



**HAL**  
open science

# Évaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois

Eugénie Arno-Moreau

► **To cite this version:**

Eugénie Arno-Moreau. Évaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01367267

**HAL Id: dumas-01367267**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367267>**

Submitted on 15 Sep 2016

**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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE

**EVALUATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN PAR  
LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE NIÇOIS**

**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice  
Le lundi 04 Juillet 2016

Par

**Madame Eugénie ARNO MOREAU**

Née le 10 juin 1986 à Narbonne (11)

D.E.S de Médecine Générale

En vue de l'obtention du grade de Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

*Président du jury*

M. Le Professeur P. BAQUE

*Assesseurs*

M. Le Professeur P. HOFLIGER

M. Le Professeur G. GARDON

*Directeur de thèse*

Mme Le Docteur B. MONNIER



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

M. BAQUÉ Patrick

**Vice-Doyen**

M. BOILEAU Pascal

**Assesseurs**

M. ESNAULT Vincent  
M. CARLES Michel  
Mme BREUIL Véronique  
M. MARTY Pierre

**Conservateur de la bibliothèque**

Mme DE LEMOS Annelise

**Directrice administrative des services**

Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires**

M. AYRAUD Noël  
M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel  
M. BATT Michel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CAMOUS Jean-Pierre  
M. CHATEL Marcel  
M. COUSSEMENT Alain  
M. DAR COURT Guy  
M. DELLAMONICA Pierre  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude  
M. FRANCO Alain  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. HAR TER Michel  
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves  
Mme LEBRETON Elisabeth  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René  
M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SAUTRON Jean Baptiste  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. SERRES Jean-Jacques  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M VAN OBBERGHEN Emmanuel  
M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FRANKEN Philippe  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIRARD-PIPAU Fernand  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

## PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

## PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

### **PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

# Remerciements

A Monsieur le Doyen, le Professeur Patrick BAQUE,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse afin de juger mon travail. J'ai eu la chance de vous croiser dans le service des Urgences de l'hôpital Saint Roch et de constater vos grandes compétences professionnelles et votre humilité. Soyez assuré de ma profonde admiration et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. J'ai eu l'opportunité de bénéficier de vos enseignements très formateurs et bienveillants lors des séances de GEASP. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail. Je me souviens de vos qualités pédagogiques lors du séminaire de préparation à la thèse, et vous remercie pour les conseils que vous m'avez apportés tout au long de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Brigitte MONNIER,

Merci de m'avoir confié ce travail et d'avoir été disponible pour le diriger. Votre soutien, vos conseils et votre gentillesse ont été un vrai moteur pour réaliser cette thèse. J'ai eu la chance de réaliser mon stage en SASPAS à vos côtés. Merci de m'avoir transmis votre savoir et l'envie de pratiquer la médecine générale. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux internes,

Merci d'avoir répondu au questionnaire et d'avoir permis à cette thèse d'exister.

A mon mari Bastien,

Merci pour ton aide précieuse qui m'a accompagné tout au long de ce travail. Merci pour tout ce que tu es et ce que tu m'apportes au quotidien depuis plus de 11 ans déjà. Les mots ne suffiront pas ...

A notre petite fille qui aura la chance d'avoir le meilleur des papas.

A mes parents,

Merci de m'avoir permis de me construire, de me sentir heureuse et épanouie dans la vie que je mène. Merci pour votre amour et votre soutien sans faille, je vous aime fort.

A mon frère et mes sœurs,

Quel bonheur de vous avoir, de pouvoir compter sur vous et de passer tous ces merveilleux moments en famille. Je serai toujours là pour vous, je vous aime.

Au reste de ma famille qui compte énormément pour moi.

A ma belle-famille, si formidable,

Merci pour tous ces moments de bonheur vécus à vos côtés.

A tous mes amis d'ici et d'ailleurs,

Merci de faire partie de ma vie.

# Table des matières

<b>Liste des abréviations</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	6
A. Contexte .....	6
B. Importance du stage chez le praticien .....	6
C. Modalités pratiques à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Nice (11) .....	7
D. Objectifs .....	8
<b>Méthode</b> .....	9
A. Le schéma d'étude .....	9
B. La population cible .....	9
C. Le questionnaire .....	9
1. Construction .....	9
2. Les échelles .....	10
3. L'anonymat .....	10
4. Recueil et analyses des données .....	10
<b>Résultats</b> .....	12
A. Organisation du stage .....	12
B. Accompagnement pédagogique .....	17
C. Autonomie .....	17
D. Relationnel .....	20
E. Acquisition des compétences .....	21
F. En résumé .....	26
<b>Discussion</b> .....	28
A. Résultats principaux .....	28
B. Analyse détaillée des résultats .....	28
1. Organisation du stage .....	28
a. Déroulement pratique .....	28
b. Un stage diversifié .....	30
2. Accompagnement pédagogique .....	33
a. Réunions de supervision en trinôme .....	33
b. La supervision continue .....	33
c. Aide aux travaux .....	34
3. Autonomie .....	34
a. Consultations .....	34

b. Visites .....	35
<b>4. Relationnel .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Acquisition des compétences .....</b>	<b>36</b>
a. Les différents domaines de compétences .....	36
b. Prêts à remplacer.....	38
<b>6. En résumé .....</b>	<b>38</b>
a. Influence du stage sur le choix de carrière .....	38
b. Satisfaction globale vis-à-vis du stage.....	39
<b>C. Forces et Limites de l'étude .....</b>	<b>39</b>
<b>1. Forces de l'étude :</b> .....	<b>39</b>
a. Période de recrutement .....	39
b. Effectif final .....	40
c. L'anonymat.....	40
d. La diversité des questions.....	40
e. Intérêt du sujet .....	40
<b>2. Limites et biais de l'étude :</b> .....	<b>40</b>
a. Biais d'information .....	40
b. Biais de confusion.....	41
c. Limites d'interprétation des résultats.....	41
<b>D. Réformes à venir et comparaison avec les pays européens .....</b>	<b>41</b>
<b>1. Les réformes concernant la formation .....</b>	<b>41</b>
a. L'externat .....	42
b. L'internat .....	42
<b>2. Comparaison avec l'étranger .....</b>	<b>42</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>43</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe : Questionnaire .....</b>	<b>49</b>
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>56</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>57</b>

## Liste des abréviations

A.R.S. : Agences Régionales de Santé

B.C.G. : Bacille de Calmette et Guérin

C.A.G.E. : Collège Azuréens des Généralistes Enseignants

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.N.G.E. : Collège National des Généralistes Enseignants

D.E.R.M.G. : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

D.E.S. : Diplôme d'Etudes Spécialisées

D.E.S.C. : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire

D.M.G. : Département de Médecine Générale

E.C.G. : Electrocardiogramme

F.C.V. : Frottis cervico-vaginal

F.M.C. : Formation Médicale Continue

I.D.R. : Intradermoréaction

I.M. : Intramusculaire

I.M.G. : Interne de Médecine Générale

I.S.N.A.R.-I.M.G. : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

M.G. : Médecin généraliste

M.S.U. : Maître de Stage Universitaire

O.R.S P.A.C.A – S.E.S.T.I.M. : Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur – Sciences Economiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale

P.M.I. : Protection Maternelle Infantile

S.A.S.P.A.S. : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

U.F.R. : Unité de Formation et de Recherche

W.O.N.C.A. : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# Introduction

## **A. Contexte**

Le stage chez le praticien a été proposé dès 1974 par la Commission Fougères dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales (1).

En 1997, deux décrets rendent obligatoire un stage de 6 mois auprès de praticiens généralistes agréés (2)(3).

Le Comité National d'Évaluation de l'enseignement supérieur publie des recommandations en 1998 sur la formation des futurs généralistes (4). Il insiste notamment sur la nécessité de sensibiliser les étudiants à la médecine générale tout au long des études médicales.

En 2001, les modalités du troisième cycle de médecine générale évoluent pour laisser place à une formation répartie sur 3 ans. Ces 3 années d'internat seront dès lors découpées en 6 semestres (5)(6). Un de ces semestres devra être effectué auprès d'un ou plusieurs praticiens de médecine générale agréés par la Faculté.

Le diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale est officiellement mis en place depuis le 22 sept 2004. Dès lors la médecine générale compte parmi la liste des spécialités médicales (7).

Le troisième cycle de médecine générale est organisé en 2 pôles : l'enseignement facultaire et les stages.

## **B. Importance du stage chez le praticien**

Actuellement, la formation pratique des Internes de Médecine Générale (IMG) se déroule en grande majorité en milieu hospitalier. Conformément au décret du 16 janvier 2004 (8) et à l'arrêté du 22 septembre 2004 (7), revu par l'arrêté du 10 août 2010 (9), la maquette impose (9) :

- 4 stages obligatoires : la médecine polyvalente, les urgences, la gynécologie et/ou pédiatrie et le stage chez le praticien (stage ambulatoire de niveau 1). Ils sont effectués uniquement dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale.
- 2 stages libres : ils se déroulent obligatoirement dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale, sauf dérogation, soit en milieu ambulatoire (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)) soit en milieu hospitalier.

Un de ces stages devra avoir lieu en CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

La formation de l'interne en ambulatoire est assez réduite car il n'existe qu'un seul stage obligatoire en cabinet de ville.

Ainsi, la majorité des internes de médecine générale ne passe que 17 % du temps de son internat à se former sur le terrain de sa future pratique. En effet une partie de la promotion aura la chance d'effectuer un deuxième stage en cabinet de ville grâce au SASPAS (environ 30 % des internes) et en stage de Protection Maternelle et Infantile (PMI, environ 5 %).

La Médecine Générale est la seule spécialité à n'avoir qu'un seul semestre obligatoire dans sa spécialité au cours de la formation.

Pourtant plus de 80% des IMG souhaitent exercer leur future profession en cabinet de ville (10).

Au total, la majorité des étudiants ne feront qu'un seul stage en soin primaire. Il est donc primordial que ce stage réponde aux attentes des internes et aux critères pédagogiques. C'est dans ce contexte qu'il paraît important d'évaluer ce stage pour l'optimiser afin que la formation de l'interne soit la meilleure possible.

Le but ultime d'optimiser cette formation est d'apporter les compétences nécessaires aux futurs professionnels de santé afin de progresser dans la qualité des soins délivrés aux patients et à terme d'améliorer la santé de la population.

### **C. Modalités pratiques à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Nice** (11)

Dans notre UFR le stage chez le praticien peut être accompli lors du 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème semestre.

Il s'effectue auprès de 2 Maîtres de Stage Universitaires (MSU) différents dont l'un assume la coordination de l'unité pédagogique (2 MSU et 1 interne).

Il se déroule en 3 phases:

- une phase d'observation,
- une phase active en supervision directe, où le maître de stage doit être présent lors de la consultation,
- une phase d'autonomie en supervision indirecte, où le maître de stage doit rester joignable et se rendre sur place en cas de besoin.

L'interne doit accomplir 8 demi-journées par semaine au cabinet médical (12), dont 2 demi-journées de stage qui pourront se faire en dehors du cabinet. Elles seront organisées par le MSU dans des structures de soins ou chez des correspondants médicaux ou paramédicaux. A défaut elles se feront au cabinet.

Deux autres demi-journées sont consacrées à l'enseignement facultaire. La demi-journée de formation auprès du praticien est en moyenne de 3h30.

L'unité pédagogique doit se réunir idéalement en début, milieu et fin de stage pour s'assurer du bon déroulement du stage, il s'agit des réunions dites en trinôme.

L'objectif de ce stage est, comme le rappelle la commission de Maitrise de Stage du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) (11), « de permettre à l'interne de mettre en œuvre ses capacités en situation réelle pour acquérir ou développer les compétences nécessaires à l'exercice de son métier. Cette compétence professionnelle se définit par la capacité d'un individu à résoudre efficacement les divers problèmes qui se présentent dans son champ d'activité. Au terme du stage, l'interne doit être capable d'exercer la médecine générale de façon autonome ».

## **D. Objectifs**

L'objectif principal de cette thèse était de décrire le déroulement du stage et de connaître le point de vue des internes niçois quant à leur formation et leurs compétences acquises lors du stage chez le praticien.

L'objectif secondaire était d'émettre des propositions afin d'optimiser ce stage et donc la formation de l'interne dans sa globalité.

# Méthode

## **A. Le schéma d'étude**

Cette thèse se basait sur une enquête transversale rétrospective, à visée descriptive et analytique. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire transmis aux internes par e-mail entre Décembre 2015 et Mars 2016. Ce questionnaire permettait le recueil de données quantitatives, associées pour certains items à des données qualitatives.

## **B. La population cible**

Nous avons décidé d'interroger les internes ayant effectué leur stage chez le praticien durant les 3 semestres précédant le début de l'enquête, soit :

- de mai 2014 à octobre 2014,
- de novembre 2014 à avril 2015,
- de mai 2015 à octobre 2015.

L'inclusion était exhaustive et il n'existait pas de critère d'exclusion.

Une phase de test avait été effectuée au préalable en soumettant le questionnaire à 3 internes témoins ne faisant pas partie de la population de l'étude.

## **C. Le questionnaire**

### **1. Construction**

Le questionnaire (Annexe) comprenait 23 items répartis en 6 chapitres:

- organisation du stage,
- accompagnement pédagogique,
- relationnel,
- autonomie,
- acquisition des compétences,
- résumé

Il fut élaboré en s'aidant de plusieurs sources. Une des principales sources était le livret du maître de stage réalisé par le DERMG, qui était délivré à chaque interne de manière systématique avant le début du stage chez le praticien. Une autre source était un questionnaire d'évaluation du stage chez le praticien, élaboré par les internes niçois, utilisé pour le choix de leur terrain de stage. Cependant, les réponses à ce questionnaire n'étaient transmises qu'aux internes eux-mêmes et non aux maîtres de stages concernés, ce qui ne permettait pas de faire évoluer les problématiques quelquefois rencontrées. Nous nous sommes également inspirés des travaux de thèses réalisés sur le même thème dans les facultés de Lille (13), Paris (14), Créteil (15), Grenoble (16) et Toulouse (17), ainsi que sur une étude réalisée en 2013 par

l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) (10).

Nous avons fait le choix de ne pas utiliser la seule grille d'évaluation validée concernant notre sujet, appelée grille Bordage (18), car notre but n'était pas d'évaluer seulement le maître de stage, mais plutôt le stage dans sa globalité.

Dans le questionnaire, l'évaluation des maîtres de stages universitaires était séparée en MSU1 et MSU2 afin d'identifier les évaluations de chaque praticien pour réaliser dans un second temps des analyses de corrélation.

Les réponses aux questions ouvertes n'ont pas fait l'objet de calcul statistique.

## **2. Les échelles**

Nous avons fait le choix d'utiliser comme échelle un modèle de Likert.

Pour certaines questions cette échelle comprenait une échelle numérique couplée à une échelle sémantique pour faciliter la compréhension. L'échelle de mesure était paire afin d'inciter l'interne à se positionner.

Pour la question sur la satisfaction globale, nous avons préféré utiliser une échelle numérique pour avoir une amplitude importante des résultats et être le plus discriminant possible, avec en aide aux deux extrémités une échelle sémantique pour diminuer le risque d'inversion.

## **3. L'anonymat**

Les évaluations des 2 MSU étaient séparées, l'anonymat était cependant respecté.

Pour cela, des consignes de remplissage étaient données en début du questionnaire.

L'adresse email des internes était demandée à la fin de chaque questionnaire afin d'éviter les doublons mais également de pouvoir effectuer des relances aux non répondants uniquement.

## **4. Recueil et analyses des données**

Le questionnaire fut envoyé par e-mail en décembre 2015 à tous les internes concernés, à l'aide du logiciel Google Form. Afin d'augmenter le nombre de réponses, huit relances ont dû être effectuées par e-mail, appels téléphoniques et SMS jusqu'à mars 2016.

Les données ont ensuite été recueillies à l'aide d'un tableau Excel®.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel XLSTAT pour Excel (Version 2016.02.27942) et validées par un statisticien professionnel.

Les comparaisons de moyennes étaient effectuées par test de Student et les corrélations étaient calculées par test de  $\chi^2$  pour les variables quantitatives ou test de Fisher pour les

variables qualitatives et les faibles effectifs. L'intervalle de confiance était fixé à 95% (risque  $\alpha$  à 5%).

Les commentaires libres ont été utilisés à titre indicatif pour compléter les résultats quantitatifs. Ils n'ont pas fait l'objet de calcul statistique ni d'étude qualitative.

