



**HAL**  
open science

# Adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale : vécu et opinion des Maîtres de Stage des Universités en Gironde

Nathalie Khouri

## ► To cite this version:

Nathalie Khouri. Adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale : vécu et opinion des Maîtres de Stage des Universités en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116713

**HAL Id: dumas-03116713**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116713>**

Submitted on 20 Jan 2021

**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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

Thèse n°126

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par KHOURI Nathalie

Née le 22 Décembre 1989 à La Rochelle

Le 12 Novembre 2020

**Adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale : vécu et opinion des Maîtres de Stage des Universités en Gironde.**

Sous la direction de : Docteur Emmanuel PROTHON

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH  
Professeur William DURIEUX  
Professeur François PETREGNE  
Docteur Jeremy GUILHON

Président  
Rapporteur  
Examineur  
Examineur



**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

Thèse n°126

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par KHOURI Nathalie

Née le 22 Décembre 1989 à La Rochelle

Le 12 Novembre 2020

**Adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale : vécu et opinion des Maîtres de Stage des Universités en Gironde.**

Sous la direction de : Docteur Emmanuel PROTHON

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH  
Professeur William DURIEUX  
Professeur François PETREGNE  
Docteur Jeremy GUILHON

Président  
Rapporteur  
Examineur  
Examineur

## Remerciements

***A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,***

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

***A Monsieur le Professeur William Durieux,***

*Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et permettez-moi de vous témoigner ma reconnaissance et ma gratitude.*

***A Monsieur le Professeur François Petregne,***

*Je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence et de juger ce travail en votre qualité de professeur. Je vous prie de croire en ma reconnaissance et en mon profond respect.*

***A Monsieur le Docteur Jeremy Guilhon,***

*Tu m'as accompagnée durant mon DES de Médecine Générale en tant que maître de stage, puis j'ai eu la chance de travailler à tes côtés au cours de mes nombreux remplacements et maintenant tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te prie de croire en mes sincères remerciements et en mon profond respect.*

***A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon, Maître de conférences attaché,***

*Je te remercie de m'avoir soutenue, suivie et accompagnée d'un bout à l'autre de ce projet. Merci pour ton écoute, pour tout le temps que tu m'as accordé et pour tes judicieux conseils qui m'ont été précieux tout au long de ce travail.*

*Je te remercie également pour la confiance que tu me portes en me confiant régulièrement tes patients. En espérant être à la hauteur de tes prises en charge.*

***A tous les MSU ayant participé à l'étude,***

*Pour votre implication et votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.*

***A tous les soignants que j'ai rencontrés pendant mes stages d'externat et d'internat et auprès de qui j'ai tant appris.***

***A mes maîtres de stage SASPAS, Jean-Baptiste, Sébastien et Jeremy,***

*Je vous remercie de m'avoir fait découvrir la Médecine Générale de terrain et de m'avoir donné envie de continuer dans cette discipline. Merci pour votre bienveillance et pour tout ce que vous m'apportez et m'apprenez depuis toutes ces années. Merci pour tout !*

***A l'Ostal Medical,***

*Le meilleur cabinet médical où j'ai eu la chance de pouvoir travailler et où j'espère encore effectuer des remplacements.*

*Merci à Pauline, Thanh, Sébastien, Jean-Baptiste, Jeremy et Emmanuel de me faire confiance en me confiant vos patients. Exercer la Médecine Générale à vos côtés n'a jamais été aussi agréable et enrichissant. Merci pour vos précieux conseils, votre soutien et la confiance que vous m'accordez. Je vous prie de croire en mes sincères remerciements et en mon profond respect.*

*Merci à Antoine, le meilleur podologue que je connaisse grâce à qui j'ai pu mettre un pied dans le monde de la podologie qui n'aura bientôt plus aucun secret pour moi... Enfin ce n'est pas encore gagné !*

*Merci à Laetitia, toujours dans les parages pour papoter et échanger les derniers potins du moment. Merci pour tous ces bons moments qui donne la patate !*

