



Évaluation du stage ambulatoire de niveau I par les internes de médecine générale en Languedoc-Roussillon

Fiona Bergheau

► To cite this version:

Fiona Bergheau. Évaluation du stage ambulatoire de niveau I par les internes de médecine générale en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02953470

HAL Id: dumas-02953470

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02953470>

Submitted on 30 Sep 2020

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

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



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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

BERGHEAU FIONA

Le 28 septembre 2018

**ÉVALUATION DU STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU I
PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
EN LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles CAMBONIE
Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS
Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

BERGHEAU FIONA

Le 28 septembre 2018

**ÉVALUATION DU STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU I
PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
EN LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles CAMBONIE
Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS
Madame le Docteur Lucie RIEU-CLOTET

ANNÉE UNIVERSITAIRE
2017-2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle
ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
 JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
 JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
 JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
 KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
 LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
 LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
 LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
 MERCIER Jacques - Physiologie
 MESSNER Patrick - Cardiologie
 MOURAD Georges-Néphrologie
 PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
 RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
 REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
 RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
 ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
 SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
 TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
 UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
 VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
 AVIGNON Antoine-Nutrition
 AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
 BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
 BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfán -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGNAIBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements.

Au Professeur Michel AMOUYAL,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail.

Merci de ton compagnonnage et de ta gentillesse lors de mon SASPAS. Merci de m'avoir fait aimer la médecine générale. J'ai découvert chez toi un médecin passionné, à l'écoute de ses patients, et surtout investi auprès des étudiants en médecine. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

Au Professeur Gilles CAMBONIE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus sincère reconnaissance.

Au Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS,

Je suis honorée que vous ayez accepté de venir juger mon travail. Merci pour votre implication au sein du DMG. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

Au docteur Lucie RIEU-CLOTET,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Un grand merci pour ton aide précieuse, ta disponibilité et tes nombreuses relectures.

A mes maîtres de stage lors de mon stage praticien, **aux médecins** qui ont accepté de me recevoir lors de mon SASPAS tout particulièrement au Dr FESNEAU.

Aux équipes médicales et paramédicales du MIG 1 (médecine interne et gériatrique), de la gynécologie et de la pédiatrie de Perpignan. Merci à l'équipe des urgences, à l'équipe de soins mobiles de gériatrie et de soins palliatifs de Montpellier. Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

Aux internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon, qui ont pris le temps de participer à ma thèse.

A ma famille,

A mes parents,

A ma Maman, merci de t'être toujours occupé de nous et de faire en sorte que tout se passe bien.

A mon Papa, merci pour ton soutien et merci pour toutes ces bêtises qui nous font tant rire.

Merci à vous deux pour votre amour, pour les valeurs que vous m'avez inculquées et pour tout ce que vous m'avez transmis.

Merci de m'avoir soutenue et accompagnée dans mes études, d'avoir supporté mes sauts d'humeur lors du concours. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Aux voyages, à l'Espagne. Aux fameuses phrases de Papa (ça pue là non?!) et aux fameuses carottes de Maman.

Merci d'être toujours là pour moi. Je vous aime. Prenez soin de vous et profitez maintenant.

A ma Sœur. Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur, ton envie de faire plaisir et ton sens de l'organisation. Oui Chef! ;) Merci de m'avoir embêtée petite et d'avoir pris soin de moi. Notre différence d'âge ne se voit plus vraiment maintenant, aussi gamine l'une que l'autre. La meilleure des sœurs que l'on puisse espérer.

Tu es devenue une maman géniale, je suis fière de toi.

A mon Timothé, mon neveu préféré, ma petite boule d'énergie qui me remplit de bonheur. Bisous de Toutouna comme tu le dis si bien.

A ma petite Anouk, la plus belle et déjà bien gourmande, comme sa tata ;).

A Vincent, heureuse que tu sois dans la famille malgré tes origines nordistes, merci d'avoir révélé mon grand "secret" ou pas... ;)

A ma Mamie, merci d'être présente pour nous, merci pour ton soutien et tes précieux conseils. Merci de m'avoir autant gâté et de t'être toujours occupé de moi. Et un grand merci à ton pouce! :)

A ma Tatou, merci pour tout, tu es partie trop tôt. Tu me manques.

A mon Papi et à Josiane,

A ma Tatie et à Jacques, à mes **cousins Caroline et Olivier,**

Merci de votre présence et des bons moments passés en famille.

A mes amis,

À mes poulettes Mama et Lélé, une amitié qui dure depuis tellement d'années maintenant. Big up à la Planette Mama! Et à Jean-Rostand Lélé. De beaux fous rires, de belles années d'études (école, collège, lycée) puis la médecine (heureusement que vous étiez là), à nos voyages (youhou la Martinique), à une belle coloc (où Léa essayait de nous faire grossir avec ses fondants au chocolat). Vous êtes géniales.

Aux Nîmois, tellement de souvenirs avec vous! Collège, lycée, toujours des supers moments quand on se voit, comme si rien n'avait changé. Aux chorégraphies de danse, aux TP de physique, aux fous rires en classe, aux pauses à la statue, à la Bécedelle, à Bayonne et aux férias de Nîmes. A tous nos weeks passés et futurs qui permettent de se retrouver. Vous êtes au top.

Merci aux filles : **Clacla, Gatou, Coco, Mioute, Kro, Morgane, Lélé et Mama**.

Merci aux mecs : **Tommy, Toto, Flow, Raf, Pierre et Yohan**.

Merci à ceux qui ont fait le déplacement, cela me touche énormément.

A Raf et Julien pour cette fameuse année de P1. Merci de l'avoir rendue plus supportable.

Aux externes,

Aux copinettes : à ma sosie **Julie** pour les footings, les plages (à griller et à dormir), à **Matou**, à nos goûters et nos repas, à **Juju** la warrior. Merci pour ces années d'externat. A nos petits repas de retrouvaille.

Aux mecs: **Flo, Cox, Greg, Peet, Arnal...**

A John, merci pour tout.

Aux rencontres de Perpignan.

Merci à la coloc 4 : **Camcam, Simon, Anto, Timothée, Etienne et Antoine**. Merci pour ces bons moments et toutes ces soirées, c'était une coloc mémorable. Une vraie colonie de vacances. Un mot à dire Colocccc 44444!

Merci à la coloc 5 : **Camcam** (encore), **Annabelle et Violaine**.

Merci à **Cécé**, pour nos soirées potins et réconfort, au Costa Rica. A **Laure**, on a failli être coloc, dommage on se serait bien amusé. A **Elise**, ma bouclé préféré, **Pancho** et à tous les autres. Sacré semestre!

A la coloc qui prend l'eau: **Léti, Margote, le Pat et Ricky**. On aura bien rigolé, à changer de chambre tous les 6 mois, à partager la salle de bain et nos gastros également, à se les cailler sur nos supers canapés, aux mites et aux fuites d'eau. Et surtout un merci au chien!

A la coloc d'en face: **Charly, Marie, Fanny, Yassir et Rosa**.

Aux morues : Vivi, Alinou, Marion, Léli et Margote.

A Marion, ma blonde, ma belle rencontre des urgences.

A Alinou, ma fofolle, tout a commencé dans les toilettes, de bonnes soirées, le Pérou et les fesses en béton, la Turquie et peut être Tahiti bientôt qui sait :) Je suis contente pour toi.

A Vivi, merci d'être toi, merci pour tes bêtises. Merci pour ta motivation et ta bonne humeur.

A Margote, la championne du mont blanc, merci d'être plus petite que moi ;).

A Léli, la princesse, merci pour ta vision du monde si positive.

A nos soirées morues qui j'espère continueront.

Un merci particulier à mes copines **Elise et Camille**, mes copines « mecs » pour ces supers moments passés ensemble, à nos randonnées, aux bivouacs, à l'Italie, à mon apprentissage de la grimpe. Vous êtes au top les filles.

A toutes mes rencontres :

Cassandra, ma découverte de la réunion (et à Charlie),

Charles (de belles rigolades lors de notre enfance tout particulièrement la cession luge au ski),

Thibault (à de prochaines ascensions de glaciers j'espère, fait attention à toi),

Marie (à la Turquie et à la gériatrie),

Lois (merci de supporter Mariane ;) et Vive Vulcania),

Guilhem (je suis vraiment heureuse pour vous, j'ai hâte de fêter ça),

Charlotte (à une prochaine soirée piscine-bouée).

Merci à vous tous pour tous ces bons moments passés ensemble et pour les amitiés qui en sont nées.

A ma belle-famille,

Au clan Martin : Jojo, Yves, Marine et Yann.

Merci pour toutes vos petites attentions et votre gentillesse.

Merci de faire le déplacement, cela me touche énormément.

Bientôt l'Inde :)

A mon Yoyo,

Merci d'être là et de me soutenir.

Merci pour ton calme et de savoir me rassurer.

Merci pour tous ces bon petits plats et de prendre soin de moi.

Merci pour ton énergie et ta motivation.

A nos activités qui ne font rêver que nous.

Merci pour tous ces moments passés ensemble et ces voyages réalisés,

A ces beaux projets à venir.

Merci de me rendre heureuse.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.	17
I. INTRODUCTION.	18
A. L'évolution de l'enseignement de la médecine.	18
B. Organisation du troisième cycle du DES de MG.	24
C. Le stage praticien dans le DES.	25
1. Les modalités pratiques.	25
2. L'objectif du stage praticien.	26
D. Problématique.	27
1. Un stage primordial dans la formation de l'interne de médecine générale.	27
2. Un apport pédagogique inégal selon les lieux de stage.	29
3. L'évaluation du stage praticien.	30
E. Objectifs.	31
II. MATERIEL ET METHODE.	32
A. Le schéma d'étude.	32
B. Population de l'étude.	32
C. Le questionnaire.	33
D. Recueil et analyse des données.	33
III. RÉSULTATS.	34
A. Population.	34
B. Terrain de stage.	34
C. Organisation du stage.	37
D. Accompagnement pédagogique.	42
E. En résumé.	50
IV. DISCUSSION.	55
A. Retour sur les résultats.	55
1. Terrain de stage.	55
2. Organisation du stage.	56
3. Accompagnement pédagogique et autonomie.	57
4. Comparaison à la littérature.	59
B. Force et faiblesse de l'étude.	60
C. Perspectives et propositions.	62

V.	CONCLUSION.....	64
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	66
VII.	ANNEXES : Questionnaire.....	70
VIII.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	85
IX.	RÉSUMÉ.....	87

LISTE DES ABREVIATIONS.

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
CHU: Centre Hospitalier Universitaire.
CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins
DCEM: Deuxième Cycle des Études Médicales
DES: Diplôme d'Étude Spécialisée.
DESC : Diplôme d'Étude Spécialisée Complémentaire.
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
ECN : Epreuve Classante Nationale
ISNAR-IMG : InterSyndicat Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
LR : Languedoc-Roussillon
MG : Médecine Générale
MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage des Universités
PMI : Protection Maternelle Infantile
SP : Stage chez le Praticien
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SILR : Syndicat des Internes du Languedoc Roussillon
TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales
UPP : Unité Pédagogique de Proximité
UFR : Unités de Formation et de Recherche

I. INTRODUCTION.

A. L'évolution de l'enseignement de la médecine.

« Une longue histoire...

Au IX siècle, on connaît l'existence, à Salerne, d'un centre d'études médicales fréquenté par des chrétiens et des juifs, des laïcs et des clercs. A partir du XI siècle, interviennent les apports de la médecine arabe et de sa riche pharmacopée. Salerne était alors une école de médecine dont Frédéric II voulut faire un des fleurons de l'université de Naples en ses débuts difficiles.

Mais c'est à Montpellier que l'essor de cet enseignement participa le plus intensément au développement de l'Université : les écoles y sont devenues facultés avant 1220, restant subordonnées à l'évêché comme au Saint-Siège. L'exigence d'un stage pratique de six mois préalable à l'autorisation d'exercice de l'art sera la source du renom des maîtres de Montpellier donnant à leur cité, dans l'histoire, « le privilège de la formation de la médecine académique ».

www.senat.fr

La ville de Montpellier devient influente dans le domaine médical avec l'autorisation en 1180 d'exercer et d'enseigner la médecine. En 1289, l'enseignement de la médecine est reconnu par l'Église, créant l'université de Montpellier, devenant la plus ancienne École de Médecine en occident.

A la fin du XVIIIème siècle, l'enseignement de la médecine à Montpellier, comme dans toutes les autres universités françaises, est supprimé pendant la Révolution par la loi du 18 août 1790 et la loi Le Chapelier des 14-17 juin 1791, prévoyant la disparition des médecins.

Les guerres révolutionnaires entraînent de nombreux blessés et malades qui ont besoin de praticiens compétents. L'enseignement de la médecine est alors été rétabli le 4 décembre 1794 par la fondation de trois Écoles de Santé à Paris, Strasbourg et Montpellier. (Figure 1)

Un titre était nécessaire pour exercer, du fait de l'augmentation du nombre de charlatans. Un double cursus médical voit le jour. Une première voie prestigieuse, le doctorat en médecine, qui permettait d'exercer sur tout le territoire, et une deuxième voie : le brevet d'officier de santé, qui permettait de répondre au nombre insuffisant de docteurs dans les campagnes.

En 1892 les officiers de santé sont supprimés (loi Chevandier du 30 novembre 1892) et le monopole est donné aux docteurs.

L'ordre des médecins est créé en 1940, les médecins obtiennent leur autonomie dans la dispense de soins grâce à des collectivités qui fixent les règles et en contrôlent le respect.

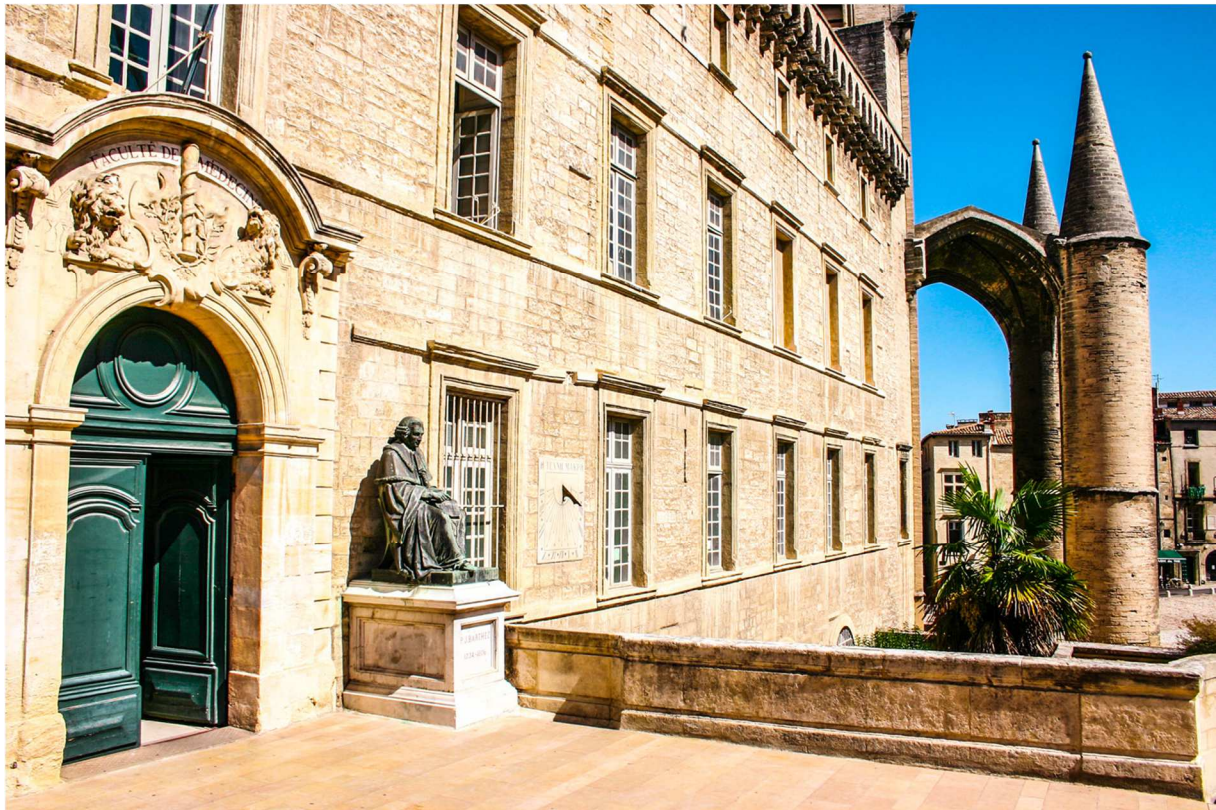


Figure1: Locaux de la faculté de médecine de Montpellier.

La réforme Debré de Décembre **1958** réforme le système de santé, créant **les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)** et les stages hospitaliers. L'enseignement des étudiants en médecine se fait au lit du malade mais n'intègre pas les soins primaires, renforçant l'enseignement de la médecine spécialisée. (1)

Dans les années 1970, les étudiants passent alors tout leur temps d'apprentissage dans les hôpitaux et ne connaissent pas l'exercice des généralistes. Le modèle est donc très hospitalo-centré, malgré la part importante des étudiants se vouant à la médecine générale.

« La nécessité de remédier aux défauts et insuffisances du système actuel de formation s'est fait sentir depuis longtemps. D'abord, les médecins généralistes ne sont pas — comme on l'a vu — correctement préparés à l'exercice de la médecine. Si leur formation théorique est d'un bon niveau, il n'en est pas de même de leur formation clinique et pratique. »

www.senat.fr

La loi de 1972 suivie par la **Commission Fougère de 1974**, insiste sur la nécessité de revaloriser la médecine générale (MG). C'est dans ce contexte qu'un **stage extra hospitalier est proposé**, ainsi que la mise en place du 3^{ème} cycle de MG. Il s'agit d'un acte précurseur dans la reconnaissance d'un enseignement spécifique à la médecine générale, ce qui permet aux futurs praticiens d'avoir une vision plus pratique de leur future activité.

« Deux préoccupations ont dominé les travaux de la commission : d'une part, le renouveau de la médecine générale, qui implique une meilleure formation du futur généraliste ; d'autre part, la formation de spécialistes de haut niveau, qui doit être assurée par un enseignement à la fois théorique et pratique. D'où le projet de voie de formation unique, hospitalière et universitaire. »

www.senat.fr

Avant 1979, le troisième cycle de médecine générale durait 1 an. Un stage pratique de 6 mois, en ambulatoire, chez un médecin agréé était possible, mais restait facultatif sur choix propre de l'étudiant. (2, 3, 4)

Un tournant a eu lieu le 6 juillet **1979**. **La loi Veil** a construit **un troisième cycle spécifique** de la médecine générale. Une distinction était faite entre **l'internat** pour les spécialités médicales et le **résidanat** pour la médecine générale.

