 4/5^{ème} des médecins reconnaissent donc qu'être maîtres de stage les inciterait à consacrer d'avantage de temps à leur FMC et à plus de rigueur dans leurs consultations.

Du reste, il est surprenant de voir que ces médecins identifient difficilement les bénéfices pour eux-mêmes : *« En effet, quand l'étudiant est en autonomie, la charge de travail du maître de stage diminue et il gagne ainsi du temps pour les tâches administratives : comptes-rendus, formulaires à remplir, appels téléphoniques »*⁵¹

Un travail de thèse consistant en une revue de la littérature au sujet de l'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel ambulatoire en soins primaire en 2011⁵¹ a permis d'identifier les principaux bénéfices (niveau de preuve grade A ou preuve scientifique établie) (liste exhaustive des bénéfices identifiés : annexe 6).

- *« Plaisir, satisfaction et enthousiasme expliqués par la transmission de leur savoir/ Une envie de rester à la pointe dans leur spécialité. »*

- « *Motivation pour leur propre apprentissage et développement professionnel : Stimulation intellectuelle* ».
- « *Récompenses intrinsèques : perception de meilleurs soins délivrés.* »
- « *Impacts positifs sur la qualité des soins* ».

H. Les patients ressentent les effets positifs de la présence de l'interne

Les médecins interrogés pensent dans l'ensemble que la présence de l'interne ne poserait pas de problème particulier aux patients.

Leurs témoignages rejoignent les résultats d'un travail de revue de la littérature sur l'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel ambulatoire en soins primaires⁵¹ (niveau de preuve A) qui retrouve non seulement que la relation médecin-patient n'est pas altérée mais que de surcroît les patients perçoivent cela comme un gain :

- « *Sentiment d'une amélioration de la relation avec leur médecin due à une plus grande attention*
- *Sentiment d'une meilleure qualité de soins*
- *Sentiment d'une éducation thérapeutique renforcée*
- *Renforcement de l'estime de soi*
- *Réduction de l'isolement social des patients seuls*
- *Augmentation du temps d'attente avant une consultation* » (en contrepartie).

I. La problématique du temps : modification des conditions d'exercice et de l'éthos professionnel.

Au cours des interviews, le problème du temps est fréquemment abordé :

- en terme de durée excessive accordée au travail dit administratif (ou non clinique ; il représente environ 6,4 h par semaine⁵² et non rémunéré contrairement à certains de nos voisins européens) au détriment de la clinique,
- en terme de manque de temps accordé à la formation continue,
- en terme de perte de temps engendrée par la présence de l'interne à encadrer.

Hormis les plus âgés qui ont un mode d'exercice plus traditionnel, les autres médecins ont tous aménagé leur temps de travail de manière à dégager des plages de temps libre diversement investies. Cela fait écho aux récents travaux de sociologie médicale quant à l'évolution des pratiques professionnelles des généralistes^{53,54} : on retrouve qu'une grande majorité des jeunes médecins aspirent désormais à une meilleure qualité de vie que celle de leurs aînés (influence des 35 heures, développement d'activités de loisirs, activités associatives mais aussi recul vis-à-vis du monde du travail en référence à la génération de leurs parents et au contexte actuel de crise). Hommes et femmes prennent de la « *distance par rapport à l'éthos professionnel classique, marqué par la disponibilité permanente pour le métier [...] en tout état de cause, la maîtrise de la temporalité professionnelle peut être considérée comme l'un des principaux critères d'appréciation de la réussite professionnelle et de satisfaction au travail* »⁵⁴. Le modèle de la médecine sacerdotale est bien loin. A cela s'ajoute également la dimension de l'articulation de deux carrières au sein du couple « *l'élément nouveau par rapport aux générations précédentes de médecins provient de la nécessité, dans ces couples de faire coexister deux carrières et d'articuler ces carrières avec une vie de couple et de famille* »⁵³. Les généralistes que j'ai interrogés aspirent à plus de confort d'exercice afin de consacrer plus de temps à la FMC ou à l'enseignement. Ce palier (de confort) atteint, « *la progression de la carrière poursuit d'autres objectifs relatifs [...] à l'intérêt du travail et passe par diverses stratégies [...] Une autre dimension de la progression professionnelle peut-être la diversification de l'activité [...] par l'investissement de l'enseignement de la médecine générale* »⁵⁴.

Ils rejoignent en cela les résultats d'études où il apparaît que les plus jeunes aspirent à une moindre disponibilité temporelle pour leur travail (ce qui ne se traduit pas en réalité par une diminution drastique du temps de travail ni en diminution de l'implication ni en moindre préoccupation pour la qualité des soins qui reste au centre de leur préoccupation)⁵³.

Dans ce contexte dit de surcharge de travail administratif, de quête de temps personnel et où la maîtrise de stage apparaît comme un fardeau supplémentaire, il est légitime de se demander si apporter un soutien « logistique » aux médecins libéraux (formation approfondie à l'installation et à la gestion/comptabilité/fiscalité, entretien des locaux, secrétariat, comptabilité par exemple...) favoriserait réellement le recrutement de nouveaux maîtres de stage... condition nécessaire mais non suffisante ?

Confrontation de ces observations aux données de la méta-analyse évoquée plus tôt :

« *Durée de la consultation :*

- « *Ainsi, s'il est bien démontré que le système de consultation parallèle n'allonge pas la durée de consultation, les résultats des consultations en présence d'un stagiaire restent controversés* ».