Par ailleurs nous avons demandé aux internes d'estimer leur niveau de progression dans un certains nombres de domaines de compétences. Nous avons ensuite recalculé un score de progression moyenne, par retranscription des notes dans chaque compétence sur une échelle de 1 à 4 en éliminant les réponses « Déjà acquise avant le stage ». Ainsi pour chaque terrain de stage, la mention « très insatisfait » correspondait à la note 1, la mention « plutôt insatisfait » correspondait à la note 2, la mention « plutôt satisfait » à 3 et la mention « très satisfait » correspondait à 4. Un score moyen de progression par terrain de stage était ensuite calculé en faisant la moyenne des ces notes.

Le but était de connaître la progression globale de l'interne dans le stage afin d'en tirer des corrélations pertinentes.

# Résultats

Sur les 124 internes inclus dans l'étude, 121 ont répondu. Le taux de participation s'élève à 97,6%. Au total 242 terrains de stages, définis par le stage d'1 interne auprès d'1 MSU, ont été évalués.

Les évaluations ont ainsi porté sur 110 MSU différents : 25 MSU ont été évalués une seule fois, 31 MSU ont été évalués 2 fois et 54 MSU ont été évalués 3 fois.

Pour une facilité de compréhension nous avons fait le choix d'exposer les résultats selon l'ordre du questionnaire.

## A. Organisation du stage

- **Q1- En quel semestre avez-vous effectué le stage chez le praticien?**

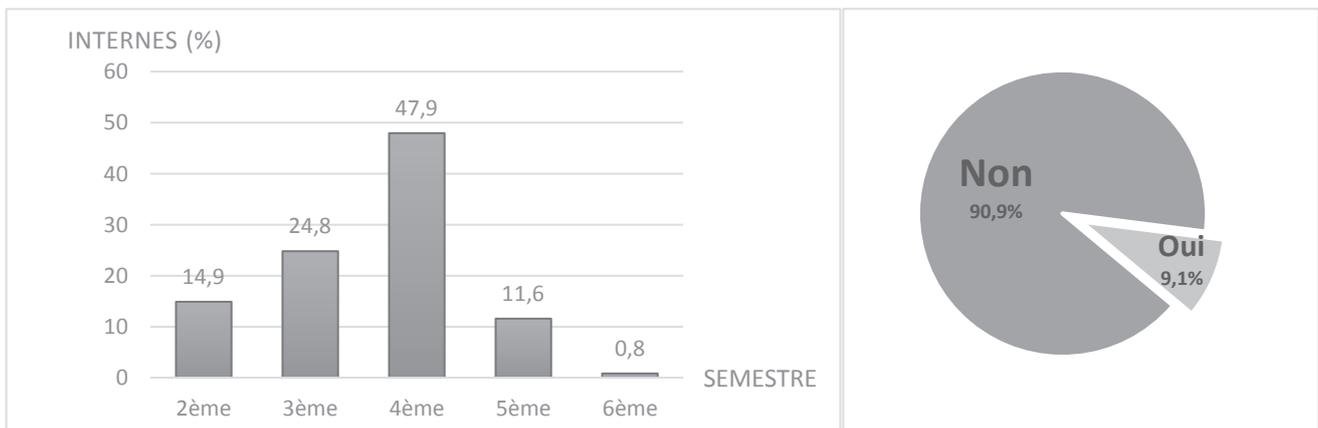


Figure 1 : Semestre durant lequel l'interne a réalisé son stage chez le praticien

Figure 2 : Les internes auraient-ils préféré réaliser ce stage lors d'un autre semestre ?

- **Q1bis- Auriez-vous préféré réaliser ce stage lors d'un autre semestre ?**

Sur les 10 internes (9,1%) ayant regretté le moment où ils ont effectué ce stage, 7 apportaient une précision :

- 5 d'entre eux auraient préféré faire ce stage plus tôt en 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre pour avoir notamment "un aperçu de la médecine générale plus tôt".
- Deux regrettaient l'avoir fait trop tôt lors du 2<sup>ème</sup> semestre.

- **Q2- Lieux de stage:**

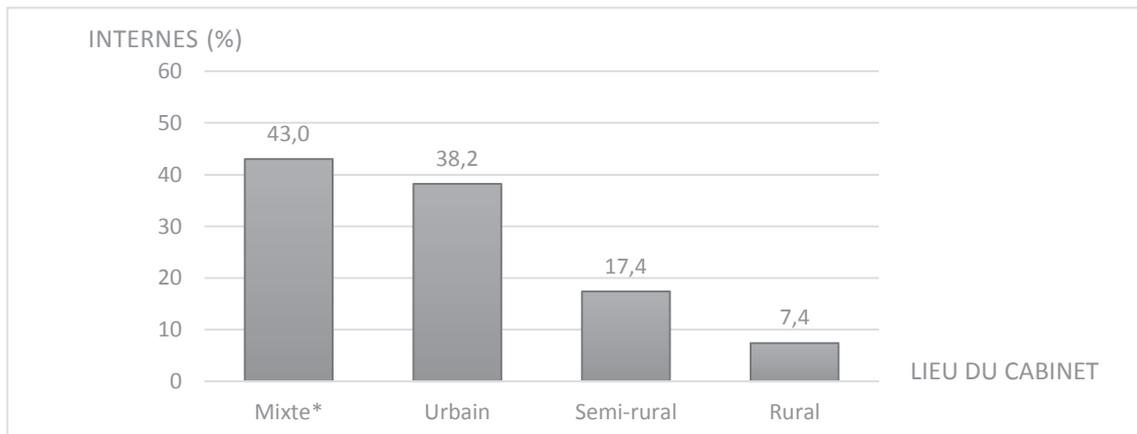


Figure 3 : Caractéristiques géographiques des cabinets où les internes ont réalisé leur stage

\*Mixte : stage dans deux milieux différents (soit urbain et semi-rural, urbain et rural ou semi-rural et rural)

- **Q3- Organisation entre les maitres de stage:**

71,1% des internes devaient réaliser des semaines ou mois complets en alternance chez leurs différents MSU. 28,9% des internes partageaient leur semaine entre les 2 MSU.

	Niveau d'autonomie	
	Léger ou modéré	Plutôt ou très important
Semaines Partagées	30	40
Semaines ou mois en alternance	96	76

Tableau 1 : Répartition des terrains de stage en fonction de l'emploi du temps et du niveau d'autonomie

Il n'existait pas de corrélation significative entre le niveau d'autonomie et l'emploi du temps ( $p=0,067$ ).

- **Q4- Nombre de demi-journées par semaine:**

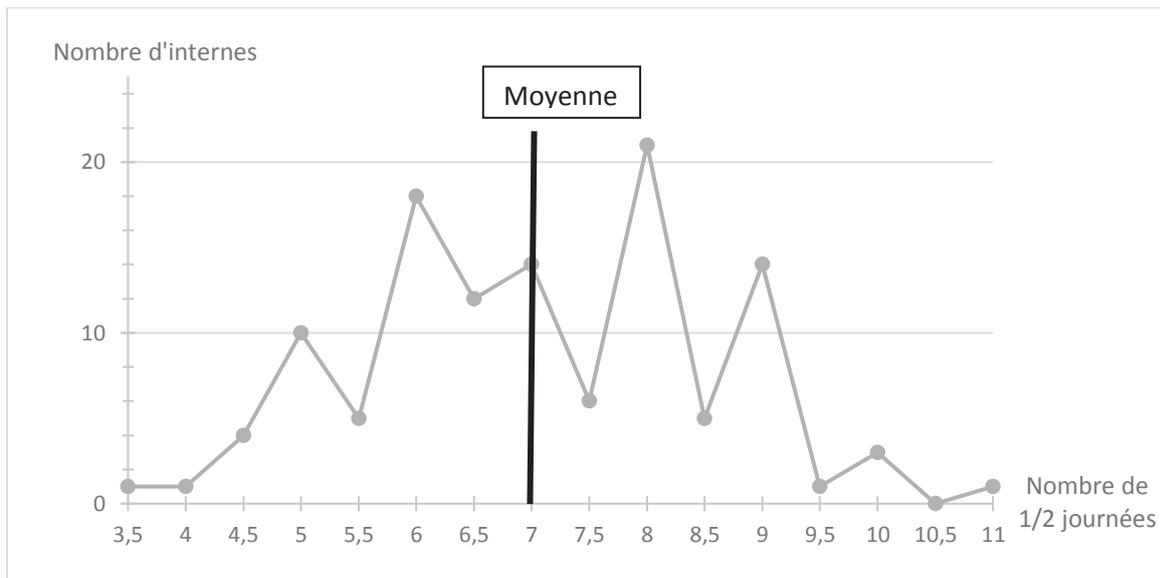


Figure 4 : Nombre moyen de demi-journées effectuées par semaine au cabinet par les internes

Les moitiés de demi-journées s'expliquent par l'addition des demi-journées pour obtenir une moyenne, concernant les internes effectuant des semaines en alternance. Exemple : un interne qui effectue 7 demi-journées chez son MSU 1 et 10 demi-journées chez son MSU 2 aura réalisé en moyenne durant son stage 8,5 demi-journées par semaine.

	Oui nb(%)	Non nb(%)
• <b>Q5- Vos MSU ont-ils une activité spécifique à laquelle vous avez pu assister ? (n=121)</b>	75 (62%)	46 (38%)
• <b>Q6- En dehors des consultations, avez-vous eu l'occasion d'assister à d'autres pratiques ? (n=121)</b>	80 (66,1%)	41 (33,9%)
• <b>Q7- Avez-vous eu l'occasion de réaliser des gestes ? (n=120)</b>	120 (100%)	0 (0%)
• <b>Q7bis- Auriez-vous aimé en réaliser davantage ? (n=121)</b>	68 (56,2%)	53 (43,8%)

Parmi les activités spécifiques du MSU auxquelles les internes ont pu assister, les plus fréquemment retrouvées étaient la médecine du sport, l'homéopathie, la gynécologie, l'expertise médicale, la mésothérapie et une activité de médecin coordinateur.

Les pratiques spécialisées auxquelles les internes ont le plus fréquemment assisté étaient les groupes de pairs, les Formations Médicales Continues (FMC), la cardiologie et la dermatologie.

La totalité des internes a été amené à réaliser des gestes techniques durant leur stage. La répartition et type de gestes sont décrits dans la figure ci-dessous.

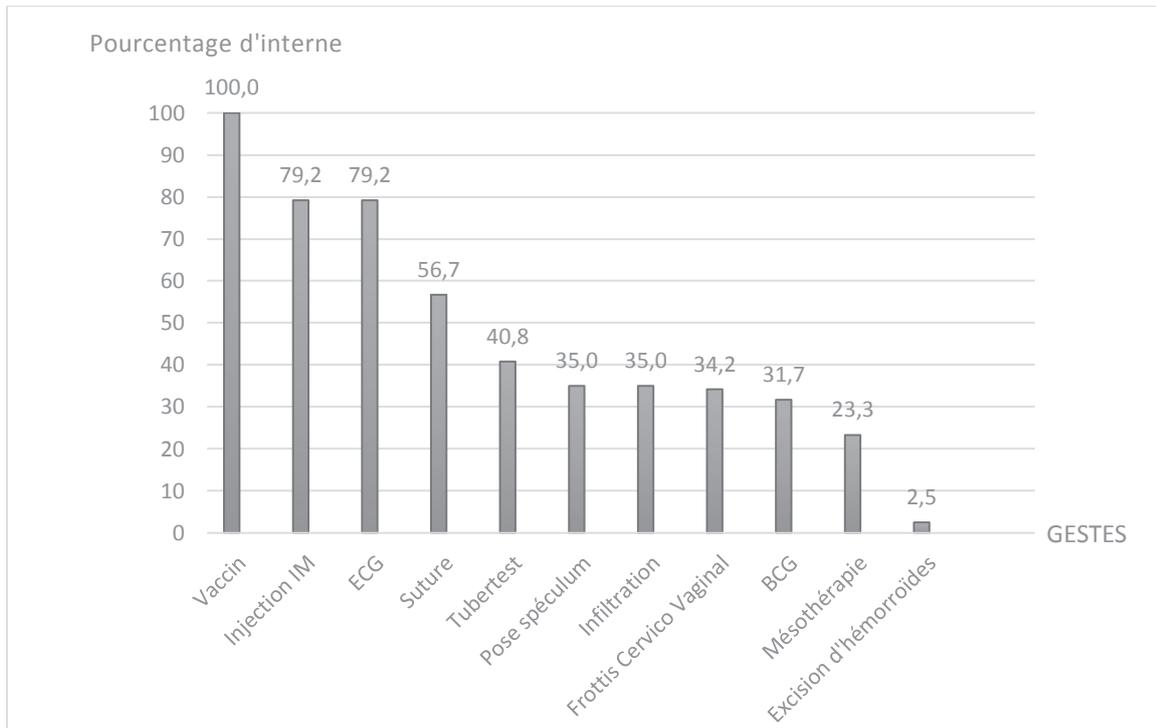


Figure 5 : Gestes réalisés par les internes au cours du stage. Injection IM : Intramusculaire ; ECG : Électrocardiogramme ; BCG : Bacille de Calmette et Guérin

16,6% des internes ont réalisé d'autres gestes parmi lesquels on peut citer la pose d'une voie veineuse périphérique, l'ablation de bouchons, la mise d'une attelle plâtrée, le retrait de kystes etc... Quatre internes n'ont réalisé aucun geste chez un de leur 2 MSU.

#### **Lien entre variété des gestes effectués et milieu d'exercice du MSU**

Sur les 11 types de gestes techniques proposés dans le questionnaire, les internes en effectuaient en moyenne 4,1 en milieu rural versus 3,5 en milieu urbain. Cette différence n'était pas significative ( $p=0,052$ ).

- **Q8- Votre charge de travail était :**

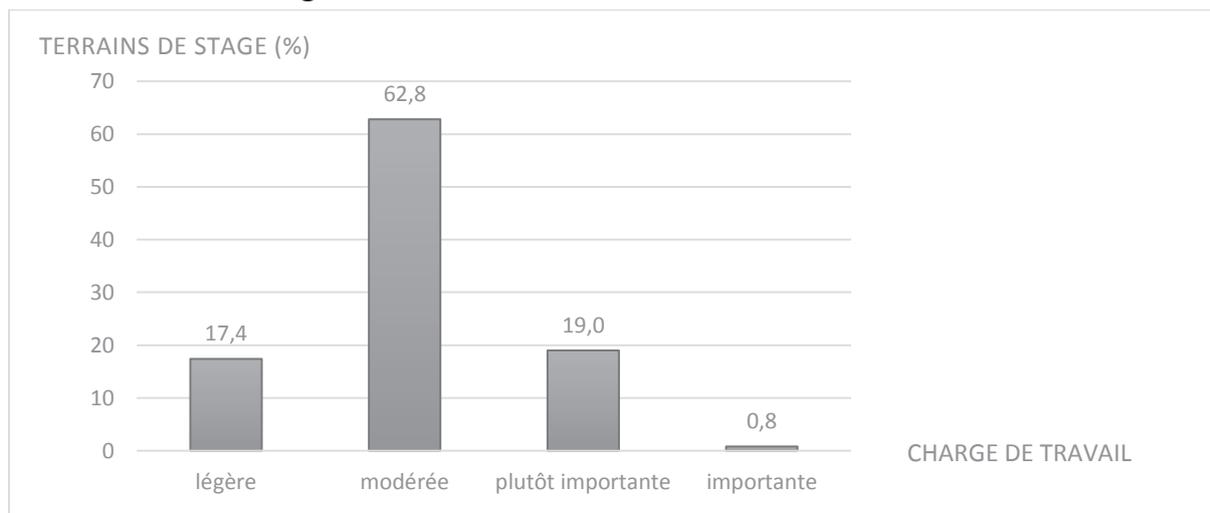


Figure 6 : Evaluation des terrains de stage concernant la charge de travail

	Score moyen de progression (sur 4)
Charge de travail légère ou modérée (n=191)	3,14 +/- 0,70
Charge de travail importante ou très importante (n=48)	3,35 +/- 0,48

Tableau 2 : Corrélation entre charge de travail et progression globale de l'interne dans les différents domaines de compétences

Il n'existait pas de différence significative entre le niveau de progression moyen des internes en fonction de leur charge de travail ( $p=0,059$ )

