



Représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 de la faculté de Nice : enquête qualitative

Marie Le Hong

► To cite this version:

Marie Le Hong. Représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 de la faculté de Nice : enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02182025

HAL Id: dumas-02182025

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02182025>

Submitted on 12 Jul 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE



**REPRÉSENTATIONS DU MÉTIER DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE CHEZ LES
ÉTUDIANTS EN DFGSM2 DE LA FACULTE DE NICE : ENQUÊTE QUALITATIVE**

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le Vendredi 19 avril 2019

Par

LE Hong Marie

Née le 23 janvier 1989

Président du Jury : Monsieur le Professeur Patrick BAQUÉ

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET
Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Membre invité : Monsieur le Professeur Jean-Pierre ZIROTTI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN



Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche Etudiants	Pr DELLAMONICA jean M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël
	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
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)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
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.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
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	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale
(53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu
Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale
(53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale
(53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale
(53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale
(53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale
(53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
 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. CANIVET Bertrand
 M. CASSUTO Jill-patrice
 M. CHATEL Marcel
 M. COUSSEMENT Alain
 Mme CRENESSE Dominique
 M. DARCOURT Guy
 M. DELLAMONICA Pierre
 M. DELMONT Jean
 M. DEMARD François
 M. DESNUELLE Claude
 M. DOLISI Claude
 Mme EULLER-ZIEGLER Liana
 M. FRANCO Alain
 M. FREYCHET Pierre

 M. GASTAUD Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre
 M. GILLET Jean-Yves
 M. GRELLIER Patrick
 M. GRIMAUD Dominique
 M. HARTE Michel
 M. JOURDAN Jacques
 M. LAMBERT Jean-Claude
 M. LAZDUNSKI Michel
 M. LEFEBVRE Jean-Claude
 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. ORTONNE Jean-Paul
 M. PRINGUEY Dominique
 M. SAUTRON Jean Baptiste
 M. SCHNEIDER Maurice
 M. TOUBOL Jacques
 M. TRAN Dinh Khiem
 M. VANOBERGHEN
 Emmanuel
 M. ZIEGLER Gérard

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. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon Jury :

A Monsieur le Président du jury, le Professeur BAQUE Patrick :

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Soyez remercié pour votre investissement auprès des étudiants de la faculté. Veuillez recevoir mes sentiments d'estime et de haute considération.

A Monsieur le Professeur FUZIBET Jean-Gabriel :

Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury. Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Professeur GARDON Gilles :

Vous m'avez guidée tout au long de cet internat. J'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement durant les geasp. Je vous remercie pour vos conseils avisés, votre écoute et gentillesse. Soyez assuré de ma réelle gratitude et mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur ZIROTTI Jean-Pierre :

Je vous remercie pour votre écoute attentive et votre disponibilité lors de ce travail. J'ai été honorée de bénéficier de votre vision et votre expertise. Soyez assuré de ma sincère admiration et de ma grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse, le Docteur BALDIN Jean-Luc :

Votre personnalité et vos qualités professionnelles forcent le respect. Toujours disponible et bienveillant, vous m'avez transmis un véritable amour pour la médecine générale. Sans vous, je me serais égarée vers d'autres chemins...Adoré par vos patients et vos collègues, vous avez toute mon admiration. L'imitation du « Maître » s'avère une tâche bien difficile. MERCI pour tout (votre patience, votre bienveillance, vos conseils, vos relectures, votre accompagnement, votre enseignement...)

Aux équipes qui m'ont formée et transmis le goût d'être soignant :

Au docteur Malatrasi :

Vous m'avez initiée avec compétence et enthousiasme à la médecine générale. Votre influence a été déterminante dans mon orientation. Je vous remercie pour votre accompagnement bienveillant et votre générosité. Vous avez su m'enseigner la médecine générale avec humour et rigueur.

Aux docteurs Chan et Chabrier :

Je vous remercie pour les connaissances et l'encadrement que vous m'avez apportés. Merci de m'avoir accordé votre confiance et votre patience. Vos conseils resteront gravés dans ma pratique.

Aux équipes de menton, d'HDJ gastro : Merci pour votre soutien et votre réconfort lors mon début d'internat. **A l'équipe des urgences Pasteur :** Merci d'avoir rendu les urgences si agréables. J'ai rencontré une équipe dévouée envers ses patients et ses étudiants. Merci à mes co-internes pour leur solidarité sans faille. **Aux équipes de médecine du travail et PMI :** Merci pour tous ces moments stimulants, encourageants et chaleureux.

Aux P2, Merci d'avoir participé avec enthousiasme à cette étude. Vous avez des étoiles plein les yeux quand vous parlez de médecine. Merci de m'avoir rappeler à quel point notre métier est plein de sens.

A ma famille que j'aime :

A mon père, parti trop tôt. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à toi. Tu me manques.

A ma mère, mon modèle. Merci pour ton amour, toutes les valeurs que tu m'as inculquées. Tu seras toujours la plus belle et merveilleuse maman du monde pour moi (même si j'ai grandi).

A Sophie, ma soeurette d'amour, Phuc et Marika : merci d'être toujours là quand il faut. Je vous aime.

A Quyen, Anh Phuc, Lara, Di muoi : Merci pour tout votre amour. Vous représentez ce qu'il y a de plus beau dans le mot famille.

A mon parrain : Merci pour tes conseils pour chacun de mes tracas. Merci d'être un parrain en or.

A ma grande famille du Vietnam et du Canada.

A mes amis :

A Alex : Merci pour ta joie de vivre. Tu nous manques mon ronchon.

Aux avignonnais, ma seconde famille : Mounia, Lorelei, Tritri, Max, Jéré, romain, jessy, stef...Merci pour tous nos moments incroyables, pour votre amitié depuis tant d'années, votre présence de chaque instant, toutes les bêtises passées ou à venir. Vous comptez énormément pour moi.

A mes kinders : vous êtes juste extraordinaires...

Aux Niçois : Camille, Alex, Ph, Maria et Maria, Anissa, Nour, Lila. Merci pour votre bonne humeur. Vous avez été mon rayon de soleil niçois tout au long de cet internat par votre soutien, votre amitié, sans compter les boulettes et les soirées. Vous faites partie de mes plus belles rencontres.

Aux « Co-internes » et leurs acolytes : parce qu'avec vous c'est tellement de cœur cœur paillette. A chaque fois que l'on se voit c'est tellement de rires, de réconfort, d'amour. Merci pour votre amitié si sincère.

A ma belle-famille : Merci de m'avoir accueillie avec tant d'affection et de bienveillance chez les Collignon.

A Benjamin, Tu es ma bouffée d'oxygène et mon Raïmana de chaque instant. Tu es devenu mon super-héros, je suis admirative de ton courage. Merci pour tout ce bonheur que tu m'apportes.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	14
II.	MATERIEL ET METHODES	16
1.	Analyse qualitative	16
2.	Entretiens semi-dirigés	16
3.	Population d'étude	16
4.	Déroulement des entretiens	17
5.	Le guide d'entretien	17
6.	Traitement des données	17
7.	Analyse des données	18
III.	RESULTATS	19
A.	ECHANTILLON	19
B.	REPRESENTATIONS DU METIER	19
1.	Image du médecin généraliste	19
2.	Rôles du médecin généraliste	20
3.	Activités médicales	20
4.	Caractéristiques du médecin généraliste	21
5.	Spécialité médecine générale	21
6.	Discipline académique	21
C.	FACTEURS D'INFLUENCES	22
1.	Vécu en tant que patient	22
2.	Témoignages de l'entourage	22
3.	Médias, littérature	22
4.	Enseignement	23
5.	Vécu en tant qu'étudiant en médecine	24
6.	Mésinformation	24
D.	LE PARADOXE DE LA MEDECINE GENERALE	24
1.	Statut dans le monde médical et la société	24
2.	Exercice du métier, modalités pratiques	25
3.	Médecin généraliste : un sacerdoce ?	25
IV.	DISCUSSION	26
A.	UNE REPRESENTATION STEREOTYPEE	26
1.	Dualisme médecine générale et spécialités	26
2.	Représentation collective médicale : une hiérarchie des ECN	26
3.	Disciplines traditionnelles versus disciplines modernes	27
B.	UN MELANGE DE REPRESENTATIONS HISTORIQUES ET MODERNES	28
1.	Représentation historique sociale du médecin de famille	28
2.	Représentation actuelle du métier	28
3.	Évolutions sociodémographiques et technologiques	28
4.	Milieu social	29
C.	CRITIQUES D'UNE REPRESENTATION STEREOTYPEE	30
1.	Une discipline à valoriser	30
2.	Les a priori sur les conditions matérielles : une rémunération insuffisante	31
3.	Les a priori sur la charge de travail : un sacerdoce par vocation	31
4.	La mésinformation : source d'a priori	32

D. PARALLELE AVEC LA DEFINITION DE LA WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners)	33
E. PROPOSITIONS D’ACTIONS PEDAGOGIQUES	35
1. Propositions des étudiants	35
2. Propositions d’interventions pédagogiques	36
3. Objectifs des interventions pédagogiques	38
4. La socialisation professionnelle au sein de la faculté	40
5. Dans le cadre le projet de loi « ma santé 2022 »	41
F. FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE	42
V. CONCLUSION	43
ANNEXE 1	47
ANNEXE 2	48
ANNEXE 3	49
ANNEXE 4	50
SERMENT D’HIPPOCRATE	53

LISTE DES ABREVIATIONS

DFGSM2 : 2^{ème} année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

ECN : Épreuves Classantes Nationales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

PCEM : Premier Cycle des Études Médicales

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

MSU : Maître de stage des Universités

CCU : Chef de Clinique Universitaire

MCU : Maître de Conférences Universitaires

PU : professeur Universitaire

MCA : Maître de Conférence Associé

PA : Professeur Associé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales en Santé

I. INTRODUCTION

Au premier janvier 2018, on comptait 226 000 médecins en activité en France dont 45% de généralistes qui assurent la majeure partie des soins primaires (1).

La réforme du parcours de soins du 13 août 2004 a renforcé la place et le rôle du médecin généraliste dans l'organisation des soins ambulatoires avec le principe du « médecin traitant ».

La même année, le concours de l'internat est remplacé par des épreuves classantes nationales (ECN) ; la médecine générale est désormais proposée au choix des étudiants en tant que spécialité à part entière et mise au même plan que les autres spécialités.