A partir de 1988, le résidanat s'allonge d'un an (soit **2 ans** au total), permettant d'approfondir la base de connaissances et d'enseignement dans le cadre de la future pratique de la médecine générale. Un écueil persiste et demeure : le futur praticien reste attaché à un enseignement hospitalier, sa formation s'allonge mais son temps de stage sur son futur terrain d'exercice reste faible : le futur médecin généraliste est et reste formé à l'hôpital.

Il existe toujours la possibilité de réaliser un stage en ambulatoire de médecine générale de 6 mois, réalisable mais non obligatoire.

Cette réforme aura pour effet d'allonger les études du médecin généraliste, qui se trouveront portées au total à huit années. Tous les étudiants qui ne font pas l'internat, donc pas de spécialité médicale, passeraient par le résidanat pour devenir médecin généraliste.

Cette réforme tient donc compte de l'insuffisance des formations et de la nécessité de s'aligner sur les Directives européennes.

En 1997 apparaît enfin **un stage obligatoire** (en sus des 2 ans) en médecine générale lors du résidanat, auprès de praticiens généralistes agréés, **le stage chez le praticien (SP)**. La formation s'étoffe donc et offre in fine ce que l'ensemble de la profession attendait : une formation des médecins généralistes en devenir par les médecins généralistes en activité.

Un enfant sans père est semblable à une maison sans toiture.
Proverbe Cambodgien

Le résidanat comporte maintenant 5 semestres obligatoires dont un semestre chez le praticien généraliste en ambulatoire. (5, 6, 7)

Ceci fait donc réponse à la demande des étudiants, s'estimant lésés dans leur formation, et insuffisamment préparés à leur future pratique. Néanmoins, malgré la mise en place de cette réforme, la formation peine encore à décoller. Une majeure partie des futurs médecins généralistes se sent encore en retard de formation vis à vis des spécialités médicales (8). Ainsi une étude montrait entre 2002 et 2004 que 83% des internes de Paris regrettaient le manque de sensibilisation à la médecine générale, tout comme 49% à Lyon. (9)

Le Comité National d'Évaluation de l'enseignement supérieur publie des recommandations en 1998 sur la formation des futurs généralistes (10). Il insiste notamment sur la nécessité de sensibiliser les étudiants à la médecine générale tout au long des études médicales.

En 2001, les modalités du troisième cycle de médecine générale évoluent pour laisser place à une formation répartie sur **3 ans**. Ces 3 années de résidanat seront dès lors découpées en 6 semestres (11, 12). Un de ces semestres devra être effectué auprès d'un ou plusieurs praticiens de médecine générale agréés par la Faculté.

La médecine ambulatoire continue d'être valorisée par la création du **stage de niveau 2**, le stage en soins primaires en autonomie supervisée (**SASPAS**) **en 2001**. Ce stage a été modifié en 2004. (15)

Le 22 septembre 2004, la médecine générale devient une spécialité, un diplôme d'étude spécialisé (DES) à part, c'est le début des Épreuves Classantes Nationales. L'ancien résidanat devient l'internat de médecine générale avec 6 semestres obligatoires. (13)

Cela ajoute la médecine générale à la liste des 8 spécialités médicales. Celle-ci ne pourra donc plus être pratiquée que par les étudiants ayant reçu une formation spécifique de trois ans en médecine générale. (14)

En 2009, une initiation à l'ambulatoire pour les plus jeunes devient obligatoire lors du 2^{ème} cycle leur permettant ainsi d'avoir un bref aperçu de la MG avant de faire leur choix de spécialité à l'internat. Mais plus d'un quart des étudiants en médecine y échappent. En 2015-2016, on comptait 65% des étudiants l'ayant fait en Occitanie.

La création du DES de médecine générale permet la naissance d'une filière universitaire de médecine générale. Depuis 1991, il n'y avait que des enseignants associés de MG. Il faudra attendre 2007 pour que les premiers chefs de clinique universitaire de MG soient nommés, 2009 pour la nomination des premiers professeurs titulaires de MG.

L'arrêté du 10 août 2010, ouvre des stages de gynécologie et de pédiatrie en ambulatoire, ainsi que la possibilité de faire un stage libre hors structure hospitalière.

L'internat de médecine générale tel que nous le connaissons actuellement est le résultat d'une évolution des textes législatifs et réglementaires. L'évolution de l'internat de médecine générale sera marquée par des modifications dans sa durée, sa conception, ses priorités et sa composition.

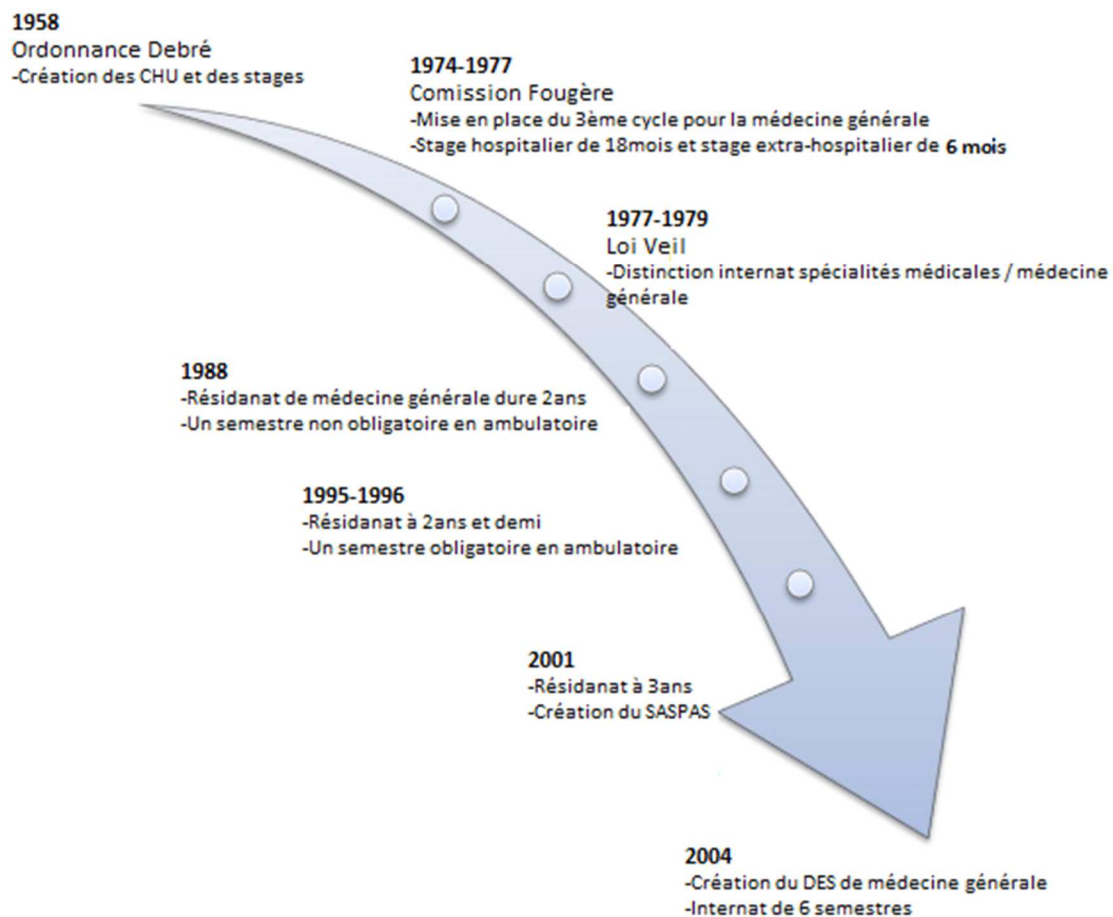


Figure 2 : Historique de l'internat de médecine générale

La figure 2 représentée sous la forme d'une frise, a pour objectif de mettre en avant les principales dates marquant l'évolution de la médecine générale et des stages.

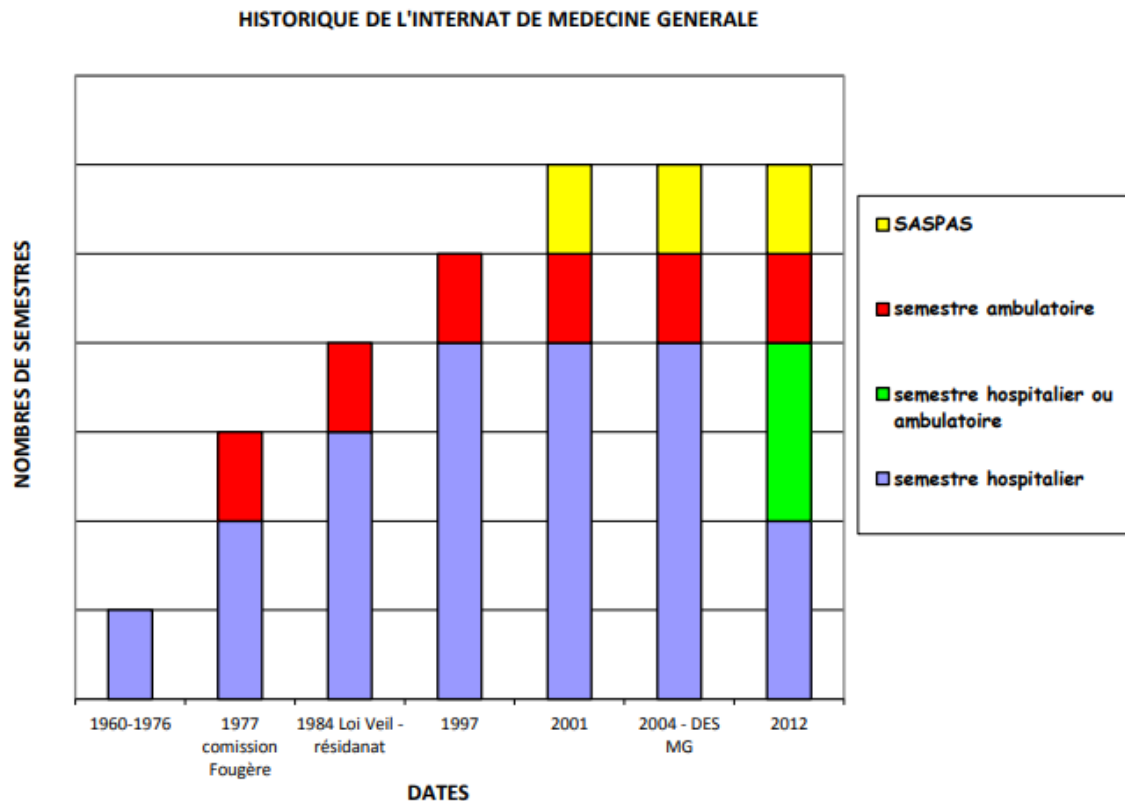


Figure 3: Historique de l'internat de MG

La figure 3 a pour objectif de montrer l'évolution et l'augmentation des stages ambulatoire dans la formation des médecins généralistes. (16)

La médecine générale est une spécialité à part entière de nos jours et a une place capitale dans la prise en charge des patients, une prise en charge du patient dans sa globalité. Conscients de l'importance de la formation des jeunes médecins généralistes à l'ambulatoire, au plus proche de la pratique et de la réalité des médecins généralistes, cette formation évolue sans cesse et va encore poursuivre son optimisation.

Nous rappellerons tout d'abord l'organisation du DES de médecine générale et la place particulière du stage praticien dans ce DES en décrivant le cadre pédagogique et ses objectifs. Puis nous nous intéresserons tout particulièrement à l'origine de cette thèse, ses objectifs et ses résultats. Enfin nous décrirons succinctement les travaux antérieurs puis nos hypothèses de travail.

B. Organisation du troisième cycle du DES de MG.

Le DES de médecine générale est un cursus professionnel de trois ans aboutissant à la certification des compétences en médecine générale. Au cours de ces trois ans, l'interne en médecine générale doit suivre une formation pratique (6 semestres), une formation théorique (200 heures au minimum), une formation méthodologique (production de traces d'acquisition de compétences), et une formation à la recherche (thèse ou mémoire). (17)

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (TCEM) précise que l'interne de médecine générale doit réaliser : (18, 19, 20)

- 2 stages dans des services hospitaliers agréés pour le D.E.S de MG :
 - 1 dans un service d'adulte (médecine interne, gériatrie aiguë ou médecine polyvalente)
 - 1 dans un service d'urgence
- 1 stage dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, agréé pour le D.E.S de MG.
- 1 stage de « médecine ambulatoire » auprès d'un médecin généraliste agréé.
- 2 stages :
 - Un stage en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de MG : le SASPAS, possible en fin de troisième cycle, pour la dernière année d'internat. A défaut, ce semestre est effectué en établissement hospitalier (stage « libre ») ou dans une structure médicale agréée par le responsable du DMG.
 - Un stage dit « libre » en service hospitalier agréé pour le D.E.S de MG.

L'objectif du DES de MG est de former des médecins compétents dans les différentes missions du médecin généraliste. En avril 2017, on recensait en Languedoc-Roussillon, 154 internes de médecine générale en 1ère année, 163 en 2ème année et 164 en 3ème année.

C. Le stage praticien dans le DES.

En 2016, lors de ma formation, le stage praticien (SP) était le seul stage en ambulatoire obligatoire en 3^{ème} cycle et était donc l'unique occasion pour la plupart des internes d'appréhender le libéral. Il s'agissait donc d'un stage primordial. La réalisation de ce stage, rappelons-le, est obligatoire depuis 1997.

1. Les modalités pratiques.

Le SP se fait auprès de médecins généralistes agréés qui sont des Maîtres de Stage des Universités (MSU). Ces derniers exercent dans un cabinet libéral ou dans tout autre centre de soins primaires (Protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine préventive, etc), à l'exclusion des services hospitaliers. Les MSU sont regroupés par unités pédagogiques de proximité (UPP). Le collège national des généralistes enseignants prodigue des outils et aide les MSU à se former à recevoir des internes. Les MSU doivent signer la charte des MSU (21).

Le stage praticien ou stage de médecine générale de niveau 1 consiste à accueillir un interne de MG, en 3^{ème} ou 4^{ème} semestre dans la région Languedoc-Roussillon (dépendant des universités).

Ce stage obligatoire de 6 mois se déroule dans un ou plusieurs sites d'exercice, afin de découvrir l'activité ambulatoire et se familiariser avec ce qui sera son futur mode d'exercice.

Il suit son praticien dans son activité de consultation, de visite mais aussi dans ses déplacements en maison de retraite, hôpital local... à raison de 8 demi-journées par semaine, (plus 2 demi-journées consacrées à la formation universitaire).

Parmi les MSU, l'un d'eux est nommé responsable. Ainsi il coordonne les différentes périodes du stage.

Trois périodes s'intriquent au cours de ce stage :

- La première est une phase d'observation qui permet à l'interne de se familiariser avec son environnement, il observe son MSU pratiquer et est ainsi familiarisé avec le logiciel, les télétransmissions... mais aussi avec la patientèle du MSU et ses pratiques. Il ne s'agit pas d'une période statique : même si la consultation est menée par le MSU, l'interne peut réaliser l'examen clinique, émettre des hypothèses diagnostiques et thérapeutiques, interroger...
- La deuxième période est semi active au cours de laquelle l'interne peut intervenir en présence du maître de stage, il réalise la consultation, son praticien est présent dans la salle afin de corriger si besoin et venir en aide.
- La troisième phase, active, au cours de laquelle l'interne accomplit des actes seul ; cette fois il mène seul la consultation sous la supervision de son MSU, absent de la salle d'examen mais disponible physiquement à proximité.

Le stage devait initialement se dérouler auprès d'un MSU unique. Devant la charge de travail que cela impliquait, un deuxième voire 3 ou 4 MSU ont été possibles, permettant un accès à

des modes d'exercice variés : cabinet de médecin généraliste seul, cabinets de groupes, en Maison de Santé Pluri professionnelle, médecine rurale, semi-rurale ou urbaine. En cas d'absence il est possible de s'arranger avec les autres MSU du binôme / trinôme, l'interne ne pouvant consulter seul.

En Languedoc-Roussillon, il existait 408 MSU répartis sur les 5 départements en 2017.

Le SP base son enseignement sur un principe ancien : le compagnonnage. Chaque futur médecin apprend de ses aînés et enseignera lui-même ce qu'il aura appris aux plus jeunes. Ce dogme est contenu dans le serment d'Hippocrate.

Le SP est régi par des décrets résultant des propositions conjointes des responsables universitaires du troisième cycle de MG, du CNGE et du CNOM (22).

Une convention de stage doit être signée par les différents intervenants et communiquée au Conseil Départemental (23). Elle expose les obligations de chacun :

L'interne est placé sous l'autorité des MSU ; exerce dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment du code de déontologie médicale et des conventions médicales ; exerce sous la responsabilité des MSU et est obligatoirement titulaire d'une assurance responsabilité professionnelle.

Les MSU ont la possibilité de demander à l'interne de ne pas assister à certaines consultations ou visites s'ils le jugent opportun ou à la demande des patients.

Les MSU doivent pouvoir intervenir à tout moment lorsque l'interne exerce seul, ce qui implique que le MSU soit à proximité immédiate en cas de besoin.

En cas de conflit entre les deux parties et d'échec des tentatives de conciliation, le directeur de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) peut user de solutions formelles : mettre fin au stage ou le suspendre (de sa propre initiative, à la demande du MSU, ou du stagiaire).

2. L'objectif du stage praticien.

L'objectif de ce stage est la mise en autonomie de l'interne en contexte de médecine générale ambulatoire. Ce stage permet à l'interne d'appréhender la pratique en ambulatoire, de maîtriser de nouveaux outils et d'acquérir progressivement une autonomie. Il lui permet de prendre progressivement conscience de son futur métier de praticien.

Le SP a eu pour objectif d'adapter l'enseignement de la MG face à la différence très importante des pathologies rencontrées à l'hôpital de celles soignées en ville, alors que les internes de MG avaient jusque-là une formation hospitalière exclusive et découvraient ensuite l'exercice ambulatoire par eux-mêmes.

L'objectif des deux parties étant qu'à l'issue du stage, l'interne ait acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine ambulatoire.