- **Q9-De manière générale avez-vous été satisfait de l'organisation pratique ?**

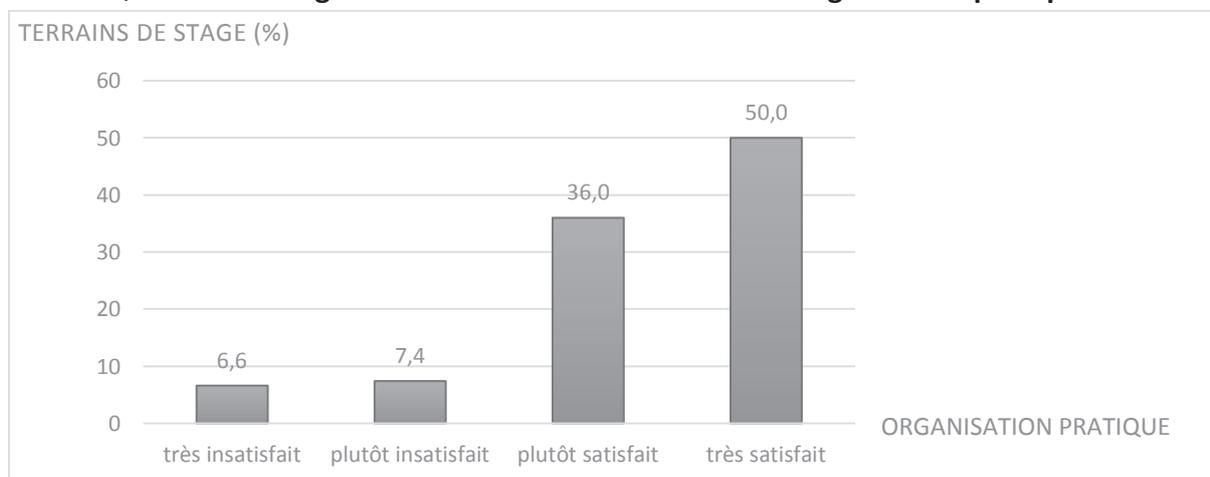


Figure 7 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à l'organisation pratique

## B. Accompagnement pédagogique

	Oui nb(%)	Non nb(%)
• <b>Q10- Avez-vous pu définir avec vos MSU, vos attentes respectives en début de stage?</b> (n=120)	91 (75,8%)	29 (24,2%)
• <b>Q11- Les réunions en trinôme ont-elles été organisées pour évaluer votre progression?</b> (n=121)	40 (33,1%)	81 (66,9%)
• <b>Q12- Avez-vous été aidés par vos MSU pour vos travaux?</b> (n=121)	52 (43%)	69 (57%)

- **Q13-Avez-vous été satisfait de la supervision (débriefing)?**



Figure 8 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la supervision durant le stage

## C. Autonomie

	Oui nb(%)	Non nb(%)
• <b>Q14- Avez-vous réalisé des consultations seul?</b> (n=121)	117 (96,7%)	4 (3,3%)
• <b>Q15- Avez-vous réalisé des visites seul?</b> (n=121)	95 (78,5%)	26 (21,5%)

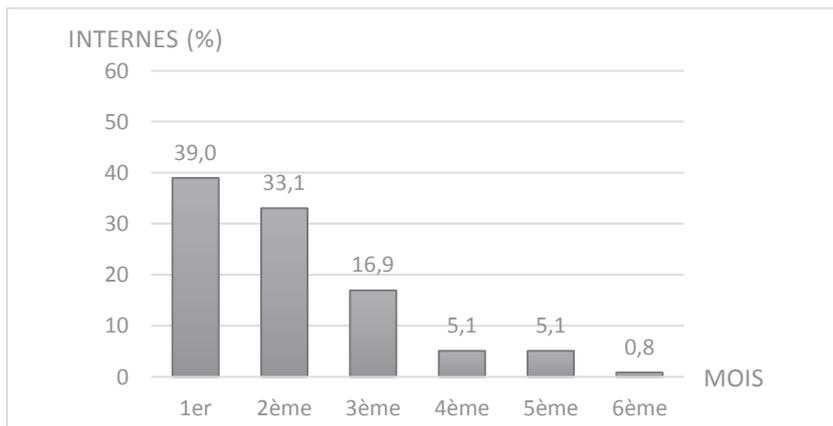


Figure 9 : Mois à partir duquel les internes ont réalisé leur première consultation seul

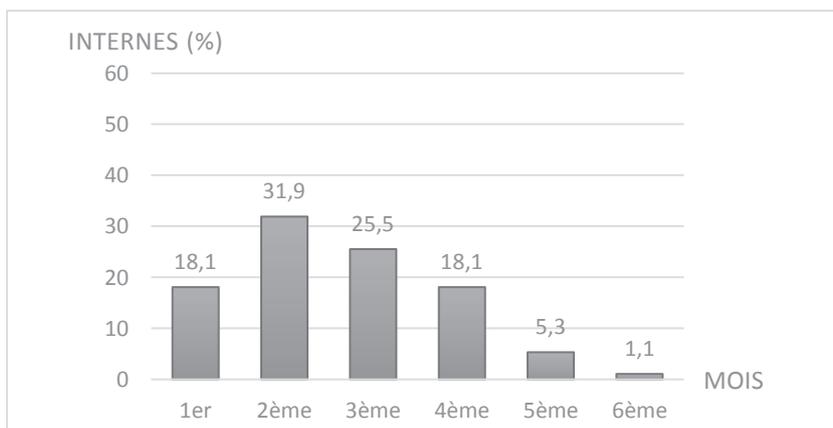


Figure 10 : Mois à partir duquel les internes ont réalisé leur première visite seul

- **Q16- Comment avez-vous estimé votre niveau d'autonomie ?**

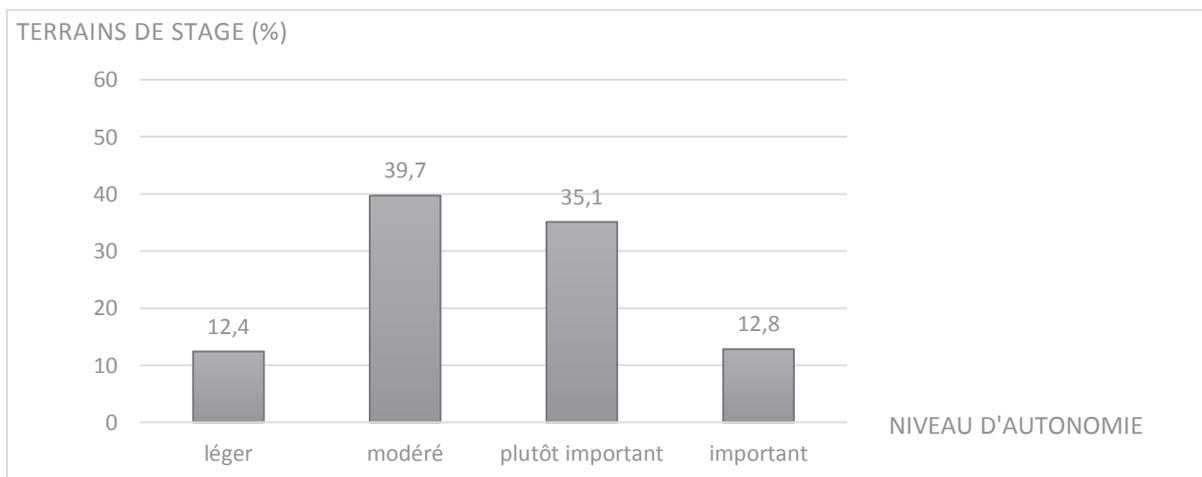


Figure 11 : Evaluation des terrains de stage concernant le niveau d'autonomie

	Score moyen de progression (sur 4)
Autonomie légère ou modérée (n=125)	2,9 +/- 0,7
Autonomie importante ou très importante (n=114)	3,5 +/- 0,6

Tableau 3 : Score moyen de progression des internes en fonction de leur niveau d'autonomie déclaré

Le test comparatif effectué montrait une différence hautement significative ( $p < 0,0001$ ) en termes de progression moyenne en fonction du niveau d'autonomie de l'interne.

- **Q16bis- Etiez-vous satisfait de cette autonomie?**

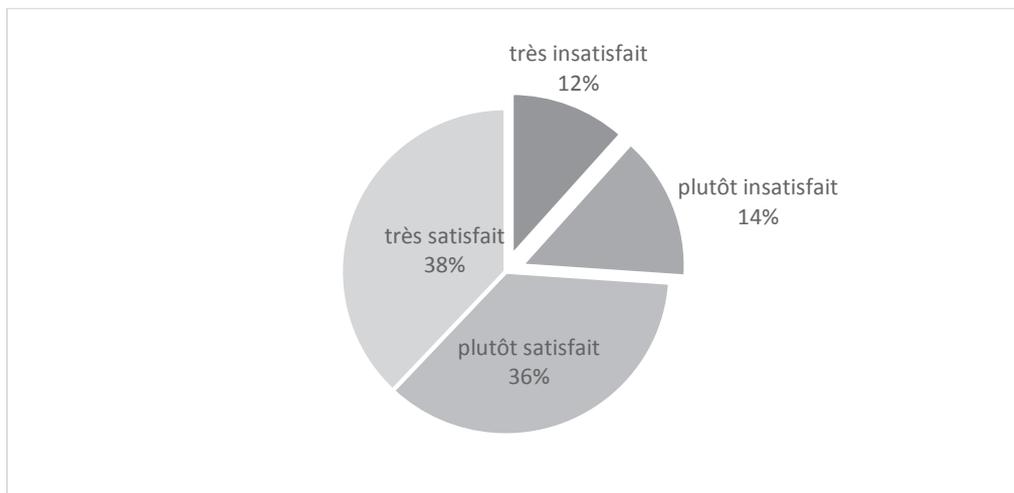


Figure 12 : Satisfaction des internes quant à leur niveau d'autonomie

		Niveau d'autonomie			
		Léger	Modéré	Plutôt important	Très important
Satisfaction quant à l'autonomie	Très insatisfait	19	7	1	1
	Plutôt insatisfait	10	23	2	0
	Plutôt satisfait	1	49	34	3
	Très satisfait	0	17	48	27

Tableau 4 : Corrélation entre le niveau d'autonomie et la satisfaction de l'interne quant à son autonomie (en nombre d'internes)

L'analyse effectuée montrait un lien très significatif entre le niveau d'autonomie de l'interne et sa satisfaction quant à l'autonomie ( $p < 0,0001$ ).

## D. Relationnel

- Q17- La relation avec vos MSU était plutôt :

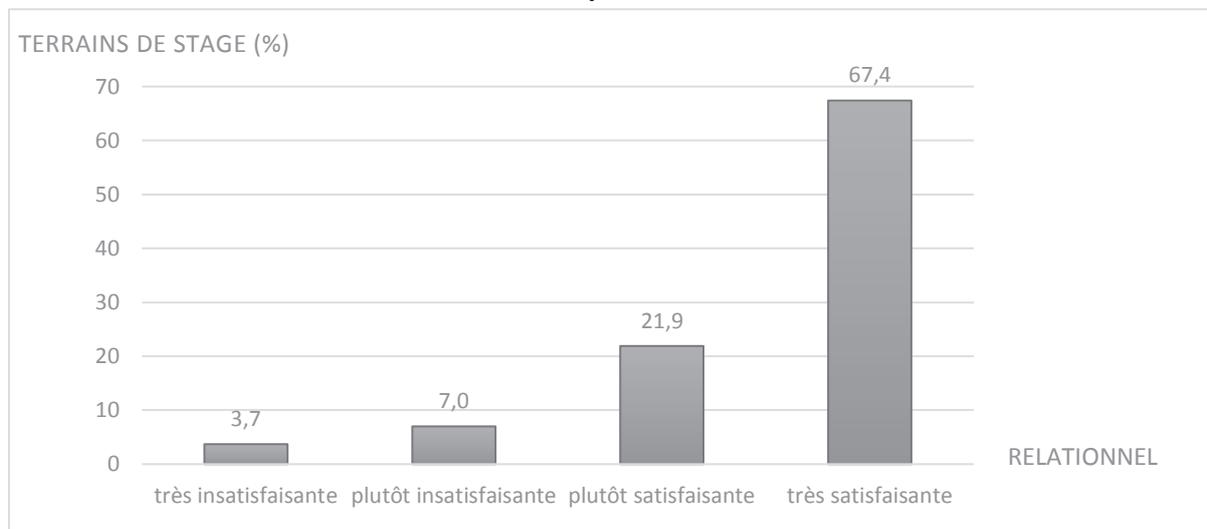


Figure 13 : Satisfaction concernant les terrains de stage, quant à la relation entre le MSU et l'interne

	Note moyenne de satisfaction globale accordée au stage (sur 10)
Relation plutôt ou très satisfaisante (n=216)	8 +/- 1,9
Relation plutôt ou très insatisfaisante (n=26)	3 +/- 1,5

Tableau 5 : Note moyenne accordée au terrain de stage en fonction de la qualité de la relation entre l'interne et le MSU, selon l'interne

Le test comparatif effectué montrait une différence hautement significative ( $p < 0,0001$ ) entre les notes de satisfaction globale du stage en fonction de la relation avec le MSU.

## E. Acquisition des compétences

- Q18- A la fin de votre stage chez le MSU 1 et MSU 2, comment estimiez-vous votre progression dans chacun de ces domaines de compétences ?

### Pratique clinique / prescription

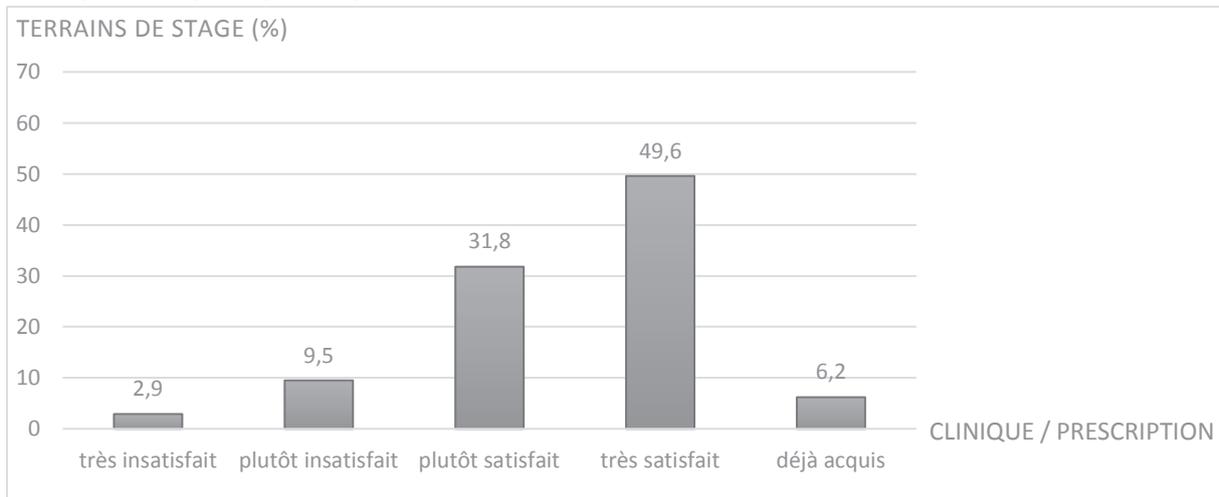


Figure 14: Satisfaction concernant les terrains stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences cliniques et de prescriptions