*Merci à Ingrid, la secrétaire que tout médecin rêve d'avoir, qui est incollable sur l'administratif auquel personne ne comprend rien, qui répare une imprimante plus vite que son ombre et qui sait te préserver quand cela devient nécessaire.*

*Merci à Stéphanie pour nos longues conversations de fin de journée qui redonnent un petit coup de boost.*

*Merci à Virginie pour ton partage de connaissances aussi bien médicales que non médicales.*

***Au cabinet de médical de Preignac,***

*Merci à Elise, Emilie, Quiterie, Sofian, Cathy, Yves-Marie. C'est toujours un grand plaisir de vous remplacer et de travailler à vos côtés. Une super ambiance et une équipe de choc, que demander de plus. Merci pour la confiance que vous m'accordez.*

*Un grand merci à Caro qui se donne toujours à fond et qui fait tout ce qui est en son pouvoir pour gérer les situations de crise.*

## ***A ma famille,***

*A mes parents qui ont toujours cru en moi durant ces longues années d'études et qui m'ont appris à ne jamais baisser les bras. Merci d'être toujours présents à mes côtés. A ma maman, pour sa disponibilité, ses encouragements et son soutien. A mon papa, qui m'a transmis sa passion pour la médecine et qui continue de la partager avec moi.*

*A ma soeur Aimée : Merci pour le soutien que tu m'apportes depuis toutes ces années et pour tous ces supers moments de complicité. Un pour tous, tous pour un ! Le Grinch n'a pas encore frappé cette année, il est encore temps de se rattraper.*

*A mon frère Pierre : Merci pour ton soutien et pour tous ces bons moments que nous avons partagés. Grâce à toi les répliques de films n'ont plus de secret pour moi. Le canapé du salon ainsi que ta fidèle boîte à friandises te seront toujours ouverts. Merci pour tes connaissances en informatique qui m'ont également été d'un grand secours.*

*A mes beaux-parents qui m'ont si bien accueilli et nourri dès le premier jour ! (Mentions spéciales pour les barbecues de Jean et les tartes aux citrons d'Isabelle.)*

## ***A mes Amis,***

*A mes amies de longue date avec qui je partage tant de souvenirs,*

*A Nath : Qui aurait cru qu'on en serait arrivé là ! Je me rappelle encore de nos premières colles d'anat et des cours de chimie orga auxquels personne ne comprenait rien. En y allant au talent on arrivait difficilement à avoir 3/20, ce n'était vraiment pas gagné. Mais comme le dit si bien notre ami JJG « J'irai au bout de mes rêves » et c'est ce qu'on a fait.*

*Merci pour ton soutien, pour nos longues journées de révisions Bordelaises et Ferret-Capiennes, pour ton amitié et merci pour toutes ces années de partage. A nos nouvelles aventures !*

*A Fannouch : Grâce à toi la Doudouteam a pu voir le jour et pour ça je ne te remercierais jamais assez. A nos longues journées de boulot où nous passions le plus clair de notre temps à papoter, à regarder Catherine et Liliane ou encore Camille Cottin et à manger des sushis. Sans elles je n'aurai jamais vu le bout de ces études alors merci à toi ! Merci d'être mon amie et de continuer à me soutenir malgré la distance.*

*A Célia : J'espère que tu es fière de ton ptit Jabugo ! Merci de croire en moi et de me soutenir comme tu le fais. Toujours à fond, toujours motivée avec ton petit accent chantant. J'ai de la chance de t'avoir à mes côtés même si j'ai bien cru que le Piton des Neiges allait avoir raison de toi !*

*A Marie : on s'est toujours donné à 200% et là je crois « qu'on a pas mal bien joué ! » Il est temps de tourner la page et de regarder vers l'avenir. Merci pour ton soutien, ces longues journées de révision en plaid et en peignoir avec toujours la clope au bec. Elles resteront à jamais gravées dans ma mémoire. Merci*

*A Lisa, Lou, Thévy, Emilie : tant de choses partagées avec vous. Merci pour toutes ces belles années. J'espère que beaucoup d'autres nous attendent !*