Temps de travail :

- « *les travaux les plus rigoureux rapportent un allongement limité à moins d'une heure par jour.* »

Productivité :

- « *La majorité des études montrent en effet une réduction de la productivité clinique, en terme de nombre de patients, de flux des patients et donc de soins effectués* »
- « *Dès lors, quand les médecins généralistes souhaitent voir le même nombre de patients qu'habituellement, ils doivent allonger leur journée de travail* »
- « *A cet égard, les médecins qui notent une perte d'activité due à leur activité enseignante se plaignent d'une insuffisance de rémunération de la part de la faculté pour compenser ce manque* »
- « *quelques études soulignent l'absence de réduction de la productivité des médecins généralistes maîtres de stage, voire son accroissement. Cette divergence semble pouvoir s'expliquer par l'influence spécifique de plusieurs facteurs* » (*augmentation productivité quand l'interne est passif ou bien consulte de son côté. Une durée de stage importante accroît la productivité. Les maîtres de stages sont intrinsèquement les plus productifs de base*) »
- « *une amélioration de l'organisation des médecins généralistes quand ils deviennent maîtres de stage* »

« *Augmentation du temps de consultation consacré à (grade A) :*

- *L'enseignement*
- *La discussion du motif de consultation*
- *Reprendre ses antécédents*
- *Reprendre son dossier et synthétiser les informations* »

« *Réduction du temps consacré à :*

- *Gestion du patient*

➤ *Activités de bureau* »

« *Pas d'augmentation de la durée de consultation en pratiquant la méthode de la consultation parallèle.*

Amélioration de leur organisation

Pas de modification du temps passé pour la prescription »

J. Revenus des généralistes, revenus liés à la maîtrise de stage, état des lieux et comparaison avec nos voisins européens et québécois

Si une part importante des médecins interrogés affirment que la maîtrise de stage ne leur ferait pas perdre d'argent et que l'indemnisation des maîtres de stage n'est pas la question, force est de constater que le revenu des médecins généralistes français est plus faible que celui de ses voisins. Ce qui entraînerait un manque de reconnaissance et donc un manque de motivation ?

« *Impact sur le revenu financier : une réduction . . . mais pas toujours.*

Le revenu reste la moins grande satisfaction générée par la maîtrise de stage pour la plupart des médecins concernés. Ils apprécieraient un retour financier plus important.

La convergence de ces résultats en établit leur solidité. La perte de revenu affecte donc la satisfaction d'enseigner des médecins généralistes maîtres de stage. Ils ont l'impression que leur activité n'est pas une priorité suffisante pour la faculté de médecine et qu'ils ne reçoivent pas assez de reconnaissance. Ce coût peut même devenir prohibitif, en les rendant moins enclins, ou même en les dissuadant totalement de recevoir des stagiaires, notamment en milieu rural »⁵¹

K. Réensemencer les déserts médicaux : une chance pour la maîtrise de stage ?

« *La lutte contre les déserts médicaux sera l'une des priorités du quinquennat* »

déclarait Marisol Touraine, ministre de la santé, le 1er juin 2012. Malgré son assurance de conserver la liberté d'installation et la présentation de son projet « pacte territoire santé » en décembre 2012, les sénateurs ont approuvé à l'unanimité début février 2013 un projet de loi concernant la coercition à l'installation (déconventionnement des médecins s'installant dans les zones sur-dotées). La répartition de l'offre de soins va se dégrader fortement dans les prochaines années. Au-delà du vieillissement des médecins et de leur départ à la retraite en masse, la

féménisation, la nécessité d'articuler deux carrières au sein du couple, (en rural, pas de perspective de carrière pour le conjoint à haut niveau de qualification), vont amplifier le phénomène. Les territoires concernés par la désertification sont des lieux où tous les autres services publics ont disparu. Ailleurs, ce sont des zones de non droit où même les forces de l'ordre ne se risquent plus. Les jeunes médecins craignent l'exercice isolé et veulent des conditions de travail et de vie dites normales. « *Alors que les conditions du métier plaisent, celles de l'emploi peuvent décourager* »⁴⁸ d'où l'attrait pour le salariat. Ainsi, à la Ferté-Bernard (Sarthe), en juin 2012, pour pallier la désertification médicale, le maire a pris l'initiative de proposer trois postes salariés de médecine générale. Rémunérés 4000 € nets par mois pour 35 heures par semaine au sein d'une structure dédiée, déchargés de la logistique, ces postes ont été rapidement pourvus... Ailleurs, en Vendée, un médecin témoigne : « *Pourtant, les actuels internes en médecine générale ne refusent pas de venir travailler en zone rurale, mais ils plébiscitent un exercice à temps choisi, en groupes pluri-professionnels avec un lien universitaire fort (généralistes-enseignants et maîtres de stage pour l'accueil d'étudiants en médecine)* »⁵⁵. « Lien universitaire fort », le mot est lâché... Les plus jeunes envisageraient donc un exercice rural en contrepartie d'un regroupement et d'une activité enseignante. Ce qui transparait au travers de cette déclaration, c'est que la maîtrise de stage représente pour eux une valeur ajoutée et que le lien avec l'université, intégré, permet de maintenir une forme de dynamisme. Les « groupes pluri-professionnels » sus-cités évoquent les « *MUSt* » ou maison universitaire de santé, proposition parmi d'autres formulées par 24 médecins blogueurs en septembre 2012⁵⁶. Les projets de ces maisons de santé, présentées comme une panacée, nécessitent toutefois d'être étayés juridiquement et financièrement et ne peuvent fonctionner qu'à la condition que l'on soit capable de travailler en équipe et d'adhérer à un projet commun de santé. A plus longue échéance, leur pérennisation sous-tend l'implication durable des plus jeunes : « *rien n'indique que les jeunes diplômés soient aujourd'hui massivement prêts à investir l'innovation organisationnelle. L'envie de participer au montage de nouveaux dispositifs ne transparait pas en entretien* » souligne la sociologue Géraldine Bloy « *on peut se demander s'ils sont équipés pour mener cette réflexion et conduire le travail organisationnel requis par une refonte, même partielle, de l'offre de soins primaire* »⁴⁸. Quoi qu'il en soit le retour d'une activité de soins primaires dans les zones déficitaires pourrait constituer une opportunité pour la maîtrise de stage qui y rendrait l'activité plus attractive.