### Gestion de l'urgence

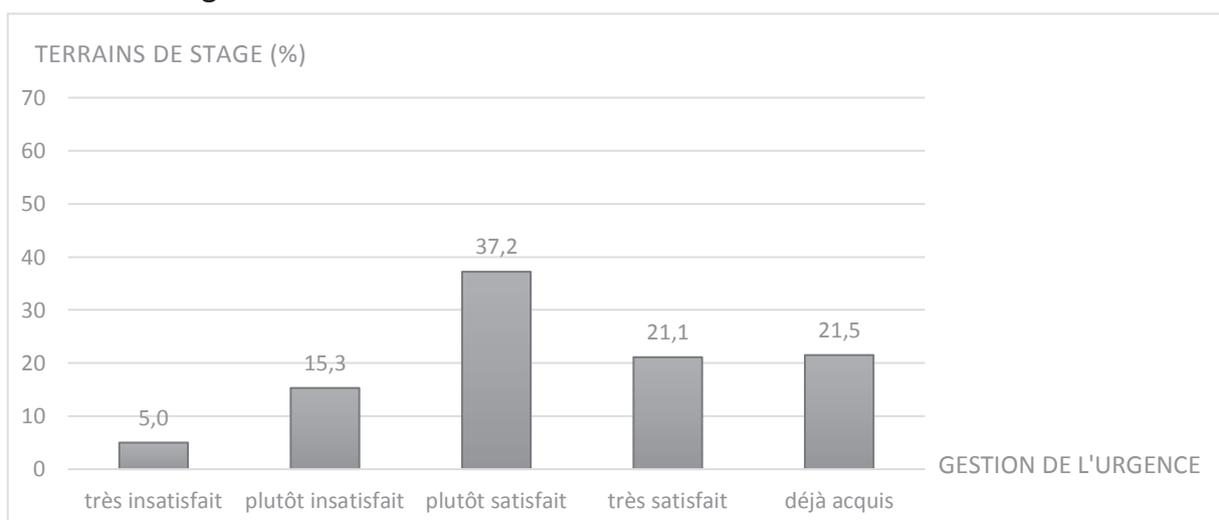


Figure 15: Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences dans la gestion de l'urgence

### Relationnel/communication

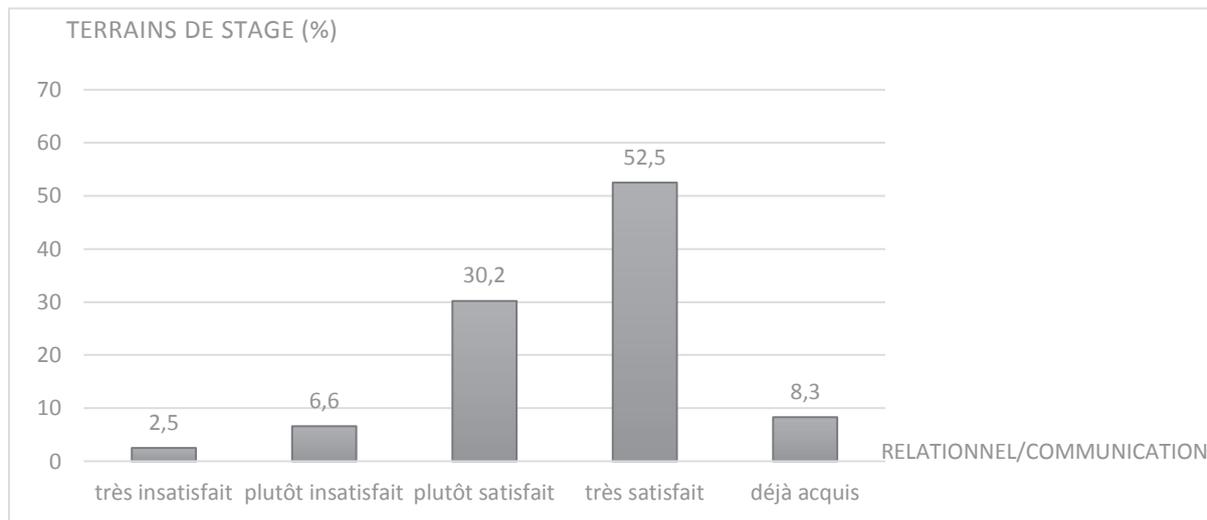


Figure 16 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences dans le domaine relationnel et de la communication

### Coordination des soins

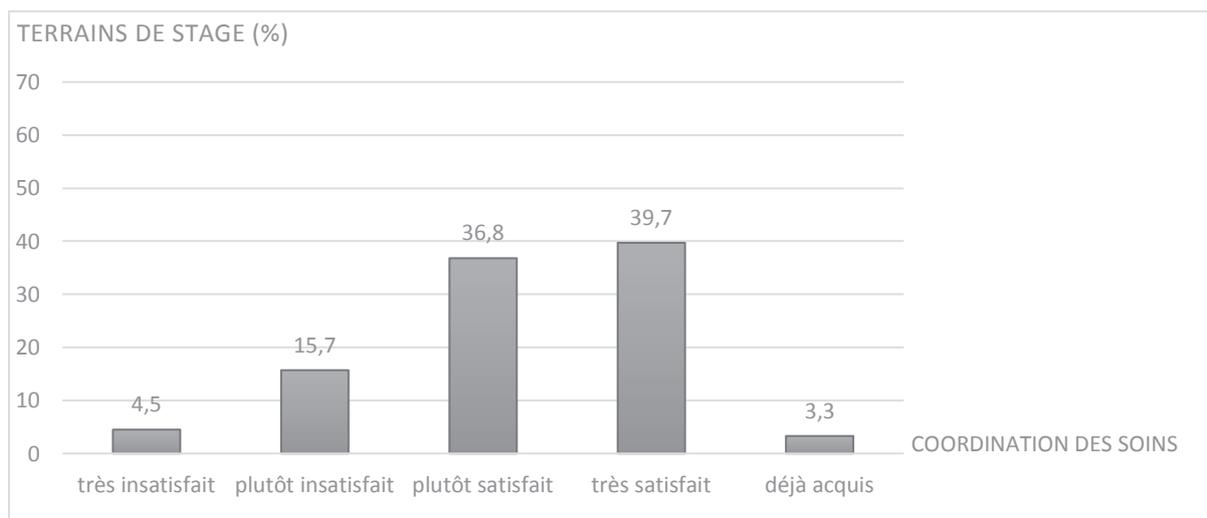


Figure 17 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences dans la coordination des soins

## Education/ prévention

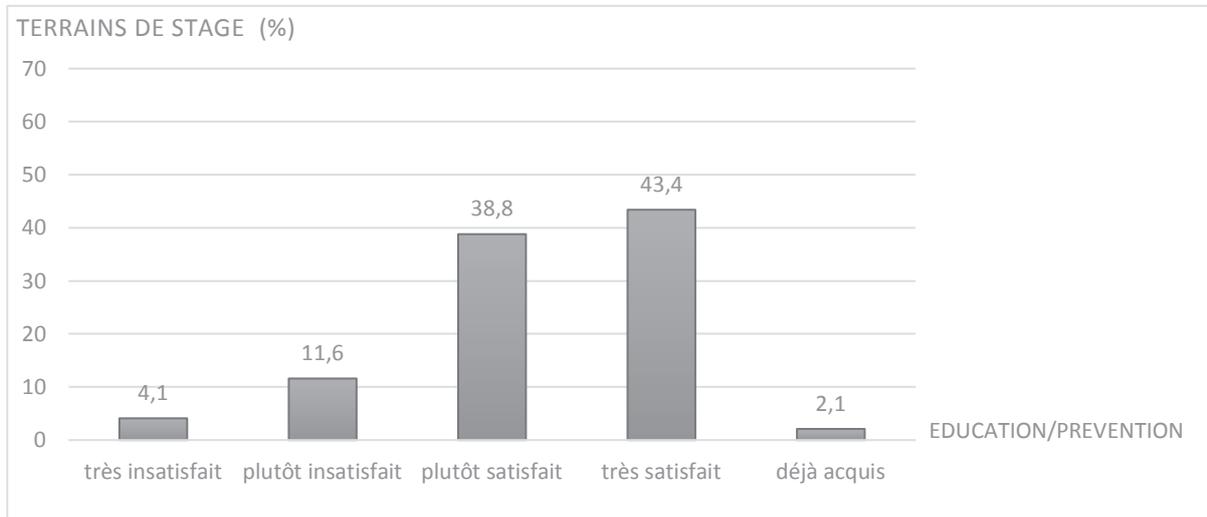


Figure 18 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences dans l'éducation thérapeutique et la prévention.

## Administratif/ Formulaires

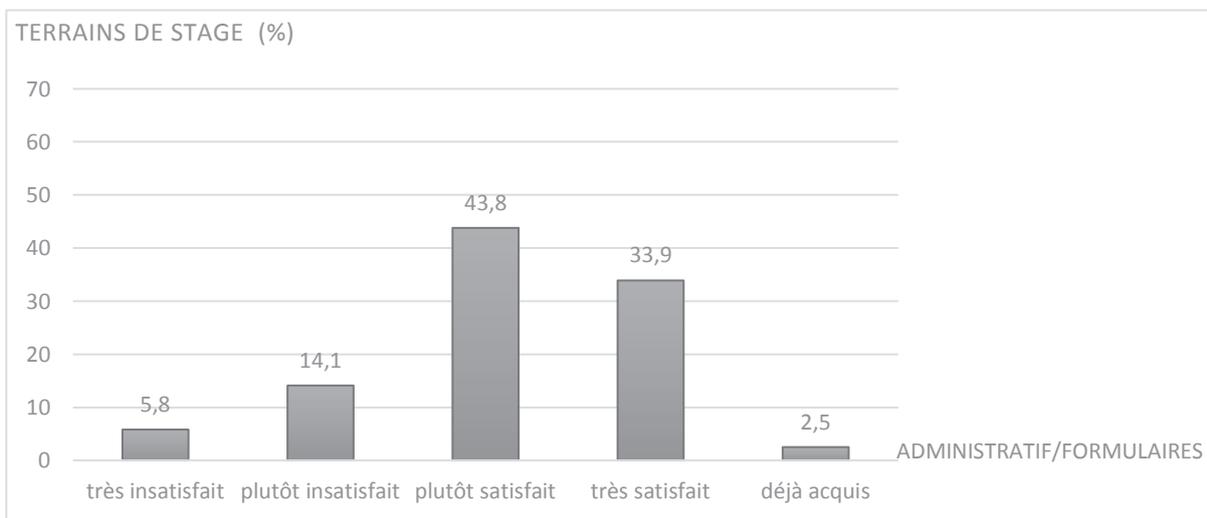


Figure 19 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences administratives et la prescription de formulaires

## Gestion du cabinet

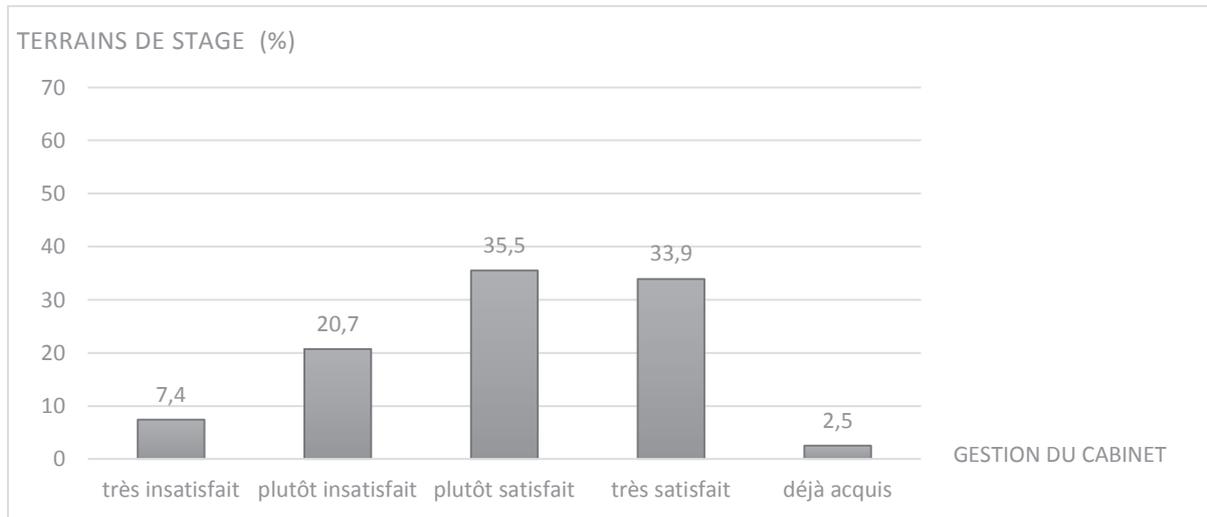


Figure 20 : Satisfaction concernant les terrains de stage quant à la progression de l'interne en termes de compétences dans la gestion du cabinet

## Résumé de la progression dans chacun des domaines de compétences

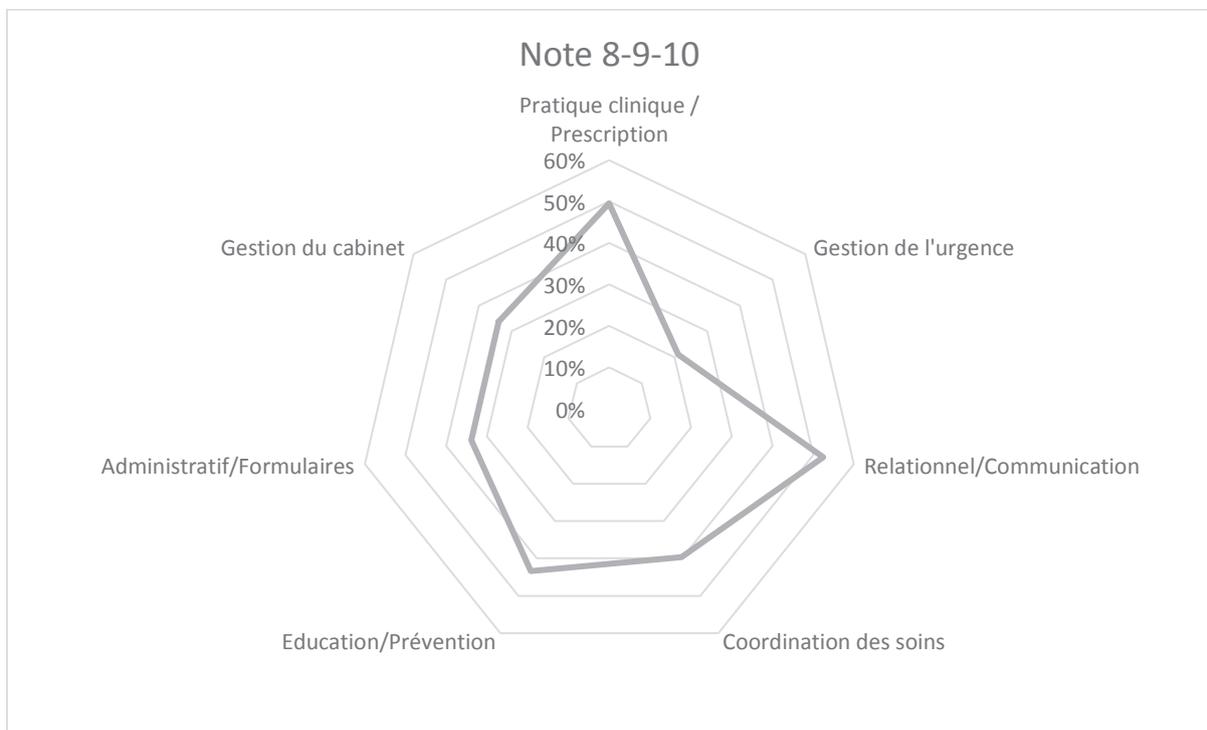


Figure 21 : Pourcentage des terrains de stage ayant obtenu la note « 8-9-10 » (évalués comme très satisfaisants), en fonction des domaines de compétences

### Calcul de la progression moyenne par terrain de stage.

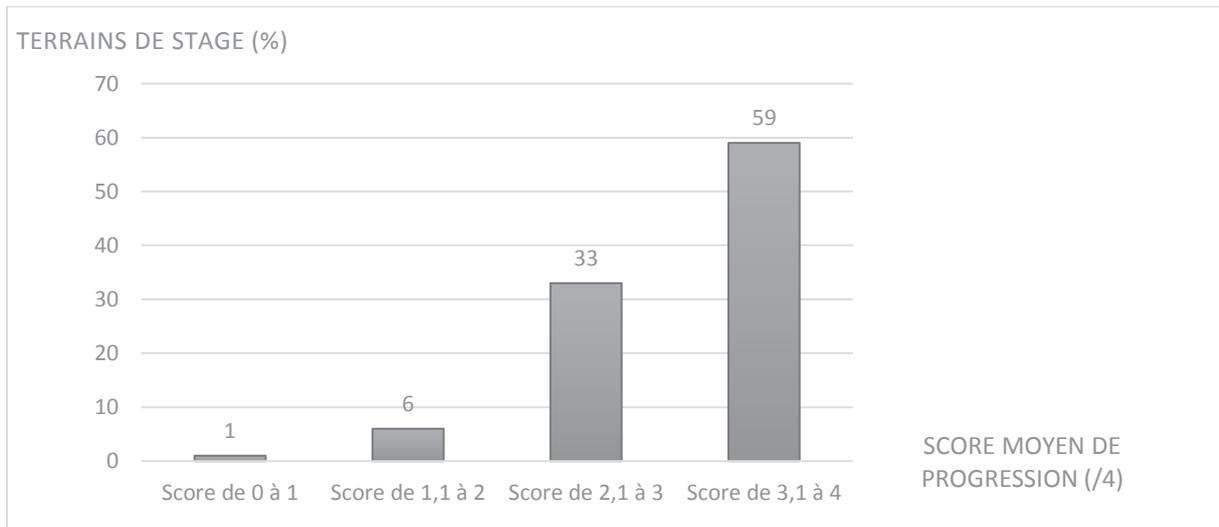


Figure 22 : Score de progression globale dans les différents domaines de compétences, par terrain de stage