*A la meilleure team d'internat qu'on puisse rêver,*

*A Cécé : D'abord une copine, puis une colloc et enfin une amie. Derrière ton attitude « blasée non blasée » se cache une super personne. On ne pourrait pas rêver mieux comme partenaire de squash, de surf, de danse, de piscine et de vie ! Merci pour ton soutien et pour ton aide qui m'a été si précieuse pour réaliser ce travail. Allez c'était « trois fois rien » cette thèse !*

*A Charlinou : Grâce à ton côté Dark Charlène qui a su prendre le dessus sur ta passion pour les bonbons à la bergamote et pour les steaks de soja, notre amitié a pu voir le jour ! Merci pour ta disponibilité, ton écoute et ton soutien qui sont souvent d'un grand réconfort.*

*A Salman : Tu m'as appris à prendre confiance en moi et en mes prises en charges et tu continues encore à m'encourager aujourd'hui et pour ça je t'en remercie. Tu es mon mentor et un exemple à suivre (même quand tu m'apprends à ponctionner le mauvais poumon et à mettre des claquettes chaussettes). Pour finir, ton franc parlé me permet de limiter ma consommation de chocolat et pour ça je te remercie.*

*A Camille : Le court séjour Gériatrique nous a fait nous rencontrer et nous avons su entretenir notre lien d'amitié autour de petites bières, cafés et autres douceurs. Merci pour ton soutien et tes encouragements.*

*A mes co-internes Léo, Marion, Ingrid, Charlotte : Vous êtes mes belles rencontres de ces dernières années.*

***A la meilleure team de groupe de paires,***

*A Aurélie, Marion, Anne-So, Théo, Hélène, Charlinou, Sofian, Lucille : On n'est peut-être pas les plus compétents en médecine mais à coup sûr en apéro dinatoires. Grâce à vous je sais que je ne serais jamais seule et qu'il y aura toujours quelqu'un qui prendra le temps de répondre à mes interrogations. Merci à tous et vive le groupe de paires !*

***A mon doudou,***

*L'amour de ma vie, ma moitié.*

*Toujours à la recherche du dépassement de soi, tu as su me montrer que rien n'était impossible si on se donnait les moyens de réussir et c'est pourquoi j'en suis là aujourd'hui, alors merci !*

*Tu as su braver l'obscurité du Canada pour me venir en aide et pour ça je ne te remercierais jamais assez.*

*Merci également pour le soutien que tu m'apportes et merci de continuer de croire en moi comme tu le fais depuis tant d'années.*

*Encore tellement de chose à te dire... Merci d'être mon doudou !*

*A notre futur Nathalex, qui aura ton nez et mon appétit.*

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des Abréviations.....	8
Table des tableaux .....	9
Table des figures .....	9
Table des annexes.....	10
Introduction .....	11
Contexte .....	12
1. Maquette des stages du DES de Médecine générale : Ancienne Vs Nouvelle.....	12
1.1 Maquette des stages avant la réforme .....	12
1.2 Maquette des stages après la réforme .....	12
2. Objectifs du DES de Médecine Générale : acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la Médecine Générale.....	13
3. DES de Médecine Générale : objectifs de la réforme .....	14
4. Le stage ambulatoire de niveau 1 en quelques mots .....	14
5. Le Maître de Stage des Universités.....	16
5.1 Définition du MSU.....	16
5.2 Ressenti des MSU sur la maîtrise de stage selon l'ancienne maquette .....	17
5.3 Opinion des MSU concernant l'impact de la réforme du DES sur leur SN1 .....	18
6. Question de recherche et objectifs de l'étude .....	19
Matériel et méthode.....	20
1. Choix de la méthode qualitative .....	20
2. Population de l'étude et recrutement .....	20
3. Guide d'entretien qualitatif.....	21
4. Recueil des données et retranscription .....	21
5. Analyse des données.....	22
Résultats.....	23
1. Caractéristiques des MSU interrogés.....	23
2. Caractéristiques des entretiens réalisés .....	24
3. Analyse thématique des données .....	25
3.1 Degré d'information des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1.....	26
3.2 Inquiétudes <i>a priori</i> des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	29
3.3 Opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	32
3.4 Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	45
3.5 Opinions des MSU concernant leur interne de premier semestre .....	63
Discussion .....	70
1. Forces de notre étude.....	70
1.1 Étude qualitative originale.....	70
1.2 Modalités de recueil des données : entretiens semi-dirigés.....	70
1.3 Triangulation des données .....	70
1.4 Échantillon satisfaisant.....	71
1.5 Retranscription fidèle.....	71
2. Limites de notre étude : biais et difficultés rencontrées.....	71
2.1 Secteur géographique limité .....	71
2.2 Biais de sélection des participants .....	71
2.3 Biais liés aux entretiens .....	72
2.4 Biais de recueil des données .....	72