Mais rétablir une activité médicale de premier recours dans les zones sous-dotées nécessite avant tout une politique de réaménagement du territoire ainsi qu'une revalorisation de la médecine générale pour rendre de nouveau attractives les conditions d'exercice du médecin généraliste. La médecine générale, à la croisée des chemins, entre son récent statut universitaire à développer et les impératifs actuels de santé publique, doit redéfinir son identité, sa place, ses champs d'action, ses missions et sa formation.

CONCLUSION

En synthèse, la fonction de maître de stage ne va pas de soi, comme l'illustrent les entretiens. Du fait de la dévalorisation de la médecine générale, les plus anciens se sont construits en opposition à la faculté. Les plus jeunes reconnaissent l'intérêt et les bénéfices du stage. Internes, ils ont participé par leurs remarques, leurs critiques et leurs exigences à l'amélioration de la formation de médecine générale. Exténués par leurs années de concours et d'internat au cours desquelles ils ont le sentiment d'avoir plus que payé leur dû à la société, leurs priorités sont tout autres une fois leurs études achevées. La génération des 30-50 ans qui a été témoin des transformations de la médecine générale, semble peu encline à s'impliquer activement dans la maîtrise de stage. Dans le climat de morosité ambiante et de mutation de l'exercice, elle apparaît attentiste, guettant les événements, attendant de savoir à « quelle sauce elle sera mangée ». Elle qui parle abondamment de projet de regroupement de professionnels de santé en MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) oublie les conditions indispensables à la réussite de ces projets : savoir travailler ensemble dans un projet de santé commun. Si elle a vécu un début d'universitarisation au cours de l'internat, elle ne se reconnaît pas encore universitaire à part entière dans la vie professionnelle. Assimilant encore la faculté à l'hôpital, point à l'horizon la crainte d'une surexploitation à l'image de celle hospitalière ressentie pendant l'internat, sans voir les bénéfices que pourrait leur apporter la maîtrise de stage. Comment aider à créer ce lien entre professionnels de santé et université, au regard de ce qui se pratique chez nos voisins européens et québécois ? Une proposition pourrait être de travailler à la revalorisation de l'image de la médecine générale et de la faculté auprès des médecins généralistes y compris auprès de ceux qui sont déjà maîtres de stage et qui semblent ne pas avoir conscience de faire partie du monde universitaire et de son fonctionnement (pratique très individuelle qui supporte mal de rendre des comptes et d'avoir à justifier ses pratiques). Une autre proposition pourrait consister en une revalorisation des honoraires pédagogiques des médecins ainsi qu'une aide logistique afin qu'ils aient davantage de temps clinique et ainsi de temps d'enseignement. Enfin une aide à la création de MSP à la condition de recevoir des étudiants en stage pourrait constituer une solution pour revaloriser la maîtrise de stage dans les zones qualifiées de désert médicaux.

Il serait légitime d'espérer que les plus jeunes qui sortent tout juste de leurs études et qui ne se sont pas construits contre l'université, soient plus impliqués dans la maîtrise de stage à l'avenir.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le guide de l'entretien rédigé

-En préambule : de manière à mettre en confiance mon interlocuteur, je me présente j'expliquerai le sujet sur lequel je travaille sans trop l'orienter : **«Je viens de terminer mes études/mon internat de Médecine générale, je suis actuellement remplaçante sur Paris et Puteaux. Mon travail de thèse s'intéresse à la formation des internes de MG »**

-Expliquer à l'interviewé pourquoi on l'a « choisi » : lui montrer de l'intérêt pour ce qu'il pense **« je voudrais, à ce sujet, vous poser quelques questions ouvertes, parce que votre avis et votre expérience m'intéresse et viendrait étoffer ce travail »**

- **« Pouvez-vous me parler de votre parcours médical ainsi que de vos études ? »**

Doivent figurer :

- année d'entrée en 1^{ère} année des études médicales
- Faculté d'origine
- ce qui a motivé le choix de la médecine générale
- le stage en ville chez un médecin généraliste
- la situation personnelle tout au long du parcours
- la notion de remplacement, situé dans le temps, et comment cela a-t-il été vécu ?
- la manière dont le généraliste s'est formé en MG au cours de ces années.