- **Q19- A la fin du stage, vous sentiez-vous capable d'effectuer un remplacement en médecine générale ?**

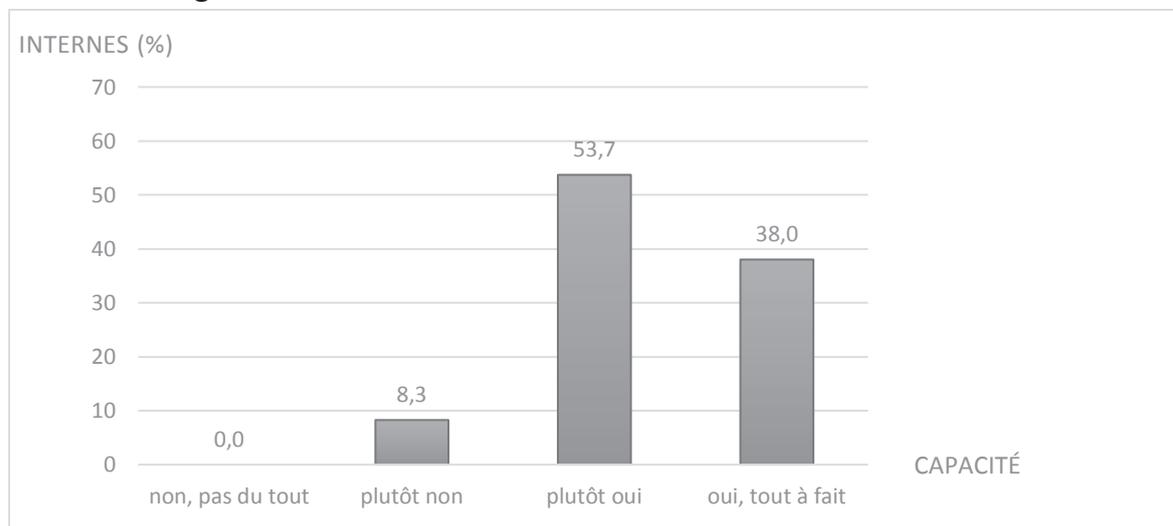


Figure 23 : Capacité ressentie à effectuer un remplacement de médecine générale à l'issue du stage

	2 <sup>ème</sup> semestre	3 <sup>ème</sup> semestre	4 <sup>ème</sup> semestre	5 <sup>ème</sup> semestre	6 <sup>ème</sup> semestre
Non, pas du tout	0	0	0	0	0
Plutôt non	2	2	3	3	0
Plutôt oui	9	22	25	8	1
Oui, tout à fait	7	6	30	3	0

Tableau 6 : Capacité ressentie à effectuer un remplacement en fonction du semestre durant lequel l'interne a réalisé le stage (en nombre d'internes)

Le test de corrélation effectué ne montrait pas de lien entre le semestre de réalisation du stage et la capacité ressentie à effectuer des remplacements à l'issue du stage (oui ou non), ( $p=0,275$ ).

## F. En résumé

- Q20- Avant de débiter ce stage :

### *L'Interne de Médecine Générale (IMG) ...*

		Souhaitait devenir MG libéral	Hésitait à devenir MG libéral	Ne souhaitait pas devenir MG libéral
<b>Finalemnt l'IMG...</b>	<b>Veut devenir MG libéral</b>	77 (63,6%)	12 (9,9%)	4 (3,3%)
	<b>Ne veut pas devenir MG libéral</b>	1 (0,8%)	9 (7,4%)	18 (14,9%)

Tableau 7 : Souhait de carrière de l'interne avant de débiter le stage et en fin de stage. MG : Médecin Généraliste.

	2 <sup>ème</sup> semestre	3 <sup>ème</sup> semestre	4 <sup>ème</sup> semestre	5 <sup>ème</sup> semestre	6 <sup>ème</sup> semestre
Vous souhaitez devenir MG	14	21	48	9	1
Vous ne souhaitez pas devenir MG	4	9	10	5	0

Tableau 8 : Lien entre le désir de pratiquer la médecine générale et le semestre durant lequel l'interne a effectué son stage (en nombre d'internes)

Le calcul effectué par la méthode du  $\chi^2$  montrait qu'il n'existait pas de lien significatif entre le moment de réalisation du stage et le désir de carrière de l'interne ( $p=0,48$ ).

- **Q21- Au final, quelle est votre satisfaction globale par rapport à ce stage ?**

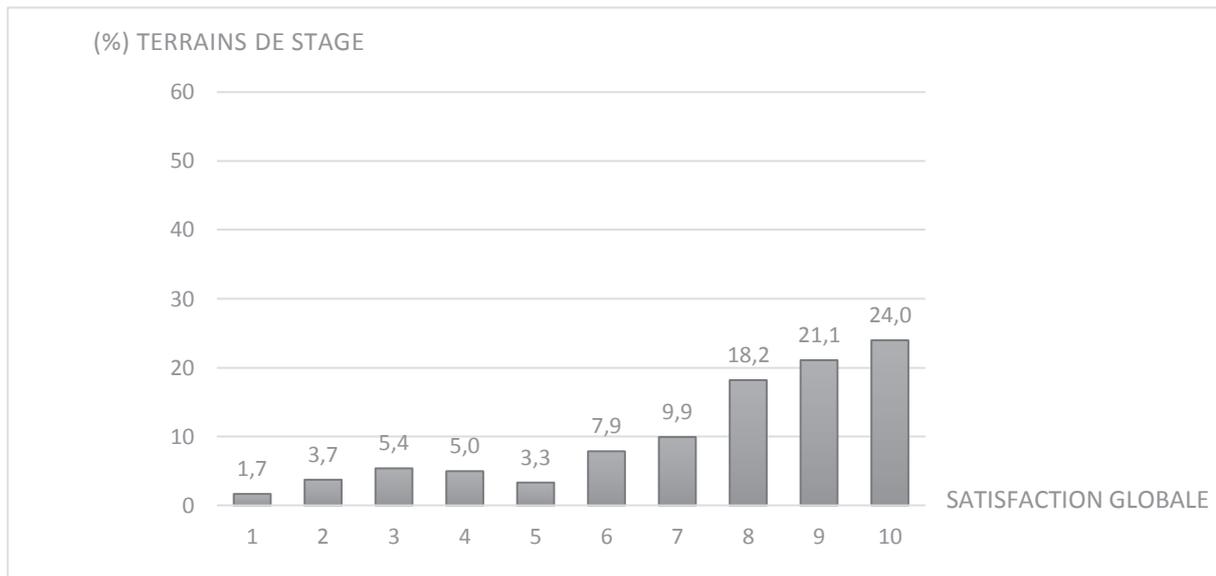


Figure 24 : Satisfaction globale concernant les terrains de stage

La note moyenne attribuée au stage était de 7,5 sur 10 avec une médiane à 8.

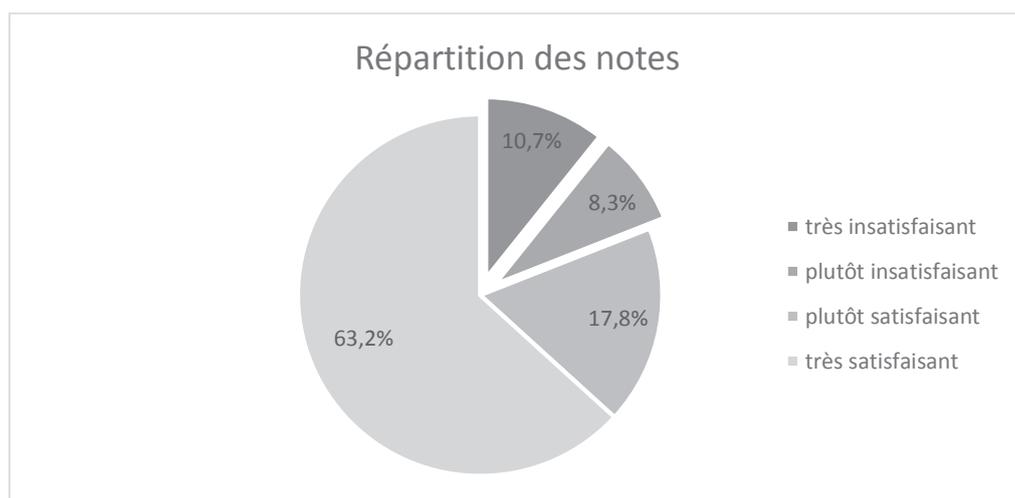


Figure 25 : Répartition des notes des internes en termes de satisfaction globale du stage

# Discussion

## **A. Résultats principaux**

Nos résultats ont permis de mettre en exergue les points positifs du stage chez le praticien de niveau 1. Les internes étaient très satisfaits, notamment concernant leur autonomie. Ils disaient entretenir une bonne relation avec leur MSU et bénéficier d'une supervision satisfaisante. Ainsi, ils se sentaient capables de remplacer en fin de stage.

Concernant les points négatifs, nos résultats ont montré un temps de formation inégal entre les internes. Ils se plaignaient par ailleurs d'un manque de gestes techniques gynécologiques. Du point de vue de l'encadrement pédagogique, les réunions en trinômes n'étaient pas suffisamment réalisées. Enfin la progression dans certains domaines de compétences propres à la médecine générale en cabinet de ville (coordination des soins, gestion d'un cabinet, administratif) semblait insuffisante pour certains internes.

## **B. Analyse détaillée des résultats**

### **1. Organisation du stage**

#### **a. Déroulement pratique**

##### Le semestre

Dans notre étude, 72,7 % des internes ont effectué leur stage durant leur 3ème ou 4ème semestre de DES. Les internes étaient en grande majorité satisfaits de ce choix. Il semblerait que cette deuxième année d'internat soit la plus adaptée pour réaliser ce stage ambulatoire. Dans d'autres facultés, comme à Toulouse (17), il est même obligatoire d'effectuer ce stage durant l'un de ces deux semestres.

L'étude nationale réalisée par l'ISNAR-IMG en 2013 (10) a émis l'hypothèse que l'accès à la médecine libérale devrait être le plus précoce possible dans le cursus. Ceci aurait une incidence sur le choix professionnel de l'interne, entre la médecine de ville ou la réalisation d'un Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire (DESC : Urgence, Gériatrie, Infectiologie...). En effet il semblerait que la proportion de DESC augmente avec le délai de réalisation du stage dans le cursus.

Cette hypothèse n'était pas confirmée dans nos résultats : il n'existait en effet aucun lien entre le désir de l'interne à pratiquer ou non la médecine générale plus tard et le semestre de réalisation du stage ( $p=0,48$  ; tableau 8).

Cependant, à la suite du rapport Couraud (44) de juin 2015, statuant sur des réformes du troisième cycle des études médicales, le CNGE a proposé de réaliser le stage chez le praticien et le stage aux Urgences lors de la première année du DES de médecine générale.

En effet même si dans notre étude nous ne montrons pas de bénéfice à réaliser le stage chez le praticien dès la première année d'internat, il paraît cependant nécessaire que les

étudiants en médecine soient sensibilisés tôt dans leur cursus à la pratique de la médecine générale. Ceci doit d'ailleurs être débuté durant l'externat (4) (19).

Lors de ce deuxième cycle, la majorité des stages est effectuée en secteur hospitalier, alors que presque la moitié des externes (46% en 2015) se destine à une carrière de médecin généraliste de ville (20).

Il existe durant l'externat un seul stage obligatoire de médecine générale permettant aux étudiants de découvrir et de se former à la médecine générale quel que soit leur projet professionnel (21). Ce stage permet d'éclairer le choix des étudiants pour leur future spécialité (16).

Malheureusement ce stage n'est pas effectué par la totalité des étudiants en raison d'un nombre insuffisant de MSU (22). Pour les externes y accédant, beaucoup n'effectueront qu'un stage de « découverte » de seulement quelques jours.

Ceci est en train d'être amélioré grâce à plusieurs mesures mises en œuvre pour augmenter l'effectif des MSU (23).

### L'Emploi du temps

Pour la majorité des internes (71,1%), l'organisation du stage était faite par alternance de semaine ou mois chez chaque MSU. Ce schéma, recommandé par le Livret de l'interne, semble être le plus adapté.

De cette façon l'étudiant a le temps de s'adapter au fonctionnement du praticien, et de s'habituer au déroulement type d'une semaine dans le cabinet. Cela permet notamment à l'interne d'apprécier la diversité des consultations en fonction des différents jours de la semaine (charge de travail plus importante en début de semaine, patientèle différente le mercredi notamment plus de pédiatrie...).

Dans nos résultats, il ne semblait cependant pas exister de lien significatif entre le type d'emploi du temps utilisé et le niveau d'autonomie accordé à l'interne ( $p=0,067$  ; tableau 1).

En moyenne, les internes effectuaient 7 demi-journées de stage par semaine, ce qui était relativement proche des 8 demi-journées recommandées par la réglementation.

Cependant il faut souligner l'important étalement des valeurs en termes de nombre de demi-journées effectuées au cabinet, allant de 3,5 à 11 demi-journées par semaine. 38% des internes ont même effectué moins de 6 demi-journées ( $\leq 6$ ). Il paraît important d'améliorer cet aspect en respectant le nombre de demi-journées pour uniformiser la formation et surtout acquérir les compétences requises. D'ailleurs le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) rappelle aux MSU qu'il est nécessaire de « garantir le temps réglementaire de présence des étudiants et des internes en stage, dans le respect des textes » (chartre du MSU) (24).

L'analyse de ce résultat a nécessité l'exclusion de 3 réponses jugées incohérentes : deux internes ont rapporté avoir effectué 8 demi-journées chez chaque MSU en semaine partagée pour l'un, 8 et 9 demi-journées dans les mêmes conditions pour l'autre, ce qui correspondait

à 16 et 17 demi-journées par semaine. Un autre interne a rapporté avoir effectué 1 demi-journée chez chaque MSU en semaine partagée, correspondant à 2 demi-journées par semaine. Ces valeurs ont été attribuées à une erreur de compréhension de l'énoncé (différenciation entre semaines partagées ou alternées) et n'ont pas été incluses dans l'analyse.

Il est donc légitime de se poser la question sur la validité des autres réponses à cette question.

### La charge de travail

La charge de travail était considérée comme modérée dans 62,8% des terrains de stage.

Dans notre étude, la charge de travail n'était pas corrélée avec le niveau moyen de progression dans toutes les compétences. Il existait cependant une tendance non significative en faveur d'une progression légèrement supérieure chez les internes ayant une charge de travail considérée comme importante ou très importante ( $p=0,059$  ; tableau 2).

### Satisfaction des internes quant à l'organisation pratique du stage

86% des internes étaient globalement satisfaits de l'organisation pratique du stage (36% plutôt satisfaits, 50% très satisfaits).

Les commentaires libres (14 au total) des internes insatisfaits traduisent des problématiques que l'on pourrait regrouper en quatre catégories. Certains internes soulignent une mauvaise organisation du cabinet d'un point de vue logistique : « pas de logiciel informatique », « consultations en autonomie se déroulaient dans une 2ème salle d'attente ». D'autres regrettaient une charge de travail trop importante, concernant notamment les visites : « envoyé à chaque appel pour des consultations à domicile », « visites seul à domicile à plusieurs kms sans prévenir à l'avance »... Enfin, d'autres commentaires n'étaient pas en lien direct avec l'organisation pratique mais rapportaient plutôt une mauvaise qualité d'enseignement ou un défaut d'autonomie.