Durant ce stage, l'interne découvre la médecine générale, la prévention, la prise en charge des maladies aiguës et chroniques, la continuité des soins, la prise en compte des facteurs sociaux, familiaux et psychologiques, rencontre le patient dans son "milieu naturel", découvre l'organisation et le fonctionnement d'un cabinet médical.

D. Problématique.

L'intention de cette thèse était de réaliser un travail sur la formation des futurs médecins généralistes en LR.

L'origine de cette thèse a émergé lors de mon stage praticien quand j'ai pris conscience de l'inégalité des terrains de stage et surtout du peu de stages ambulatoires que l'on avait pendant notre formation.

1. Un stage primordial dans la formation de l'interne de médecine générale.

a. Le seul stage ambulatoire de la formation obligatoire.

Dans le DES de MG, la formation ambulatoire est très minoritaire : de fait, la Médecine Générale est la seule spécialité à n'avoir qu'un seul semestre obligatoire de sa spécialité dans sa maquette. Le SP est le seul moment où les internes ont l'occasion de découvrir leur futur métier de médecin généraliste. C'est un stage primordial qui doit correspondre aux attentes des internes et leur permettre d'acquérir un niveau de compétences suffisant pour exercer en autonomie et surtout en ambulatoire.

La validation de ce stage est indispensable avant de prétendre à une licence de remplacement et ainsi commencer une activité libérale en qualité de remplaçant. Le stage chez le praticien est une expérience d'apprentissage professionnel primordiale. Ce stage est un moment clé de l'apprentissage : passer de l'apprentissage théorique des premières années, et les écarter d'une pratique hospitalo-centrée à une mise en situation pratique réelle sous la supervision d'un médecin généraliste confirmé.

Le DES de MG français est le plus court de toutes les spécialités, 3 ans contre 4 à 5 ans en fonction des spécialités concernées. C'est aussi l'un des plus courts d'Europe (9 ans contre 11 ans en Allemagne et 12 ans au Danemark) (24). Aux Pays Bas, 2 des 3 ans de formations se passent auprès de médecins généralistes et 3 ans en Norvège.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) rappelle que « Plus la durée de la formation est longue et les stages en situation authentique nombreux, plus le système de santé est centré sur les soins primaires et se révèle efficient » (25).

b. Vers un professionnel autonome.

Le sentiment d'être prêt à exercer par les internes à la fin du DES est faible, cela est probablement lié à ce manque de stage ambulatoire.

D'après l'étude qualitative de A. Oude Engberink, (26) réalisée à partir d'un guide d'entretien lors de focus group filmés en 2010 à Montpellier, le sentiment d'être prêt est évolutif et se construit par le vécu de situations authentiques variées et répétées de médecine générale. Les

internes insistent sur la quasi absence d'un modèle de MG dans leur cursus et sur la confrontation constante avec un modèle de médecin hospitalier. Cela met en exergue la nécessité d'un contact précoce avec un médecin généraliste. Nous pouvons caricaturer ceci par une métaphore : un bon ébéniste se forme-t-il dans une usine de meuble ikea® ? Certes il y a des meubles et du bois, mais il manque l'essence même de sa future pratique.

C'est un peu le cas dans la formation d'un interne de MG, il apprend des choses, mais trop hospitalières et pas assez ambulatoires ni axées sur la vie "authentique" d'un praticien de médecine générale.

Nous assistons depuis plusieurs années à une installation de plus en plus tardive par les nouveaux jeunes diplômés (27) amenant prochainement à une pénurie de médecins: est-ce lié à ce sentiment de ne pas être prêt à exercer et à une formation ambulatoire minoritaire?

Le rapport Legmann, qui s'interroge sur la non attractivité de la médecine générale, a répertorié comme déterminante la méconnaissance de cet exercice. (28) Le stage praticien pourrait permettre de renforcer le sentiment d'être prêt à exercer de l'interne et donc de résoudre partiellement le problème des retards à l'installation ainsi que la carence de médecins installés.

De même, le stage d'externe en médecine générale ambulatoire permet une approche de la MG plus tôt dans le cursus, améliorant la vision des externes sur la MG. Nous passons voir toutes les spécialités, il est légitime de venir voir celle qui est majoritaire !

L'étude qualitative réalisée à Lyon en 2015 sur "Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité" (29) par groupes de discussion focalisée, organisés respectivement avant, en fin de stage et un an après, montre l'évolution très positive du regard des externes sur la discipline de la MG, sur l'exercice de la MG et sur le médecin généraliste. Après ce stage ils pouvaient envisager de choisir cette discipline comme spécialité ou au moins de l'accepter comme un métier possible.

Le rapport Hubert souligne la difficulté des étudiants à choisir la MG car elle n'apparaît pas assez dans la formation initiale.

Ce stage du deuxième cycle permet de se projeter dans un choix positif de la discipline et de sortir de cette « médecine par défaut » pour accéder à la MG, spécialité comme les autres comme on le constate dans la thèse de Bideau-Gedouin en 2009 à Bordeaux portant sur "l'analyse de l'influence du stage de médecine générale en deuxième cycle sur les représentations et les projets professionnels des étudiants." (30)

A Montpellier, C. Nilles réalise une thèse en 2015 sur "la perception du métier de médecin généraliste en cabinet par les étudiants en médecine avant le stage en médecine ambulatoire" (31). Cette étude faite par focus groupe suivant un guide d'entretien, interrogeait des étudiants avant et après le stage en médecine générale. Elle met en valeur la perception du métier de médecin généraliste. Les étudiants sont conscients de l'importance du stage et demandent une multiplication de ce type de stage. Ils veulent sortir du système hospitalier. Les étudiants se plaignent en effet de l'image négative de la médecine générale qui leur est présentée lors des stages hospitaliers au CHU, ainsi que du manque d'intervenants du domaine de la médecine générale pendant les cours magistraux.

A Montpellier-Nîmes, une autre thèse réalisée par JF. Surrault en 2015 montre que les étudiants ont une perception largement positive du métier de médecin généraliste après le stage praticien du DCEM (32). L'immersion d'un mois dans la réalité quotidienne leur

permettra un choix éclairé à l'issue des ECN et une projection professionnelle plus concrète après la réalisation de celui-ci. Certains étudiants se sont mis à envisager le métier de médecin généraliste alors que cette option ne faisait pas partie de leurs choix avant le stage.

Ces différentes thèses mettent bien en valeur le fait que les étudiants sont en demande de stage en MG et que ces stages renforcent la connaissance du terrain ambulatoire et permettent d'orienter le choix des étudiants.

2. Un apport pédagogique inégal selon les lieux de stage.

a. Un enseignement pas forcément évident.

L'article de G. Bloy sur "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien" porte sur une enquête de sociologie qualitative consacrée à la formation des omnipraticiens, plus précisément lors du stage chez le praticien réalisé entre 2002 et 2004 dans quatre régions de France. Selon cet article, la relation triangulaire entre stagiaire, médecin et patient est délicate. "Les relations à trois ne sont pas réputées les plus faciles, le fonctionnement en triangle risquant de se faire au détriment d'un des pôles. La relation médecin-patient est fragilisée par l'arrivée d'un interne. Les maîtres de stage parlent de la difficulté de jouer les absents et redoutent d'être mis en difficulté devant « leurs » patients. D'un autre côté, on trouve la difficulté pour l'interne de trouver sa place, une posture marginale par rapport à la relation entre le patient et son médecin attitré. Les remarques, les mises en situation susceptibles de disqualifier le stagiaire en le faisant apparaître comme un « sous-médecin » sont difficilement vécues." (33)

Pareillement dans la thèse de T. Valenzuela réalisée à l'université de Montpellier en 2016, il apparaît une interaction complexe entre deux subjectivités. "Les comportements et ce qu'ils transmettent, les mots et ce qu'ils sous-entendent, les silences et leurs interprétations influencent les investissements relationnels" et donc la transmission du savoir. "L'engagement pédagogique des partis, la considération confraternelle ainsi que le respect des intégrités mutuelles permettent l'amorce d'un cercle vertueux bénéfique au duo qu'il est difficile d'atteindre dans tous les lieux de stage." (34)

Ces études analysent bien les difficultés qu'il peut y avoir, que ce soit pour l'interne ou le MSU lors du SP.

b. Des lieux de stages hétérogènes.

Lors de la réalisation de mon stage praticien j'ai pu prendre conscience de l'hétérogénéité des stages en parlant avec les internes de ma promotion. Certains s'y plaisaient, d'autres non. Ces derniers se plaignaient du relationnel, du manque ou du trop d'autonomie, d'autres du manque de statut "de confrère" par leur MSU.

Ce sentiment est retrouvé dans la littérature. L'article sur "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien" rapporte qu'en dépit d'un cadre réglementaire commun, l'hétérogénéité est considérable, les différences

s'observent non seulement d'une faculté à l'autre mais aussi au sein d'une même faculté où il existe des variations d'interprétation considérables d'un maître de stage à l'autre. La diversité est d'abord le fait des internes, "tous n'ont pas choisi la médecine générale mais tous sont tenus de faire ce stage quoi qu'ils en pensent. Tout cela constitue une contrainte pour les maîtres de stage, parfois amenés à composer avec des gens peu intéressés ou mal disposés à l'égard de leur pratique". "Cette diversité est ensuite celle des MSU par la difficulté des départements à assurer un standard de qualité dans le recrutement des maîtres de stage. On constate une hétérogénéité des conditions pratiques de stage." "Les variations les plus significatives portent sur le temps de présence du stagiaire, la gestion des trois phases théoriques qui donne lieu à beaucoup d'invention de la part des acteurs et aboutit à des situations extraordinairement contrastées." (33)

Cette hétérogénéité est problématique pour l'enseignement pratique de l'interne en médecine générale. On peut supposer que la formation reçue lors du stage est également hétérogène selon le lieu choisi. Pour son unique semestre ambulatoire dans sa spécialité, l'interne de médecine générale doit pouvoir bénéficier d'une formation optimale.

3. L'évaluation du stage praticien.

Il est nécessaire d'évaluer le stage praticien pour s'assurer que l'apport pédagogique est présent pour chaque lieu de stage.

L'interne en Languedoc-Roussillon choisit son terrain de stage à partir d'un recueil de différentes évaluations de stages anonymes rédigées par les internes du semestre précédent. Les réponses à ce questionnaire ne sont transmises (et de manière anonyme) qu'aux internes eux-mêmes et non aux maîtres de stages concernés. Cela ne permet pas de faire évoluer les problématiques quelquefois rencontrées mais permet aux internes de se conseiller les choix de lieux de stage qu'ils jugent les plus opportuns à leur formation.

D'ailleurs certains MSU se plaignent du manque de retour sur leur enseignement. "Globalement l'expérience est enrichissante. Je pense des deux côtés, j'espère, puisque nous on n'a jamais le retour des stagiaires sur ce qu'ils pensent du stage, si ce n'est ce qu'ils nous disent. Des fois ils nous disent ce qu'ils ont envie pour nous faire plaisir." me confiait un de mes MSU.

Ma thèse sur le stage praticien permettra ainsi une évaluation de celui-ci.

Des thèses ont été réalisées sur ce sujet dans d'autres régions. L'étude quantitative d'Arno-Moreau Eugénie réalisée à Nice (35), portant sur l'évaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois, réalisée à partir d'un questionnaire, a montré que ce stage était formateur et concluant. Le stage chez le praticien a une influence positive sur la décision de devenir médecin généraliste libéral, 76,9% des internes désiraient exercer ce métier à l'issue de leur stage chez le praticien. "Parmi ceux qui souhaitaient devenir MG avant le stage, 1 seul ne le désirait plus, alors que pour ceux qui ne voulaient pas devenir MG, 4 ont changé d'avis."

Plusieurs travaux dans d'autres villes comme à Lille, Créteil ou Paris (36, 37, 38) qui ont évalué le stage praticien ont permis de constater que les internes sont conscients de l'importance de ce stage et en sont pour la majorité contents. Ce stage a en effet une importance capitale pour l'interne dans sa formation.

La thèse de 2010 de Rachelle Porte, réalisée à Montpellier, (39) avait permis une évaluation de ce stage et avait montré des pratiques hétérogènes. Les internes de MG évaluaient leurs MSU par l'intermédiaire d'un questionnaire envoyé par courriel. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les pratiques médicales des MSU (encadrement, réalisation des objectifs...). Nous pourrions ainsi voir l'évolution depuis cette thèse.

“Les jeunes doivent se prendre en main et s'assurer qu'ils reçoivent le meilleur enseignement possible, afin de pouvoir bien nous représenter à l'avenir.

Nelson Mandela

E. Objectifs.

L'objectif principal de cette thèse était de décrire le déroulement du stage chez le praticien et d'en évaluer la satisfaction des internes par rapport aux compétences acquises et à leur formation.

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

II. MATERIEL ET METHODE.

A. Le schéma d'étude.

Cette thèse se base sur une enquête observationnelle transversale, à visée descriptive.

Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé à tous les internes de MG du LR par courriel, en janvier 2018, pour les promotions 2013, 2014 et 2015.

Ce questionnaire a permis le recueil de données quantitatives, associées pour certains items à des données qualitatives.

L'anonymat était respecté.

B. Population de l'étude.

Critères d'inclusion : Pour être inclus dans l'étude, les étudiants devaient avoir validé leur deuxième cycle d'études médicales et avoir choisi la spécialité de MG en LR.

Nous avons décidé d'interroger les internes ayant effectué leur stage chez le praticien durant les 6 semestres précédant le début de l'enquête (soit 3 promotions d'internes de MG) soit :

- de mai 2017 à octobre 2017
- de novembre 2016 à Avril 2017
- de mai 2016 à octobre 2016
- de novembre 2015 à avril 2016
- de mai 2015 à octobre 2015
- de novembre 2014 à avril 2015

Recrutement des internes : Un lien électronique du questionnaire a été adressé à l'ensemble des internes de MG de 3 promotions successives par l'intermédiaire de la faculté de médecine de Montpellier qui possède les adresses électroniques de tous les étudiants, en ciblant les internes ayant déjà fait le stage praticien.

Une phase de test avait été effectuée au préalable en soumettant le questionnaire à 4 internes témoins ne faisant pas partie de la population de l'étude, 2 anciens internes de MG du LR ayant déjà fini leur cursus et 2 internes du LR n'étant pas en MG. La présentation du questionnaire et la formulation de certaines questions avait alors été modifiée pour permettre une meilleure lisibilité, une facilité d'utilisation, et une meilleure compréhension.

Il n'existait pas de critère d'exclusion.

C. Le questionnaire.

Il s'agissait d'un questionnaire électronique anonyme et créé avec le logiciel *Google Form*. Il était composé de questions fermées en majorité et de quelques questions ouvertes qui permettaient une meilleure compréhension du vécu des internes.

Ces items étaient répartis en 6 chapitres :

- Terrain de stage.
- Organisation du stage.
- Accompagnement pédagogique.
- Autonomie.
- Remplacements.
- En résumé.

Il fut élaboré en s'aidant de plusieurs sources.

Une des principales sources était un questionnaire d'évaluation du stage chez le praticien, élaboré par et pour les internes du LR, pour les aider dans le choix de leur terrain de stage.

Une autre était le questionnaire réalisé par le DUMG sur le site de la faculté de Montpellier-Nîmes afin d'évaluer les SP en LR. Ce dernier était rempli par les internes mais seul le DUMG avait accès aux évaluations.

Nous nous sommes également inspirés des travaux de thèses réalisés sur le même thème dans les facultés de Nice (35) et Lille (36) où un questionnaire avait été envoyé aux internes.

L'évaluation de chaque maître de stage universitaire de l'interne était identifiée en MSU 1, MSU 2, MSU 3 et MSU 4 afin d'identifier les évaluations de chaque praticien pour réaliser dans un second temps des analyses de corrélation.

D. Recueil et analyse des données.

Les analyses ont été faites sur la population globale :

Analyse statistique des questions fermées.

Les questions ouvertes ont été utilisées à titre indicatif.

L'analyse des résultats a été réalisée avec la fonction tableur de Google Docs et utilisation du logiciel Excel®.

III. RÉSULTATS.

Le questionnaire a été envoyé le 17 et le 18 janvier 2018 par l'intermédiaire de la faculté de médecine. Le lien électronique était actif et permettait la réponse des internes pendant une durée d'un mois sachant que la réponse à ce type de questionnaire se fait dans la majorité des cas dans les premiers jours suivant l'envoi.

A. Population.

Taux de participation : les 3 promotions d'internes de médecine générale visées par ce questionnaire concernaient 483 internes. Parmi eux, 135 ont répondu au questionnaire, soit un pourcentage de participation de 28%.

On comptait respectivement 163 internes, 162 et 158 dans les promotions de 2013, 2014 et 2015.

B. Terrain de stage.

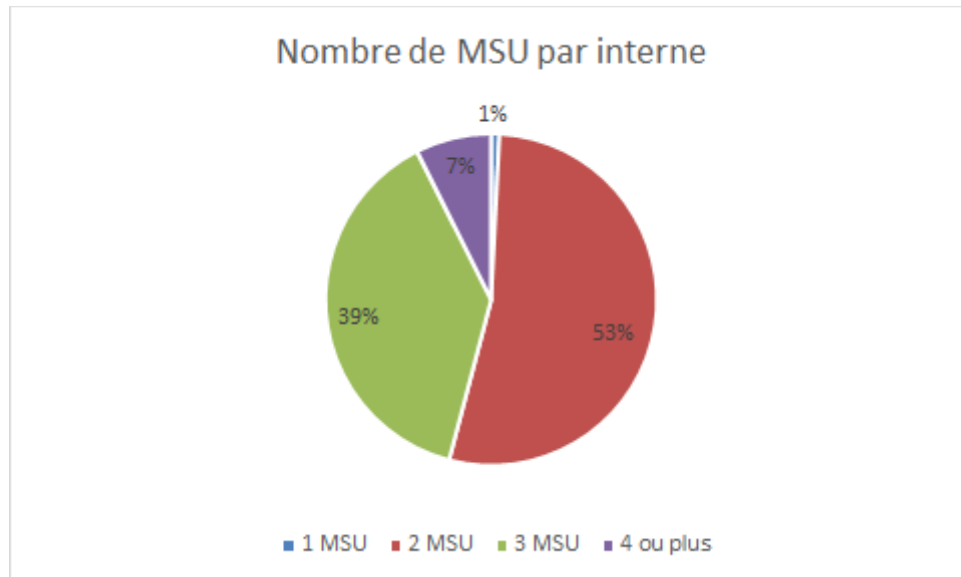


Figure 4 : Nombre de MSU qui ont encadré les internes lors du stage praticien.