2.5	Biais liés à l'analyse .....	73
2.6	Manque de recul sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	73
<b>3</b>	<b>Discussion des résultats et confrontation avec les données de la littérature.....</b>	<b>73</b>
3.1	Entre l'inquiétude des MSU et l'impact de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	73
3.2	Les aspects positifs de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	77
3.3	Les Aspects négatifs de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 .....	80
<b>4</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>84</b>
<b>Conclusion .....</b>		<b>86</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>88</b>
<b>Annexes .....</b>		<b>92</b>
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>		<b>96</b>

## Liste des Abréviations

**CGELAV** : Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et Vendée

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DMG** : Département de Médecine Générale

**EBM** : Evidence-Based Medicine

**ECN** : Épreuves Classantes Nationales

**IMG** : Interne de Médecine Générale

**ISNAR-IMG** : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

**MSU** : Maître de Stage des Universités

**SN1** : Stage Ambulatoire de Niveau 1

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des MSU interrogés

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens individuels semi-dirigés

## Table des figures

Figure 1 : Marguerite des compétences

Figure 2 : Schéma analytique des adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du DES de Médecine Générale : Vécu et opinion des MSU en Gironde

Figure 3 : Schéma analytique du degré d'information des MSU sur la réforme du DES concernant le SN1 par les MSU

Figure 4 : Schéma analytique de l'inquiétude *a priori* des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Figure 5 : Schéma analytique des avantages de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

Figure 6 : Schéma analytique des inconvénients de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

Figure 7 : Schéma analytique des opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Figure 8 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur le MSU

Figure 9 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur la pédagogie au cours du stage selon les MSU

Figure 10 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur l'IMG selon les MSU

Figure 11 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur les patients selon les MSU

Figure 12 : Schéma analytique de l'ensemble des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

Figure 13 : Schéma analytique des opinions des MSU sur leur interne de premier semestre

## **Table des annexes**

Annexe 1 : Charte du Praticien Agréé - Maitre de stage des Universités

Annexe 2 : Guide d'entretien

## Introduction

Depuis 2004, le troisième cycle de médecine générale est devenu un diplôme d'études spécialisées (DES). Ce passage au DES a permis à la médecine générale de devenir une spécialité au même titre que les autres spécialités <sup>(1)(2)</sup> mais avec une maquette de stage qui lui est propre comportant une durée de 6 semestres qui permet aux internes de balayer un champ d'intervention assez large afin de les préparer à la polyvalence de cette spécialité.

Jusqu'à la mise en place de la réforme du troisième cycle à la rentrée universitaire de 2017-2018, la maquette de stages du DES de médecine générale était composée de 6 stages de 6 mois chacun dont un stage en ambulatoire réalisé auprès de médecins généralistes agréés dit Maîtres de Stage des Universités (MSU). Ce stage, appelé stage ambulatoire de niveau 1 (SN1) ou stage chez le praticien était le seul stage ambulatoire rendu obligatoire par le décret du 16 mai 1997 <sup>(3)</sup>. Il ne pouvait être réalisé qu'à partir du deuxième semestre à la faculté de Bordeaux <sup>(4)</sup> et n'était donc pas accessible aux premiers semestres.

Puis, suite au décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine <sup>(5)</sup> et aux différents arrêtés ministériels du 12 et du 21 Avril 2017 <sup>(6)(7)</sup>, une nouvelle maquette des stages a été décidée. Parmi les modifications apportées, on notera le passage obligatoire en première année d'internat en SN1 donc soit en premier soit en deuxième semestre.