Ces réformes ont permis une revalorisation plus symbolique qu'un impact réel sur la démographie médicale. Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a stagné (+0,7 %) tandis que le nombre de spécialistes a progressé de 7,8% (1). Ces chiffres traduisent entre autre le faible engouement de la médecine générale auprès des étudiants : parmi les trente spécialités proposées aux ECN 2016, elle était classée avant dernière en terme d'attractivité ¹ (2). La médecine générale souffre d'une mauvaise image qui exerce une influence vers le délaissement de la discipline (3).

Pourtant le stage effectué chez le médecin généraliste durant le second cycle améliore cette image et augmente l'attractivité pour la discipline (4,5).

Une nouvelle réforme des études médicales doit entrer en vigueur à la rentrée 2020. L'accès à une spécialité médicale ne sera plus uniquement déterminé par le rang obtenu après les trois jours d'épreuves des ECN (6).

Les étudiants seront évalués selon trois critères :

- les connaissances théoriques, par le biais d'un examen à la fin de la cinquième année,
- les compétences cliniques et relationnelles, au travers d'une épreuve de simulation,
- le parcours de l'étudiant, selon son engagement dans les associations, double cursus...

¹ La DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a développé un indicateur d'attractivité compris entre 0 et 1. Pour chaque spécialité, il consiste à agréger les rangs (points) des étudiants la choisissant, puis cette agrégation est normalisée pour que le résultat soit comparable d'une spécialité à l'autre, quel que soit le nombre de places offertes. Plus une spécialité a un indicateur proche de 0, plus on considère qu'elle est attractive, puisque meilleurs sont classés les étudiants l'ayant choisie. Au ECN de 2016, la médecine générale avait un indicateur à 0,83. La spécialité la plus attractive était l'ophtalmologie avec un indicateur à 0,10.

L'obtention de bons résultats aux ECN ne sera plus le principal objectif de la sixième année. Elle sera consacrée à des stages professionnalisant, permettant à l'étudiant de confirmer son projet d'orientation. Un étudiant motivé par l'exercice de la médecine générale pourra, lors de sa sixième année, effectuer plusieurs stages dans ce domaine.

Avec cette réforme, l'orientation vers une spécialité semble s'imposer plus prématurément dans le cursus des études médicales. Dans le souci de ne pas imposer la propre vision des enseignants, il serait préférable d'aborder cette thématique à partir des représentations qu'en ont les étudiants eux-mêmes. Nous nous sommes donc intéressés aux représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième année.

Des thèses qualitatives ont été menées sur les représentations de la médecine générale auprès des étudiants mais très peu avaient inclus les étudiants en seconde année dans leur population d'étude (7,8). Il nous est apparu intéressant de consacrer notre étude à cette population d'étudiants. Ces derniers sont au tout début du cursus, aux prémices de la découverte du monde médical et des différentes spécialités qui le composent.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 (2e année du diplôme de formation générale en sciences médicales) de la faculté de Nice.

Les objectifs secondaires sont :

- de recenser les facteurs ayant favorisé la construction de ces représentations
- de recueillir les attentes des étudiants concernant des interventions sur la médecine générale
- de proposer des actions pédagogiques destinées aux étudiants.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Analyse qualitative

Pour étudier les représentations des étudiants, l'étude qualitative est apparue comme la plus pertinente. Son avantage réside dans la richesse des données collectées. Elle vise à décrire mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. Elle constitue l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives (9).

2. Entretiens semi-dirigés

Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi-dirigés. Ce type d'entretien laisse la possibilité à la production d'un discours spontané permettant ainsi de faire émerger de nouvelles idées. Les entretiens sont centrés sur les conceptions et logiques subjectives de l'interviewé.

L'enquêteur peut également contrôler l'information recueillie au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention afin d'approfondir un thème ou recentrer le discours sur le sujet d'étude (10).

Nous avons exclu le choix des discussions en groupe (focus group) afin d'éviter les phénomènes d'influence intragroupe et les mimétismes inter participants.

3. Population d'étude

Les participants sont issus de la promotion des étudiants de la faculté de médecine de Nice alors en seconde année lors du recrutement. Ils ont été contactés via les réseaux sociaux et recrutés sur la base du volontariat. Nous avons recherché un échantillon raisonné, c'est-à-dire suffisamment diversifié et équilibré pour enrichir le recueil de données et obtenir des points de vue représentatifs qualitativement. La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable mais soumise au principe de saturation des données. La saturation s'obtient en poursuivant les entretiens jusqu'à ce que le point de redondance soit atteint : aucune nouvelle donnée n'apporte une avancée dans la compréhension du sujet.

4. **Déroulement des entretiens**

Le recueil de données a été effectué entre Juillet et Septembre 2018.

Afin d'établir un rapport égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, nous avons privilégié un endroit neutre et propice à la discussion. Les entretiens se sont déroulés dans un café, au calme, pour la majorité d'entre eux. Un entretien a eu lieu dans un bureau médical en raison d'impératifs temporels du participant, un second, au domicile du participant.

Les entretiens se sont déroulés en face à face. Ils ont débuté par une brève présentation de l'étude. Les participants étaient informés que les entretiens étaient anonymisés et enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique YOHOOLYO SV801. Un document de consentement reprenant ces informations leur a été remis pour signature.

5. **Le guide d'entretien**

Les entretiens ont été menés grâce à un guide d'entretien souple et évolutif (annexe 1). Le guide a été validé par le docteur Baldin Jean-Luc, médecin généraliste, directeur de thèse, et le professeur Zirotti, professeur de sociologie. Il a été testé au préalable avec deux étudiants afin de vérifier la compréhension et la pertinence des questions posées. Deux questions ont été reformulées à la suite de ce test. Les premières questions du guide concernaient les données socio démographiques et le parcours de l'étudiant. Le guide s'articulait ensuite autour des représentations de la médecine générale puis des attentes concernant l'enseignement. L'ordre des questions n'était pas fixé au préalable, l'enquêteur pouvant orienter l'entretien en fonction des sujets abordés afin de les expliciter et d'en exploiter toutes les facettes.

6. **Traitement des données**

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sur un document Word® en prenant soin de retranscrire également les émotions, les silences, afin d'avoir une représentation la plus fidèle possible du déroulé de l'interview. Cette méthode explique que certaines erreurs de syntaxe persistent et que certaines phrases soient interrompues avant leur fin. Ces dernières ont été ponctuées de points de suspension, lorsque le sujet marquait une pause plus appuyée.

Les noms cités étaient remplacés par une lettre.

Les phrases sont parfois ponctuées du symbole [...] pour signifier le retrait de certaines paroles ne présentant pas de lien avec le sujet. Il s'agissait le plus souvent d'éléments personnels médicaux. Pour illustrer les données de l'analyse, les citations extraites du verbatim ont été ponctuées d'un

« E » pour « entretien » et d'un chiffre de 1 à 15 correspondant à la chronologie de réalisation des entretiens.

7. Analyse des données

Nous avons procédé à une analyse thématique du contenu.

La première étape consistait en une analyse verticale des données par lecture répétitive de chaque entretien. Elle a permis de dégager les idées fortes qui ont été regroupées dans des « nœuds ».

Ensuite, une analyse transversale de l'ensemble du corpus a été effectuée à l'aide du logiciel Nvivo 12® à partir des différents nœuds. Le codage a permis de révéler différents thèmes et les différentes formes sous lesquelles le même thème apparaît d'un entretien à un autre.

En dehors du consentement éclairé signé par les interviewés, nous n'avons pas réalisé de déclaration éthique compte tenu des données recueillies, et après avis de la cellule thèse.

III. RESULTATS

A. ECHANTILLON

Quinze entretiens ont été menés auprès d'étudiants âgés de 19 à 35 ans entre le 19 juillet 2018 et le 05 septembre 2018. Le sex-ratio était de 11 filles pour 4 garçons. Les caractéristiques des entretiens sont détaillées en annexe 2. Les étudiants sont majoritairement issus d'un milieu social aisé. Seize parents sur trente appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle « des cadres ou professions intellectuelles supérieures », dont quatre médecins. Aucun participant n'avait un parent médecin généraliste. Tous les groupes socioprofessionnels sont représentés chez les parents hormis agriculteur² (Annexe 3).

La saturation des données a été obtenue après douze entretiens confirmés par trois entretiens supplémentaires. Les entretiens ont duré entre 10 et 44 minutes, soit une durée moyenne de 22 minutes.

B. REPRESENTATIONS DU METIER

L'analyse des questions portant sur les représentations de la médecine générale a permis d'identifier cinq aspects :

- une bonne image du médecin généraliste
- des compétences fondamentales
- des rôles multiples
- des croyances autour de l'exercice
- une discipline difficile et méconnue.

1. **Image du médecin généraliste**

La plupart des étudiants considèrent le médecin généraliste comme « la porte d'entrée »^{E11} dans le système de soins. Pour certains, il est synonyme de « médecin de famille »^{E9}. Il est une « personne de

² D'après la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles établies par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Cette nomenclature est structurée selon six grands groupes socioprofessionnels : Agriculteurs/ Artisans, commerçants et chefs d'entreprises/Cadres/Techniciens, agents de maîtrise et autres professions intermédiaires/Employés /Ouvriers.

confiance » ^{E11}, qui représente « l'espoir du patient » ^{E6}. C'est « un référent » ^{E11}, une « figure importante » ^{E6} qui s'impose comme « LE médecin » ^{E4} notamment de par ses différents rôles.

2. Rôles du médecin généraliste

Le médecin généraliste constitue un rouage essentiel du monde médical parce qu'il est l'acteur principal des soins de premiers recours : « la base, les racines, c'est le médecin généraliste, le système des urgences aussi pourquoi pas, et ensuite on remonte » ^{E11}. « C'est lui qui fait le lien, je pense, entre le monde commun et la médecine » ^{E6}.

Pour la majorité des étudiants, il a comme mission principale, d'orienter le patient dans le système de soins (en particulier vers les médecins spécialistes) en prenant en compte les facteurs de gravité et contextuels : « c'est souvent le premier contact, puis après être redirigé si jamais c'est un problème assez grave » ^{E12} ; « faire le tri au milieu de tout ça » ^{E1}.

Il lui incombe donc de « faire le premier diagnostic » ^{E4}, d'expliquer au patient la situation tout en le rassurant. Les étudiants considèrent qu'« Il n'a pas que le rôle de soigner, il a aussi un rôle d'accompagnement » ^{E6} ; en cela, il doit savoir écouter et « être psychologue » ^{E2}.

Il est désigné selon les étudiants comme un « coordinateur » ^{E2}, un « guide » ^{E12} ou un « pivot » ^{E5} dans le parcours de soins ; puisqu'il représente « un interlocuteur privilégié » ^{E9}.