- **« Parlez-moi de votre activité médicale actuelle »**

But : cerner l'environnement du médecin

Doivent figurer :

- le choix du lieu d'installation
- Age de l'installation
- type de patientèle/particularité de terrain
- type de pathologies
- emploi du temps/reçoit avec ou sans RDV/VAD
- nombre de consultation/j

- informatisation
- secrétariat
- exerce seul ou en cabinet de groupe
- autre activité que libérale
- vie de famille, enfants, leurs âges, enfants inscrits en médecine ?

- « **Que pensez-vous de votre vie professionnelle ? Qu'en diriez-vous actuellement ?** »

Doivent figurer l'avis relatif aux questions suivantes :

- le travail d'équipe
- l'exercice solitaire
- comment s'organise la FMC
- réseau
- comment le médecin se sent dans son travail ? Burn out ?

- « **Que vous évoque les termes « maîtrise de stage » ?** »

Si l'interviewé ne le connaît pas, resituer :

« Depuis 1997, dans le cadre des 3 ans de DES de médecine générale, les futurs médecins généralistes doivent effectuer un stage obligatoire en ville de 6 mois auprès de un ou deux praticiens (rémunérés pour cela). Ce stage a pour objectif la découverte de la médecine ambulatoire ainsi qu'une autonomisation progressive (observation puis application).

En aucun cas il ne s'agit d'un « stage tabouret » ou l'interne serait passif. »

- « **Qu'en pensez-vous ? Que ressentiriez-vous si vous aviez un étudiant à vos côtés pendant la consultation ?** »

Ressenti personnel en terme de :

- critique
- formation
- perte de patients

- argent
- dépenses de santé
- « **Quelle idée vous faites-vous de la réaction de vos patients face à la présence d'un stagiaire en consultation ?** »
- « **Avez-vous entendu parler d'expériences de confrère ?** »
- « **Avez-vous déjà été contacté à ce sujet ? si vous avez refusé, pourquoi ?** »
- « **Et si l'on vous proposait de recevoir un étudiant pendant 3 mois ?** »
- « **D'après vous, qui s'occupe réellement de la formation des internes, à la fois théorique et pratique ?** »
- Conclusion :

Dater, vérification environnement du médecin généraliste.

- « **Puis-je vous recontacter pour d'éventuelles questions complémentaires ?** »
- « **Pouvez-vous me donner votre mail afin que je vous adresse un résumé de la thèse ?** »
- « **Connaissez-vous des généralistes que je pourrais interroger ?** »
- « **Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu m'accorder** »

ANNEXE 2 : Tableau de synthèse de la réglementation des stages de médecine générale de 2^{ème} et 3^{ème} cycles.

**1. TABLEAU DE SYNTHÈSE DE LA RÉGLEMENTATION DES STAGES
DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE 2^{ème} ET 3^{ème} CYCLES**

	STAGES DE 2^{ème} CYCLE	STAGES DE 3^{ème} CYCLE
Références réglementaires	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	Décret du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du 3 ^e cycle des études médicales. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation. 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.
Autorité qui procède à l'agrément	Directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'étudiant	Directeur général de l'ARS après avis de la commission de subdivision réunie en vue de l'agrément
Conditions d'agrément	- le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans ; - l'agrément est délivré sur proposition du Conseil de l'UFR médicale, après avis motivé du département de médecine générale ou de toute structure équivalente et du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.	- Projet pédagogique ; - Encadrement assurant continuité de la formation ; - Nombre maximal d'internes pouvant être accueillis ; - Moyens mis à disposition de l'interne ; - Rapport après visite ; - Avis écrit du coordonnateur local pour ce qui est de l'agrément au titre de la spécialité souhaitée ou d'un des coordonnateurs locaux appartenant à une spécialité constituant la discipline pour laquelle l'agrément est demandé ; - Avis représentant des internes ; - Accréditation éventuelle de la valeur formatrice par un organisme d'agrément ; - Une preuve de son exercice professionnel depuis au moins 3 ans et un avis motivé du conseil départemental de l'ordre des médecins pour le praticien maître de stage
Durée de l'agrément	5 ans	- Agrément sans réserve pour 5 ans ; - Agrément conditionnel d'un an maximum assorti de recommandations.
Qui rémunère l'étudiant durant le stage ?	Le CHU, remboursé sur facture par l'Agence régionale de santé dont dépend l'étudiant. Financé par le budget du ministère en charge de la santé (programme 204).	Le CHU, remboursé sur facture par l'Agence régionale de santé dont dépend l'étudiant. Financé par le budget du ministère en charge de la santé (programme 204).
Montant de l'indemnité pédagogique du maître de stage	600€ par mois de stage et par interne. Indemnité calculée prorata temporis en fonction de la quotité d'accueil de l'étudiant chez le maître de stage chaque mois. Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs maîtres de stage, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une seule fois.	600€ par mois de stage et par interne

Conditions de versement	Indemnité financée par le budget du ministère en charge de la santé (programme 204). Indemnité versée au maître de stage par l'unité de formation et de recherche médicale et remboursé à celle-ci par l'Agence régionale de santé dans le ressort de laquelle l'étudiant est inscrit	Indemnité financée par le budget du ministère en charge de la santé (programme 204). Indemnité versée au praticien agréé – maître de stage extrahospitalier par l'unité de formation et de recherche médicale et remboursé à celle-ci par l'Agence régionale de santé dans le ressort de laquelle l'interne est affecté pour son internat.
Montant de l'indemnité compensatrice de perte de ressources durant la formation	15 fois la valeur de la consultation de médecin généraliste (15 C) par jour, dans la limite de 2 journées par maître de stage	
Conditions de versement	Idem indemnité pédagogique	
Durée du stage	Minimum de 6 semaines à temps plein, ou 3 mois à temps plein, ou 60 demi-journées.	2 à 4 semestres de stage en ambulatoire durant le DES.