Cette réforme a été pensée pour les internes afin d'améliorer leur formation mais qu'en est-il des MSU ?

Les aspects positifs et négatifs de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des Maîtres de stage ont déjà été soulevés dans différentes études mais les MSU interrogés ne recevaient pas de premiers semestres puisqu'ils dépendaient de l'ancienne maquette.

C'est pourquoi nous nous sommes posés la question de l'impact de cette nouvelle organisation sur les MSU et sur le SN1 qu'ils encadrent.

L'objectif de cette étude est donc de recueillir l'opinion des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant leur SN1 ainsi que leur expérience et leur vécu.

L'objectif secondaire est de recueillir l'opinion des MSU sur leurs internes de premier semestre.

# Contexte

## 1. Maquette des stages du DES de Médecine générale : Ancienne Vs Nouvelle

### 1.1 Maquette des stages avant la réforme

Avant la réforme du troisième cycle, la durée du DES de médecine générale était de 6 semestres et les internes de médecine générale devaient réaliser six stages afin de valider leurs maquettes <sup>(8)</sup> :

- le stage en médecine adulte
- le stage en médecine d'urgence
- le stage en pédiatrie et/ou Gynécologie
- le stage libre
- le stage en médecine générale
- le stage au CHU

L'interne choisissait ses stages en fonction des postes disponibles, de son ancienneté et de son rang de classement aux Épreuves Classantes Nationales (ECN). Il n'y avait donc pas d'ordre de passage obligatoire <sup>(9)</sup> hormis le SN1 qui n'était accessible qu'à partir du deuxième semestre <sup>(4)</sup>. De plus, le SASPAS n'était pas obligatoire.

### 1.2 Maquette des stages après la réforme

Suite à la réforme du troisième cycle avec le décret du 25 novembre 2016 <sup>(5)</sup> relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, la durée du DES de médecine générale est restée inchangée, du moins jusqu'en 2020, mais l'organisation a été modifiée avec la mise en place de deux phases d'apprentissage permettant à l'interne d'acquérir progressivement les connaissances, les compétences et l'autonomie nécessaires à l'exercice de sa spécialité.

Ces deux phases se déroulent comme suit : <sup>(7)(10)</sup>

- la phase socle :
  - o D'une durée de 2 semestres
  - o Durant laquelle l'interne devra réaliser obligatoirement :
    - ⇒ un stage en médecine générale : le SN1
    - ⇒ un stage de médecine d'urgence

Cette phase permet d'engager l'interne dans sa spécialité et de l'aider à prendre progressivement ses fonctions. De plus, elle permet aux praticiens de détecter les étudiants en difficulté et les réorienter si nécessaire.

- la phase d'approfondissement :
  - o D'une durée de 4 semestres
  - o Durant laquelle l'interne devra réaliser :
    - ⇒ Un stage en médecine polyvalente
    - ⇒ Un stage en santé de l'enfant
    - ⇒ Un stage en santé de la femme

⇒ Un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée  
SASPAS (en 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semestre)

En résumé, contrairement à l'ancienne maquette, l'interne de médecine générale devra réaliser au minimum deux stages en ambulatoire :

- le stage chez le praticien ou SN1 qui devra être réalisé au cours de sa première année d'internat, soit en premier ou en deuxième semestre
- le SASPAS qui devra être réalisé au cours de sa dernière année d'internat.

## 2. Objectifs du DES de Médecine Générale : acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la Médecine Générale

Que ce soit selon l'ancienne ou la nouvelle maquette, l'objectif du DES reste le même : l'interne doit acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à sa future pratique professionnelle via les différents enseignements théoriques et pratiques.

A la fin de son DES, l'interne doit donc avoir acquis les connaissances et les compétences communes à tous les médecins<sup>(11)</sup> mais également celles spécifiques de la médecine générale que sont : la communication, la coordination et la continuité des soins, la prise en charge globale des patients et les urgences, la formation continue, la prévention et l'éducation des patients.