Les interrogés attendent du médecin généraliste plus d'implication en matière de prévention, notamment des conseils dans le domaine de la santé : « on a aussi un rôle de conseil d'hygiène de vie » ^{E1}. Il possède une responsabilité dans le domaine de la santé publique : « Je la vois comme étant vraiment au service de la population » ^{E13} ; « Il y a aussi un rôle, j'imagine, de sentinelle en ce qui concerne les épidémies » ^{E5}.

Dans l'ensemble, les étudiants relèvent un manque de disponibilité temporelle. Certains l'expliquent par « une approche très business » ^{E4}, tandis que d'autres notent une posture délicate : « Essayer de ne pas trop perdre de temps mais de ne pas trop presser le patient non plus » ^{E11}.

3. Activités médicales

La majorité des étudiants soulignent une charge de travail importante du fait d'une patientèle variée mais nombreuse : « Je pense que les journées doivent être super fatigantes parce qu'au final tu ne passes pas énormément de temps avec chaque patient et t'en vois énormément dans la journée » ^{E14}.

Ils décrivent une activité variée nécessitant « un travail d'adaptation » ^{E9} de la part du médecin. Ce dernier centralise et « intègre toutes les problématiques du patient » ^{E5}, notamment sociales et

psychologiques. Il effectue le « suivi » E10 du patient et de sa famille, que ce soit « au long terme » E11 ou en ce qui concerne les pathologies chroniques.

Selon la plupart des participants, le médecin généraliste traite les « problèmes du quotidien » E3, « qui ne sont pas trop graves » E2. Son travail consiste en la gestion de « bobo » E1, en la rédaction de certificats et d'ordonnances ; ce qui laisse une image de travail répétitif et « monotone » E6. L'activité est dépendante de la zone d'exercice, elle varie entre « pathologies banales » E7 et « grosses pathologies » E15.

4. **Caractéristiques du médecin généraliste**

Cela nécessite pour le médecin généraliste d'avoir des compétences polyvalentes et une « connaissance générale sur absolument tout » E10. Il lui est nécessaire de se former continuellement, de « se renouveler » E9 et d'« être à jour » E15 des données de la science. Il doit posséder « une ouverture d'esprit » E5 afin de « connaître ses limites » E5 et pouvoir se remettre en question : « on remet aussi en question ce qu'on pense, parce que parfois on pense savoir ce qui est le mieux pour les autres, alors qu'au final ce n'est pas forcément ce qui convient à la personne » E9.

Deux étudiants suggèrent que le médecin généraliste peut impacter sur la vie de ses patients. Son travail nécessite « beaucoup d'investissements » E12 et une capacité d'adaptation. Une partie des étudiants considèrent l'écoute et l'empathie comme qualités primordiales.

5. **Spécialité médecine générale**

De nombreux étudiants décrivent la médecine générale comme « difficile » E13 et « complexe » E1. Elle donne lieu à une prise en charge « globale » E5 et personnalisée, qui la rend intéressante voire passionnante pour certains. Elle est souvent qualifiée de « médecine la plus humaine » E11 possédant une dimension relationnelle indéniable : « C'est quasiment l'exclusivité de l'interaction médicale » E15. Pour certains étudiants, ces attributs en font une spécialité à part entière, à l'instar des autres spécialités. Pour d'autres, il s'agit d'une spécialité « à part » E9, avec une « approche très intéressante de la médecine, totalement à l'écart un petit peu » E11.

6. **Discipline académique**

Une grande partie des étudiants ne considère pas la médecine générale comme une spécialité académique : « je ne sais pas du tout ce que c'est la spécialité de médecine générale. Pour moi c'est

général, du coup je pensais que c'était un peu tout, un peu ; comme de prendre tous les collègues et d'apprendre le niveau 1 et 2 »^{E11}. La majorité des étudiants assimilent la matière médecine générale à l'apprentissage de la sémiologie ou des pathologies rencontrées aux urgences. Il était largement fait mention d'une méconnaissance de la discipline.

C. FACTEURS D'INFLUENCES

Les représentations sont issues de sources diverses : les expériences vécues influençant cette représentation de manière plus importante. Nous retrouvons les souvenirs d'enfance du médecin de famille, l'influence de modèles issus des médias (émissions, séries TV), le contact avec des médecins généralistes de l'entourage (famille, amis).

1. **Vécu en tant que patient**

La quasi-totalité des participants perçoivent le métier de médecin généraliste via leurs vécus en tant que patients. Selon leurs expériences, les avis divergent : « à part celui de Nice, mais sinon ils sont globalement blasés en fait »^{E1} ; « Quand je prends l'exemple de mon médecin généraliste, il est super sympa déjà, j'adore aller le voir, on discute, on rigole pendant les consult »^{E14}.

Certains étudiants ne disposent d'aucune expérience personnelle chez le médecin généraliste. Dans notre échantillon, deux étudiants ont des parents médecins et sont soignés par ces derniers. Ils n'ont jamais eu l'occasion d'observer une consultation de médecine générale. Pour cette raison, un des étudiants a réalisé un stage en cabinet « je me suis dit que j'avais vraiment envie de tout découvrir, et puis, je ne suis pas sûr si c'est vraiment commun de ne pas être allé chez la généraliste à 22ans »^{E3}.

2. **Témoignages de l'entourage**

Trois participants déclarent avoir un médecin généraliste dans son entourage, avec lequel ils ont eu l'occasion de discuter du métier.

Certains étudiants formalisent une représentation du métier au travers de témoignages provenant d'autres étudiants : « c'est aussi par les étudiants que je connais qui ont décidé de faire méd gé »^{E5}.

3. **Médias, littérature**

D'autres se forgent une image en fonction des livres qu'ils ont lus, des séries ou des émissions de télévision qu'ils ont regardées : « J'ai lu ce bouquin avant de rentrer en première année, et je crois que c'est le livre qui m'a fait changer d'avis sur la médecine générale »^{E14} ; « Il y a des films, ce qu'on raconte »^{E12} ; « Je me suis renseignée en parlant à mon médecin, en regardant sur internet »^{E4}.

4. Enseignement

Un étudiant cite les cours comme source d'information et un seul étudiant a réalisé un stage chez le médecin généraliste de sa propre initiative. Il relate une influence positive sur sa représentation du métier : « Avant j'aurais peut-être pensé, avant d'aller chez le médecin généraliste, j'aurais éventuellement pensé que c'était comme de la médecine, peut-être j'exagère mais bas de gamme où ils sont moins formés, où c'est plus du bricolage. Ils sont là à envoyer vers les spécialistes et à gérer les problèmes du quotidien de manière un petit peu simple, mais au final ce n'est pas du tout ce que j'ai découvert donc je suis assez satisfait de ça » E3.

Le manque de formation sur la médecine générale est un sentiment partagé par une majorité des étudiants. Les intéressés envisagent les stages comme un moyen de « sensibiliser par rapport à ce que c'est vraiment » E6.

Concernant les modalités pratiques, stage imposé ou stage libre durant le premier ou deuxième cycle ; le sujet divise à tous les niveaux : « Je pense que lorsqu'on arrive en p2 on a un peu envie d'avoir les étoiles pleins les yeux de la médecine et peut-être pas forcément d'aller voir un médecin généraliste, parce que le médecin généraliste, on va en voir toute sa vie. Est-ce que ça changerait réellement quelque chose, je ne sais pas » E5 ; « Le but premier, c'est quand même de soigner les gens et de pouvoir avoir un minimum de connaissances dans le domaine général avant de pouvoir s'attaquer...oui, il faudrait imposer de la médecine générale » E15.

La plupart des interrogés n'ont pas connaissance de l'existence d'un stage obligatoire en cabinet libéral durant le second cycle.

Certains envisagent une formation réalisée par le biais de séances de simulations.

Pour un enseignement magistral de la discipline, des cours dispensés plus tôt dans le cursus ne sont pas attendus : « Du coup, je ne sais pas si ça serait vraiment utile de faire une matière médecine générale » E12.

Les étudiants souhaitent être « sensibilisés » E6 à la pratique : « On n'est pas prêt pour avoir des cours là-dessus mais on est peut-être prêt pour toucher du doigt, enfin pour voir, pour s'imprégner un peu de ce que c'est vraiment, sans l'apprendre » E10 ; « Je pense qu'on pourrait commencer à enseigner, je sais pas si c'est vraiment de la médecine générale, ou l'exercice de démarche d'un médecin généraliste, ça pourrait être intéressant » E5.

Les interviewés suggèrent une initiation à la pratique de la médecine générale réalisée par des enseignants de médecine générale. L'enseignement actuel est essentiellement dispensé par des spécialistes hospitaliers : « Je pense qu'il devrait y avoir ¾ enseigné par des spécialistes comme on a là actuellement [...] et un quart qui devrait être fait par le médecin généraliste pour le suivi en fait » E13.

5. Vécu en tant qu'étudiant en médecine

Les étudiants expriment le sentiment que la médecine générale est souvent peu « valorisée », « trop mal vue », « dénigrée » voire « méprisée » au sein même du monde médical. Une image d'échec est souvent véhiculée. Elle représente un choix par défaut « Tu ne choisis pas forcément. On te l'inflige presque »_{E3}. Elle incarne une discipline bien moins prestigieuse que les autres spécialités, « une sous-spécialité »_{E2} ; parce qu'elle est moins « technique »_{E3} et concentre moins de « problèmes graves »_{E12} ; « qui sortent de l'ordinaire »_{E8}. Elle « détecte les trucs de bases »_{E6}, contribue au diagnostic, sans réellement l'établir. La pose d'un diagnostic, et la victoire qu'elle sous-tend par la résolution du problème, appartient plus aux fonctions du spécialiste. Les « tâches ingrates »_{E4}, de « gratte-papiers »_{E1} sont alors réservées aux médecins généralistes.

Cette représentation émane d'avantage d'un imaginaire collectif, de « rumeurs », de « on dit » mais parfois, elle provient du vécu de l'étudiant pendant les cours ou stages : « ce côté où dans les dossiers c'est toujours le médecin généraliste a fait une erreur, c'est à vous, grand spécialiste de la rattraper »_{E9} ; « dans les stages que j'ai faits, j'ai l'impression qu'ils les prennent un peu de haut quoi »_{E2}.

6. Mésinformation

Les interrogés restent néanmoins critiques envers ce portrait. Ils ont conscience, comme certains enseignants, qu'il est fondé sur de mauvaises informations : « C'est pas assez valorisé alors que je trouve, que pour moi justement, certains profs le disent mais c'est super compliqué parce que justement on doit connaître un peu tout »_{E1}.