Source : Instruction n° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine général.

ANNEXE 3 : Nombre de maîtres de stage pour le 3^{ème} cycle par région

2. Nombre de maîtres de stage pour le 3^{ème} cycle par région

Régions	Nbre maîtres de stage	Pourcentage des généralistes installés en libéral âgés de moins de 60 ans, qui sont maîtres stage	Effectifs d'internes inscrits en formation en 2009/2010
Alsace	129	7%	360
Antilles-Guyane	35	6%	151
Aquitaine	285	8%	392
Auvergne	121	10%	197
Basse-Normandie	40	3%	190
Bourgogne	120	8%	158
Bretagne	200	7%	535
Centre	150	7%	157
Champagne-Ardenne	94	8%	174
Franche-Comté	74	7%	189
Haute-Normandie	50	3%	219
Ile-de-France	559	6%	1 233
La Réunion	40	5%	NR
Languedoc-Roussillon	165	6%	249
Limousin	20	2%	118
Lorraine	88	4%	392
Midi-Pyrénées	93	3%	298
Nord-Pas-de-Calais	114	3%	636
PACA + Corse	212	4%	506
Pays de la Loire	297	9%	240
Picardie	59	4%	271
Poitou-Charentes	116	7%	516
Rhône-Alpes	530	9%	913
France entière	3 591	6%	8 094

Sources : CNEG, enquête ONDPS mai 2010

Source : Instruction n° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale.

ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif de « l'identité » des médecins interrogés

Médecins	Sexe	Age	1ère année de médecine	Faculté	Lieu d'exercice	Secteur	Année de thèse	Année d'installation
1/A	F	59 ans		Cochin	75013	1	1981	1983
2/B	H	60 ans	1973	?	75007	2	?	1985
3/C	H	62 ans	1968	Jussieu	Plessis Bouchard 95	1	1978	1979
4/D	F	47 ans	1982	Necker	Puteaux 92	1	1994	1996
5/E	H	39 ans	1990	Pitié- Salpêtrière	Saint Ouen- l'aumône, 95	1	?	2007
6/F	F	44 ans	1985	Lariboisière	Ermont, 95	1	1996	1997
7/G	F	48 ans	1981	Lariboisière	Rueil- Malmaison, 92	2	1991	2001
8/H	F	52 ans	1977	Paris- ouest	Garches, 92	1		1989
9/I	H	59 ans	1971	Necker	Garches, 92	1	1981	1982
10/J	H	39 ans	1990	Cochin	75019	1	2003	2005
11/K	F	32 ans	1998	?	Issy les moulineaux 92	1	2009	2010 Collaboration 2011
12/L	H	36 ans	1993	Cochin	Issy les moulineaux 92	1	2007	2008
13/M	F	39 ans	1991	Necker	Bezons 78	1	2002	2009
14/N	H	41 ans	1989	Lille	Paris 9ème	1	1999	2006
15/O	H	44 ans	1985	Bichat	Paris 9ème	1	1997	2012
16/P	H	43 ans	1986	Nancy	Paris 9ème	1	1996	2010
17/Q	H	34 ans	1996	Saint Antoine	Paris 19ème	1	2010	2011
18/R	F	36 ans	1993	Lariboisière	Paris 19ème	1	2003	2005
19/S	H	39 ans	1992	Bichat	Paris 9ème	1	2005	2006

ANNEXE 5 : Chronologie des réformes successives des études médicales

La médecine générale en réformes : chronologie succincte

1958 : La réforme Debré institue les CHU qui consacrent le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation de tous les médecins – rien n'est prévu pour la MG

1968 : L'idée d'un stage en MG pour les futurs généralistes est lancée - premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale à Bobigny

Années 70

1972 : Possibilité légale d'un stage en MG - Troisième cycle expérimental à Bobigny et à Créteil

1973 – 1977 : Création des premières sociétés savantes de MG (SFMG et SFTG)

1975 : Constitution du premier syndicat mono-catégoriel : le SMG (non représentatif)

Années 80

1982-84 : Réforme de l'internat : mise en place d'un 3^{ème} cycle pour les étudiants généralistes (résidanat de 4 semestres de stages hospitaliers + un stage de 20 demi-journées en MG) - suppression des CES, le choix de la MG apparaît de plus en plus dévalué

1983 : Création du CNGE qui regroupe et forme les premiers maîtres de stage et enseignants en MG

1986 : Constitution du syndicat MG-France (reconnu représentatif en 1989)

Années 90

1991 : Premières nominations de maîtres de conférences associés de MG dans les facultés