Ce référentiel de compétences, également appelé marguerite des compétences, a été édité par le CNGE en 2006<sup>(12)</sup> à partir des compétences définies par la WONCA<sup>1</sup> dans sa branche européenne en 2002.<sup>(13)</sup>

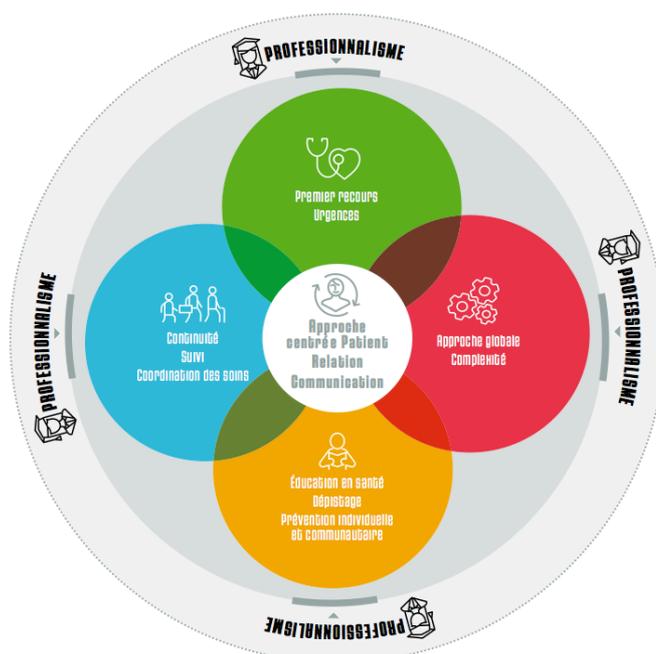


Figure 1 : Marguerite des compétences<sup>(12)</sup>

<sup>1</sup> WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, est l'organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

L'interne doit également savoir prendre en charge les pathologies courantes en soins de santé primaire, acquérir les spécificités de la pratique en milieu ambulatoire et maîtriser les éléments biomédicaux, relationnels et professionnels utiles à l'exercice du quotidien <sup>(4)</sup>

Avec la réforme, l'acquisition de ces compétences est mieux définie. Durant la phase socle, l'interne acquiert les connaissances et les compétences communes à tous les médecins ainsi que celles **de base** spécifiques à la médecine générale <sup>(7)</sup>. Puis, au cours de la phase d'approfondissement, il les consolide et les approfondit.

### 3. DES de Médecine Générale : objectifs de la réforme

<sup>(14)</sup> L'objectif de la réforme est d'améliorer la formation théorique et pratique des internes, le but étant de progressivement les autonomiser en les accompagnant afin qu'ils soient en capacité d'exercer pleinement leur profession dès la fin de leur internat et, le cas échéant, de s'installer immédiatement.

Afin de professionnaliser leur formation, les internes sont propulsés vers le monde libéral (futur terrain d'exercice) en multipliant leurs nombres de stages ambulatoires et notamment en rendant obligatoire la réalisation du SN1 en première année d'internat.

D'après la thèse de Marion Michel <sup>(15)</sup>, la réalisation précoce du SN1 dans la maquette du DES de médecine générale permettrait aux internes de confirmer rapidement leur choix de spécialité et de prendre conscience plus précocement du rôle du médecin généraliste. De plus, 44,5% des internes penseraient que cela pourrait favoriser l'installation en libérale, ce qui confirme donc l'objectif de cette réforme.

D'autres objectifs ont été soulignés par l'ISNAR-IMG comme <sup>(11)</sup> :

- Renforcer la pédagogie en homogénéisant les outils pédagogiques sur le territoire national et en mettant en place de nouvelles techniques pédagogiques.
- Faciliter la prise de fonction d'interne puis de médecin en pleine responsabilité en créant des phases d'apprentissages progressives ainsi qu'un projet pédagogique des lieux de stages adaptés aux internes.