D. LE PARADOXE DE LA MEDECINE GENERALE

Alors que le métier est estimé par les étudiants, il est peu attractif. Les étudiants perçoivent un manque de prestige. Ils soulignent de nombreuses contraintes professionnelles pouvant entraver leur épanouissement personnel.

1. Statut dans le monde médical et la société

Les étudiants estiment que la médecine générale occupe une place « importante »_{E6} au sein du monde médical, du fait de « la quantité de médecins généralistes »_{E3} ou de ses rôles précédemment décrits. Il en est de même lorsque nous les interrogeons au sujet de la place de la médecine générale dans la société. La médecine générale est imposante car « la moitié des médecins sont généralistes »_{E6}. Elle

est influente : « c'est minimum 70% de la relation médecin-patient que les gens ont » ^{E15}. La majorité des participants lui accordent « un rôle primordial » ^{E4}. Ils lui affectent une place désignée comme « centrale » ^{E9}, « pilier » ^{E4}, « pivot » ^{E5} au sein de la société. Cependant, elle présente un manque de reconnaissance, une représentation d'une spécialité « mal vue », « dévalorisée ».

Quelques étudiants soulignent que la dénomination « médecin généraliste » comporte une tonalité négative, à laquelle ils préfèrent les termes « omnipraticien » ^{E3} ou « médecin de famille » ^{E9}.

2. Exercice du métier, modalités pratiques

Interrogés sur les modalités d'exercice, les étudiants associent en majorité la médecine générale à un exercice libéral, dans un cabinet seul ou en groupe. La journée est visualisée comme un enchaînement de consultations sur des grandes amplitudes horaires.

Ils ont le sentiment que le médecin est dans une ambivalence constante : « tu dois tanguer un peu entre vouloir passer du temps avec le patient et vraiment bien le soigner, et vouloir soigner quand même un certain nombre de patients, ne serait-ce que pour être rentable » ^{E5}; « Ça a l'air très compliqué de faire son travail correctement, de prendre le temps de faire bien les choses » ^{E3}.

Peu de participants ont évoqué les visites à domicile. Quelques participants rapportent la possibilité de travailler dans un hôpital ou dans des structures telles que « SOS médecins ».

Les étudiants supposent que l'exercice exige une disponibilité temporelle quasi permanente :

« répondre tout le temps au téléphone et puis gérer les urgences et puis les imprévus et puis même si on avait prévu de ne pas être là » ^{E1}.

Huit étudiants sur quinze estiment possible un équilibre entre vie personnelle et professionnelle avec une vie « tranquille » en modulant ses horaires. Les autres imaginent une mauvaise qualité de vie, une vie personnelle dépendante des patients « que tout dépend des patients, on prend pas les vacances quand on veut » ^{E1}.

3. Médecin généraliste : un sacerdoce ?

Bien que la plupart des étudiants reconnaissent un intérêt certain pour la médecine générale, peu d'entre eux sont prêts à faire le choix de la discipline. Ils y voient une spécialité riche, « intense » ^{E10} avec une dimension relationnelle forte et une prise en charge « globale » du patient. Cependant, ils craignent la monotonie et la solitude, de ne pouvoir aller au bout de la prise en charge « j'ai l'impression que j'aurais besoin de plus » ^{E11}. Ils redoutent les contraintes horaires et financières : « tout le monde dit que c'est mal payé » ^{E8}. A cela s'ajoute les « obligations » administratives.

IV. DISCUSSION

A. UNE REPRESENTATION STEREOTYPEE

Les résultats montrent que la médecine générale est appréciée comme une discipline transversale, rassemblant toutes les spécialités mais manquant de spécialisation.

1. **Dualisme médecine générale et spécialités**

Les représentations des étudiants concernant la médecine générale sont établies par comparaison à d'autres spécialités. Les étudiants se réfèrent alors aux disciplines enseignées ou découvertes pendant les stages. Le plus souvent, il s'agit d'une comparaison entre deux représentations. Les étudiants, étant au début de leur cursus, ont peu d'expériences du monde médical. Il n'est pas surprenant de retrouver une vision stéréotypée de la médecine générale tout comme des autres disciplines. Dans ce cadre, ils opposent la médecine générale aux spécialités d'organes. Les spécialistes d'organes possèdent l'apanage des connaissances scientifiques qui sont cependant circonscrites à leur domaine. A l'inverse, la pratique de la médecine générale permet de prendre en charge des pathologies variées mais ne permet pas d'avoir l'approfondissement des connaissances des spécialistes. De même, ils opposent la chirurgie et la médecine générale en termes de technicité et de relationnel.

La médecine générale apparaît comme difficile et transversale car elle nécessite un champ de compétences larges. Elle regroupe toutes les spécialités sans distinction d'une spécificité propre.

2. **Représentation collective médicale : une hiérarchie des ECN**

Les étudiants soulignent une représentation négative de la discipline au sein du monde médical. Il semble difficile d'assumer le choix de la médecine générale face aux standards d'excellence du milieu, schématisés par une carrière hospitalo-universitaire.

Dans notre étude, rares sont les étudiants qui envisagent la médecine générale comme choix premier. Ils sont plus nombreux à l'envisager comme choix alternatif, en seconde voire troisième option.

Dans une représentation collective, la spécialité est considérée comme un échec : choisir médecine générale lorsqu'on est étudiant c'est sous-estimer ses capacités, limiter ses ambitions de réussite professionnelle. Cette notion est retrouvée dans le mémoire de Bertrand Boutiller qui a étudié la « vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale » (7). 912 étudiants de France avaient répondu à un questionnaire numérique sur Internet. La dernière question permettait aux étudiants de laisser un commentaire sur le sujet. Parmi les trois notions les plus fréquemment

rapportées dans les commentaires, on retrouvait une propagande en faveur des spécialités, réalisée à l'hôpital et dans les facultés. Il existait un dénigrement de la médecine générale au sein du monde hospitalo-universitaire.

Son travail a été réalisé en 2004, l'année de la réforme des ECN qui a revalorisé la discipline en tant que spécialité à part entière. Nous constatons que la problématique persiste plus d'une décennie plus tard ; d'une part en raison du processus des ECN, d'autre part parce que les enseignants n'ont pas changé depuis. Ils sont représentés en majorité voire exclusivement par des spécialistes hospitaliers.

Les ECN ont créé une hiérarchie des spécialités entraînant la médecine générale dans les deux derniers rangs. Offrant un nombre de postes important, elle est peu convoitée et perd en valeur : tout le monde peut choisir la médecine générale, elle est toujours disponible en second recours (11). Dans cette logique de réussite aux ECN, la médecine générale est dévalorisée au sein des facultés.

3. Disciplines traditionnelles versus disciplines modernes

Les étudiants relèvent une dimension relationnelle forte dans la médecine générale. Ils soulignent une approche incluant le contexte psycho social. Les propos laissent transparaître le concept du « care »³ (12).

Pour certains, ces aspects renvoient à une discipline qui n'a pas évolué au sein d'un monde médical en pleine mutation. Le médecin généraliste incarne un clinicien au savoir et compétences multiples mais n'ayant comme seul outil diagnostic, son examen clinique.

La médecine générale est alors comparée aux spécialités devenues plus techniques, implicitement plus performantes. Nous retrouvons différentes définitions du terme « technique » dans les propos des participants. Il fait parfois référence à l'expertise du spécialiste, tantôt qualifie les gestes manuels, tantôt suppose le recours à de nouvelles technologies. Cette dernière offre une dimension spectaculaire à la spécialité et constitue un attrait pour les étudiants.

L'évolution d'une discipline est également appréciée par les innovations qu'elle propose, en particulier dans le domaine biomédical. Selon ces critères, le médecin généraliste paraît en marge d'une médecine qui s'est modernisée.

³ Le care désigne l'ensemble des gestes et des paroles essentielles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus – la sollicitude, l'attention à autrui – qu'aux activités de soin – laver, panser, réconforter, etc. –, en prenant en compte à la fois la personne qui aide et celle qui reçoit cette aide, ainsi que le contexte social et économique dans lequel se noue cette relation.

B. UN MELANGE DE REPRESENTATIONS HISTORIQUES ET MODERNES

Les sentiments parfois contradictoires des participants traduisent des représentations de la médecine générale oscillant entre représentations historiques et actuelles.

1. Représentation historique sociale du médecin de famille

Notre étude montre une image dominante de médecin de famille. Le médecin généraliste incarne une personne de confiance qui assure le suivi d'une même famille sur plusieurs générations. Nous retrouvons cette figure dans la thèse d'Emmanuelle MOURTON, qui avait étudié la représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine (13). Les principaux rôles du médecin généraliste y étaient décrits : tout d'abord, d'orienter le patient vers les spécialistes, puis de conseiller, enfin de coordonner les soins. La population avait une opinion positive concernant le médecin généraliste mais ne le considérait pas comme étant un spécialiste. La discipline était évaluée comme moins prestigieuse que d'autres spécialités telle que cardiologie ou chirurgie. Nous retrouvons une hiérarchie sociale symbolique entre généraliste et spécialiste. Cette représentation sociale est partagée par les étudiants et contribue en grande partie à leur propre représentation du métier.

2. Représentation actuelle du métier

Les étudiants identifient de nouvelles missions au médecin généraliste, devenu médecin traitant (14). Il est devenu à la fois porte d'entrée et pivot du système de soins. Ils lui reconnaissent une place centrale qui est ainsi revalorisée, en particulier celle d'acteur principal des soins de premier recours et de garant de la santé publique.

Il en résulte un mélange de représentations sociales historiques et actuelles. Ce mélange reflète l'évolution de la discipline qui a été modulée par différentes réformes : la réforme du système hospitalier en 1958, celle de l'internat en 1984, celle du médecin traitant en 2004⁴.

3. Évolutions sociodémographiques et technologiques

Les entretiens soulignent également les évolutions générationnelles affectant l'exercice du métier. Nous retrouvons dans notre échantillon la problématique de la féminisation de la médecine. Selon une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), les

⁴ 1958 : créations des centres hospitalo-universitaires (CHU) lieu exclusif de formation de tous les médecins.
1984 : Accès aux spécialités uniquement par le concours de l'internat. Instauration d'un 3ème cycle pour les étudiants en médecine générale.
2004 : remplacement de l'internat par les ECN, création de la spécialité médecine générale

femmes devraient représenter plus de 60% des médecins en exercice en 2034 (15). Elles aspirent à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ce qui remet en question la charge de travail en médecine générale. Dans notre étude, une étudiante envisage en premier choix la médecine générale, mais en tant que salariée d'un hôpital : la pratique en cabinet étant associée à une disponibilité obligatoire. Cette dernière est considérée comme une contrainte majeure par les interrogés, indépendamment du genre. Notre échantillon s'inscrit dans une tendance actuelle des jeunes médecins avec une exigence de qualité de vie (16).