1993 : Directive d'harmonisation des études médicales

1997 : Décret instituant le semestre de stage obligatoire « chez le praticien » pour tous les résidents (mis en place en novembre) – toutes les facultés ont désormais leur Département de médecine générale (DMG) : les recrutements de maîtres de conférences associés puis professeurs associés vont croissant, les volumes de cours réalisés par des généralistes augmentent, les dispositifs pédagogiques se multiplient

Années 2000

2002-2004 : Proclamation de la spécialité médecine générale : DES en 3 ans (le semestre supplémentaire peut être effectué en ambulatoire ou à l'hôpital) - l'internat est remplacé par des Épreuves Classantes Nationales

2006 : Création d'une option médecine générale au CNU

2006 : Création du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, à partir des cadres du CNGE

2007 : Premières promotions sorties du DES – Nomination de 18 premiers chefs de clinique

2008 : Création par la loi de la filière universitaire de MG et d'un corps d'enseignants titulaires de médecine générale

2009 : Loi HPST : prévision d'un plan pluriannuel de recrutement de maîtres de conférences et professeurs de médecine générale + définition des soins de premier recours et précision des missions des généralistes – Premières nominations de professeurs titulaires de médecine générale

2010 : Mission et rapport d'E. Hubert sur la médecine de proximité

Source : Bloy G., *Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010)*. DREES. N°104. Février 2011

ANNEXE 6 : 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. L'état d'esprit des maîtres de stage. Impacts dans le domaine psychoaffectif⁵¹

- « Plaisir, satisfaction et enthousiasme expliqués par :
 - Transmission de leur savoir/ Une envie de rester à la pointe dans leur spécialité
 - Recrutement de futurs collègues
 - Échanges plus intenses avec des collègues maîtres de stage partageant le même intérêt, validant leur identité de maître de stage
 - Implication dans un enseignement de haute qualité
 - Sentiment de satisfaction amplifié quand leur étudiant choisit l'exercice de la médecine générale
 - Enthousiasme propre à l'enseignement de la médecine générale
 - Participation à la promotion de la médecine générale
 - Faire découvrir la médecine de terrain
 - Plus grande ouverture d'esprit
 - Meilleur moral
 - Prévention du stress et du burn-out
 - Renforcement de la confiance en soi
 - Réduction de leur isolement

- Motivation pour leur propre apprentissage et développement professionnel.
 - Meilleure efficacité dans leur apprentissage.
 - Stimulation intellectuelle
 - Connaissances à jour
 - Remise en cause de leurs connaissances et techniques cliniques
 - Curiosité nouvelle
 - Davantage de temps consacré à revoir les bases de la médecine
 - Apprentissage grâce aux échanges avec les stagiaires
 - Au courant des derniers changements de pratique médicale »Pratique réflexive. Remise en question de leur pratique. Evaluation de leur pratique.

- Prise de conscience de leurs connaissances et de leur expérience
 - Prise de conscience que leur rôle est de faciliter l'apprentissage des étudiants et de les aider dans leur développement personnel et professionnel.
 - Un nouveau sens à leur travail
 - Elan donné pour réexaminer des champs de leur travail et de leurs connaissances.
- Récompenses intrinsèques :
 - Perception de meilleurs soins délivrés
 - Meilleur contact avec les patients
 - Sentiment d'altruisme
 - Facilité de résolution de problèmes intellectuels
 - Application de connaissances professionnelles
 - Opportunité de partager leurs connaissances et les valeurs de la médecine générale
 - Participer à un meilleur accès aux soins primaires en formant des médecins généralistes
 - Un besoin de rendre en retour à la profession ce qu'eux-mêmes ont reçu lorsqu'ils étaient étudiants
 - Une nouvelle identité en tant que maître de stage
- Impacts sur la qualité des soins
 - Meilleure gestion des situations médicales délicates due aux intrusions commises par le stagiaire.
 - Sentiment d'un meilleur contrôle de leur décision clinique.
 - Meilleur dépistage »

ACRONYMES

ARS : Agence Régionale de Santé

BNC: Bénéfice Non Commercial

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNAM: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

CREDES: Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECA: Enseignant Clinicien Ambulatoire

ECN : Epreuves Nationales Classantes

FMC : Formation Médicale Continue

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la santé

LMD : Licence Master Doctorat

MSU: Maître de Stage des Universités

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM1 : Premier Cycle d'Etudes médicales

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors*) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

RESUME

L'augmentation des effectifs d'internes de Médecine Générale ainsi que la réforme du second cycle et son stage ambulatoire devenu obligatoire complique la tâche des départements facultaires de médecine générale qui peinent à trouver des terrains de stage à ces étudiants. Les efforts de recrutement des maîtres de stage se heurtent aux réticences des praticiens dans un contexte de diminution du nombre de médecins libéraux. L'objectif de ce travail consiste à analyser les raisons expliquant le manque d'attractivité de la maîtrise de stage. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de dix-neuf médecins généralistes franciliens n'ayant jamais reçu d'étudiant au cabinet. L'analyse révèle qu'ils craignent principalement le caractère chronophage du stage. Apparaît également la crainte du jugement du tiers qui s'immiscerait dans le « colloque singulier ». Ils reconnaissent cependant que cela pourrait améliorer leur pratique. Pour les plus anciens, formés « sur le tas », le stage n'a pas de réel intérêt. Les plus jeunes, qui l'ont effectué, en reconnaissent les bénéfices mais ne souhaitent pas prendre ce rôle à leur tour. Nos voisins européens et québécois ne sont pas confrontés à ces réticences. Il existe chez eux des liens étroits entre la faculté et les médecins maîtres de stage qui se revendiquent universitaires. L'ambivalence des médecins français vis-à-vis de la maîtrise de stage pourrait provenir d'une confusion entre la faculté et l'hôpital et d'une absence de sentiment d'appartenance au monde universitaire par un manque de familiarisation précoce à la médecine générale au cours des études.