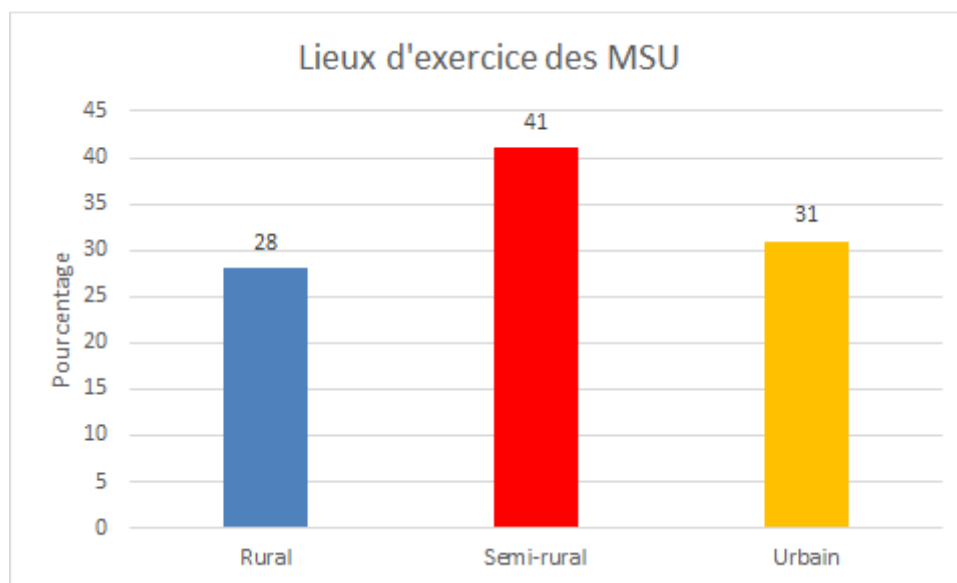


Figure 5 : Lieux d'exercice des MSU.

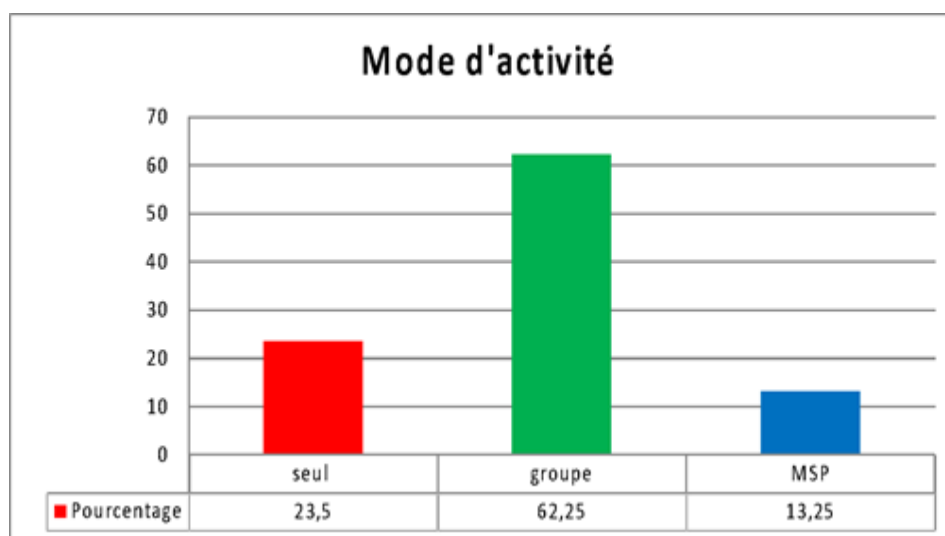


Figure 6 : Mode d'activité des MSU.

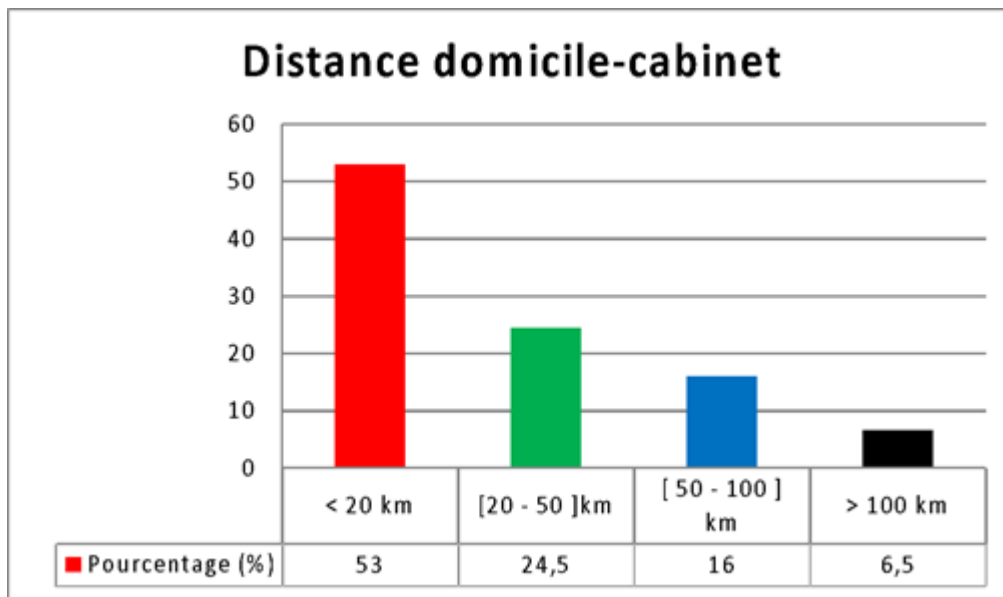


Figure 7 : Distance moyenne séparant le domicile des internes du cabinet du MSU.

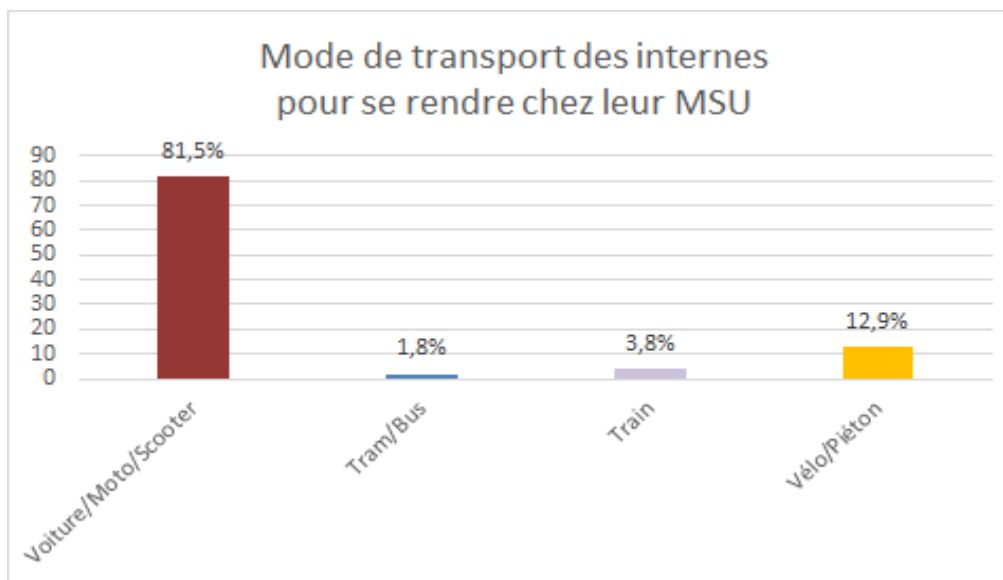


Figure 8 : Mode de transport utilisé par les internes pour se rendre sur le lieu de stage.

C. Organisation du stage.

Informatisation du cabinet	
Oui	98,25%
Non	1,75%

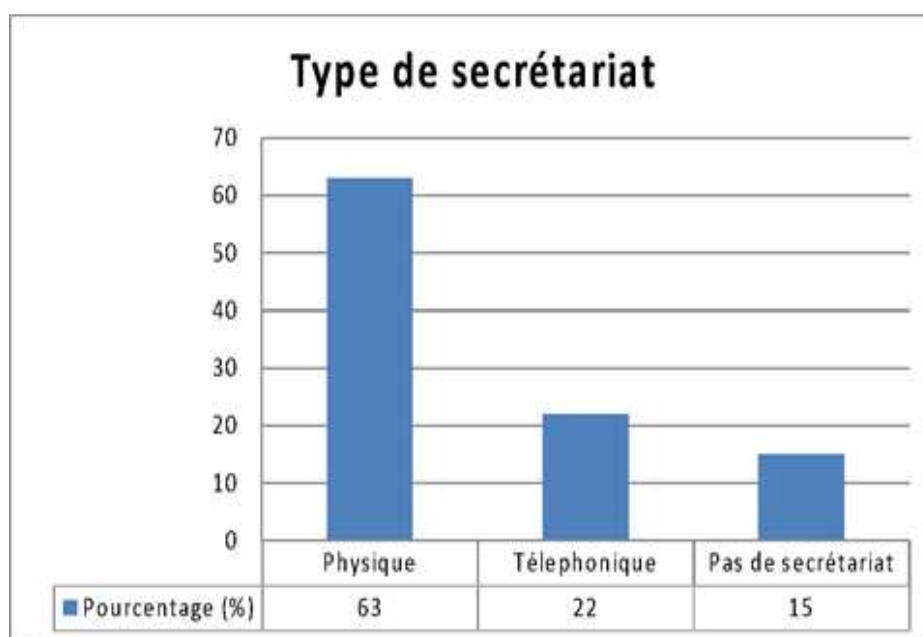


Figure 9 : Type de secrétariat présent au cabinet du MSU.

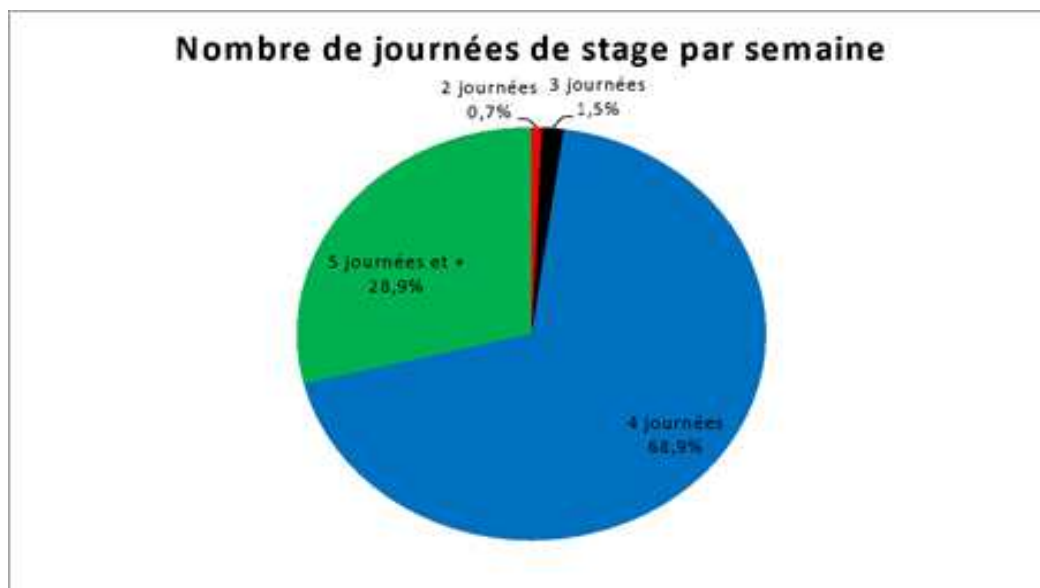


Figure 10 : Nombre de journées de stage par semaine effectué par l'interne.

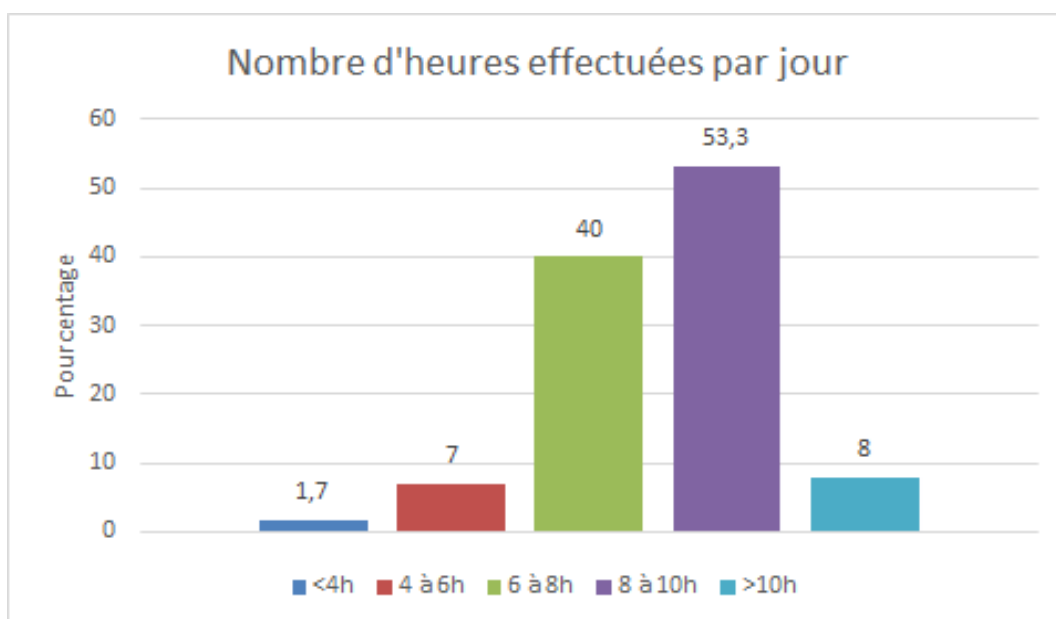


Figure 11 : Nombre d'heures effectuées par jour par l'interne.

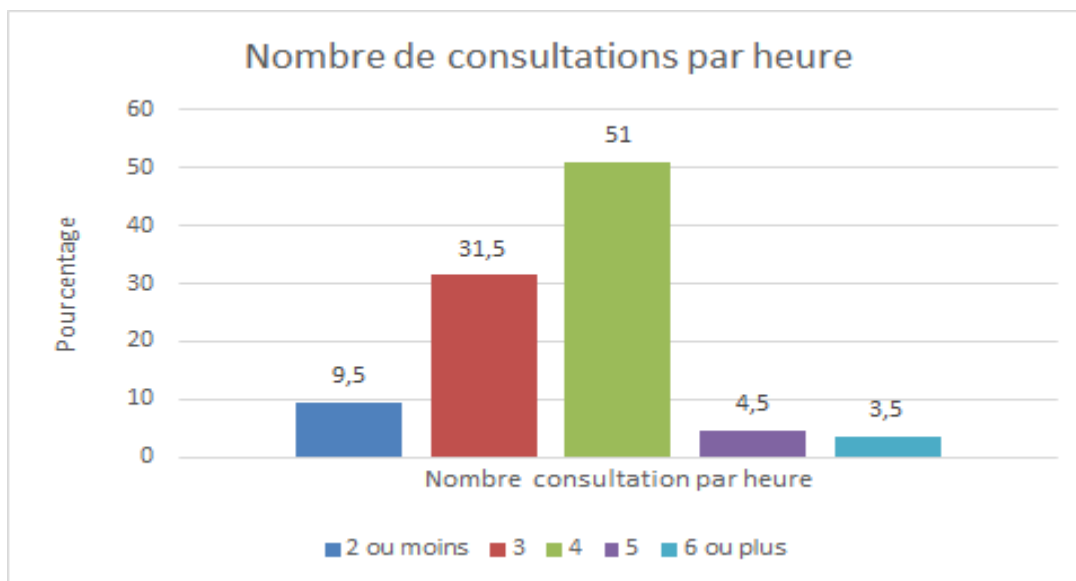


Figure 12 : Nombre de consultations par heure effectuées par le MSU.

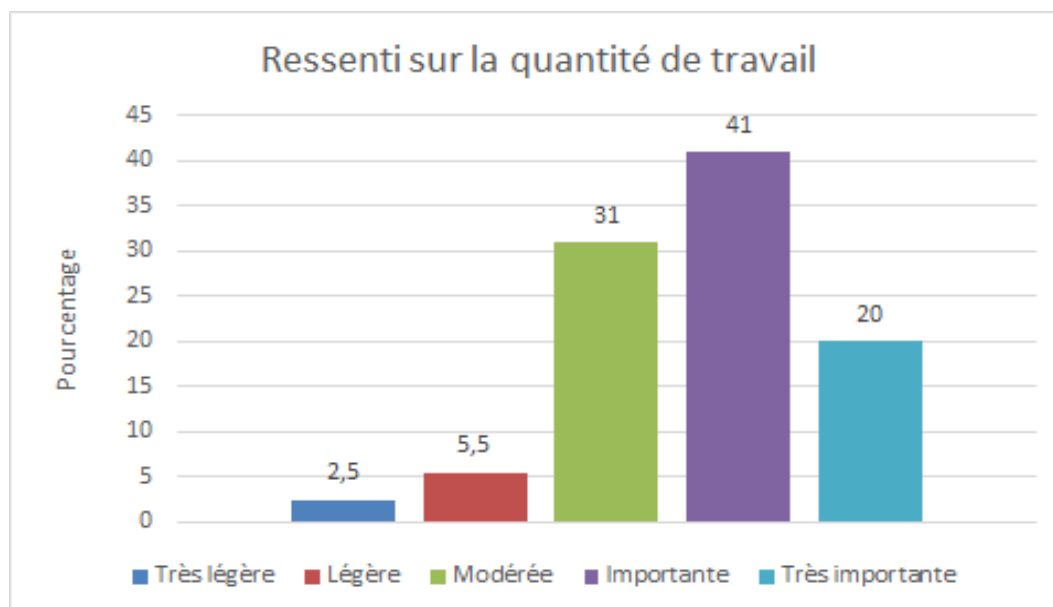


Figure 13 : Ressenti par les internes sur la quantité de travail quotidienne du MSU

Activité spécifique du MSU	
Oui	51%
Non	49%

Activité spécifique exercé par le MSU	
Gynécologie	21%
Pédiatrie	16,50%
Médecin coordinateur en maison de retraite (MDR)	9%
Homéopathie	9%
Ostéopathie	7%
Médecin du sport	6%
Médecin correspondant SAMU	5%
Médecin agréé	5%
Mésothérapie	4,50%
Hypnose	4,50%
Gériatrie	2,50%

Geste réalisé durant le stage	
Vaccin/intramusculaire (IM)	97,80%
Electrocardiogramme (ECG)	62,20%
Suture	51,10%
Frottis cervico-vaginal (FCV)	39,30%
Tubertest	38,50%
Pose et retrait de stérilet / implant	17,80%
Infiltration	16,30%
Mésothérapie	15,60%
Plâtre	3%
Excision hémorroïdaire	2,20%
Aucun geste	2,20%
Autres gestes (cf ci-dessous)	11,90%

Autres gestes réalisés pendant le SP :

Certains internes ont pu préciser dans cette question ouverte d'autres gestes qu'ils avaient réalisés :

Exérèse de bouchons de cérumen, ablation de fil de suture, excision de kystes, excision de panaris, ablation de lipome, biopsie de peau, pansements, perfusions, prises de sang, visco-supplémentation, cryothérapie pour les verrues, échographie, spirométrie et des saignées.