## **b. Un stage diversifié**

### Lieu de stage

Environ deux tiers des internes (62,8%) ont pu voir comment se pratiquait la médecine urbaine. Il s'agit d'un point important car pour la majorité d'entre eux ce mode d'exercice correspondra à leur future pratique. En effet une étude réalisée en 2015 par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, montre que la densité des médecins par habitant est presque 2 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale en France (4,1 pour 1000 contre 2,5 pour 1000 habitants) (25).

Par ailleurs l'apprentissage de la médecine en milieu rural présente aussi des atouts pour la formation de l'interne. Les médecins bénéficient d'une plus grande autonomie du fait d'une

moindre présence médicale et paramédicale environnante. Les consultations sont ainsi susceptibles d'être plus diversifiées et les gestes techniques plus fréquents (26).

Nos tests de corrélation montrent que les internes avaient tendance à effectuer une plus grande variété de gestes techniques en milieu rural plutôt qu'en milieu urbain, la différence étant à la limite de la significativité ( $p=0,052$ ).

De plus, proposer des stages en zone rurale pourrait donner envie à des internes de s'y installer par la suite, aidant ainsi à réguler la démographie médicale comme le souligne le président du collège des directeurs généraux d'Agences Régionales de Santé (ARS) (27). En effet en réalisant des stages en milieux ruraux les étudiants peuvent s'identifier à leurs maîtres de stage et appréhender ainsi les côtés positifs de la vie d'un médecin de campagne.

Il serait donc probablement intéressant de favoriser davantage la mixité des lieux d'exercice dans les binômes de MSU à la fois pour augmenter le pourcentage d'internes réalisant leur stage en cabinet de ville, mais aussi pour connaître la diversité liée à la pratique rurale.

Dans notre étude, seulement 43% des internes ont pu bénéficier d'un stage dans 2 milieux différents (parmi les milieux urbain, rural ou semi-rural).

#### Activités spécifiques auprès des MSU et du réseau de soin

62% des internes ont travaillé aux côtés d'au moins un MSU pratiquant une activité spécifique en complément de la médecine générale. Ces activités étaient variées, reflétant la diversité d'exercice de la médecine générale, ce qui semble être une richesse pour la formation.

D'autre part, 66,1% des internes ont pu assister à d'autres pratiques en dehors du cabinet médical.

Cette opportunité de voir le fonctionnement des personnes avec qui l'on travaille au quotidien (structures et professionnels paramédicaux) paraît être un excellent moyen d'améliorer ses compétences dans la coordination des soins. Ces demi-journées en dehors du cabinet permettent également d'améliorer ses compétences cliniques auprès de spécialistes (dermatologue, gynécologue, pédiatre), dans des domaines souvent rencontrés en médecine générale.

Il paraît donc nécessaire d'inciter les MSU à organiser d'avantage ces demi-journées en dehors du cabinet.

En dehors de cela, les internes ont aussi eu l'occasion d'accompagner leur MSU dans des unités de formations associatives comme des groupes de pairs, des séminaires de Formation Médicale Continue, et des congrès.

#### Gestes techniques

Le stage en ambulatoire est un moment propice pour l'apprentissage des gestes techniques.

Les gestes les plus couramment pratiqués en médecine générale (26) (28) ont été effectués par la majorité des internes (figure 4) : vaccinations (100%), injections intramusculaires (79,2 %), électrocardiogramme (79,2%) et les sutures (56,7%).

En revanche la réalisation de Tubertest (40,8%) et de BCG (31,7%) peut sembler insuffisante, mais reste pourtant cohérente. En effet depuis 2007, la vaccination par le BCG est destinée uniquement aux populations à risque ou professionnel de santé (29).

Cependant comme ces gestes sont également peu enseignés en milieu hospitalier, il incombe au MSU d'essayer de mettre en place des formations spécifiques pour les réaliser.

Les gestes gynécologiques (pose de spéculums et frottis cervico-vaginaux, réalisés respectivement par 35% et 34,2% des internes), qui sont des gestes de la compétence du médecin généraliste (30), sont insuffisamment réalisés par les étudiants.

Cependant tous les MSU ne réalisent pas d'acte gynécologique dans leur quotidien de professionnel de santé. Il existe à ce propos des fiches qui renseignent sur les activités spécifiques des MSU sur le site du CAGE (Collège Azuréen des Généralistes Enseignants). Il serait donc souhaitable que les internes intéressés par la réalisation d'actes gynécologiques en prennent connaissance avant de faire le choix de leurs MSU.

On peut aussi expliquer l'insuffisance de réalisation des gestes gynécologiques par un frein directement en lien avec la patientèle. En effet toutes les patientes n'acceptent pas la présence de l'interne, souvent par pudeur, lors de l'examen gynécologique.

De son côté, l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG, relate que 16% des internes en France n'ont pas réalisé de FCV durant la totalité de leur internat (10).

Une enquête réalisée sur un panel de jeunes médecins niçois et marseillais par l'ORS PACA-SESSTIM (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur – Sciences Economiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale) confirme ces faits en relatant que 22% des IMG ne se sentent pas bien préparés durant leur internat aux gestes gynécologiques (31).

Je pense qu'il serait nécessaire de promouvoir cet acte durant le stage chez le praticien afin que l'interne puisse acquérir cette compétence et puisse faire plus facilement le choix de réaliser ou non ce type d'examen lors de sa pratique ultérieure.

En effet la pratique du FCV par le médecin généraliste incite plus facilement les femmes à réaliser le dépistage du cancer du col. Ces dernières sont souvent freinées par le délai de rendez-vous et l'éventuel surcoût de la consultation chez un gynécologue. Il s'agit d'un enjeu de santé public.

De plus, environ un quart des internes n'aura pas l'occasion de passer en stage de gynécologie durant sa formation pour compenser ce manque. Sur les 44 terrains de stage validant le module obligatoire Gynécologie-Pédiatrie, seuls 32 stages de gynécologie sont proposés seuls ou en binôme avec la pédiatrie (32).

Ce manque est retrouvé dans les réponses ouvertes à la question 7bis. En effet, parmi les 56,6% des internes qui auraient aimé réaliser davantage de gestes, les gestes gynécologiques sont les plus demandés.

L'ouverture de postes en structures gynéco-pédiatrique de ville (PMI ou cabinets libéraux) aiderait à la réalisation de ces gestes. Une autre solution pourrait être la création d'ateliers par le DERMG, pour se former à ce type de gestes sur des mannequins.

Quatre internes disent n'avoir réalisé aucun geste chez un de leur deux MSU. Il semble important que tous les MSU s'impliquent dans l'apprentissage des gestes les plus courants en médecine générale.

## **2. Accompagnement pédagogique**

L'accompagnement pédagogique de l'interne sera effectué au cours de réunions de supervision en trinôme et individuellement avec chaque MSU lors de la supervision continue qui aura lieu tout au long du stage.

Cette organisation semble nécessaire au bon déroulement du stage.

### **a. Réunions de supervision en trinôme**

Le DERMG recommande l'organisation d'au moins trois réunions en trinôme. Une première réunion en début de stage permettra de fixer les objectifs, les prérequis et les modalités pratiques. Une deuxième réunion doit avoir lieu en milieu de stage pour faire le point sur le bon déroulement de celui-ci. Enfin une dernière réunion de fin de stage aura pour objectif de discuter de la validation du semestre de l'interne.

Malheureusement on constate qu'un quart des internes n'a pas donné ses attentes avant le début du stage et deux tiers des internes n'ont pas effectué les réunions en trinôme.

Pour comparaison à Lille, il semblerait que 90,6% des internes aient pu exprimer leurs objectifs de stage auprès de leurs MSU (13).

Il serait donc nécessaire d'améliorer cet accompagnement pédagogique pour permettre de corriger les problèmes rencontrés au cours du stage.

### **b. La supervision continue**

En contrepartie 85,6% des terrains de stages étaient considérés comme satisfaisants par les internes en termes de supervision continue, ce qui est un point positif à souligner. En effet c'est en grande partie grâce aux échanges entre l'interne et son MSU à l'issue des consultations que l'étudiant pourra améliorer ses compétences dans différents domaines.

L'importance de la supervision continue est d'ailleurs relevée dans d'autres villes, comme en témoignent les thèses déjà citées effectuées dans les facultés de Lille (13) et Paris (14).

Parmi les 13 commentaires libres, on retrouve des internes insatisfaits soit à cause d'un manque de supervision (« aucun débriefing », « débriefing inexistant avec le MSU 1 seulement de l'observation »), soit à cause de désaccords avec le MSU quant aux sujets discutés (« désaccord permanent », « pas d'accord avec leurs avis »).

### **c. Aide aux travaux**

Les internes ont un certain nombre de travaux à rédiger durant leur stage, devant être supervisés par leurs MSU, qu'ils doivent ensuite déposer dans leur portfolio.

Malheureusement moins de la moitié des internes sont aidés par leurs MSU pour ces écrits. Les MSU sont donc incités à aider davantage leurs internes en se rendant disponibles pour ces travaux mais il revient également à l'interne de solliciter son MSU pour obtenir de l'aide.

Tout ceci est rappelé dans la chartre du MSU :

« [le MSU] soutiendra l'interne dans la réalisation des travaux de réflexion et d'écriture (traces écrites d'apprentissage), en lui apportant une aide pédagogique et matérielle. Il procédera, à l'issue du stage, à une évaluation de et avec l'interne selon les critères définis par le DMG (Département de Médecine Générale). Le MSU adaptera l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne, et effectuera régulièrement des rencontres pédagogiques avec les différents MSU et l'interne » (24).

## **3. Autonomie**

Le but de ce stage est d'acquérir une certaine autonomie afin de pouvoir être en capacité d'effectuer des remplacements à la fin du stage. Dans notre étude, 74% des internes étaient satisfaits de l'autonomie qui leur était accordée.

Cette autonomie s'appuie en partie sur la réalisation de consultations seul.

### **a. Consultations**

En ce qui concerne les consultations en autonomie 96,7% des internes en ont effectué chez au moins un de leurs MSU, ce qui est proche du taux idéal.

Parmi les 4 internes disant n'avoir effectué aucune consultation seul, deux se disaient plutôt insatisfaits. Un autre au contraire était satisfait du niveau d'autonomie qui lui était accordé, suggérant qu'il s'agissait probablement de son choix.

Le dernier a probablement fait une erreur en remplissant le questionnaire puisqu'il précise avoir effectué des consultations seul à partir de son 4<sup>ème</sup> mois de stage.

Un autre point positif est que la majorité des internes (72,1%) ont pu réaliser des consultations seuls assez précocement durant le stage (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> mois).

### **b. Visites**

La problématique n'est pas tout à fait la même pour ce qui est des visites. En effet les visites à domicile étant une activité omniprésente du praticien de ville, même si elle tend à diminuer (33), l'interne doit en avoir l'expérience. Cependant, il est souvent difficile d'un point de vue pratique d'envoyer un interne seul en visite (non connaissance des lieux, pas de moyen de locomotion, difficulté de traçabilité des visites à domicile, absence du praticien sur les lieux...). On constate que malgré tout, plus de trois quarts des internes ont eu l'occasion de réaliser des visites en autonomie, et pour la majorité d'entre eux durant la première moitié du stage.

Dans nos résultats comme dans deux autres travaux (thèses de Paris (14) et de Lille (13)), les internes apparaissaient en forte demande d'autonomie pendant leur stage.

Il existait en effet une corrélation fortement significative entre le niveau d'autonomie de l'interne et sa satisfaction quant à l'autonomie. Plus l'interne était autonome, plus il était satisfait ( $p < 0,0001$  ; tableau 4).

De plus l'autonomie accordée à l'interne semble être un facteur de progression concernant les différents domaines de compétences.

Dans notre étude il existait en effet une progression significativement plus élevée chez les internes ayant une autonomie importante ou très importante comparativement aux internes ayant une autonomie légère ou modérée ( $p < 0,0001$  ; tableau 3).

Il sera donc essentiel de favoriser le plus possible l'autonomie de l'interne durant le stage.

## **4. Relationnel**

De manière générale la relation entre les internes et leur MSU était plutôt satisfaisante ou très satisfaisante. Ce fait est retrouvé dans la thèse de Paris (14) où le relationnel remportait la meilleure évaluation parmi tous les items.

Cet aspect est important à prendre en compte dans l'évaluation de la formation de l'interne. En effet, la transmission des connaissances est dépendante de la qualité de la relation établie entre le maître et l'élève. Cette relation doit se baser sur une confiance mutuelle notamment pour la mise en autonomie de l'interne.

Elle est cependant difficilement prévisible, dépendante des personnalités des deux intervenants.

La relation personnelle influe ainsi sur la relation pédagogique, sur la qualité de l'enseignement et sur la satisfaction de l'interne concernant le stage.

Dans notre étude, les internes ayant une bonne relation avec leur MSU attribuaient une note de satisfaction globale du stage nettement plus élevée que les internes ayant une relation jugée insatisfaisante (respectivement 8/10 en moyenne versus 3/10,  $p < 0,0001$  ; tableau 5).

Il est à noter que la relation entre l'interne et le MSU peut intervenir dans notre étude comme un potentiel facteur de confusion sur la plupart des items évalués.

## **5. Acquisition des compétences**

La compétence est un « savoir agir » qui ne se transmet pas en soi. L'étudiant doit construire ses propres compétences en utilisant à la fois des ressources personnelles (ses connaissances, ses qualités personnelles, son savoir-faire...) et des ressources qu'il puise dans son environnement (34) (35).

Pour déterminer ces compétences, nous nous sommes appuyés sur plusieurs sources : le référentiel métiers et compétences mentionné par le CNGE, les textes de la WONCA (36) (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), un consensus d'expert déterminant les compétences à acquérir en médecine générale (37) et sur les différentes thèses évaluant les compétences durant le stage chez le praticien.

Pour cette question sur les compétences, nous rappelons que ce sont les internes qui ont estimé eux même leur progression dans les différents domaines de compétence. Nous avons fait le choix de parler de progression et non du niveau de compétence en fin de stage. Le but était de connaître l'impact du stage et non le niveau de l'interne.

### **a. Les différents domaines de compétences**

De manière générale, la progression dans les différents domaines de compétences était jugée plutôt satisfaisante voire très satisfaisante par les internes.

Les domaines de compétences dans lesquels les internes ont estimé avoir le moins progressé étaient :

- l'urgence
- la coordination des soins
- l'administratif / les formulaires
- la gestion du cabinet

En effet dans ces domaines, au moins 20% des terrains de stage n'avaient pas permis aux internes de progresser de façon satisfaisante.

En fonction du lieu de stage les internes ne seront pas toujours confrontés à l'urgence, qui n'est pas si fréquente en cabinet de ville mais qui l'est probablement plus en milieu rural. Ceci montre encore l'intérêt de mixer les binômes.

De plus ce domaine de compétence peut être différencié des autres par le fait que 21,5% des internes estimait avoir déjà acquis cette compétence. Il s'agit du domaine de compétence ayant le plus fort taux d'acquisition avant le stage. Ceci s'explique par le fait que

ces internes en question ont probablement déjà réalisé leur stage aux urgences. On peut donc penser que l'insuffisance de formation dans ce domaine sera compensée lorsque les internes qui n'ont pas encore eu l'occasion d'effectuer leur stage aux urgences le réaliseront. Cela ne sera probablement pas le cas des autres domaines de compétences comme la coordination des soins, l'administratif et la gestion du cabinet car le cabinet du médecin généraliste semble le lieu privilégié pour les acquérir. On peut d'ailleurs souligner le fait que les internes estiment peu progresser dans les domaines de compétences qui sont pourtant les domaines de prédilection des MSU. Les internes ayant la chance d'effectuer un SASPAS pourront optimiser ces compétences.

Dans la thèse réalisée à la faculté de Toulouse, les MSU constatent également une insuffisance de progression dans la coordination des soins et la réalisation des documents administratifs (17).

Dans l'enquête de l'ORS PACA - SESSTIM, les jeunes médecins niçois et marseillais expriment le sentiment d'avoir été mal préparés durant leur internat à la gestion de leur futur cabinet (31).

Nos résultats montrant des difficultés concernant la coordination des soins et la gestion du cabinet en médecine de ville sont également en accord avec l'étude réalisée par l'ISNAR (10). Elle stipule que 81,3% des IMG déclarent avoir coordonné des soins et réalisé un travail interprofessionnel lors de leur stage ambulatoire. Ce qui signifie par la réciproque que 19,7% des internes n'en ont pas eu l'occasion.

Concernant la gestion du cabinet, l'ISNAR révèle que 30% des internes disent ne pas être à l'aise en ce qui concerne ce domaine, que ce soit à la fin du stage ambulatoire ou même à la fin de leur internat de médecine générale.