MENTORSHIP IN GENERAL MEDICINE: REASONS FOR A LACK OF APPEAL

Qualitative study through semi-structured interviews with family doctors from Ile-de-France

The increase in number of general medicine residents and the reform of the second cycle and its ambulatory training course which became compulsory, complicate the task of universities' general medicine departments which struggle to find areas of training for these students. They have to deal with reluctance from practitioners given the decrease in number of private practices. This work's objective is to analyze the reasons for the lack of appeal of mentorship. It is a qualitative study based on partially guided interviews with nineteen general practitioners in Ile-de-France who have never worked with residents in their practice. The analysis reveals that they are mainly afraid of the time-consuming aspect of mentorship. A fear of judgment from a third party interfering with the "doctor-patient relationship" also appears. They recognize, however, that mentorship could improve their practice. For the oldest, trained "on the job", internship has no real interest. The youngest, who made it, recognizes its benefits but do not wish to become mentors in turn. Our European and Quebecker neighbors are not facing with the same reluctance. In their countries, they are close ties between university faculty and physician mentors who claim to be scholars (academics) themselves. The French doctors' ambivalence toward internship might result from confusion between universities and hospitals and from a feeling of exclusion from the academic world, due to a lack of early exposure to general medicine during the studies.

Discipline: MEDECINE GENERALE.

Mots clés: Maîtrise de stage. Médecine générale. Réticences. Attractivité. Ile-de-France.

Keywords : Mentorship. General Practitioner Trainer. Family Medicine. Reluctance. Appeal. Ile-de-France.

Adresse de l'UFR: FACULTE PARIS DESCARTES, 15 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] CNGE, Communication n°3, mars 2011.
- [2] Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au *stage des résidents auprès des praticiens généralistes agréés*, JO du 18 mai 1997, p 7538.
Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à *l'organisation du troisième cycle des études médicales*, JO n° 15 du 18 janvier 2004, page 1394.
- [3] Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la *deuxième partie du deuxième cycle des études médicales*, arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'art 8 de l'arrêté du 4 mars 1997, Etat de la filière de médecine générale, dossier de presse janvier 2011, SNEMG.
- [4] Instruction DGOS/RH1 n°2011-101 du 17 mars 2011 relative à *l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale*, NOR : ETSH1107766J.
- [5] CNOM, *Atlas de démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2012*.
- [6] Rapport Nivel, *Registratie van beroepen in de gezondheidszorg*, 2008.
- [7] MILLET-KAPTEIN C., *Le vécu du cursus de médecine générale en France et aux Pays-Bas. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des internes de Paris et d'Amsterdam*, 92 p. Thèse: Médecine: Paris Descartes: 2011.
- [8] Enquête ONDPS mai 2010
- [9] CHABOT J-M., *Démographie médicale: les mécanismes de la crise*, Revue du Praticien Médecine Générale, Novembre 2001;15(553):1917(10).
- [10] CHOUSSAT J., *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*, La Documentation Française, Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances, Décembre 1997. 45 p.
Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974071590/0000.pdf>
- [11] CREDES, *Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche*, Questions d'économie de la santé, Paris, Mars 2001, 6 p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes35.pdf>
- [12] ONDPS, *Les internes en médecine. Démographie et répartition*. Rapport 2006-2007.

[13] Point sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2012, ARS Ile de France.

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0CCsQFjACO Ao&url=http%3A%2F%2Fwww.ars.iledefrance.sante.fr%2Ffileadmin%2FILE-DE-FRANCE%2FARS%2F2_Offre-Soins_MS%2FSROS_Volet-Hospitalier%2FGroupe-de-travail%2FCOPIL%2FPPT_ONDPS_29_Mars_2012_V3.ppt&ei=zZiWUOieJKqd0AWM5IHgBQ&usg=AFQjCNGI5K387LgdRDB9NUHwQuANQTSRXQ

[14] BETTI-CUSSO M., *Combien gagnent vraiment les médecins*, Le Figaro, 17 septembre 2011.

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/17/16305-combien-gagnent-vraiment-medecins>

[15] Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au *développement professionnel continu des médecins*, JORF n°0001 du 1 janvier 2012.

[16] Arrêté du 31 octobre 2012 relatif à *l'indemnisation des membres des instances de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu*. JORF n°0268 du 17 novembre 2012, Texte n°2.

[17] Loi n°72-660 du 13 juillet 1972 modifiant le code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale, relative à *l'organisation des professions médicales*, JO du 14 juillet 1972, p 7424.

[18] Directive européenne n°75/362/CEE relative à la *reconnaissance mutuelle des diplômes et à la libre circulation des médecins dans les états membres de la CEE*. JO de la CEE n°L167 du 30 juin 1975, p 1.