Aérosols, perfusions, radiographies, réductions de luxations et de fractures pour un interne faisant un stage en montagne dans les Pyrénées lors de la saison de ski.

Certains ont précisé dans cette question avoir effectué de l'acupuncture et de l'ostéopathie.

Le nombre de gestes était jugé suffisant par les internes	
Oui	28%
Non	72%

D. Accompagnement pédagogique.

Explication sur le mode de fonctionnement du cabinet	
Oui	25%
Non	75%

Interrogation sur le projet professionnel de l'interne par le MSU	
Oui	29%
Non	71%

Phase observationnelle présente	
Oui	92%
Non	8%

Phase semi-active présente	
Oui	6%
Non	94%

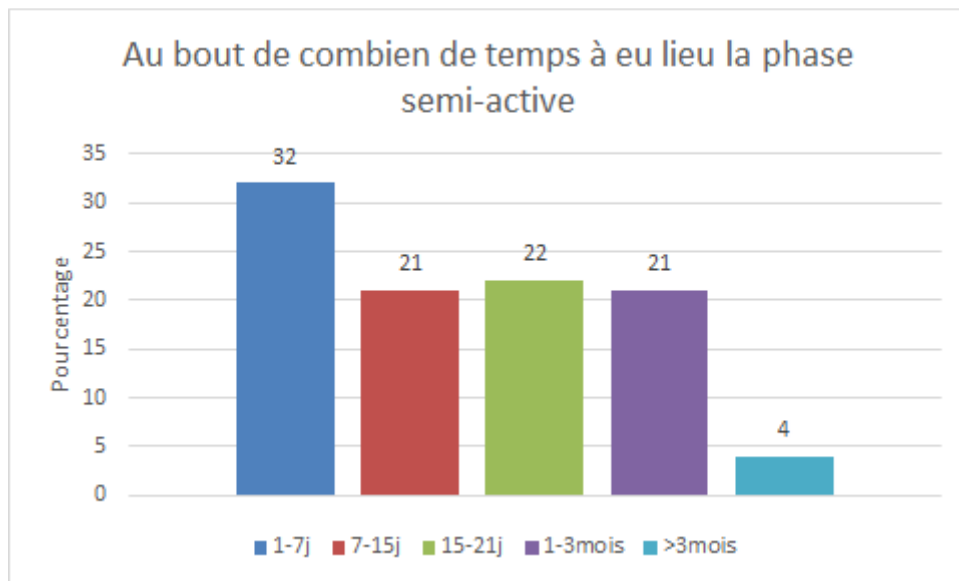


Figure 14 : Durée avant la phase semi-active.

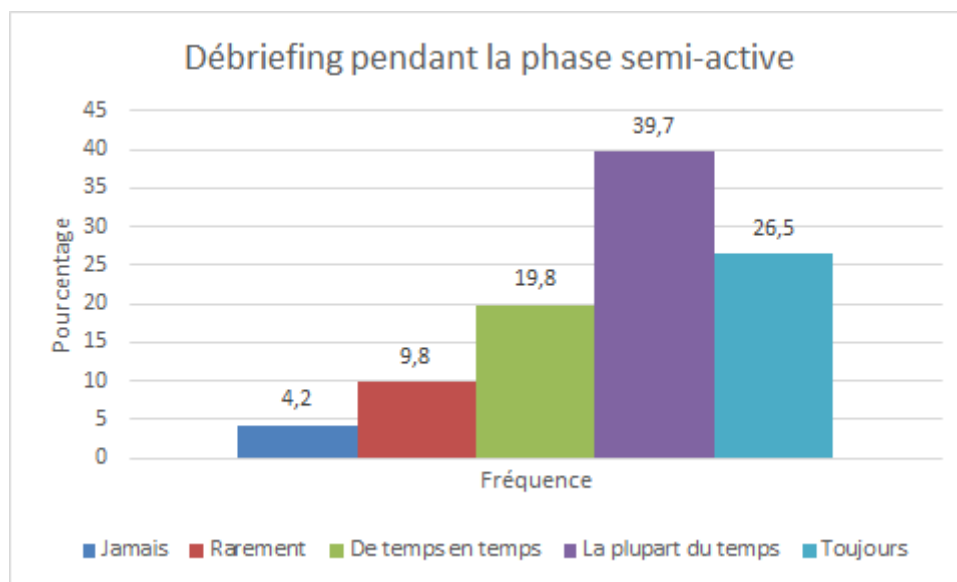


Figure 15 : Fréquence du débriefing pendant la phase semi-active.

Autonomie.

Phase d'autonomie	
Oui	84%
Non	16%

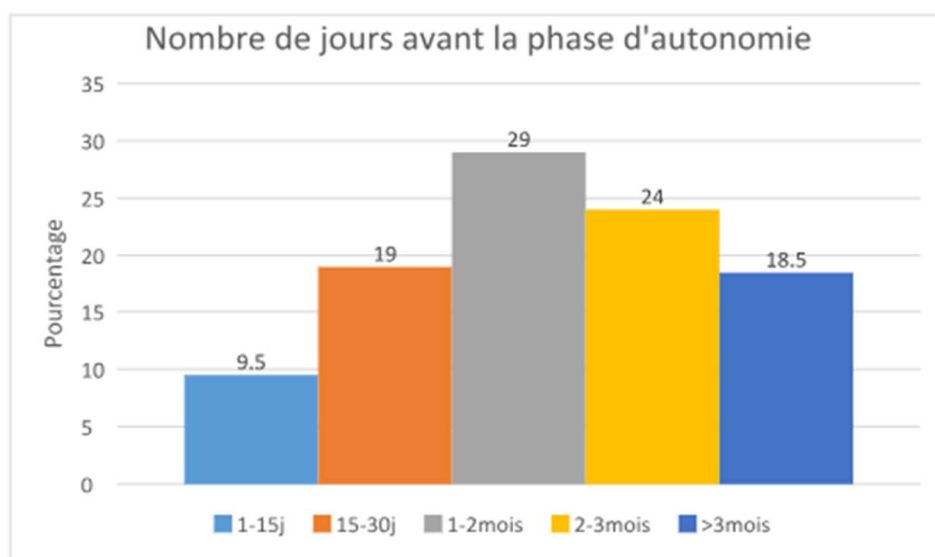


Figure 16 : Durée avant la phase d'autonomie.

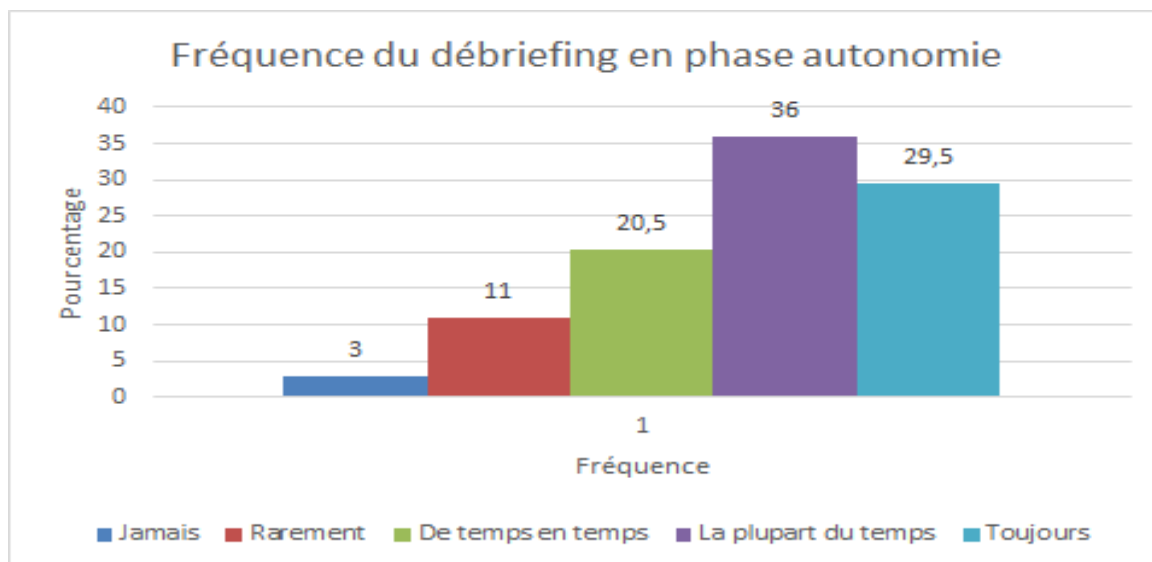


Figure 17 : Fréquence du débriefing en phase d'autonomie.

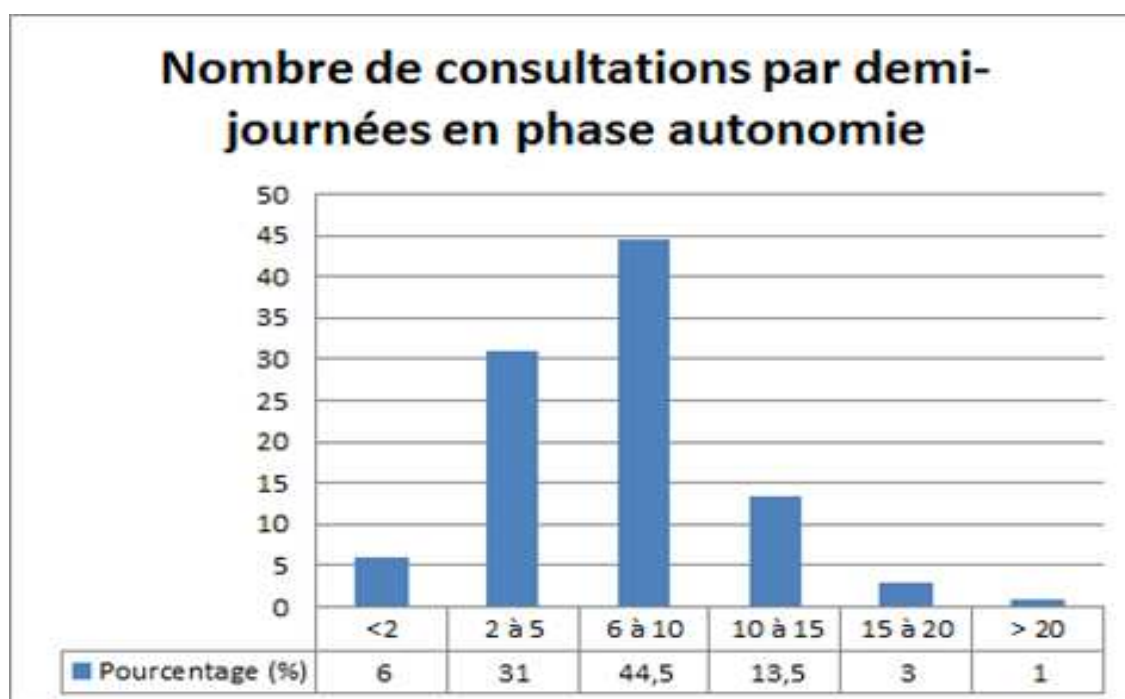


Figure 18 : Nombre de consultations par demi-journées effectuées par l'interne en phase d'autonomie.

Retour en phase semi-active après la phase d'autonomie	
Oui	52%
Non	48%

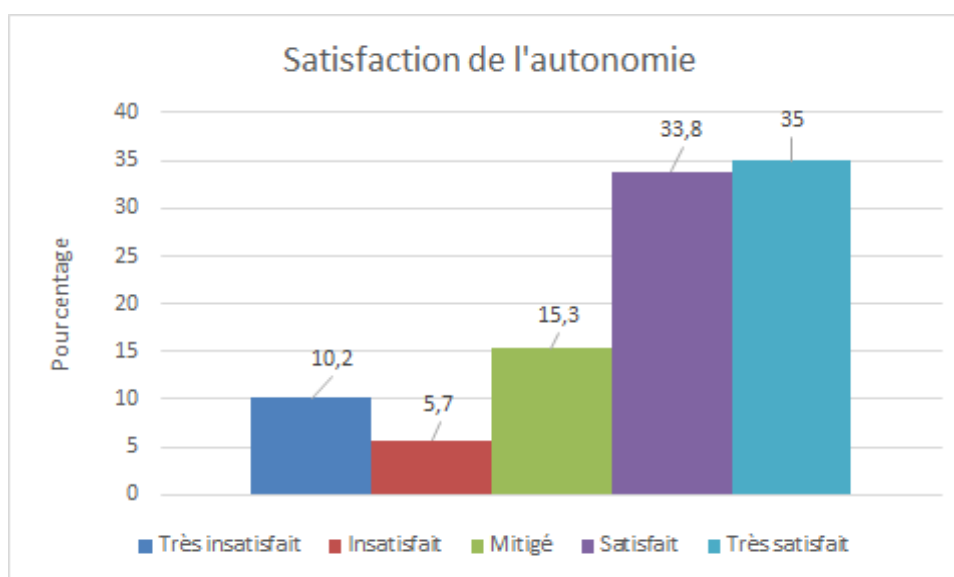


Figure 19 : Satisfaction de l'autonomie laissée à l'interne

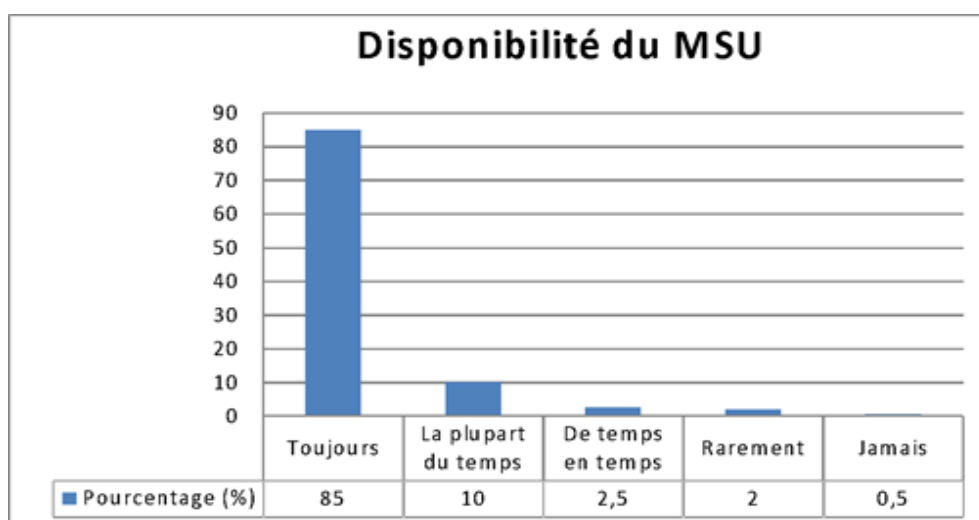


Figure 20 : Disponibilité des MSU.

Problème durant le stage	
Oui	7%
Non	93%

Problèmes lors du stage:

Pour 93 % des internes le déroulement du stage s’est bien passé. 7% des internes ont énoncé avoir rencontré un problème lors de ce stage.

- Nous avons pu relever une insatisfaction des internes par rapport à leur autonomie :
 - 6 internes ont fait part d’une autonomie trop importante.
 - 2 d’être laissés seuls sur des prises en charge difficiles et par conséquent se plaignaient d’un manque d’encadrement, de s’être senti isolé.
 - 4 autres se plaignaient de faire office de “remplaçant” gratuit (utilisation de l’interne pour doubler les consultations, consultations faites par l’interne pendant que le MSU prenait des jours off, difficulté à poser des congés car le MSU comptait sur l’interne pour gérer les consultations) que l’on peut relier à une autonomie trop grande laissée à l’interne.
 - 2 internes se sont plaints d’un manque d’autonomie.
- Au sujet de la taille de la patientèle pour 2 internes (moins de 10 patients avec son MSU pour l’un et de 2 à 3 patients par jour en phase d’autonomie pour l’autre).
- Au sujet de la façon de travailler : points de vue différents entre le MSU et l’interne sur la durée de traitement ou des arrêts de travail, choix du médicament entraînant des conflits pour 2 internes.
- Problème relationnel pour 2 internes, mésentente et praticien tactile.
- Problème de surmenage pour 1 interne parlant d’épuisement et de pression trop grande.
- Au sujet du terrain de stage avec le manque d’un local dédié à l’interne pour effectuer des consultations seul pour un interne.
- Sensation d’être mis à l’écart par le MSU car il suggérait aux patients que l’interne pouvait sortir si cela les dérangeait.