Notre thèse confirme qu'il s'agit de la compétence où il y a le moins de progression durant le stage chez le praticien.

Pour améliorer ces lacunes dans le domaine administratif et gestion du cabinet, il est nécessaire que les MSU prennent du temps en dehors des consultations pour développer ces sujets, comme le rappelle le site des IMG d'Ile de France (38).

Cela permettrait aux IMG de se familiariser avec le remplissage des documents CERFA (Centre d'Enregistrement et de Révisions des Formulaire Administratifs) (39), sachant que les activités administratives des médecins généralistes représentent une part importante de leur travail (2 à 5h par semaine selon des études réalisées chez des médecins de Midi-Pyrénées et du Centre en 2002 et 2004) (40).

### **b. Prêts à remplacer**

En ce qui concerne la capacité à effectuer un remplacement en médecine générale à la fin du stage, 91.7% des internes déclarent s'en sentir capables. Le but de ce stage est donc atteint pour la grande majorité des internes.

Il faut évidemment rappeler que ce résultat, comme d'ailleurs tous ceux de notre étude concerne le point de vue des internes. Dans les faits, il est donc possible que tous ces internes n'aient pas la totalité des compétences requises pour effectuer un remplacement en cabinet de ville.

Cependant on peut souligner que le fait de s'en sentir capable est déjà en soi un facteur important. Ce sentiment permet à l'interne d'acquérir une certaine assurance qui paraît être nécessaire dans la pratique de ce métier. D'un autre côté il sera primordial de rester vigilant en remettant en question régulièrement ses propres compétences.

Il s'agit là d'un des piliers du savoir qui s'applique quotidiennement à la médecine générale : trouver le bon équilibre entre assurance et remise en question.

Concernant les 8,3% d'internes ne se sentant pas capables de remplacer après le stage, on pourrait penser que cela est dû à une réalisation précoce du stage dans leur cursus.

Cependant dans notre étude, il n'existait pas de lien significatif entre le ressenti de l'interne quant à sa capacité à remplacer après le stage, et le semestre de réalisation du stage ( $p=0,275$  ; tableau 6).

## **6. En résumé**

### **a. Influence du stage sur le choix de carrière**

Nous pouvons affirmer que le stage chez le praticien a une influence positive sur la décision de devenir médecin généraliste libéral (tableau 7).

En effet parmi ceux qui souhaitaient devenir MG avant le stage, 1 seul ne le désirait plus après. Alors que pour ceux qui ne voulaient pas devenir MG, 4 ont changé d'avis, ils désiraient finalement le devenir en fin de stage.

De plus parmi les 21 internes qui hésitaient à devenir MG, la majorité (soit 12) a finalement été convaincue de le devenir.

Au final 76,9% des internes désirent exercer le métier de médecin généraliste à l'issue de leur stage chez le praticien. Les autres se destinent à la réalisation d'un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (gériatrie, urgences, infectiologie etc...) ou à une pratique salariale. Dans la thèse effectuée à Lille, 81,4% des internes se destinaient à la médecine générale en fin de stage (13). Deux autres enquêtes retrouvent des chiffres du même ordre que dans notre étude : 74% des internes se destinaient à la médecine générale en Ile de France en 2008 (41) et 78% dans la région Rhône-Alpes en 2005 (42).

### **b. Satisfaction globale vis-à-vis du stage**

Globalement, la satisfaction des internes vis-à-vis de ce stage était élevée. Plus de la moitié des terrains de stage ont obtenu une note supérieure ou égale à 8, et la note moyenne était de 7,5 sur 10.

Un autre point non négligeable est que la note la plus fréquemment donnée était 10/10, ce qui correspondait à un quart environ (24%) des terrains de stage. Ceci prouve que ce stage peut être évalué comme idéal par les internes.

Ce stage a en effet une importance capitale pour l'interne dans sa formation, comme le montrent également les travaux effectués dans d'autres facultés en France (Paris (14) et Lille (13)).

Cependant il est également important de souligner que 10,7% des terrains de stage ont été évalués comme très insatisfaisants.

Les questions ouvertes sur les points positifs et point négatifs du stage ont permis de cibler les problématiques à améliorer et de connaître les éléments recherchés par l'interne durant ce stage. Nous avons choisi de discuter seulement des critiques les plus fréquentes.

Parmi les divers points négatifs cités par les internes, on retrouvait en premier le manque d'autonomie, puis d'autres éléments comme le défaut d'apprentissage des gestes techniques et des pratiques faisant trop peu référence aux recommandations.

Les points positifs étaient plus nombreux que les points négatifs. Les internes soulignaient encore une fois leur satisfaction à avoir une grande autonomie. Nous pouvons conclure au vu des résultats aux questions fermées et commentaires libres qu'il s'agit d'un des piliers du stage.

Le relationnel jouait un rôle dominant dans la satisfaction de l'interne envers ce stage, que ce soit entre le MSU et l'interne, le MSU et les patients ou l'interne avec les patients.

Les internes mettaient en exergue le côté très formateur de ce stage grâce entre autre à la variété des pratiques de leurs MSU.

## **C. Forces et Limites de l'étude**

### **1. Forces de l'étude :**

#### **a. Période de recrutement**

Nous avons choisi d'interroger les internes ayant réalisé le stage chez le praticien sur 3 promotions. Cet échantillon permettait d'avoir un nombre conséquent de données apportant de la puissance à notre étude, tout en essayant de limiter l'ancienneté du recueil pour diminuer les biais de mémorisation et les facteurs de confusion liés au semestre.

### **b. Effectif final**

Le recrutement exhaustif et les multiples relances effectuées ont permis d'obtenir un taux de réponse de 97,6% sur un échantillon de grande taille. La puissance était ainsi suffisante pour bénéficier de résultats statistiquement significatifs et cliniquement pertinents.

### **c. L'anonymat**

L'adresse mail de l'interne était demandée à la fin du questionnaire afin de pouvoir effectuer des relances auprès des non répondants, d'éviter des réponses en doublon, et de manière générale de diminuer les biais de sélection. Cependant le nom des 2 MSU n'était jamais révélé, afin que l'interne puisse répondre sans appréhension, pour diminuer les biais d'informations. Au vu des critiques laissées dans les commentaires libres, nous pouvons penser que l'anonymat a permis une franchise dans les réponses.

### **d. La diversité des questions**

Nous avons trouvé important de créer un questionnaire exhaustif, en essayant de balayer tous les aspects du stage, tant sur son déroulement, sur le rapport entre l'interne et son MSU, que sur les compétences acquises et le devenir de chaque interne.

Le caractère fermé des questions, est compensé en partie par l'existence de questions ouvertes qui ont souvent permis de comprendre les insatisfactions des internes.

### **e. Intérêt du sujet**

Ce type de thèse a déjà été réalisé dans certaines grandes villes de France mais jamais à Nice. Il s'agit du seul stage en soin primaire pour la majorité des internes (en dehors des internes réalisant un SASPAS et/ou un stage en PMI). Vu son importance il semblait nécessaire de l'évaluer afin d'optimiser la formation.

## **2. Limites et biais de l'étude :**

### **a. Biais d'information**

#### **Liés au caractère rétrospectif**

Afin d'obtenir un effectif suffisant et de pouvoir avoir des résultats le plus tôt possible nous avons fait le choix de faire une étude rétrospective. Ce genre d'étude peut engendrer des biais de mémorisation surtout pour certains internes qui devaient faire référence à un stage réalisé plus d'1 an auparavant.

#### **Liés au questionnaire**

Un questionnaire engendre souvent des biais d'information liés soit aux questions (questions ambiguës, longueur du questionnaire) soit à l'inattention ou mauvaise compréhension du répondant.

D'ailleurs dans notre étude, nous avons relevé des erreurs dans les réponses lors de la mise en forme des résultats.

Nous pouvons prendre comme exemple la question 4 sur le nombre de demi-journées effectuées par semaine.

Nous avons décidé de traiter ce résultat en per protocole pour diminuer ces biais.

#### **b. Biais de confusion**

Dans notre étude nous pouvons penser que la personnalité et les désirs (choix, projets) de l'interne influençaient son évaluation. En effet, un interne peu sociable, timide ou ne se destinant pas à la médecine générale pourra donner des réponses plus sévères concernant respectivement l'autonomie, le relationnel ou la satisfaction globale du stage.

D'autre part il existe d'importantes connections entre les différents facteurs étudiés, ce qui entraîne obligatoirement des biais de confusion. On peut citer la qualité de la relation avec le MSU, influençant à la fois l'autonomie accordée à l'interne et la note globale attribuée au stage.

#### **c. Limites d'interprétation des résultats**

Dans notre questionnaire il faut faire attention à l'extrapolation des résultats.

En effet dans certaines questions, le pourcentage d'internes ne peut être remplacé par un pourcentage de MSU. Déjà par le fait qu'un interne évalue 2 MSU mais aussi du fait que d'un semestre à l'autre les MSU changent. Ainsi certains MSU ne sont analysés qu'une seule fois (25 MSU) alors que d'autres sont évalués 2 (31 MSU) ou 3 fois (54 MSU).

De plus, tous nos résultats concernant l'évaluation des 2 MSU traités séparément, ne peuvent être extrapolés en termes de pourcentage ni aux internes, ni aux MSU. On est obligé d'énoncer les pourcentages en parlant de terrains de stage ce qui paraît moins compréhensible au premier abord. Par exemple, pour la question sur les compétences, nous ne pouvons pas conclure que 50% des internes étaient satisfaits de leur progression concernant la pratique clinique ou même 50% des MSU permettait une progression satisfaisante. On peut simplement dire que 50% des terrains de stages étaient évalués comme satisfaisants concernant cette la progression dans cette compétence. Un interne peut être très satisfait de son MSU1 mais pas du tout de son MSU 2, il semble logique de séparer les évaluations et de ne pas demander à l'interne de donner une réponse moyenne.

Le choix de séparer l'évaluation des 2 MSU nous a également permis de faire des analyses de corrélation.

## **D. Réformes à venir et comparaison avec les pays européens**

### **1. Les réformes concernant la formation**

Il semble nécessaire de poursuivre les actions visant à optimiser le cursus de l'étudiant se destinant à la médecine générale. Cette spécialité est la plus représentée dans le milieu médical ce qui en fait un enjeu de santé publique remarquable.

### **a. L'externat**

Pour que tous les étudiants puissent avoir accès durant leur externat à un stage chez un médecin généraliste libéral, il semble nécessaire de poursuivre le recrutement de médecins généralistes pour devenir MSU. Cela permettrait d'améliorer la vision de ce métier et donc de promouvoir cette spécialité.

### **b. L'internat**

Le CNGE, représentant des enseignants de médecine générale, et l'ISNAR-IMG, représentant des internes de médecine générale, soulignent la nécessité d'une formation des futurs généralistes mieux centrée sur leur métier de base en développant la formation ambulatoire.

Pour ce faire, le CNGE propose un allongement de la durée de l'internat à 4 ans, pour permettre « la mise en place d'une formation réellement professionnalisante afin de qualifier des professionnels aptes d'emblée à assurer les missions de soins primaires dans les territoires. Sa finalité vise à assurer des soins de qualité pour l'ensemble de la population et à lutter contre les inégalités sociales et géographiques de santé » (43).

Cependant, l'ISNAR-IMG n'est pas en faveur d'une augmentation de la durée de l'internat, mais seulement d'une augmentation de la formation ambulatoire. En Juin 2015, sur la base de cette réflexion, le rapport Couraud (44) propose de réformer le DES de médecine générale de façon progressive, aboutissant à un internat en 4 ans. Les mesures associées devront prendre en compte la nécessité d'accroître le nombre de maître de stage.

Le CNGE précise d'ailleurs la nécessité de recruter et de former 4000 Maîtres de Stage Universitaire (MSU) supplémentaires en France (43).

En effet à l'heure actuelle, l'augmentation en nombre des MSU ne compense pas l'augmentation du nombre des internes, et le ratio enseignant équivalent temps plein / étudiant est toujours considérablement inférieur aux standards universitaires (1 enseignant pour 99 étudiants au 1<sup>er</sup> Janvier 2016 versus 1 pour 97 en janvier 2015) (45).

En attendant cette réforme, l'optimisation du stage chez le praticien de niveau 1 permettrait déjà d'améliorer certains points faibles de la formation.

## **2. Comparaison avec l'étranger**

Beaucoup de pays européens ont déjà pris le parti d'instaurer un troisième cycle d'études médicales en médecine générale d'une durée supérieure à 3 ans.

En effet, la durée du troisième cycle varie de 3 ans (en Italie) à 6 ans (au Danemark), avec un nombre de semestres en médecine générale variable de 1 (pour l'Autriche) à 6 (pour la Norvège) (46). Le CNGE rappelle que « Plus la durée de la formation est longue et les stages en situation authentique nombreux, plus le système de santé est centré sur les soins primaires et se révèle efficient » (43).

## Conclusion

Notre étude a permis de confirmer la satisfaction globale des internes quant au stage chez le praticien de niveau 1. La mise en autonomie, la supervision continue et le relationnel entre le MSU et l'interne faisaient partie des points positifs. Ce stage, qualifié de formateur par les internes, leur a permis d'améliorer nettement leurs compétences de manière générale. En fin de stage la plus part des internes se sentaient capables d'exercer le rôle de médecin remplaçant.

Il existe cependant quelques perspectives d'amélioration.

D'un point de vue organisationnel, il serait nécessaire de respecter davantage le temps de formation et de favoriser la diversité des binômes de MSU concernant leur lieu d'exercice. Certains gestes techniques pourraient être davantage réalisés si l'on créait par exemple des ateliers pratiques sur mannequins. L'ouverture de postes en stage de gynéco-pédiatrie de ville (PMI et cabinets libéraux) permettrait également de réaliser davantage de gestes gynécologiques.

Pour ce qui est de l'accompagnement pédagogique, il faut rappeler l'importance de réaliser les réunions de supervision en trinôme, permettant notamment de fixer avec l'interne ses objectifs en début de stage. La supervision durant le stage permet également de comparer l'auto-évaluation des compétences par l'interne avec l'hétéro-évaluation de l'interne par les MSU, depuis la mise en place de grilles d'auto-évaluation (47) (48). Il semble également nécessaire d'augmenter l'implication des MSU dans les travaux écrits de l'interne et notamment dans le choix des situations à analyser de façon réflexive.

En ce qui concerne les compétences, environ un quart des terrains de stage sont évalués comme insatisfaisants en termes de progression dans les domaines de la coordination des soins, de l'administratif et de la gestion du cabinet. Pour permettre une meilleure progression nous pouvons émettre plusieurs propositions.

Avant tout il semblerait nécessaire que les MSU prennent davantage de temps en dehors des consultations pour former l'interne à ces compétences qui semblent être les plus difficiles à acquérir. Pour aider à cela, une revalorisation du statut du MSU doit avoir lieu (49). L'augmentation du nombre de demi-journées aux côtés de spécialistes pourrait améliorer la compétence de coordination des soins.

On pourrait également rendre obligatoire la participation à des séminaires de gestion du cabinet médical.

Enfin, une augmentation de la durée de l'internat en médecine générale est envisagée par le CNGE. Ceci permettrait à l'interne de bénéficier davantage de formation ambulatoire avec des stages systématiques notamment en SASPAS et en gynécologie et pédiatrie ambulatoires (43). Pour que cela soit réalisable des actions pour augmenter le recrutement des MSU sont en cours (49).