[19] Directive européenne n°75/364/CEE. JO de la CEE n°L167 du 30 juin 1975.

[20] Loi Veil n°79-565 relative aux *études médicales et pharmaceutiques*, JO du 7 juillet 1979, p 1644.

[21] Décret n°81-364 du 15 avril 1981 relatif à *l'organisation du stage chez le praticien*, JO du 17 avril 1981, p 1092.

[22] Loi RALITE n°82-1098 du 23 décembre 1982 (article 46) relative aux *études médicales et pharmaceutiques*, JO du 26 décembre 1982, p 3861.

[23] Loi BARZACH n°87-588 du 30 juillet 1987 portant sur diverses mesures d'ordre social, JO du 31 juillet 1987, p 8574.

[24] Décret n°88-321 du 7 avril 1988 relatif à *l'organisation du troisième cycle des études médicales*, JO 8 avril 1988, p 4650.

[25] Arrêté du 28 octobre 1988 relatif à *l'agrément des maîtres de stages des résidents en médecine*, JO du 17 février 1989, p 2271.

[26] Directive européenne 86/457/CEE relative à *une formation spécifique en médecine générale*, JO de la Communauté Européenne n°L267 du 19 septembre 1986, p 0026.

[27] Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à *la maîtrise médicalisée des dépenses de soins*, JO du 25 avril 1996, p 6311.

[28] Décret n°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret 82-321 du 7 avril 1988 fixant *l'organisation du troisième cycle des études médicales*, JO du 18 mai 1997, p 7537.

[29] Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au *stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés*, JO n°115 du 18 mai 1997, p 7538.

[30] Circulaire DGS/DGES/n°97-620 du 24 septembre 1997 relative au *stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés*, JO du 16 septembre 1997.

[31] Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à *l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé*.

[32] Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, NOR: MENU9700546A, Journal Officiel de la République Française n° 72 du 26 mars 1997, p 4684.

[33] Arrêté du 23 novembre 2006 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, NOR : SANP0624349A, Journal Officiel de la République Française n° 273 du 25 novembre 2006, p 17 696.

[34] 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.

[35] CNGE, *Enquête sur la mise en place du stage de médecine générale de 2^{ème} cycle dans les facultés de médecine*, avec le concours du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) Situation au 1^{er} mai 2010.

[36] Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux *étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés*, NOR: SASH1009830D, Journal Officiel de la République Française n° 236 du 10 octobre 2010, p 18 323.

[37] Arrêté du 27 juin 2011 relatif aux *stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine*, NOR: ETSH1117776A, Journal Officiel de la République Française n° 156 du 7 juillet 2011, p 11 786.

[38] Gelly J., Cartier T., Mignotte K., Jeanmougin P., Nougairède M., *Mise en place du stage de deuxième cycle en médecine générale à l'Université Paris Diderot (Paris 7)*, Etats Généraux de la Formation Médicale, 2011, Bobigny, France.

[39] Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant diverses dispositions relatives aux *praticiens agréés-maîtres de stage des universités durant les études de médecine*, NOR: ETSH1127408A, Journal Officiel de la République n°0240 du 15 octobre 2011, p 17 418, texte n° 28.

[40] CNGE, *Charte des maîtres de stage des universités, les éléments fondamentaux*, Vincennes, 6 février 2012.
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamenta_uux_1.pdf

[41] CNGE, Film "*motivés*".

[42] Site internet: London Deanery Home, General Practice, "Courses and Conferences"
<http://www.londondeanery.ac.uk/general-practice/courses-and-conferences/>

[43] ROSMAN S., *La pratique de prescription des médecins en France et aux Pays Bas*. Rapport de recherche CNAM, Paris, CERMES, 2008.

[44] KAUFMANN J-C., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*. Paris, Nathan Université, 2007.

-
- [45] STRAUSS A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan, 1992.
- [46] KAHN-BENSAUDE I., *La féminisation : une chance à saisir*. Rapport du Conseil National de l'ordre des médecins, 2005.
- [47] DREES. *Les emplois du temps des médecins généralistes*. Etudes et résultats n° 797, mars 2012.
- [48] BLOY G., « *Jeunes généralistes et déserts médicaux* » *Pratiques* n°60, p 79, janvier 2013.
- [49] PORTIER LECARPENTIER M., *Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ?* Thèse : médecine : Université Paris 7 : 2010.
- [50] BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*. 2e éd. Paris : Payot & Rivages, 1996. 418. Bibliothèque scientifique Payot.
- [51] 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*, p 43. Thèse : médecine : Université de Brest - Bretagne occidentale : 2011.
- [52] LE FUR P., BOURGUEIL Y. CASES C. *Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles*. IRDES. Question d'économie de la santé, n°144, juillet 2009.
- [53] ROBELET M., LAPEYRE N., ZOLELIO E., *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Janvier 2006.
- [54] BLOY G., SCHWEYER F-X., *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Paris, Presses de l'EHESP, 2010, 423 p.
- [55] BRUTUS L., *Retour vers le futur, revenir à la médecine générale en zone déficitaire : plaisir, difficulté et inquiétude pour l'avenir*, *Pratique* n°60, Janvier 2013, p22.
- [56] *Médecine générale2.0, les propositions des médecins généralistes blogueurs pour faire renaître la médecine générale*, septembre 2012.
http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/Medecine_generale_2_0-2.pdf