Une autre évolution affectant la discipline est le recours à la technologie. Alors que cette dernière valorise les autres disciplines aux yeux des interrogés, elle paraît desservir dans le cadre de la médecine générale. Dans le cadre des autres spécialités, les outils technologiques sont assimilés à des outils servant au diagnostic. Ainsi le médecin gagne en temps et en performance diagnostique. Dans le cadre de la médecine générale, la technologie correspond à un support logistique. Les logiciels médicaux et l'informatisation des documents devraient faciliter le quotidien du médecin. Comme le souligne un étudiant, les logiciels parfois inadaptés engendrent au contraire une perte de temps. De même les procédures administratives dématérialisées nécessitent parfois un travail supplémentaire pour le médecin.

Un étudiant nous rapporte son sentiment concernant le téléphone portable : il décrit avoir été surpris par l'hyper sollicitation qu'il entraîne. Plus qu'un outil d'échange, l'étudiant le qualifie d'outil de travail. Le téléphone permet d'écouter, de conseiller, d'orienter ou encore de rassurer le patient. Cela rentre bien dans le champ des activités du médecin généraliste. Le médecin reste ainsi disponible pour ses patients. La conséquence devient une accessibilité permanente, certains patients peuvent considérer le médecin comme un prestataire de services. Il faut noter que les appels téléphoniques perturbent l'activité et la consultation du médecin. Si le malade gagne du temps, le médecin en passe au téléphone, sans pour cela être rémunéré.

4. Milieu social

Pour une grande partie des étudiants, le milieu médical ou du soin n'est pas totalement étranger. Seul quatre étudiants n'avaient aucun membre de la famille travaillant dans ce secteur d'activité. Nous retrouvons généralement une personne de la famille, qui est médecin (c'est le cas pour 6 étudiants), ou exerçant dans le domaine paramédical (infirmier, sage-femme, psychologue...). L'environnement familial semble favoriser le choix de faire médecine.

Notre démarche qualitative ne permet pas d'explorer l'influence des déterminants sociaux sur les représentations de nos enquêtés. La taille réduite de notre échantillon n'est pas adaptée à la mise en œuvre d'une analyse multivariée.

C. CRITIQUES D'UNE REPRESENTATION STEREOTYPEE

Dans leurs propos, les étudiants nuancent cette vision de prime abord remplie de préjugés. Ils ont une opinion positive de la médecine générale. Paradoxalement, elle reste insuffisamment attrayante en raison de certaines croyances.

1. **Une discipline à valoriser**

Les étudiants restent critiques envers les représentations collectives et sociales de la médecine générale. Ils admettent des propos parfois caricaturaux. Ils estiment qu'une revalorisation du métier est justifiée compte tenu de la complexité de la discipline. Cette complexité est liée à la prise en charge globale du patient. La médecine générale cumule dimension intellectuelle, aspect relationnel et versant psychologique dans une même pratique. Ils reconnaissent un exercice difficile nécessitant des compétences polyvalentes, avec au premier plan, des compétences humaines. La diversité des pathologies en fait une médecine globale et variée.

Quelques étudiants évoquent le choix d'une carrière en médecine générale. Ils mettent en avant la primauté du contact humain et considèrent les autres spécialités comme risqué d'ennui et d'enfermement dans une gamme étroite d'activités. Ce choix est conforté par une expérience personnelle positive de la médecine générale, en particulier lorsqu'ils possèdent une relation privilégiée de proximité avec leur médecin généraliste.

Les étudiants estiment qu'une reconnaissance de la médecine générale est nécessaire tant dans la société qu'au sein du monde hospitalo-universitaire. Cela nécessite une revalorisation de son image au sein de la faculté. L'image d'une discipline, vue par les étudiants, comme peu prestigieuse dans la société ⁵ n'est que renforcée par l'image d'une discipline dénigrée durant la formation.

Comme le souligne un participant, une image associée à l'échec s'immisce dans la vision des étudiants. Nous constatons que certains participants sont déjà préoccupés par la réussite aux ECN. En seconde année, les objectifs de la formation sont tout autre (17) :

⁵ Lorsque nous abordons le sujet de la médecine dans la société, les interrogés qualifient la médecine générale de « mal vue » ou « dévalorisée ». Cette détérioration de l'image est partagée par la population d'une enquête menée par l'académie de médecine en 2008 (20). A la question « Avez-vous le sentiment que la bonne image des médecins généralistes, voire même leur prestige s'est plutôt amélioré ou plutôt détérioré depuis ces dix dernières années ? » 50% des interrogés répondent qu'elle s'est plutôt détériorée.

- l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux.
- l'approche fondamentale de l'homme sain et de l'homme malade, incluant tous les aspects de la séméiologie.

Une concurrence est menée entre les facultés, visant à obtenir les meilleurs résultats aux ECN. L'université module la vision des étudiants dès le début des études. Il appartient aux facultés de réorienter la dynamique pédagogique et les étudiants vers les objectifs de la formation de futurs médecins.

La faculté dispose d'un rôle dans la maîtrise du savoir et dans la construction du savoir-être du futur médecin. Durant la formation, l'étudiant va concevoir son rôle en tant qu'acteur de santé publique. Près de la moitié des étudiants formés seront généralistes. Il semble nécessaire de les initier à ce rôle au plus tôt.

2. Les a priori sur les conditions matérielles : une rémunération insuffisante

Il persiste de nombreux a priori concernant la médecine générale, notamment l'aspect financier. Pour notre population, il n'est pas clairement explicité comme un frein au choix de la discipline.

Il est en revanche fréquemment rapporté comme un aspect inconnu. Cet aspect pouvant rendre la spécialité moins attrayante.

Les étudiants ont le sentiment que les médecins généralistes sont mal rémunérés. Ils partagent l'idée d'une rémunération moindre par rapport aux autres spécialités.

Les données de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) relèvent qu'en 2016, le revenu annuel d'un médecin généraliste en secteur 1 était en moyenne de 76218 euros net. Le revenu annuel des autres spécialistes en secteur 1 s'élevait en moyenne à 98988 euros (18).

Les interrogés ne semblent pas se positionner vers une rémunération équivalente entre les spécialités. Les propos évoquent une rémunération insuffisante par rapport au travail et aux responsabilités du médecin généraliste.

3. Les a priori sur la charge de travail : un sacerdoce par vocation

Les étudiants relatent une charge de travail importante. Ils perçoivent une pression temporelle et économique notamment imposée par la rémunération à l'acte.

Au-delà d'une disponibilité, ils éprouvent un dévouement entier au patient. Le médecin généraliste est vu comme étant au service du patient, quasiment dépendant de lui.

Dans notre étude, peu de participants sont prêts à envisager cette perspective pouvant entraîner un impact sur la vie personnelle.

Le choix de la médecine générale semble répondre avant tout à une vocation. Ce sentiment est partagé par la population générale et la majorité des médecins généralistes (20). Il persiste des croyances en ce qui concerne la qualité de vie. La charge de travail et la mauvaise rémunération pourraient engendrer une moindre qualité de vie par rapport à d'autres spécialités. Ces croyances rentrent alors dans les critères de choix d'une spécialité et ne sont pas en faveur de la médecine générale. Un étudiant relate qu'il connaît un médecin généraliste qui semble heureux et épanoui sur le plan privé, mais il persiste dans son a priori, une incompatibilité, entre un exercice de la médecine générale et sa vie personnelle.

A cela s'ajoute que l'envie d'exercer la médecine générale n'est pas favorisée par la formation hospitalo-universitaire.

Le choix d'exercer la médecine générale semble correspondre à une conviction précoce, issue des expériences et émotions personnelles. Le cursus médical et les conditions matérielles ne favorisent pas le développement du désir d'exercer la médecine générale.

4. La mésinformation : source d'a priori

Les résultats indiquent que les étudiants ont peu de connaissances sur la médecine générale en tant que professionnel de santé. Les représentations du métier se fondent sur des témoignages. Nous pouvons alors imaginer les déformations qui peuvent être véhiculées de témoignages en témoignages.

Les représentations sont essentiellement élaborées à travers leur vécu en tant que patient. Nous pouvons parler de perceptions du métier, au travers du ressenti du patient face au médecin généraliste. Il paraît inadéquat de laisser l'image du généraliste telle qu'un patient l'appréhende et de devenir une référence pour un futur professionnel de santé. D'autant plus, qu'étant donné leurs âges, peu d'étudiants sont directement concernés par une pathologie. Il s'agit alors de leurs regards d'accompagnant, au travers de la maladie d'un proche. Dans ces circonstances, l'image peut être aussi déformée par le ressenti et le vécu personnel du patient malade.

Certains participants décrivent des rencontres avec des médecins généralistes peu disponibles ou ayant manqué d'empathie. Il en résulte une vision de gestionnaire de pathologies courantes, dépassé par le volume de consultations et ne parvenant à faire un travail de qualité. On peut trouver chez les médecins généralistes comme dans les autres spécialités des professionnels attirés plus par le gain d'argent que par l'amour du métier. Les interrogés ont conscience que ce n'est pas la majorité des cas

mais nous pensons qu'il est important de ne pas laisser cette image se fixer dans la représentation qu'ont les étudiants du médecin généraliste.

Un seul étudiant a pu explorer et découvrir réellement les différents aspects de la discipline lors d'un stage. Il n'existe aucun enseignement de la médecine générale en seconde année, ni de stage leur permettant de se forger une opinion en tant que professionnel de santé.

Outre les distorsions créées par l'essence même d'une représentation (10), les résultats de notre étude mettent en évidence une discipline méconnue des étudiants. Ils soulignent aussi une mésinformation qui engendre des représentations erronées sur la discipline.

D. PARALLELE AVEC LA DEFINITION DE LA WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners)

Les représentations de la médecine générale par les étudiants sont composées d'un mélange de représentations sociales, collectives et des représentations émanant d'une expérience personnelle. La WONCA propose dans un texte édité en 2002 une définition de la discipline de médecine générale - médecine de famille (annexe 4).