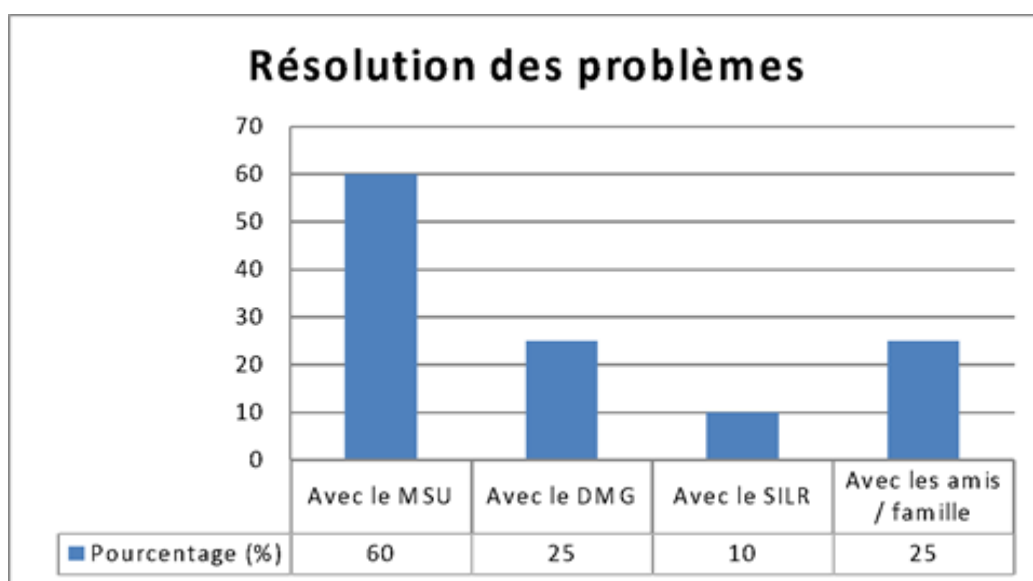


Figure 21 : Résolution des problèmes.

Remplacements.

Remplacement du MSU par l'interne	
Oui	29%
Non	71%

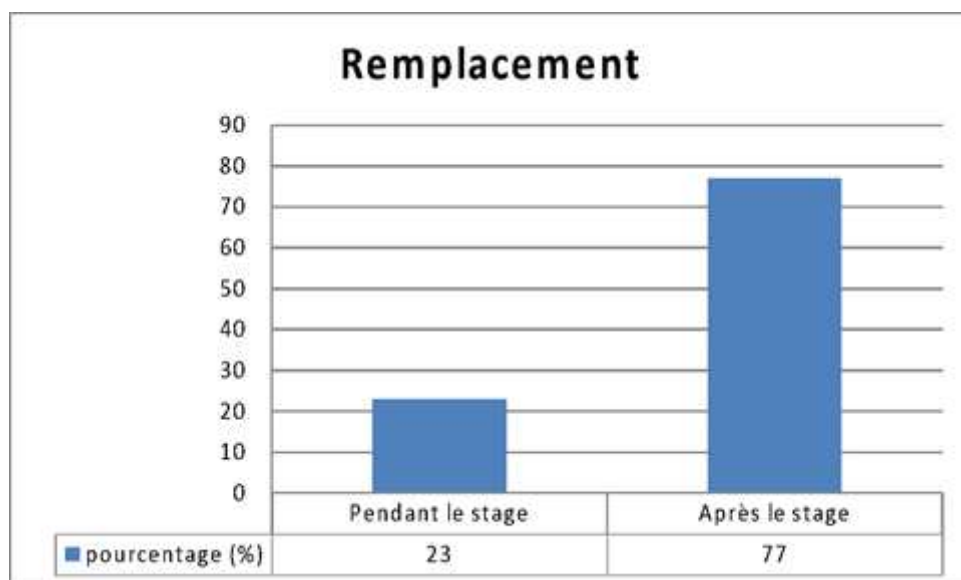


Figure 22 : Période du remplacement.

Rémunération de l'interne lors du remplacement du MSU	
Oui	75%
Non	25%

E. En résumé.

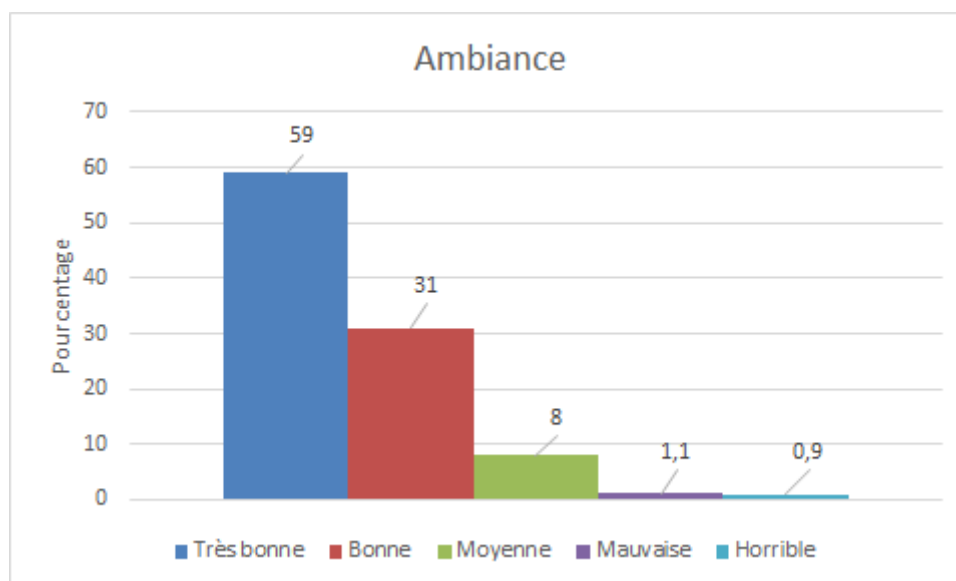


Figure 23 : Ambiance lors du stage praticien.

L'interne souhaiterait-il travailler comme son MSU dans l'avenir?	
Oui	47%
Non	53%

L'interne se sent-il plus autonome suite à ce stage?	
Oui	93%
Non	7%

Ce stage a-t-il renforcé l'orientation de l'interne vers la MG ?	
Oui	82%
Non	18%

=> 82% des répondants estiment que ce stage a renforcé leur orientation vers la MG. Un interne a précisé : “Il m'a même fait changer d'avis (en parlant du stage), j'ai abandonné l'idée du DESC d'urgence !”.

=> 18% n'ont pas été renforcés dans leur avenir par ce stage à cause de problèmes soit:

- En rapport avec le stage : 7/24 soit 30%.

- Problèmes de pratique pour 2 internes : non à jour des recommandations, forte prescription de médicaments.

- Problèmes du mode d'exercice pour 3 internes : consultations longues avec beaucoup de psychiatrie, de personnes âgées, de nombreuses visites et beaucoup de renouvellement de traitement.

- Problème relationnel avec le MSU pour un interne.

- Problème de charge de travail pour un interne (horaires lourds et sollicitations des patients).

- Non en rapport avec le stage :

Pour la majorité des internes, 17/24 soit 70%, cela venait du fait qu'ils voulaient depuis le début faire autre chose que de la médecine générale en cabinet libéral et qu'ils ont choisi comme spécialité la médecine générale pour accéder à une autre pratique qui leur tenait à cœur :

- 4 voulaient faire le DESC d'urgence,
- 1 le DESC de médecine du sport,
- 1 le DESC d'infectiologie,
- 1 voulait s'orienter vers l'acupuncture,
- 2 voulaient faire de la pédiatrie mais n'ont pas eu le choix de prendre la spécialité de pédiatrie à cause de leur classement à l'ECN et ont décidé de passer par MG,
- 3 préféraient travailler en hospitalier,
- 4 précisaient ne pas vouloir faire de la MG sans préciser leur orientation,
- 1 disait vouloir faire un DESC sans préciser lequel.

Points forts du stage : commentaires issus d'une question ouverte.

- Autonomie : « autonomie progressive avec réassurance », « à son rythme », « mise en autonomie supervisée », « autonomisation progressive avec toujours une présence et aide si nécessaire », « Évolutif et adaptatif ».
- Découverte de la MG : « bonne vision de la médecine générale », « premier véritable abord d'une prise en charge en ville qui est très différente de l'hôpital », « La vraie vie de généraliste », « Formation à la médecine générale (enfin!) », « spécificité de la médecine générale (aspects psychologique, premier recours, mise en place d'un réseau de spécialistes) », « première vraie immersion en cabinet », « pratiques différentes de l'hôpital ».
- Encadrement : débriefing avec implication des MSU, disponibilités, accompagnement et écoute.
- Relationnel : bonne ambiance, bon accueil, partage avec les praticiens.
- Professionnalisme : formation des praticiens au point, à jour des recommandations.
- Diversité clinique : polypathologies.
- Relation patient-médecin et le suivi des patients.
- Terrain du stage : cabinet de groupe, lieux et modes d'exercices variés amenant une hétérogénéité des territoires (urbain / rural) « m'être rendu compte que chaque médecin peut avoir la pratique qui lui convient avec une patientèle qui lui ressemble », « approche masculine et féminine ».
- Lieu du stage et locaux : « proximité du terrain de stage, bureau et planning pour l'interne, locaux agréables équipés avec un logement à disposition pour les plus éloignés ».
- Charge de travail : temps de travail léger avec des horaires agréables.
- Découverte de spécificités dans l'exercice de la MG : petite chirurgie, dermatologie, homéopathie...
- Gestion d'un cabinet : comptabilité et administratif.
- Secrétariat : présence d'une secrétaire.

Points faibles : commentaires issus d'une question ouverte.

Autonomie:

- Trop importante, « je me suis retrouvée très rapidement seule, sans débriefing, pour un premier stage en cabinet, ça a été difficile et très stressant; et finalement l'autonomie ne m'a pas apporté beaucoup de chose puisque personne ne passait derrière pour vérifier, du coup je partais avec mes doutes », « Apprentissage réduit depuis la phase d'autonomie exclusive ».

- Pas assez importante : passivité de l'interne, « j'ai toujours été en semi autonomie, j'ai eu beaucoup de mal à me positionner quand le praticien restait à mes côtés », « deux internes (saspas + niv1) je ne peux pas consulter seule ».

Professionnalisme : médecin non à jour des recommandations.

Relationnel : «mésentente», « voulait me convaincre de ses idées à tout prix et m'a mise dans une position très inconfortable », solitude en tant qu'interne, « non information des patients que la consultation sera faite par l'interne ».

Gestion du cabinet: peu d'information sur les arrêts ou accidents de travail, la paperasse, trop d'administratif.

Terrain du stage : « 2 maitres de stage, dans la même maison médicale, peu de variabilité des pratiques. Mêmes profils des MSU : 2 hommes de plus de 50 ans » « même tranche d'âge, âgé, entraînant une difficulté d'identification pour la pratique future, tous dans un mode d'exercice "intensif" », beaucoup de gériatrie.

Charge de travail : trop importante « visites jusqu'à 22-23h le soir ».

Lieu du stage et locaux : distance importante du domicile « plus de 3h aller et retour en plus des horaires de consultation incompatibles avec une vie de famille », bureau non adapté pour faire des consultations en autonomie.

Informatisation : non informatisé, dossier papier.

Gestes: en nombre insuffisant.

Remplacement : Aspect de remplaçant gratuit, « me laisser finir les consultations du vendredi après-midi seul».

Encadrement : non satisfaisant.

Durée du stage : stage trop court, beaucoup de cours et donc beaucoup d'absences pendant le stage le plus important.

Pistes d'amélioration : commentaires issus d'une question ouverte.

Plus d'autonomie avec une alternance entre phase semi active et phase d'autonomie.

Cours sur la gestion d'un cabinet avec des explications sur la paperasse (MDPH, ALD, AT).

Formation médicale continue pour les MSU pour être à jour des recommandations, proposer des outils pour les MSU (" tableau sur les recos des antibiotiques"...).

Diversités des MSU, du terrain et des spécificités: rural/urbain, d'âges différents, homme/femme, travail en groupe et isolé pour voir différents types d'exercices, « Ne pas autoriser en binôme des couples... car difficile de parler du problème avec un des deux

médecins avec l'autre membre du binôme quand celui-ci est son époux (se) ». Des MSU spécialisés (gynécologie, pédiatrie...).

Pas de stage trop éloigné.

Définir les objectifs et cadrer les horaires en imposant des limites.

Informar la patientèle de la présence d'un interne.

Bureau pour l'interne.

Évaluation des MSU répétée et surprise pour éviter le côté "remplaçant non rémunéré ».

Augmenter le nombre de débriefings.

Allonger la durée de stage.

Pratiquer davantage de gestes.

Équilibrer les cours sur l'année, pour éviter trop d'absences lors du SP.

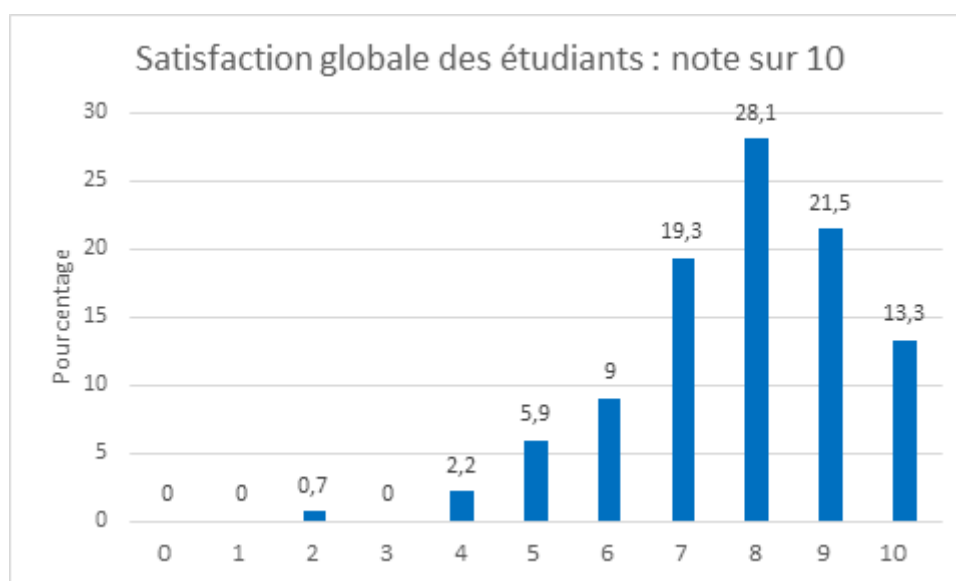


Figure 24 : Note globale du stage.

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

IV. DISCUSSION.

A. Retour sur les résultats.

1. Terrain de stage.

Les terrains de stage sont variés, permettant de couvrir un large panel de pratiques.

Ainsi, 99,2% des internes sont accueillis par 2 MSU (53,3%) ou plus. Cette approche de plusieurs praticiens permet d'avoir accès à plusieurs visions et pratiques du métier de médecin généraliste.

Les lieux de stage s'articulent de manière assez homogène entre rural (28%), semi-rural (31%) et urbain (41%). Chaque lieu offre une patientèle différente et donc un exercice différent. La pluralité des terrains semble une plus-value majeure pour les internes pouvant choisir la vision de la médecine qu'ils souhaitent épouser dans leur avenir professionnel.

Le mode d'activité est majoritairement « en groupe » (62,25%), cette pratique semble correspondre à la nouvelle attente des futurs praticiens que nous sommes. De même, 13,25% des pratiques étaient en MSP, ce chiffre peut sembler faible, mais nous ne savons pas s'il est en hausse ou en baisse par rapport aux dernières années. Espérons que ce chiffre soit en hausse car il s'agit là d'un type d'exercice que nous privilégierons dans le futur. Dans l'étude de Baude, Flacher, Bosson et Marchand (41) sur les désirs et attentes des internes de TCEM, les résultats vont dans ce sens. Seuls 4,6% des répondants souhaitaient travailler seuls. Selon les autres participants, l'exercice à plusieurs leur permettait de rompre avec l'isolement auquel sont confrontés les Médecins Généralistes. Ce regroupement offrait la possibilité de travailler de façon collégiale, de comparer les points de vue. Il permettait d'améliorer notablement les conditions de travail en offrant la possibilité d'avoir une secrétaire, un matériel informatique adapté. Tout ceci est facilité si l'on partage les frais de fonctionnement du cabinet.

Le développement de l'exercice regroupé, et des MSP en particulier, a été un objectif prioritaire pour le gouvernement ces dernières années : 20 MSP en 2008, 240 en 2013, 1 063 actuellement, et 328 en projet. Les centres de santé, au sein desquels les professionnels sont salariés, sont également de plus en plus importants.

98,25% des terrains de stage étaient informatisés. Le fait que l'interne soit confronté aux divers logiciels de MG utilisés en cabinet est indispensable. En effet, un des "soucis" que l'interne affronte en commençant les remplacements est la pluralité de l'offre des logiciels médicaux. Ils sont excessivement nombreux, et d'une utilisation plus ou moins aisée. Y être exposé précocement permet d'avoir une vision plus claire de ce qui est faisable sur un

logiciel, et permettra lors de l'installation de pouvoir choisir en meilleure connaissance de cause, surtout au vu du coût annuel de ces logiciels.

La place d'un secrétariat ou non est une question d'avenir. 63% des terrains de stage ont une secrétaire sur place, et 22% un secrétariat téléphonique. Ceci permettait à l'interne de se concentrer uniquement sur son apprentissage médical, en se libérant d'une potentielle contrainte administrative que peut représenter l'organisation personnelle de son agenda et la gêne d'un téléphone sonnant au milieu d'une consultation. Il s'agit aussi d'une question économique d'actualité, avec depuis peu le rachat de *Mondocteur* par *Doctolib* qui devient ainsi un acteur en quasi-monopole dans l'espace du secrétariat délocalisé.

2. Organisation du stage.

L'activité des internes était à 97,8% de 4 journées ou plus et 68,9% étaient en accord avec les textes de loi disant que l'interne doit faire 8 demi-journées de travail (plus 2 demi-journées de travail personnel) (41).

Dans 80% des cas, le temps de travail quotidien était de 6 à 10h. Ceci est convenable et en adéquation avec le souhait des internes de MG. Une enquête nationale de l'ISNAR-IMG de 2010/2011 (42) trouvait que les internes ayant répondu au questionnaire souhaitaient travailler 9,24 heures par jour en moyenne.

Une fois sur 2, l'interne était dans un cabinet effectuant 4 consultations par heure, soit une consultation toutes les 15 minutes. Il semble indispensable d'avoir des terrains de stage effectuant un nombre cohérent de consultation par heure. Un nombre excessif est peu favorable à l'apprentissage par l'interne. Le MSU peut manquer de temps à consacrer à l'interne s'il enchaîne trop de consultations rapidement. A l'inverse, trop peu de consultations par heure diminue le nombre de cas confrontés à l'interne, or nous apprenons de ce que nous voyons et faisons.