# **Bibliographie**

1. Mercat F-X. Le Stage Des Etudiants En Médecine Chez Le Praticien. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/stagepraticien.pdf>
2. Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF 16 mai 1997.
3. Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 16 mai 1997.
4. Aucouturier J-L, Cremer G, Vialle P. Le 3ème Cycle de Médecine Générale Dans Les Universités Françaises. Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Rapport d'évaluation. sept 1998.
5. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 19 janv 2001.
6. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 27 oct 2001, n°250, texte n°21, p. 16963.
7. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF 6 oct 2004, n°233, texte n°23, p.17076.
8. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 16 janv 2004.
9. 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, JORF 28 août 2010, n°0199 texte n°38, p. 15668.
10. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. déc 2013. Disponible sur: [http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/guides/150126\\_enquete\\_nationale\\_isnar-img\\_-\\_formation\\_des\\_img\\_-\\_resultats.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/guides/150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formation_des_img_-_resultats.pdf)
11. DERMG. Le stage chez le praticien. Livret du Stagiaire 2015 - 2016 [Internet]. Disponible sur: [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Carnet\\_de\\_stage\\_chez\\_le\\_praticien.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Carnet_de_stage_chez_le_praticien.pdf)

12. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. JORF 26 févr 2015.
13. Gomes-Danel S. Evaluation des terrains de stage chez le praticien par les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
14. Lorilloux S. Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X. Bichat [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2005.
15. Malvezin Marquis S. Evaluation des lieux de stages en soins primaires de la faculté de médecine de Créteil [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2004.
16. Chambefort C, Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble: entre attentes et réalités [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2008.
17. Labat L. Évaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1: à partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
18. Zuberi RW, Bordage G, Norman GR. Validation of the SETOC Instrument — Student Evaluation of Teaching in Outpatient Clinics. *Advances in Health Sciences Education*. févr 2007, vol.12, n°1, p.55-69.
19. Cattin E, Facchinetti S, Marchand O, et al. Stage de deuxième cycle en médecine générale : impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être médecin généraliste. *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2011, n°99, p.189-190.
20. Agence Régionale de la Santé Ile-de-France. Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015 [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Je\\_me\\_forme/Devenir\\_medecin/Affectations-etudiants-medecine-ECN-2015.pdf](http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Je_me_forme/Devenir_medecin/Affectations-etudiants-medecine-ECN-2015.pdf)
21. Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine. JORF 20 nov 2015, n°0269, texte n°52, p. 21613.
22. SNEMG. Le constat consensuel et accablant sur l'attractivité de la médecine générale pour les étudiants. Communiqué de presse. [Internet]. 2015. Disponible sur:

[http://cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/151027\\_Communique\\_SNEMG\\_Manque\\_attractivite\\_FUMG.pdf](http://cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/151027_Communique_SNEMG_Manque_attractivite_FUMG.pdf)

23. CNGE. Effectifs de Maîtres de stage des universités et nombre de stages en Médecine générale : une augmentation continue. Communiqué de presse. [Internet]. 2014. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/cp\\_cnge\\_avril\\_2014\\_effectifs\\_de\\_maitres\\_de\\_stage\\_d/](http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_avril_2014_effectifs_de_maitres_de_stage_d/)
24. SNEMG, CNGE. Charte des Maîtres de Stage des Universités, Les éléments fondamentaux. [Internet]. Textes de référence du CNGE 2012. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/120207\\_la\\_charte\\_des\\_MSU\\_les\\_fondamentaux\\_1.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamentaux_1.pdf)
25. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens [Internet]. Rapport mars 2015, p. 29. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Les\\_conditions\\_d\\_installation\\_des\\_medecins\\_en\\_ville\\_en\\_France\\_et\\_dans\\_5\\_pays\\_europeens.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf)
26. Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
27. Jacquinet C. Démographie médicale : de nouvelles raisons d'espérer ? Médecins : Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Interview déc 2012, n°26, p.24.
28. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: UFR de Médecine -Pharmacie de Rouen ; 2013.
29. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction Générale de la Santé. Avis du Comité Technique des Vaccinations et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents. Séance du 9 mars 2007. [Internet]. Disponible sur: [https://pro.mesvaccins.net/textes/a\\_mt\\_090307\\_vaccinbcg.pdf](https://pro.mesvaccins.net/textes/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf)
30. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
31. ORS PACA – SESSTIM. Caractéristiques et projet professionnel des jeunes médecins généralistes. Première vague du « Panel Jeunes Med ». RegardSanté, la lettre de valorisation de l'ORS PACA - SESSTIM, 2015, n°26.

32. Collège de Médecine Générale de Nice (CAGE). Postes hospitaliers 2015-2016 [Internet]. Disponible sur: [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Postes\\_hospitaliers\\_2015\\_2016.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Postes_hospitaliers_2015_2016.pdf)
33. URML Ile de France. Enquête visite à domicile. La visite à domicile chez les médecins franciliens. [Internet]. 2005. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_060206.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf)
34. Le Boterf G. Pour une définition plus rigoureuse de la compétence. Le Monde [Article de journal]. 2 juill 1997.
35. Collège de la Médecine Générale. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Des compétences pour un métier. [Internet]. août 1999. Disponible sur: [http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel\\_metier.PDF](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF)
36. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [Internet]. 2002; Disponible sur: [http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)
37. Compagnon L, Bail P, Huez J, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2013, n°108, p.148-155.
38. Coordination du DES de médecine générale d'Ile-de-France. Devenir maître de stage des universités (MSU). Plaquette d'information à l'attention des nouveaux Maîtres de Stage des Universités (MSU) en médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/uploads/dec577716cc15738d40ec84c378a4d2220d97459.pdf>
39. AMELI. Liste des documents CERFA [Internet]. Disponible sur : [http://www.ameli.fr/assures/rechercher-un-formulaire/afficher-tous-les-formulaires.php?list\\_all=true&id=2228](http://www.ameli.fr/assures/rechercher-un-formulaire/afficher-tous-les-formulaires.php?list_all=true&id=2228)
40. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la Santé, IRDES. juill 2009, n°144.
41. URML Ile de France, Commission Conditions d'exercice et démographie. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. [Enquête]. janv 2008.
42. URML Rhône-Alpes. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. févr 2005. Rapport n° 488.

43. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/proposition\\_du\\_cnge\\_pour\\_la\\_nouvelle\\_maquette\\_du\\_d/](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/)
44. Couraud F, Pruvot F-R. Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux [Internet]. Rapport Couraud, juin 2015. Disponible sur: [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation\\_continue/80/9/RAPPORT\\_G3C2\\_080615v2\\_449809.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Formation_continue/80/9/RAPPORT_G3C2_080615v2_449809.pdf)
45. SNEMG, CNGE. Stagnation du ratio enseignants/étudiants [Internet]. 2016. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/communiquede\\_presse\\_cngesnemg\\_stagnation\\_du\\_ratio/](http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_cngesnemg_stagnation_du_ratio/)
46. FHP - Direction des Ressources Documentaires - Viez M-C. Les études de médecine en France, Allemagne et Italie, Synthèse documentaire [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/17713S.pdf>
47. Armengau C. Opinions d'internes en médecine générale sur l'auto-évaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice Sophia Antipolis ; 2011.
48. Guessoum I. Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice Sophia Antipolis ; 2016.
49. SNEMG. Besoins universitaires urgents des enseignants de médecine générale [Internet]. 2008. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/080420\\_besoins\\_universitaires\\_urgents\\_SNEMG\\_1.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/080420_besoins_universitaires_urgents_SNEMG_1.pdf)

# Annexe : Questionnaire

## Thèse: stage chez le praticien niveau 1

Attention !

Pour que les réponses soient valides, il est primordial de bien séparer vos deux MSU (maîtres de stage universitaires) et surtout ne jamais les intervertir.

Astuces: Pour ne pas vous mélanger, vous pouvez soit écrire sur un papier quel MSU correspond au MSU1 et MSU2, soit vous faire un moyen mnémotechnique.

Exemple: MSU1 correspond au premier dans l'ordre alphabétique, au plus jeune, à votre préféré... à vous de voir !

\*Obligatoire

### Organisation du stage

**1- En quel semestre avez-vous effectué le stage chez le praticien ? \***

- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème

**1bis- Auriez-vous préféré réaliser ce stage lors d'un autre semestre ? \***

- oui
- non

Si oui, lequel et pourquoi ?

**2- Lieu du cabinet: \***

	rural	semi-rural	urbain
MSU 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3- Organisation entre les maîtres de stage: \*

- semaine partagée
- semaine ou mois en alternance

### 4- Nombre de demi-journées par semaine: \*

MSU 1

\*

MSU 2

### 5- Vos MSU ont-ils une activité spécifique à laquelle vous avez pu assister ? \*

(gynécologie, médecine du sport, homéopathie, allergologie, médecin coordinateur, nutrition...)

	oui	non
MSU 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, lesquelles ?

### 6- En dehors des consultations, avez-vous eu l'occasion d'assister à d'autres pratiques ? \*

(CPAM, PMI, consultations spécialistes, paramédicaux, groupes de pairs, FMC etc...)

	oui	non
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, lesquelles ?

### 7- Avez-vous eu l'occasion de réaliser des gestes ?

	MSU 1	MSU 2	MSU 1 et MSU 2	non
pose d'un spéculum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FCV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tubertest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vaccins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
intra-musculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
infiltrations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mésothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sutures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
excision hémoroïdes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aucun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si autres, lesquels ? (précisez avec quel MSU les gestes ont été réalisés)

**7bis- Auriez vous aimé en réaliser davantage ? \***

- Oui  
 Non

Si oui, lesquels ?

**8- Votre charge de travail était: \***

	légère	modérée	plutôt importante	très importante
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9- De manière générale avez vous été satisfait de l'organisation pratique ? \***

très insatisfait=1-2-3 ; plutôt insatisfait=4-5 ; plutôt satisfait=6-7 ; très satisfait=8-9-10

	très insatisfait	plutôt insatisfait	plutôt satisfait	très satisfait
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si très insatisfait ou plutôt insatisfait, dites nous pourquoi :

## Accompagnement pédagogique

**10- Avez-vous pu définir, avec vos MSU, vos attentes respectives en début de stage ?**

- oui  
 non

**11- Les réunions en trinôme ont-elles été organisées pour évaluer votre progression ? \***

- oui

non

**12- Avez-vous été aidé par vos MSU pour vos travaux ? \***

(GEASP, RSCA, thèse, traces...)

oui

non

**13- Avez vous été satisfait de la supervision (débriefing) ? \***

1-2-3=très insatisfaisant ; 4-5=plutôt insatisfaisant ; 6-7=plutôt satisfaisant ; 8-9-10=très satisfaisant

	très insatisfaisant	plutôt insatisfaisant	plutôt satisfaisant	très satisfaisant
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si très insatisfait ou plutôt insatisfait, dites nous pourquoi :

## Autonomie

**14- Avez-vous réalisé des consultations seul ? \***

	oui	non
MSU 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, à partir de quel mois ?

	1	2	3	4	5	6
MSU1	<input type="radio"/>					
MSU2	<input type="radio"/>					

**15- Avez-vous réalisé des visites seul ? \***

	oui	non
MSU 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, à partir de quel mois ?

	1	2	3	4	5	6
MSU1	<input type="radio"/>					

MSU2



**16- Comment avez vous estimé votre niveau d'autonomie ? \***

	léger	modéré	plutôt important	très important
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16 bis-Étiez-vous satisfait de cette autonomie ? \***

très insatisfait=1-2-3 ; plutôt insatisfait=4-5 ; plutôt satisfait=6-7 ; très satisfait=8-9-10

	très insatisfait	plutôt insatisfait	plutôt satisfait	très satisfait
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Relationnel

**17- La relation avec vos MSU était plutôt: \***

1-2-3=très insatisfaisante ; 4-5=plutôt insatisfaisante ; 6-7=plutôt satisfaisante ; 8-9-10=très satisfaisante

	très insatisfaisante	plutôt insatisfaisante	plutôt satisfaisante	très satisfaisante
MSU1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSU2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si très insatisfaisante ou plutôt insatisfaisante, dites nous pourquoi :

## Acquisition des compétences

**18- A la fin de votre stage chez le MSU1, comment estimiez-vous votre progression dans chacun de ces domaines de compétences ? \***

1-2-3=très insatisfaisant ; 4-5=plutôt insatisfaisant ; 6-7=plutôt satisfaisant ; 8-9-10=très satisfaisant

	1-2-3	4-5	6-7	8-9-10	déjà acquise avant le stage
Pratique clinique/Prescription	<input type="radio"/>				
Gestion de l'urgence	<input type="radio"/>				
Relationnel/Communication	<input type="radio"/>				
Coordination des soins	<input type="radio"/>				

Education/Prévention	<input type="radio"/>				
Administratif/Formulaires	<input type="radio"/>				
Gestion du cabinet	<input type="radio"/>				

**18- A la fin de votre stage chez le MSU2, comment estimiez-vous votre progression dans chacun de ces domaines de compétences ? \***

1-2-3=très insatisfaisant ; 4-5=plutôt insatisfaisant ; 6-7=plutôt satisfaisant ; 8-9-10=très satisfaisant

	1-2-3	4-5	6-7	8-9-10	déjà acquise avant le stage
Pratique clinique/Prescription	<input type="radio"/>				
Gestion de l'urgence	<input type="radio"/>				
Relationnel/Communication	<input type="radio"/>				
Coordination des soins	<input type="radio"/>				
Education/Prévention	<input type="radio"/>				
Administratif/Formulaires	<input type="radio"/>				
Gestion du cabinet	<input type="radio"/>				

**19- A la fin du stage, vous sentiez-vous capable d'effectuer un remplacement en médecine générale ? \***

non, pas du tout	plutôt non	plutôt oui	oui, tout à fait
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si non, que vous a-t-il manqué ?

## En résumé

**20- Avant de débiter ce stage : \***

- vous souhaitez devenir médecin généraliste libéral et vous avez été conforté dans cette idée.
- vous souhaitez devenir médecin généraliste libéral et vous avez été découragé, vous ne le souhaitez plus.
- Vous hésitez à devenir médecin généraliste libéral et vous avez finalement convaincu de le devenir.

- Vous hésitez à devenir médecin généraliste libéral et ne le souhaitez plus
- Vous ne vouliez pas être médecin généraliste libéral, et avez finalement changé d'avis
- Vous ne vouliez pas être médecin généraliste libéral, et avez été conforté dans cette idée.

**21- Au final quelle est votre satisfaction globale par rapport à ce stage ? \***

MSU1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

très insatisfait           très satisfait

\*

MSU2

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

très insatisfait           très satisfait

**22- En résumé quels ont été les points positifs et les points négatifs de ce stage? \***

séparer en MSU1 et MSU2 si nécessaire

**23- Merci d'inscrire votre adresse mail pour ne pas recevoir les relances destinées aux non répondants \***

Envoyer

*N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.*

Fourni par



Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

# Résumé

**Introduction :** Le stage chez le praticien de niveau 1 est le seul stage ambulatoire obligatoire durant l'internat de médecine générale. Il occupe une place importante dans la formation, d'autant que la majorité des internes se destine à exercer en cabinet de ville. Notre étude visait à décrire le déroulement de ce stage et le point de vue des internes de médecine générale niçois quant à celui-ci, puis à émettre des propositions afin de l'optimiser.

**Méthode :** Cette étude rétrospective était réalisée à l'aide d'un questionnaire transmis aux internes par e-mail en décembre 2015. Tous les internes ayant effectué leur stage chez le praticien durant un des 3 semestres précédant le début de l'enquête (entre mai 2014 et octobre 2015) étaient inclus dans l'étude.

**Résultats :** Sur les 124 internes inclus, 121 ont répondu au questionnaire. Les internes effectuaient en moyenne 7 demi-journées par semaine. 43% des internes ont pu assister à une pratique mixte parmi les milieux urbain, rural ou semi-rural.

Parmi les points positifs du stage, nous pouvons citer la supervision continue par les MSU, satisfaisante pour 85,6% des internes. D'autre part, les internes accordaient de l'importance à l'apprentissage en autonomie, leur permettant une meilleure progression globale dans les différents domaines de compétences. En fin de stage, les internes étaient globalement très satisfaits, 91,7% se sentaient prêts à remplacer.

Certains points restent à améliorer. 66,9% des internes n'ont pas eu de réunion de supervision en trinôme et 57% n'ont pas été aidés par leur MSU pour leurs travaux écrits. Par ailleurs, seulement environ un tiers des internes ont pu effectuer des gestes gynécologiques, des BCG ou des Tubertests. Les domaines de compétences où la progression était jugée la moins satisfaisante par les internes étaient la coordination des soins, la gestion du cabinet et les formalités administratives. La disponibilité des MSU pour l'accompagnement pédagogique et l'enseignement de ces compétences pourrait être améliorée par une réorganisation de leur temps de travail.

**Conclusion :** Le stage chez le praticien est très apprécié des internes. Il leur permet d'acquérir des compétences fondamentales pour la pratique de la médecine générale. Cependant certains aspects pourraient être améliorés, notamment grâce à l'augmentation du nombre de stages en ambulatoire durant l'internat de médecine générale. Des réformes à ce sujet sont en cours.

**Mots clés :** stage praticien de niveau 1, compétences, autonomie, formation, médecine générale, satisfaction, interne, maître de stage universitaire