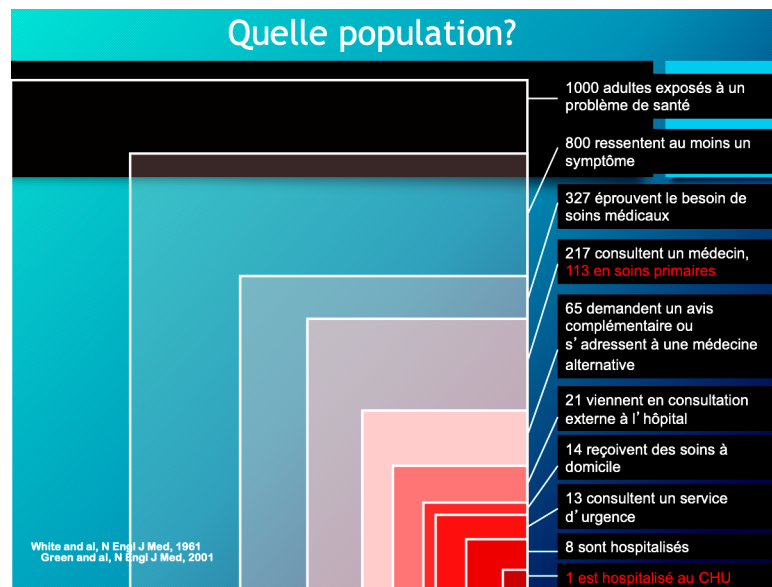
L'analyse des discours retrouve les caractéristiques et compétences fondamentales de la médecine générale énumérées par la Wonca. Cependant, quelques points restent à éclaircir auprès des étudiants :

- Les maladies graves sont moins fréquemment rencontrées en médecine générale que dans les services hospitaliers car il n'y a pas de sélection préalable. La majorité des problèmes de santé les plus fréquents n'est pas vue dans les soins secondaires ou tertiaires. Il existe une différence de prévalence et d'incidences des pathologies entre un cabinet de soins primaires et un service hospitalier. Ceci implique la mise en place d'un processus de prise de décisions spécifiques à la médecine générale.

Rappelons le diagramme de White révisé qui montre la place des soins primaires dans la prise en charge du patient nord-américain. Il souligne la nécessaire adéquation entre les besoins de santé des populations et une distribution appropriée des ressources pour la formation, les services et la recherche. En considérant une population de 1000 personnes typique des USA et de tout âge, les résultats suivants ont été obtenus

- 800 personnes présentaient un ou des symptômes
- 327 nécessitaient des soins
- 217 consultaient un médecin dont 113 un médecin généraliste

- 65 demandaient un avis spécialisé ou s'adressaient à la médecine alternative
- 14 recevaient des soins à domicile
- 3 s'adressaient aux services d'urgences
- 8 étaient hospitalisées (clinique ou hôpitaux)
- moins d'une personne était hospitalisée dans un hôpital universitaire



- La réussite d'une prise en charge ne correspond pas systématiquement à la pose d'un diagnostic étiologique.

La Wonca précise : « Souvent, le patient consulte dès l'apparition des symptômes, et il est difficile d'établir un diagnostic à ce stade initial de la maladie. Ce type de présentation signifie que d'importantes décisions pour le patient doivent être prises sur base d'information limitée et la valeur prédictive de l'examen clinique et des tests est alors moins élevée. Même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, la règle ne s'applique pas aux signes initiaux qui sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies. Dans de telles circonstances, la gestion des risques est un élément clef de la discipline. En excluant une conséquence immédiatement sérieuse, la décision peut être d'attendre de plus amples développements et de réexaminer la situation plus tard. Le résultat d'une consultation unique reste souvent au niveau d'un ou plusieurs symptômes, parfois à un tableau de maladie, et elle n'aboutit que rarement à un diagnostic complet. » (20).

- Une consultation de médecine générale implique la gestion simultanée de problèmes aigus et de pathologies chroniques. Ainsi, le médecin prend en charge des problèmes multiples. La

gestion des problèmes doit être hiérarchisée et prendre en compte les priorités du médecin, comme du patient.

- Il en résulte une négociation des modalités de prise en charge, parfois sources de désaccord entre médecin et patient. Le médecin n'est pas seul décisionnaire de la conduite à tenir. Une nouvelle distribution des rôles existe entre les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé. Le rôle du patient devient décisif concernant la prise en charge de sa santé.

E. PROPOSITIONS D' ACTIONS PEDAGOGIQUES

Dans ce contexte, on pourrait envisager des interventions concernant la médecine générale auprès des étudiants. Les objectifs étant de dissiper les a priori et de faire connaître les spécificités de la médecine générale.

1. **Propositions des étudiants**

La plupart des étudiants que nous avons interrogés sollicitent une initiation à la médecine générale sous forme de stages ou de séances de simulation. Ils proposent également des enseignements partagés entre spécialistes et généralistes. Cela permettrait un échange avec les médecins généralistes pour ceux qui le souhaitent. Des demandes similaires ont déjà été évoquées dans le mémoire de Boutiller en 2004 (7) : 60% des étudiants interrogés estimaient que la médecine générale était insuffisamment abordée à la faculté. Ils avaient émis plusieurs propositions :

- Un stage en médecine générale avant l'entrée en troisième cycle.
Ce stage est instauré à la faculté de Nice mais reste peu accessible. Seul 20% des externes peuvent le réaliser faute de terrains de stage suffisants (21), par manque de recrutement de MSU (maître de stage universitaire). Peu de médecins généralistes se destinent à être MSU, d'une part par manque d'informations, d'autre part par peur d'un regard extérieur sur leur travail et aussi par le fait que la formation au rôle de MSU engendre à leurs yeux encore plus de travail.
- Les cours de médecine générale
- Les séminaires de médecine générale

Nous constatons que la médecine générale peine à trouver sa place au sein de la faculté. Elle est peu abordée et reste méconnue. Des études ont montré que la mauvaise image résultait d'une méconnaissance de la discipline (22,23).

La médecine générale répond aux principes qui régissent l'acquisition de connaissances en DFGSM2 : le rejet de l'exhaustivité, la participation active de l'étudiant, la pluridisciplinarité et l'ouverture (17).

Elle permet d'initier le jeune médecin en formation à la diversité des pratiques. L'exercice de la médecine générale requiert une approche globale et transversale. « Le format de consultation impose de réfléchir en direct face au patient tout en restant dans une communication fluide orientée vers lui. Dans un cadre qui n'est plus hospitalier, endosser une posture d'autorité médicale, mobilise maintes ressources personnelles» (24).

2. Propositions d'interventions pédagogiques

Nous proposons que soient réalisées des interventions courtes et interactives propice à la discussion.

- Le forum d'orientation est une initiative qui a été appréciée mais peu d'étudiants ont pu accéder au stand de médecine générale ; il y avait trop d'affluence.
- Une séance de simulation peut être imaginée par exemple axée sur les problèmes multiples, parfois implicites, retrouvés au cours d'une seule consultation de médecine générale.
- Nous proposons la création d'un séminaire de quatre heures, organisé par des médecins généralistes MSU, interactif avec les étudiants, sur une base de questions réponses.
- La mise en place d'enseignements de sémiologie effectués par des médecins généralistes, à l'instar de ce qui est réalisé dans d'autres facultés, telle qu'à l'université de Paris Descartes. Des enseignants de médecine générale réalisent des cours pratiques axés sur l'apprentissage de la sémiologie neurologique normale. Les cours sont dispensés sur quatre heures par groupe de quatre étudiants.

La médecine générale pourrait être proposée dans le choix des stages en seconde année sans être imposée. Il s'agit de lui accorder la même place au sein de la faculté que les autres spécialités, pour qu'elle ne soit plus méconnue des étudiants et qu'ils puissent avoir une opinion éclairée concernant la discipline. Ceci dès le début du cursus, avant que l'étudiant ne se forge une opinion basée sur des représentations.

Nous pensons qu'une promotion trop importante de la médecine générale pourrait être perçue comme une propagande et s'avérer contre-productive. Elle pourrait signifier pour l'étudiant que quelque chose ne va pas, les autres spécialités n'ayant pas besoin d'une promotion. Cela peut laisser penser qu'elle est inférieure aux autres spécialités, ce qui est en inadéquation avec le message que nous souhaitons faire passer aux étudiants.

Le stage constitue un temps de formation privilégié. Le binôme MSU-étudiant est propice au dialogue, à l'interactivité. Le MSU guide l'étudiant vers les objectifs d'apprentissage. L'étudiant est le principal acteur de son apprentissage. Il nous paraît important de suivre son rythme et ses attentes. Certains

participants ne semblent pas encore enclins à découvrir la médecine générale en seconde année. Un stage imposé pourrait être vécu comme une contrainte. Les inconvénients organisationnels peuvent occulter les apprentissages du stage. Le recrutement des MSU est difficile. Les nouveaux MSU peuvent perdre leur volonté face à certains étudiants non motivés pour faire de la médecine générale.

Un stage de découverte pourrait être proposé lors de la seconde ou de la troisième année. Ce stage semble difficile à mettre en place compte tenu du manque de MSU actuel mais nous pensons qu'en raison des objectifs, de découverte et d'initiation, plus de médecins généralistes pourraient accepter de devenir MSU pour des étudiants de seconde année.

Les stages constituent des périodes marquantes dans la construction du rôle de médecin et de l'identité professionnelle.

C'est l'occasion d'un accompagnement confraternel qui permet l'identification de l'étudiant à un professionnel (3). Un stage précoce en médecine générale permettrait à l'étudiant de se projeter dans un avenir social en tant que médecin généraliste. Ces stages offrent aux étudiants des conditions permettant d'approcher le patient dans sa globalité et non segmenté par organe. Même si l'apprentissage des connaissances médicales astreint à un découpage par organe et par pathologie, ce stage permettrait à l'étudiant d'appréhender le malade et non pas uniquement sa maladie. Les connaissances en seconde année sont insuffisantes pour discerner tous les enjeux d'une prise en charge. Le stage serait surtout l'occasion de rappeler à l'étudiant qu'il soignera une personne et non une pathologie, telle une doctrine à assimiler.

Le cursus médical impose un stage en quatrième année chez un médecin généraliste. Il paraît regrettable qu'il constitue l'unique interaction de l'étudiant avec la médecine générale. A plus forte raison, l'expérience dépend du maître de stage, devenant un modèle pour l'étudiant (25).

Une attention particulière doit être apportée aux maîtres de stages, indispensables à une formation de qualité.

Quant à des cours de médecine générale, des formats magistraux ne sont pas attendus en seconde année. Ils ne permettent pas de percevoir la relation privilégiée médecin malade souvent mise en avant par les interrogés. Les étudiants souhaitent être initiés à la pratique et à la démarche décisionnelle en médecine générale.