Ainsi la grande majorité des internes trouvait la charge de travail de leur MSU importante pour 41% et très importante pour 20%. Les internes de notre époque ont tendance à privilégier la qualité de vie personnelle quitte à diminuer leur revenu lié à leur activité comme le montre l'enquête BVA (44) sur les attentes, projets et motivations des jeunes médecins et étudiants. Pour 81% des répondants, le critère principal pour leur installation était la possibilité d'avoir une vie privée, pour soi-même et pour sa famille, et pouvoir s'épanouir. Cadrer les horaires en imposant des limites empêcherait certains abus : un professionnel en formation doit disposer de temps personnel en dehors de son lieu de stage pour réviser et approfondir les acquis de son stage.

49 % des MSU avaient une activité spécifique en complément de la médecine générale, permettant d'enrichir la formation de l'interne. Cela reflète la diversité de la médecine générale et la possibilité pour chacun d'organiser ses consultations et son travail selon ses centres d'intérêts (gynécologie, acupuncture, hypnose).

Certains gestes pratiqués par un médecin généraliste ne sont pas réalisés à l'hôpital. Il est donc primordial dans leur apprentissage que les internes les réalisent au cours de leur SP. La quasi-totalité (97,8%) des étudiants ont pratiqué des vaccins, ce qui est indispensable car c'est un acte courant en consultation de MG, comme l'exérèse de bouchons d'oreille.

On constate que les gestes gynécologiques sont insuffisamment réalisés (39,3% pour les frottis et 17,8% pour la pose et le retrait d'implant ou de stérilet) qui sont des gestes de la compétence du médecin généraliste. Cependant tous les MSU n'en réalisent pas dans leur quotidien de professionnel de santé. Pour certains car ils n'aiment pas faire de la gynécologie (pour les hommes essentiellement), pour d'autres par sentiment d'incompétence ou parfois par peur (45).

16% des internes en France n'ont pas réalisé de frottis cervico-utérin durant la totalité de leur internat selon une enquête de l'ISNAR IMG (45). La mauvaise formation des futurs médecins généralistes aux gestes gynécologiques ne les encouragera pas à en faire plus tard lors de leur installation. Les frottis sont des gestes de prévention et donc du ressort du MG.

72% des internes trouvent que le nombre de gestes réalisés est insuffisant lors de leur stage. Néanmoins notre recueil ne permet pas de distinguer si c'était le terrain de stage qui ne fournissait pas assez d'actes ou si c'était le MSU qui faisait les gestes sans laisser l'interne "s'exercer". Il semble important que tous les MSU s'impliquent dans l'apprentissage des gestes les plus courants en médecine générale.

3. Accompagnement pédagogique et autonomie.

L'accompagnement pédagogique de l'interne par son MSU doit être la base de ce stage.

Ce stage est là pour permettre à l'interne d'acquérir de l'autonomie et d'appréhender sur le terrain son futur métier.

La présentation des objectifs n'est effective que dans la moitié des cas, cela peut sembler préjudiciable pour la mise en place d'un cadre et d'un projet formel entre "l'interne et le praticien".

75 % des internes avaient reçu des explications sur le mode de fonctionnement du cabinet (agenda, plages de consultations et de visites, horaires, présence d'un secrétariat, présentation aux autres professionnels du cabinet). Cela a pu permettre une meilleure intégration de l'interne et le mettre à l'aise, favorisant la qualité du stage. Une information de la patientèle de la présence d'un interne est indispensable pour ne pas mettre l'interne en mauvaise position, accrocher une feuille le précisant dans la salle d'attente ou le préciser sur le site internet serait une idée à proposer à tous les MSU.

Les différentes phases sont essentielles dans l'apprentissage et permettent à l'interne d'avancer progressivement vers l'autonomie. Elles ont eu lieu pour une large majorité : 92% pour la phase observationnelle, 94% pour la phase semi-active et 84% pour la phase d'autonomie.

Soit pour 16 % des répondants, la phase d'autonomie n'a pas eu lieu. Ceci paraît beaucoup sachant que ce stage doit permettre aux internes de faire des remplacements. En phase d'autonomie, les internes faisaient en moyenne entre 6 à 10 consultations par demi-journées ce qui semble être un bon compromis pour l'apprentissage. On note 93 % des internes satisfaits de cette autonomie.

Le débriefing en phase semi-active était satisfaisant, 86 % des internes ont déclaré avoir un débriefing avec leur MSU, de toujours à de temps en temps selon les consultations. Ce chiffre est élevé, cela est très formateur pour l'interne de bénéficier d'un vrai compagnonnage avec le MSU ayant plus d'expérience (remise en question, autre prise en charge, découverte de nouveaux traitements...). Le débriefing était moins régulier en phase d'autonomie (66%).

Concernant la disponibilité du MSU, les résultats sont probants : pour 85% des terrains de stage, les MSU étaient toujours disponibles pour aider et répondre aux questions de l'interne. 95% des internes s'estiment contents de la disponibilité de leur MSU. Le résultat de 2,5% des internes pour lesquels le MSU n'était pas disponible est faible mais ne devrait pas exister. Comme dit dans la charte, le MSU doit toujours être joignable et être à une distance du cabinet acceptable. Il semble inopportun de laisser un professionnel en formation sans l'encadrement fondamental pour s'épanouir et améliorer sa pratique.

Pour 93 % le déroulement du stage s'est bien passé, sans problème notable. 7% des internes ont énoncé avoir rencontré un problème lors de ce stage. Un résultat plaisant car faible. Néanmoins, il devrait être nul. Les problématiques rencontrées étaient le plus souvent un manque d'encadrement ou à l'inverse un manque d'autonomie. Les MSU reçoivent une formation au cours de laquelle des méthodes pour favoriser l'encadrement et la mise en situation de l'interne sont enseignées.

Plus rarement, le problème était lié à des difficultés relationnelles ou à une charge de travail excessive. Les enseignants du département de médecine générale devraient être contactés par les intéressés face à ces problématiques. Le burn-out est un sujet épineux dans ce contexte de pression physico-psychique majeure au travail et de démographie médicale bancale. J'en profite pour rappeler que le SILR dispose d'une "cellule" pour la prise en charge de ce type de problématique.

Remplacements.

La question des remplacements est primordiale pour les internes. Les remplacements faisant office de véritable mise en pratique de leur savoir dans un contexte d'autonomie. Il est important pour l'interne de se sentir dans un cadre sécurisant pour être plus à son aise et ne pas surajouter à son stress par un environnement "dangereux".

29% des internes ont affirmé avoir remplacé leur MSU, et 77% des remplacements ont eu lieu après le stage. Ce qui permet de montrer que les internes ont apprécié leur lieu de stage étant donné qu'ils ont accepté de revenir y travailler en autonomie dans le cadre d'un remplacement. Le remplacement est souvent perçu comme étant une vraie source

d'apprentissage et le fait de pouvoir faire un remplacement dans un environnement « connu » permet à l'interne de se centrer vraiment sur le côté médical de sa pratique sans se retrouver à devoir gérer un côté para-médical nouveau (logiciel, matériel, organisation, etc ...).

Lors de mon stage je me suis aperçue que quelques-uns de mes co-internes devaient travailler en “remplacement” de leur MSU, c'est-à-dire qu'ils devaient venir au cabinet faire des consultations alors que leur MSU n'était pas présent au cabinet (vacances, formation, autres...), c'est la raison pour laquelle j'ai voulu questionner les internes à ce sujet dans ma thèse. 23% des internes ont répondu qu'ils avaient “remplacé” leur MSU durant leur stage, la moitié ont été rémunérés pour ce “remplacement”. Comme le dit très bien un interne dans une question ouverte “la limite entre être pris pour un remplaçant gratuit et être laissé seul à faire des consultations pour obtenir une autonomie est faible”.

Une évaluation des MSU répétée et surprise des MSU a été suggérée par un interne pour éviter ce côté « remplaçant non rémunéré ». Insister et informer les internes de leurs droits et les MSU de leurs devoirs en début de stage serait un premier pas favorable.

4. Comparaison à la littérature.

La relation entre le MSU et l'interne était jugée bonne (31%) à très bonne (59%) donc plutôt favorable dans la majorité des cas, contre seulement 10% de relation jugée moyenne ou mauvaise. La transmission des connaissances est interdépendante de la qualité de la relation établie entre le MSU et l'élève, et une confiance mutuelle permettra une mise en autonomie plus facile de l'interne. La qualité de l'enseignement et donc la satisfaction de l'interne concernant le stage est influencée par l'ambiance du stage comme trouvé dans la thèse de Nice (35) ou dans celle de Paris (38).

47 % des internes se voient exercer comme leur MSU contre 53 % qui ont une vision différente de l'exercice de la profession. Nous avons pu relever des différences de point de vue sur la façon de travailler et de s'organiser (nombre de visites, durée des consultations, orientation des consultations...). Un des points forts de la médecine générale est que chacun peut exercer son métier comme il le souhaite et aura la patientèle qui lui correspond. La diversité des terrains de stage est essentielle, cela doit être analysé lors de la formation des binômes ou trinômes de MSU : varier le genre, l'âge, les lieux de stage. Un MSU spécialisé (gynécologie, pédiatrie, hypnose...) serait un plus.

Ce stage a renforcé l'envie des internes de faire de la MG, ce qui est très satisfaisant, montrant que ce stage est représentatif du métier de médecin généraliste et donne envie aux internes de travailler comme médecin généraliste et confirme leur choix de spécialité. Pour les internes dont ce stage n'a pas renforcé leur orientation vers la médecine générale, cela est dû pour la majorité (70%) à une orientation de carrière bien définie : soit un DESC (d'urgence, d'infectiologie, de médecine du sport) soit à une spécialisation (pédiatrie, acupuncture).

Au final la majorité des internes, 82,2%, désirent exercer le métier de médecin généraliste à l'issue de leur stage chez le praticien. Dans la thèse effectuée à Lille, 81,4% des internes se destinaient à la médecine générale en fin de stage (46). Trois autres enquêtes retrouvent des chiffres du même ordre : 74% des internes se destinaient à la médecine générale en Ile de France en 2008 (47), 78% dans la région Rhône-Alpes en 2005 (48) et 76,9% à Nice (35).

La thèse de 2010 réalisée à Montpellier, (39) sur l'évaluation des pratiques des MSU, montrait déjà de grandes disparités sur les conditions de formation et d'encadrement notamment sur l'accueil de l'interne, le temps de présence de l'interne, l'aménagement d'un temps pédagogique, la gestion des trois phases théoriques et l'« utilisation » de l'interne pour des remplacements. Malgré un travail important depuis quelques années, réalisé par les départements de médecine générale (charte des maîtres de stage, grille d'évaluation...), du conseil de l'ordre (agrémentation des MSU) et de la haute autorité de santé (recommandations de bonne pratique), l'homogénéisation des lieux de stage reste difficile.

La moyenne des notes données par les internes à leur stage était de 7,8/10. Il semble important d'insister sur ce résultat, en effet malgré des points faibles (inhérents à tous les lieux d'apprentissages), il en ressort quand même une nette satisfaction du principal intéressé vis à vis de son stage. Il reste toujours des pistes d'améliorations, mais les bases sont là : les internes étaient pour la majorité satisfaits de leur stage.

B. Force et faiblesse de l'étude.

Force de l'étude:

Intérêt du sujet : Ce type de thèse a déjà été réalisé à Montpellier en 2010. Cela nous permet de voir l'évolution depuis. Il s'agit du seul stage en soins primaires pour la majorité des internes (en dehors des internes réalisant un SASPAS et/ou un stage en PMI). Vu son importance, il semblait nécessaire de l'évaluer afin d'optimiser la formation.

Le sujet en lui-même: Quel intérêt pour un formateur qui s'investit dans un projet de "former" le devenir de sa profession de ne pas avoir de retour sur la satisfaction (ou non) des étudiants? En reprenant le concept de la roue de Deming, il semble indispensable pour progresser sur ce stage d'en évaluer les faiblesses mais aussi d'en ressortir les atouts, en vue de pouvoir proposer un projet d'amélioration avant d'effectuer une nouvelle évaluation des changements.

Le recrutement : Envoi du questionnaire à l'ensemble de la population concernée soit tous les internes de MG du troisième cycle ayant déjà fait leur SP sur 3 promotions successives d'internes.

L'anonymat : Essentiel pour que l'interne puisse répondre sans appréhension, tout en diminuant les biais d'informations. Au vu des critiques laissées dans certains commentaires libres, nous pouvons penser que l'anonymat a permis une franchise dans les réponses.

La diversité des questions. Nous avons trouvé important de créer un questionnaire exhaustif, en essayant de balayer tous les aspects du stage, tant sur le terrain de stage, son déroulement, le rapport entre l'interne et son MSU, les gestes effectués, ainsi que le devenir de chaque interne. Le caractère fermé des questions, est compensé en partie par l'existence de questions ouvertes qui ont souvent permis de comprendre les insatisfactions des internes.

Limites et biais de l'étude :

a. Biais de sélection.

Les réponses proviennent seulement des internes ayant accepté de participer à l'étude.

Seulement 28% des internes ont répondu.

b. Biais de classement.

Un questionnaire engendre souvent des biais d'information liés soit aux questions (questions ambiguës, longueur du questionnaire) soit à l'inattention ou à la mauvaise compréhension du répondant. Pour limiter ce biais l'envoi d'un questionnaire test avait été envoyé auprès d'anciens internes.

De même, l'oubli de réponses à certains items par quelques internes entraîne ce type de biais.

Afin d'obtenir un effectif suffisant et de pouvoir avoir des résultats le plus tôt possible, nous avons fait le choix de prendre plusieurs promotions. Certains internes devaient faire référence à un stage réalisé plus de 2 ans auparavant, ce qui entraîne des biais de mémorisation.

b. Biais de confusion.

Nous pouvons penser que les désirs, choix et projets ainsi que la personnalité de l'interne peuvent influencer son évaluation. Un interne ne se destinant pas à la médecine générale donnera sûrement des réponses plus sévères concernant la satisfaction globale du stage.

Les différents facteurs étudiés peuvent être liés comme la qualité de la relation avec le MSU, influençant à la fois l'autonomie laissée à l'interne et la note globale attribuée au stage, ce qui peut entraîner des biais de confusion.

C. Perspectives et propositions.

Un travail supplémentaire de réflexion apparaît indispensable, afin de mettre plus d'objectivité dans notre évaluation. Il faudrait apprécier la progression réelle de l'interne.

Pour cela, on pourrait établir une grille d'évaluation simple d'utilisation, homogène sur tous les terrains de stage, servant de support à l'interne et au MSU pour déterminer les objectifs pédagogiques et suivre l'évolution de l'apprentissage. Des évaluations intermédiaires pourraient avoir lieu afin de permettre une progression dans les acquisitions. L'université de médecine générale de Montpellier est en train de mettre en place ce type de support avec la création du portfolio numérique.

Un support pour le MSU rappelant les grandes lignes essentielles, leur est donné lors de la formation des MSU. Une évaluation de cette formation pour voir ce que les MSU en retirent pourrait être intéressante. De même un rappel à chaque début de stage (définition d'un objectif et du projet avec l'interne, importance de l'autonomie et en même temps importance d'une supervision aux différentes étapes, horaires...) par envoi d'un courriel pourrait être positif.

Devant le manque de gestes techniques, une grille avec les gestes les plus souvent réalisés en MG peut être proposée, ainsi que des ateliers sur mannequins permettant à l'interne de simuler la pratique de ces gestes. L'augmentation des stages en médecine ambulatoire doit permettre à tous les internes de faire connaissance avec ces gestes qui semblent nécessaires à la bonne pratique de la MG. L'ouverture de postes en stage de gynécologie de ville va permettre également à l'interne de réaliser davantage de gestes gynécologiques.

Appuyer l'enseignement sur les domaines de la coordination des soins, du médico-social, de l'administratif et de la gestion du cabinet serait intéressant. Sur Montpellier, il est proposé des cours par la caisse primaire d'assurance maladie pendant le SP. Il y a aussi des conférences sur les remplacements et l'installation qui ont lieu tous les ans par le SILR. Des journées aux côtés de spécialistes pourraient améliorer la compétence dans la coordination des soins. On pourrait également rendre obligatoire la participation à des séminaires de gestion du cabinet médical.

Cette étude a montré le manque de stage pratique pour l'interne de médecine générale. La réforme de l'internat de médecine générale d'avril 2017 augmente la durée des stages ambulatoires et accentue la formation sur le terrain des internes allant dans le sens des souhaits de ces derniers comme nous l'avons vu dans les résultats.

A noter que cette réforme intervient après le début de mon travail de thèse et de construction de mon questionnaire. Avec la mise en application de la réforme du 3^e cycle, selon les arrêtés du 12 avril 2017, 21 Avril 2017 et celui du 27 novembre 2017, la maquette de médecine générale change (49, 50, 51). Le stage praticien sera réalisé la première année pour faire découvrir la MG plus tôt aux internes (au lieu de la deuxième année) et les stages ambulatoires seront en plus grand nombre avec un stage santé de la femme et un stage santé de l'enfant en libéral de 6 mois chacun (qui se faisaient jusqu'alors en hospitalier

principalement et 6 mois pour l'ensemble des deux), ainsi que le stage SASPAS obligatoire pour tous (auparavant optionnel).

La nouvelle maquette se compose d'un enseignement pratique de six semestres comme suit:

- 1^{ère} année, la phase socle:
 - 1 stage chez le praticien de niveau 1 (à partir de la promotion 2017)
 - 1 semestre aux Urgences adultes

- 2^{ème} et 3^{ème} années, la phase d'approfondissement :
 - 1 stage en Médecine adulte polyvalente
 - 1 stage Santé de la Femme
 - 1 stage Santé de l'Enfant
 - 1 SASPAS

L'internat de médecine générale est le plus court des spécialités, nous pouvons nous demander si l'allongement de la durée du troisième cycle serait favorable à la formation de l'interne. Des propositions du CNGE sur ce point ont déjà été présentées. Cela permettrait à l'interne de bénéficier davantage de formation ambulatoire. Un recrutement des MSU doit être fait pour y parvenir (52).

L'ANEMF déplore que le statut de MSU peine à attirer. L'offre de stage en médecine libérale ne se développe pas aussi vite que les besoins de formation, ce qui contribue à expliquer que «l'obligation légale de passage en médecine générale libérale lors du deuxième cycle des études médicales ne soit pas respectée partout faute de terrain de stage disponible » (53). Idem pour le SASPAS où l'on manque de MSU pour encadrer les internes. Il faut dès lors anticiper le recrutement pour permettre aux internes du TCEM de pouvoir faire leur stage ambulatoire.