En revanche, il serait utopique de croire que l'enseignement suffit à susciter assez de vocations pour répondre au manque de généralistes. La vocation émane de phénomènes complexes, trouvant ses origines dans l'histoire singulière de chaque étudiant (26). La médecine générale offre un nombre de postes deux fois plus important par rapport aux spécialités médicales et cinq fois plus important par

rapport à la chirurgie. Elle nécessite d'avoir deux à cinq fois plus de candidats par rapport aux autres spécialités afin d'être suffisamment attractive pour combler tous ses postes.

Une étude évaluant les facteurs influençant le choix de la médecine générale a été menée auprès des étudiants de la faculté Caen (27). Les facteurs de choix évoqués entre la médecine générale et les autres spécialités étaient différents .

Les facteurs associés au choix de la médecine générale étaient :

- les possibilités de choix et d'ouverture de leur pratique
- la concentration sur une communauté
- les relations à long terme avec les patients
- l'engagement social personnel
- la promotion de la santé
- la préparation aux ECN moins contraignante
- l'accès à une formation de plus courte durée
- l'influence du conjoint .

Les facteurs associés au choix d'autres spécialités étaient :

- la pratique lucrative
- le prestige vis à vis des collègues
- la pratique selon la structure de soins
- la pratique dans un grand centre urbain
- les résultats thérapeutiques immédiats
- l'accès à une formation difficile mais stimulante, aux dépens du choix de la ville.

3. Objectifs des interventions pédagogiques

L'objectif serait de faire découvrir les spécificités et les fondamentaux de la médecine générale, méconnus des étudiants. Il nous semble avisé de faire connaître la médecine générale à l'intégralité des étudiants afin que les futurs spécialistes du monde hospitalo-universitaire ne perpétuent pas un dénigrement de la discipline. La revalorisation de la médecine générale doit permettre aux étudiants qui désirent réaliser une carrière dans cette filière, d'assumer ce choix. L'étudiant ne doit pas ressentir l'obligation d'envisager d'autres spécialités, considérées comme plus valorisantes, par conformisme impulsé par la formation.

Le but serait de faire disparaître les a priori décrits par les étudiants.

Il semble nécessaire de communiquer sur la qualité de vie réelle des médecins généralistes : conciliation vie privée/vie professionnelle, niveau de vie ...

La diversité des pathologies rencontrées en médecine générale constitue un attrait souvent évoqué.

Il serait favorable d'informer les étudiants sur la diversité des activités et gestes que peut réaliser un médecin généraliste, y compris dans un cabinet de ville : réalisation de frottis, de plâtres, d'infiltrations, de suivi de grossesse ou pédiatrique etc.

Il conviendrait de renseigner les étudiants sur les différentes modalités d'exercice : en cabinet dans une zone montagneuse, en maison pluridisciplinaire, salarié au sein de structure de soins.

La part de médecins exerçant une activité exclusivement libéral tend à reculer au profit d'un exercice mixte, activité libérale et activité salariée (15). La médecine générale ne doit pas occulter cette mouvance actuelle. Elle doit prendre en considération les aspirations des jeunes médecins afin d'éviter d'être exclue des possibilités de carrière.

Les étudiants attirés par la recherche ou une « hyperspécialisation » devraient être informés que cela n'est pas incompatible avec une activité de médecine générale. Les évolutions de carrières sont possibles en médecine générale.

- Ouverture à différentes formations complémentaires (hypnose, médecine du sport, nutrition acupuncture)
- Faire connaître les possibilités de carrière universitaire en médecine générale (Chef de clinique universitaire (CCU), maître de conférences universitaires (MCU), professeur universitaire (PU), maître de conférences associé (MCA) et professeur associé (PA)).

Depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité. Elle dispose d'un département de médecine générale au sein de chaque faculté.

Tous les acteurs du département de médecine générale travaillent au développement de projets de recherche, à l'accompagnement pédagogique et à l'enseignement de Médecine Générale en deuxième et troisième cycle.

La médecine générale constitue la première ressource qui s'offre au patient en cas de maladie, au stade initial des pathologies. Les recommandations de bonnes pratiques basées sur des études réalisées auprès de patient hospitalisés ne correspondent pas toujours avec les enjeux de la médecine générale. Une croissance globale du nombre de publications en médecine générale reflète la nécessité de développer une recherche active en soins primaires. Le secteur de la recherche en médecine générale est en pleine expansion. Le Collège national des généralistes enseignants relève que les publications scientifiques originales indexées de la filière universitaire de médecine générale ont progressé de 47,4% en 2015 (28).

Nous considérons que l'enseignement devrait éviter de vouloir former à tout prix des futurs généralistes destinés à exercer exclusivement en libéral et seulement de la médecine générale. En seconde année, un enseignement de la médecine générale permettrait de véhiculer les valeurs de la

profession, accompagner les étudiants dans l'apprentissage des fondements du métier et répondre à leurs interrogations.

4. La socialisation professionnelle au sein de la faculté

Les étudiants de DFGSM2, grâce à la réussite du concours de première année, peuvent prétendre à devenir membre d'un nouveau groupe, celui des médecins. Ils sont autorisés à entrer dans le monde médical. Ils y découvrent de nouvelles normes et des valeurs partagées par la communauté. Il existe une culture médicale, faite de connaissances scientifiques et techniques mais aussi d'une conception de la maladie et de la santé inséparable d'une philosophie de base (29). Ce groupe professionnel est porteur d'une même vision du monde. Afin de s'intégrer, les étudiants doivent adopter les comportements et règles de ce nouveau groupe auquel ils souhaitent appartenir (si la réussite du concours donne le droit d'accès au monde médical, ils doivent y trouver leur place). La hiérarchie constitue une règle forte dans le système médical, tant au niveau des rôles, des statuts mais aussi des spécialités. L'étudiant dispose d'un statut et d'un rôle évolutifs durant la formation médicale (simple étudiant, puis externe, puis interne). Le premier rôle (presque l'unique) essayé par l'étudiant est celui de médecin hospitalier. L'étudiant prend le groupe de pairs comme modèle et référence. Il se forme progressivement une identité professionnelle au cours de la formation.

La socialisation qui s'effectue à l'université influence les comportements et parfois les préférences. Il existe parfois un conformisme, pour être en adéquation avec le groupe, amenant à des représentations communes. Nous remarquons des points de vue convergents concernant la médecine générale seulement après deux années de formation. Dans son article, Céline Anevel écrit que « l'orientation représente l'élaboration de choix d'avenir. Le projet, d'un point de vue cognitif, forme une entité intellectuelle, constituée de représentations de soi, de représentations des professions et de représentations des soi possibles » (30). Le projet se structure par des phases d'ajustements voire de ruptures dans les représentations de soi et de la profession chez l'étudiant.

Nous emprunterons à la sociologie le terme de socialisation professionnelle pour souligner tous les enjeux de la formation dans la construction, par l'étudiant, d'une identité professionnelle. Nous ne détaillerons pas les grands concepts de l'analyse sociologique des professions, car nous estimons ne pas être suffisamment avisés dans ce domaine.

La faculté est le lieu où l'étudiant peut être orienté vers un nouveau système de valeurs, où il est transformé en professionnel et où s'établit un nouveau rapport à la profession. Il appartient à l'université de mesurer son rôle, de choisir les valeurs qu'elle souhaite inculquer aux étudiants. L'étudiant s'appropriera et interprètera ces valeurs afin de les intégrer (31).

5. Dans le cadre le projet de loi « ma santé 2022 »

Le projet de loi « ma santé 2022 » propose la mise en place de la réforme du deuxième cycle (32).

Cette réforme introduit une valorisation du parcours permettant aux étudiants de diversifier leur profil et d'utiliser ces expériences pour construire leur orientation.

La réforme constitue une occasion d'inclure réellement la médecine générale dans la formation universitaire, que ce soit dans le parcours, le contrôle des connaissances ou l'acquisition des compétences.

Le projet de loi propose également un stage obligatoire, durant le second cycle, dans les territoires présentant une offre de soins insuffisante. Cette mesure nous semble difficilement applicable compte tenu de la difficulté pour recruter et former des maîtres de stages.

Ce projet portant sur l'organisation et la transformation du système de santé propose la création d'hôpitaux de proximité. Ces derniers doivent assurer exclusivement des missions de proximité : activités de médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, mise à disposition de plateaux techniques, équipements de télémédecine etc.

Un des objectifs est de développer l'exercice partagé entre ville et hôpital avec des médecins généralistes salariés de l'hôpital.

Ce type d'exercice semble correspondre aux attentes de nos interrogés. Est-ce suffisant pour augmenter le nombre de candidats s'orientant vers la médecine générale ? Nous craignons que cet exercice partagé n'attire pas de nouveaux étudiants mais détourne les effectifs actuels vers l'hôpital. Le risque est la poursuite de la réduction des installations en libéral.

L'exercice isolé effraie les étudiants. La réponse passe-t-elle nécessairement par des hôpitaux ? Il existe de nombreuses structures permettant un travail en équipe tels que les maisons de santé pluri professionnelles, les centres de santé pluri professionnels, répondant aux missions de premiers recours du médecin généraliste. Une augmentation du financement de ces structures par l'assurance maladie est proposée dans la loi santé.

Le projet ambitionne de développer les CPTS (communautés professionnelles territoriales en santé) sur l'ensemble du territoire. Cela permettrait une meilleure coordination ville/hôpital mais la médecine générale a différents modes d'organisations et ce système ne doit pas être imposé.

« Ma santé 2022 » offre la possibilité de nouveaux types d'exercice. Ceci pourrait favoriser quelques projections de carrières en médecine générale mais l'enjeu majeur de la médecine générale reste son attractivité auprès des étudiants. Le projet de loi ne précisant pas le rôle de la médecine générale, il ne valorise pas sa place dans cette réorganisation du système de santé.

F. **FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

Tous les entretiens ont été menés par une seule enquêtrice. L'inexpérience de l'enquêteur a pu altérer la qualité du recueil ainsi que l'analyse du contenu thématique. L'absence de triangulation génère un biais d'interprétation indéniable.

L'enquête qualitative ne reposant pas sur un échantillon statistiquement représentatif, l'étude ne prétend pas être représentative ni généralisable. L'étude peut constituer une base d'entretiens exploratoires pour l'élaboration d'un questionnaire destiné à l'ensemble de la promotion. Ceci permettrait d'apprécier la recevabilité de nos suggestions pédagogiques.

Des facteurs environnementaux liés aux conditions d'entretiens (nuisances sonores, manque de confidentialité du lieu, utilisation d'un enregistreur numérique) ont pu freiner les participants dans leurs réponses.

Nos résultats ont permis d'atteindre la saturation de l'information. L'originalité de notre étude est d'avoir interrogé uniquement des étudiants en seconde année. D'autres études qualitatives ont été menées sur la représentation de la médecine générale mais seulement chez les étudiants en second cycle des études médicales. Il était opportun de recueillir les représentations des DFGSM2, qui seront parmi les premiers concernés par la réforme du deuxième cycle.

V. CONCLUSION

Nous retrouvons un idéal du médecin généraliste : il est un médecin de famille dévoué à sa patientèle. Il exerce une médecine basée sur une prise en charge globale, où le relationnel prime sur le biomédical. Il possède de multiples missions dans le système de soins.

Il apparaît comme un médecin polyvalent plus qu'un médecin spécialiste.

Les étudiants mettent en évidence le clivage médecine générale/ spécialités et l'image sociale, moins prestigieuse, dont elle dispose. La hiérarchie des spécialités qu'ils retrouvent ensuite dans le monde médical, ne fait que renforcer cette dévalorisation.

Nous constatons une distance envers ses représentations sociétales et collectives. Les étudiants se fondent essentiellement sur leurs expériences personnelles, même si le contact avec la médecine générale est rare. Il est essentiellement constitué par la relation médecin-malade qu'il partage avec leur médecin traitant.

Conscients de leur méconnaissance concernant le métier, ils réclament plus d'expériences concrètes de l'exercice de la médecine générale pendant leur formation.

L'initiation au monde médical (ainsi aux réalités de la profession médicale) laisse peu de place à la médecine générale. Les étudiants ne possédant pas de modèle professionnel du médecin généraliste, peu d'entre eux se projettent dans une pratique future du métier.

Les perspectives professionnelles montrent le paradoxe de la médecine générale. Les étudiants dénoncent une tendance à l'hyperspécialisation de la médecine, une segmentation de l'approche du patient. Ils vantent la richesse et la complexité de la médecine générale mais s'orientent le plus souvent vers une autre spécialité.

Il persiste de nombreuses croyances concernant les modalités pratiques. Les étudiants ne se sentent pas prêts à assumer les contraintes qu'ils attribuent à l'exercice. Il est donc essentiel de communiquer sur la réalité de la profession, de répondre à leurs interrogations, parfois d'ordres pragmatiques (qualité de vie, rémunération...).

Par ailleurs, nous retrouvons dès la seconde année, une influence de l'école de médecine sur les représentations du métier. La vision de la profession changera en fonction des expériences vécues durant une longue formation. L'enseignement module indéniablement la vision qu'auront les étudiants du monde médical. La faculté est ainsi vectrice des connaissances mais aussi des valeurs de la profession. En cela, son rôle est primordial dans la réorganisation de la vision de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, Etudes et Résultats. 2018;1061:1-4.
2. Anguis M, Centre national de gestion. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES, Etudes et Résultats. 2017;1006:1-6.
3. Duriez S. Influence de l'image de la médecine générale sur le désir de choix de la spécialité: enquête réalisée auprès de 825 étudiants hospitaliers lillois [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2008.
4. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou M-F. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. Pédagogie Médicale. mai 2015;16(2):119-32.
5. Cattin E, Fachinetti S, Marchand O. Stage de deuxième cycle en médecine générale : impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste. Exercer 2009;99:189-90.
6. Ministère des solidarités et de la santé. Pour les étudiants et leurs futurs patients, des études médicales renouvelées [Internet]. juillet 2018 [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705>.
7. Boutillier B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale [Mémoire]. Amiens: Université de Picardie; 2004.
8. Cazelles-Bou C. Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine: étude réalisée à Poitiers en 2007 [Thèse d'exercice]. Poitiers: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2010.
9. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
10. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e éd. Malakoff: Armand Colin; 2015,126p.
11. Hardy-Dubernet AC, Faure Y. Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. DREES. Série études. 2006;66:1-101.
12. Zielinski A. L'éthique du care. Etudes. 28 nov 2010;Tome 413(12):631-41.
13. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Nancy: Université de Lorraine; 2013.
14. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

15. Angus M, Bachelet M. Les médecins d'ici 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, Etudes et Résultats. mai 2017;1011:1-6.
16. Groboz-Lecoq D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées [Thèse d'exercice]. Nice: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
17. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales - Article 5.
18. Site internet de la CARMF [Internet]. Paris:CARMF; 2017.Bénéfices non commerciaux (BNC) 2016 des médecins libéraux [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresclats/stats/2017/bnc2016.htm>
19. Hermange M.T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Bull Acad Natl Med 2008;192:805-16.
20. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe [Internet] 2002 [cité 5 févr 2019] Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/>
21. Allot F, Debeauvais J, Elshoud S, Perrey P. Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales. Rapport Igaern 2017;119:1-183.
22. Ammar Saada A. Impact du stage ambulatoire en médecine générale sur le projet de choix des étudiants en DFASM2 à l'Université Paris-Diderot [Thèse d'exercice]. France: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
23. Melet L. La médecine générale vue par les étudiants du deuxième cycle des études médicales: une étude qualitative réalisée auprès de 21 étudiants du deuxième cycle des études médicales à Rouen [Thèse d'exercice]. France: Université de Rouen; 2013.
24. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP;2010, 424p.
25. Bouton C, Richard I, Bellanger W, Huez J-F, Garnier F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? Une étude qualitative. Pédagogie Médicale 2013;14(1):17-26.
26. Hardy-Dubernet G. De « faire médecine » à « faire de la médecine ». DREES, Document de travail 2005;53:1-209
27. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité médecine générale par les étudiants en médecine. Pédagogie Médicale 2016;17(3):173-87.
28. CNGE. Les publications de la filière universitaire de médecine générale en 2015. Collège national des généralistes enseignants; 2016 [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_decembre_2016_les_publications_de_la_filie/

29. Basanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*.1981;22:223-245.
30. Céline Avenel. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. *Questions Vives*.2015;24:1-14
31. Saint-Marc D. La formation des médecins, sociologie des études médicales. Paris: L'Harmattan; 2011, 266p
32. Anne G. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 [Internet] 2019 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>

ANNEXE 1

Guide d'entretien

1/ Quel est ton âge ? Quelles sont les professions de tes parents ? Est-ce que quelqu'un dans ta famille exerce ou a exercé une profession médicale ? si oui laquelle ?

2/ Quels sont les stages que tu as déjà effectués ?

3/ Dans le futur, quelles spécialités envisages-tu ? Peux-tu me donner les 3 premières préférences ? Pourquoi ?

4/ Comment t'est venue l'envie de faire médecine ?

5/ Selon toi, en quoi consiste le métier de MG ? Quels sont ses fonctions et ses caractéristiques ?

6/ Comment (imagines-tu) te représentes-tu la vie professionnelle et personnelle d'un généraliste ?

7/ A partir de quelles sources as-tu construit cette image ?

8/ Quelle expérience as-tu de la médecine générale ?

9/ Qu'est ce qui te donnerait envie d'exercer la MG ?

10/ Selon toi, quelle est la place de la médecine générale dans la société ?

Dans le monde médical ?

Dans la formation ?

11/ Comment souhaiterais-tu être formé à la médecine générale ? (A partir de quelle année ? selon quelles modalités ?)

ANNEXE 2

Caractéristiques des entretiens

Entretien Numéro	Age	Genre	Profession du père	Profession de la mère	Famille dans le domaine de la santé	Durée entretien (minutes)	Date
E1	27	F	Éducateur	Infirmière	oui	16	19/07
E2	20	F	Jardinier	Professeur	non	16	19/07
E3	22	M	Médecin	Pharmacienne	non	25	20/07
E4	28	F	Ouvrier	Psychologue	non	44	20/07
E5	21	F	Musicien	Musicienne	oui	31	20/07
E6	19	M	Chef de chantier	Directrice	oui	24	21/07
E7	20	F	Ouvrier	Secrétaire	oui	16	29/07
E8	19	F	Livreur	Secrétaire	non	11	04/08
E9	20	F	Architecte informatique	Adjoint administratif	non	17	05/08
E10	19	F	Infirmier	Infirmière	oui	17	10/08
E11	19	F	Commercial	Restauratrice	non	25	15/08
E12	20	M	Agent immobilier	Médecin	oui	23	17/08
E13	35	F	Médecin	Médecin	oui	38	24/08
E14	19	F	Vétérinaire	Vétérinaire	oui	23	25/08
E15	20	M	Commercial	Marketing	oui	10	05/09

ANNEXE 3

Milieu social des étudiants

Entretien Numéro	Groupe Socioprofessionnel du père	Groupe Socioprofessionnel de la mère
E1	Professions intermédiaires	Professions intermédiaires
E2	Ouvriers	Professions intermédiaires
E3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E4	Ouvriers	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E5	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E6	Professions intermédiaires	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E7	Ouvriers	Employés
E8	Employés	Employés
E9	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Employés
E10	Professions intermédiaires	Professions intermédiaires
E11	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
E12	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E13	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E14	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures
E15	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Cadres et professions intellectuelles supérieures

ANNEXE 4

Définition de la discipline de médecine générale - médecine de famille par la WONCA

DISCIPLINE ET LA SPECIALITE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II. La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

1. Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

2. Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

3. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- b) Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- c) Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de 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.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : La médecine générale souffre d'une mauvaise image qui exerce une influence vers le délaissement de la discipline. Les étudiants en DFGSM2 sont au début de leur cursus. Dans le souci de ne pas imposer la propre vision des enseignants, il est préférable d'aborder la médecine générale à partir des représentations qu'en ont les étudiants.

Objectif : Évaluer les représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 afin de proposer des interventions pédagogiques adaptées aux attentes des étudiants.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès d'étudiants volontaires, recrutés dans la promotion de DFGSM2 de la faculté de NICE. Une analyse thématique a été réalisée jusqu'à saturation des données.

Résultats : Quinze entretiens ont été menés entre juillet et septembre 2018. Les étudiants décrivent un idéal du médecin généraliste qui ne correspond pas aux perspectives professionnelles de la plupart d'entre eux. Il persiste une méconnaissance de la discipline. Les étudiants souhaitent plus d'expériences concrètes de l'exercice de la médecine générale pendant leur formation.

Conclusion : Un enseignement de la médecine générale permettrait d'accompagner les étudiants dans l'apprentissage des fondements du métier et répondre à leurs interrogations mais surtout de véhiculer les valeurs de la profession.

Mots clés : DFGSM2, médecine générale, enseignement, représentation