Selon différentes études (54, 55), l'installation de plus en plus tardive des jeunes médecins généralistes serait en lien avec l'organisation du DES de MG. Cette formation doit évoluer avec son temps pour se réorganiser et ainsi réduire le temps d'installation des MG pour éviter une désertification médicale. Il est essentiel de faire connaître aux jeunes l'exercice libéral si l'on veut qu'ils s'installent. Ce que nous retrouvons dans la proposition 24 du rapport Vigier de 2018, issu de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français, un développement des stages ambulatoires aux différents stades des études de médecine (lors du TCEM, lors du DCEM, voire du premier cycle des études de médecine) serait intéressant amenant ainsi à la fin de l'hospitalo-centrisme (56).

V. CONCLUSION.

Notre travail montre que ce stage praticien de niveau 1 est une phase incontournable dans la formation des futurs médecins généralistes. Ce stage permet d'être confronté aux spécificités de l'exercice de la médecine générale avant notamment de débiter les remplacements.

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

Il montre aussi les limites de ce stage dont la durée n'est que de 6 mois avec la difficulté à maîtriser sur ce peu de temps toute la palette du travail du médecin généraliste, comme la gestion administrative et celle du cabinet. Sans équivoque les internes se plaignent d'un manque de gestes techniques et pour certains également d'un manque d'autonomie : ce qui va dans le sens que les terrains de stage ne sont pas tous équivalents.

Il existe cependant quelques perspectives d'amélioration. D'un point de vue organisationnel, il serait nécessaire de respecter davantage le temps de formation et de favoriser la diversité des binômes de MSU concernant leur lieu d'exercice et leurs caractéristiques. Certains gestes techniques pourraient être davantage réalisés. Pour ce qui est de l'accompagnement pédagogique, il faut rappeler l'importance de réaliser des réunions, permettant notamment de fixer avec l'interne ses objectifs en début de stage et de faire des débriefings.

Il faudrait appuyer l'enseignement sur les domaines de la coordination des soins, du médico-social, de l'administratif et de la gestion du cabinet. Avant tout il semblerait nécessaire que les MSU prennent davantage de temps en dehors des consultations pour former l'interne à ces compétences qui semblent être les plus difficiles à acquérir.

Le stage de niveau 1 doit permettre de préparer les étudiants à mieux assurer leur devenir professionnel car sa validation les autorise à effectuer des remplacements. Il est donc nécessaire d'améliorer l'organisation et le contenu pédagogique afin d'atteindre l'objectif de formation d'un professionnel compétent.

Pour la majorité cela va être le stage clé dans leur choix de carrière. Nous pouvons affirmer que le stage chez le praticien a une influence positive pour conforter l'étudiant dans son choix de devenir médecin généraliste libéral. Le stage praticien permet enfin de découvrir la médecine générale que les internes attendent avec impatience dans leur cursus, cela va être "LE" stage qui va les confirmer ou les infirmer dans leur choix d'internat. « La vraie vie de généraliste » « la première vraie immersion en cabinet », permettant de voir les « spécificités de la médecine générale (aspects psychologiques, premier recours, mise en place d'un réseau

de spécialistes, gestion du cabinet), de s'apercevoir d'une pratique différente de celle de l'hôpital.

La réforme de 2017 va dans le sens de l'idée de ce questionnaire, de permettre à l'interne de réaliser 4 stages en ambulatoire. Notre étude s'inscrit donc dans une problématique d'actualité. La perspective du DES en 4 ans s'inscrit totalement dans notre démarche pour parfaire la formation d'un futur professionnel de santé compétent.

Une nouvelle organisation du système de santé doit se faire pour répondre aux besoins de la population : cela passe par un soutien à la médecine libérale et à l'ensemble des professionnels de santé de ville.

Il semble nécessaire de poursuivre les actions visant à optimiser le cursus de l'étudiant se destinant à la médecine générale. Cette spécialité est la plus représentée dans le milieu médical, ce qui en fait un enjeu de santé publique remarquable. Un médecin généraliste compétent dans tous les domaines diminuerait le recours à des spécialistes et permettrait de désengorger et de limiter des délais d'attente.

Cette recherche intervient à un moment important de l'histoire de la médecine générale. La spécialité de médecine générale est en pleine construction, nous espérons avoir contribué au débat sur la formation des futurs médecins généralistes et l'avoir enrichi.

VI. BIBLIOGRAPHIE.

- 1- Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ; Dite Ordonnance Debré.
- 2- Freminville B « La réorganisation des études médicales : le troisième cycle » Conc. Med. 1970. 92(40) : p 7251-7254.
- 3- Chambonnet J-Y, ed. « Textes et règlements en usage à l'université et perspectives européennes » 1996, CNGE : Paris 354.
- 4- Loi n°68-978 du 12 Novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, JO du 13/11/1968.
- 5- Décret du 16 mai 1997 : passage à deux ans et demi avec six mois de stage obligatoire chez le praticien.
- 6- Décret d'application n°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret 82-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 1997, JO du 16 mai 1997. P. 7537.
- 7-Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF 16 mai 1997.
- 8- Mercat F-X. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999.
- 9- Frou B. Devenir professionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004. [Thèse de médecine]. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006.
- 10- Aucouturier J-L, Cremer G, Vialle P. Le 3ème Cycle de Médecine Générale Dans Les Universités Françaises. Comité National d'Évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Rapport d'évaluation. sept 1998.
- 11- Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 19 janv 2001. 6.
- 12- Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF 27 oct 2001, n°250, texte n°21, p. 16963.
- 13- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF 6 oct 2004, n°233, texte n°23, p.17076.
- 14- JORF n°233 du 6 octobre 2004 page 17076, texte n° 23, Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

- 15- Circulaire stage DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
- 16- Chocron R. Organisation des stages de médecine adulte en pôle pédagogique [thèse de doctorat en médecine]. Paris 7; 2013.
- 17- Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. JORF 26 févr 2015.
- 18- Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (TCEM).
- 19- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF 6 oct 2004, n°233, texte n°23, p.17076. 8.
- 20- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF 28 août 2010, n°0199 texte n°38, p. 15668.
- 21- Charte des Maîtres de Stage des Universités (MSU) du Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, Années universitaires 2016-2020. disponible sur : <http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/files/2018/03/CHARTE-MSU-2016-2020-r%C3%A9v-mars18.pdf>
- 22- Décret n°97-1213 du 24 décembre 1997, qui modifie le décret n°97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 .
- 23- article L 462 du Code de la Santé, dont le modèle a été fixé par l'arrêté du 13 mars 1998 qui modifie l'arrêté du 16 mai 1997.
- 24- FHP - Direction des Ressources Documentaires - Viez M-C. Les études de médecine en France, Allemagne et Italie, Synthèse documentaire [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://documentation.fhp.fr/documents/17713S.pdf>.
- 25- CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_des.pdf
- 26- Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Université de Montpellier; 2011.
- 27- Berland Y. Commission démographie médicale. Rapport ministériel 2005. [On-line]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>
- 28- Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission présidentielle 2010. [Online] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-missionlegmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-lamedecine-liberale-970>
- 29- Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P et Le Goazoui MF. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. Lyon. 2016 EDP Sciences / Société Internationale Francophone d'Education Médicale; 2015.

- 30- Bideau-Gedouin M. Analyse de l'influence du stage de médecine générale en deuxième cycle sur les représentations et les projets professionnels des étudiants [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2009.
- 31- Nilles C. La perception du métier de médecin généraliste en cabinet par les étudiants en médecine avant le stage en médecine ambulatoire.[Thèse d'exercice]. Montpellier; 2015.
- 32- Surrault JF. Perception des étudiants en médecine de second cycle à la faculté de Montpellier/Nîmes du métier de médecin généraliste en ambulatoire après la réalisation du stage chez le praticien de médecine générale en DFASM1 (diplôme de formation approfondie en sciences médicales première année [Thèse d'exercice]. Montpellier-Nîmes; 2015.
- 33- Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. 2005;1:328.
- 34- Valenzuela T. Le stage chez le praticien de niveau un : une rencontre entre deux identités professionnelles.[Thèse d'exercice]. Montpellier; 2016.
- 35- Arno E. Evaluation du stage praticien par les internes de médecin.[Thèse d'exercice]. Nice; 2016.
- 36- Domergue C. Quels sont les déterminants du choix des internes de Lille pour leur stage de médecine générale de premier niveau ? [Thèse d'exercice]. Lille, France; 2014.
- 37- Malvezin Marquis S. Evaluation des lieux de stages en soins primaires de la faculté de médecine de Créteil.[Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2004.
- 38-Lorilloux S. Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X. Bichat.[Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2005.
- 39- Porte R. Hétérogénéité des Pratiques des Maîtres de Stage En Médecine Générale. [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2010.
- 40- Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O, Désirs et attentes des internes de troisième cycle de Médecine Générale. 12/10/2007, DOI : 10.1684/med.2008.0259
- 41- Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
- 42- Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale Réalisée par l'ISNAR-IMG Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
- 43- Enquête BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. [En ligne]. 2007.
- 44- Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
- 45- ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. déc 2013. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

- 46- Gomes-Danel S. Evaluation des terrains de stage chez le praticien par les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
- 47- URML Ile de France, Commission Conditions d'exercice et démographie. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. [Enquête]. Janv 2008.
- 48- URML Rhône-Alpes. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. févr 2005. Rapport n° 488.
- 49- Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du 3ème cycle des études de médecine
- 50- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des D.E.S et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du 3ème cycle des études de médecine.
- 51- Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine
- 52- CNGE. Effectifs d'enseignants et d'étudiants en médecine générale Une situation de plus en plus tendue dans les facultés de médecine [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/140415_Communique_CNGE_effectifs_etudiants_enseignants_MG.pdf
- 53- Commission d'enquête. L'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Rapport, 19 juillet 2018. N° 1185
[http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/\(index\)/depots#P1954_478548](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/(index)/depots#P1954_478548)
- 54- Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Bulletin d'information en économie de la santé. CREDES; Avril 2004. disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>
- 55- Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine? Nancy; 2016.
- 56- Rapport Vigier. Proposition 24; 2018. [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/\(index\)/depots](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/(index)/depots)

VII. ANNEXES : Questionnaire.

Rubrique 1 sur 9



Le stage praticien en Médecine Générale en Languedoc - Roussillon.

Chers co-internes de médecine générale,

Je suis interne de médecine générale de la région.

Je me permets de vous contacter pour vous proposer de participer à mon projet de thèse.

Nous passons tous par le stage chez le praticien. En discutant entre nous on s'aperçoit rapidement de l'hétérogénéité de leur déroulement, pour des raisons diverses et variées.

Nous n'aurons pas tous la possibilité de faire un SASPAS, pour certains ce sera donc la seule expérience en libéral avant les remplacements.

Ma thèse a pour but de décrire le déroulement du stage praticien en Languedoc-Roussillon et d'en évaluer la satisfaction des internes, afin d'apporter des pistes de réflexion pour améliorer ce stage.

Je parle ici du stage PRATICIEN (et non du SASPAS)

Les données recueillies sont anonymes et le temps de remplissage est estimé entre 5 et 10 minutes.

Merci à tous pour votre participation.

:)

Terrain de stage

Description (facultative)

Combien de maître de stage universitaire (MSU) vous ont encadré pour ce stage?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou plus

Lieu du cabinet

	rural	semi-rural	urbain
MSU1	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐

Mode d'activité

	seul	cabinet de groupe	maison de santé pluriprofe...
MSU1	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐

Distance moyenne en km entre votre domicile et le cabinet de stage?

	< 20 km	entre 20 et 50 km	entre 50 et 100 km	> 100 km
MSU1	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐

Quel mode de transport principal avez-vous utilisé pour vous rendre chez vos MSU?

	voiture, moto, scoote...	Tram , bus	train	velo, piéton
MSU1	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐

Le cabinet médical était-il informatisé?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Le cabinet médical possédait-il un secrétariat?

	secrétariat physique	secrétariat téléphonique	pas de secrétariat
MSU1	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐

Rubrique 3 sur 8



Accompagnement pédagogique

Description (facultative)

Vous a-t-on présenté les objectifs du stage avant le démarrage du stage ou en début de stage?

	oui	non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Avez-vous reçu des explications sur le mode de fonctionnement du cabinet avant le début du stage?

	oui	non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Vous a-t-on interrogé sur votre projet professionnel avant le démarrage du stage ou en début de stage?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Organisation du stage

Description (facultative)

Combien de journée de stage avez-vous effectué par semaine?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ou plus

Combien d'heures de travail par jour avez vous effectué en moyenne?

	< 4 heures	4 à 6 heures	6 à 8 heures	8 à 10 heures	>10 heures
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Combien de consultations effectuait votre MSU par heure?

	< ou = à 2	3	4	5	6 et +
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Comment avez-vous ressenti la quantité de travail quotidienne de votre MSU?

	Tres légère	légère	modérée	plutôt importante	très importante
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Vos MSU ont-ils une activité spécifique à laquelle vous avez pu assister? (gynécologie, pédiatrie, acupuncture, homéopathie, médecine du sport, nutrition, allergologie, médecin coordinateur...)

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Lequel/Lesquels?

Réponse longue

Quels gestes avez-vous réalisé lors de ce stage?

- ☐ vaccin/intramusculaire
- ☐ infiltration
- ☐ excision hémorroïdaire
- ☐ suture
- ☐ plâtre
- ☐ tubertest
- ☐ frottis cervico vaginal
- ☐ pose de stérilet/implant
- ☐ mésothérapie
- ☐ audiométrie
- ☐ électrocardiogramme
- ☐ autres
- ☐ aucun

Si autres: lesquels?

Réponse courte

.....

Auriez vous aimé en réaliser davantage?

- ☐ oui
- ☐ non

Autonomie

Description (facultative)

Une phase observationnelle a-t-elle eu lieu? (Phase où l'interne est passif et regarde seulement)

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU	☐	☐
MSU4	☐	☐

Une phase semi-active a-t-elle eu lieu? (cette phase correspond à une période pendant laquelle la consultation est menée à deux MSU - interne)

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Au bout de combien de temps a eu lieu cette phase semi-active avec votre MSU ?

	entre 1 et 7 jours	entre 7 et 15 jours	entre 15 jours à 1...	entre 1 à 3 mois	> 3 mois
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Un debriefing a-t-il eu lieu pendant la phase semi-active?

	toujours	la plupart du tem...	de temps en tem...	rarement	jamais
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Une phase d'autonomie a-t-elle eu lieu (phase pendant laquelle vous avez consulté seul(e), de l'accueil du patient à la prise de décision, hors présence du MSU)?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Au bout de quelle durée de stage cette phase d'autonomie a-t-elle eu lieu?

	entre 1 et 15 jours	entre 15 jours à 1...	entre 1 à 2 mois	entre 2 à 3 mois	> 3 mois
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Etait-elle suivie d'un debriefing? (supervision indirecte)

	Toujours	la plupart du tem...	de temps en tem...	rarement	jamais
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
Ligne 3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

En moyenne combien de consultations avez vous effectué seul(e) par demi-journée en phase d'autonomie?

	<2	2 à 5	6 à 10	10 à 15	15 à 20	> 20
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Êtes-vous revenu(e) en phase semi-active après cette phase d'autonomie?

	oui	non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Êtes-vous satisfait(e) de cette autonomie?

	très insatisfait	insatisfait	mitigé	satisfait	très satisfait
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de difficulté, le MSU était-il facilement joignable et disponible?

	toujours	la plupart du tem...	de temps en tem...	rarement	jamais
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Y a-t-il eu des problèmes pendant le stage ?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Lequel/Lesquels?

Réponse longue

Comment avez vous réussi à les régler?

- ☐ Avec votre MSU
- ☐ Avec l'aide du DMG
- ☐ Avec l'aide du SILR
- ☐ Avec l'aide de vos amis/ famille

Rubrique 6 sur 8



Remplacements

Description (facultative)

Avez vous remplacé votre MSU ?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Quand a eu lieu ce remplacement?

	pendant le stage	après le stage
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Avec rémunération?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Rubrique 7 sur 8



En résumé

Description (facultative)

Comment était l'ambiance?

	très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	Horrible
MSU1	☐	☐	☐	☐	☐
MSU2	☐	☐	☐	☐	☐
MSU3	☐	☐	☐	☐	☐
MSU4	☐	☐	☐	☐	☐

Vous verriez-vous travailler comme votre MSU?

	Oui	Non
MSU1	☐	☐
MSU2	☐	☐
MSU3	☐	☐
MSU4	☐	☐

Vous sentez-vous plus autonome suite à ce stage?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Ce stage a-t-il renforcé votre orientation vers la Médecine Générale?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non précisez pourquoi:

Réponse longue

Points forts du stage

Réponse longue

Points faibles du stage

Réponse longue

Quelles pistes d'amélioration proposeriez-vous pour ce lieu de stage?

Réponse longue

Note globale du stage

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
nul	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tres bien

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

Nom(s) et prénom(s) de vos MSU (sachant que le questionnaire reste anonyme)

Réponse longue

.....

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE.

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

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

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

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

IX. RÉSUMÉ.

Introduction : Jusqu'en 2017, le stage chez le praticien de niveau 1 est le seul stage en libéral obligatoire au sein du DES de médecine générale, il permettait à l'interne d'effectuer ses premiers remplacements. Il nous a donc semblé important de l'évaluer.

Méthode : Un questionnaire électronique, créé avec le logiciel *Google Form*, a été envoyé aux promotions d'internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon (promotion 2013, 2014, 2015), via courriel. Une analyse statistique des questions fermées a été réalisée, les questions ouvertes ont été utilisées à titre indicatif.

Résultats : La supervision continue, le relationnel, la découverte de la relation patients-médecins et la mise en autonomie faisaient partie des points positifs. En fin de stage la plupart des internes se sentaient capables d'exercer le rôle de médecin remplaçant.

Cette étude montrait aussi les limites de ce stage dont la durée n'est que de 6 mois avec la difficulté à maîtriser sur ce peu de temps la gestion administrative et celle du cabinet. Les internes se plaignaient d'un manque de gestes techniques et pour certains également d'un manque d'autonomie.

Discussion : Ce travail a montré que les internes étaient satisfaits du stage et qu'ils l'ont qualifié de formateur. Cependant on a constaté une hétérogénéité selon les terrains de stage. Afin d'améliorer le contenu, une évaluation plus objective tout au long du stage serait nécessaire.

Conclusion : Le stage de 6 mois chez le praticien de niveau 1 reste une étape incontournable mais insuffisante pour former des professionnels compétents.

Mots clés : Stage praticien, évaluation, internes, maîtres de stage universitaire, médecine générale.