### 4. Le stage ambulatoire de niveau 1 en quelques mots

<sup>(16)</sup> Le SN1 est un stage qui se déroule chez des médecins généralistes agréés, dits Maîtres de Stage des Universités (MSU), dans leurs cabinets médicaux de ville, pour une durée de six mois. Ce stage est essentiel dans la formation de l'IMG car c'est souvent le premier contact qu'il a avec l'exercice libéral de la MG et donc avec son futur métier.

Généralement, ce stage est encadré par 2 ou 3 MSU <sup>(17)</sup> et l'interne doit effectuer 8 demi-journées par semaine qui sont réparties entre les différents membres du binôme ou du trinôme. <sup>(18)</sup>

Ce stage est obligatoire et doit être réalisé durant la phase socle du DES depuis la nouvelle réforme donc soit en premier soit en deuxième semestre. Il est fondamental pour l'étudiant puisqu'il lui permet de découvrir son futur métier avec toute la complexité qu'il englobe. Pour la première fois, l'interne est confronté à une prise en charge globale du patient, ce qui est différent de la prise en charge hospitalière, ce qui lui permet de découvrir également la complexité de l'approche Evidence-Based-Medicine (EBM).

Les objectifs de ce stage sont multiples : <sup>(18)</sup> (4)

- Faire participer l'interne au déroulement de la consultation
- Mettre l'interne en situation de responsabilité active et de façon progressive sous supervision
- Rendre l'interne acteur de la consultation en lui faisant prendre des décisions diagnostiques, thérapeutiques et administratives adaptées, mais également en lui faisant réaliser des gestes techniques utiles pour sa pratique
- Lui faire identifier les enjeux de la relation médecin-patient
- Lui faire acquérir de nouvelles compétences professionnelles notamment celles nécessaires à une activité de soins de santé primaires ambulatoires ainsi que celles nécessaires au remplacement
- Lui faire acquérir les éléments spécifiques de la démarche en médecine générale
- Lui faire acquérir la coordination des soins avec d'autres professionnels de santé
- Lui faire comprendre les modalités de gestion du cabinet médical.

En résumé, l'objectif est de mettre **progressivement** l'interne **en autonomie** afin qu'il acquière une autonomie suffisante lui permettant de faire seul ses actes en fin de stage.

Afin que l'IMG réponde à ces objectifs, le MSU organise son stage selon 3 phases pédagogiques intriquées en fonction des compétences développées par l'interne <sup>(4)</sup>. Leur durée n'est pas définie. Elle est liée à l'appréciation du MSU avec l'accord de l'interne.

Les trois phases sont :

- La phase d'observation : le stagiaire se familiarise avec son environnement. Il observe et découvre le déroulement des consultations
- La phase de supervision directe : l'interne exécute des actes en présence du MSU qui analyse son comportement dans une démarche pédagogique. L'interne commence à prendre progressivement ses responsabilités sous la supervision de son MSU.
- La phase de supervision indirecte : l'interne accomplit seul des actes (normalement pas plus de 3 actes par jour) <sup>(17)</sup> (4) sans la présence physique de son MSU, celui-ci devant être dans les locaux afin de répondre aux demandes de l'interne si besoin.

A la fin de la dernière phase, la prise d'autonomie et de responsabilité de l'interne est totale mais toujours sous la supervision du MSU. En aucun cas le SN1 ne peut être assimilé à un remplacement. <sup>(4)</sup>

La validation de ce stage est importante puisqu'il donne l'accès, une fois 2 autres semestres validés, à la licence de remplacement. Il peut donc être le dernier contact encadré en médecine générale avant d'exercer seul en tant que remplaçant.

On note une augmentation constante du nombre de MSU et de poste en SN1 avec notamment une hausse de 5,1% du nombre de MSU pour le 3<sup>ème</sup> cycle entre 2017 et 2018 et de 14,6% entre 2018 et 2019, ce qui est positif. <sup>(19)(20)</sup>

## 5. Le Maitre de Stage des Universités

### 5.1 Définition du MSU

Le Maitre de Stage des Universités (MSU) ou praticien généraliste agréé est un médecin spécialisé en médecine générale qui accueille des étudiants en médecine générale dans son cabinet.

Ces étudiants peuvent être :

- Des externes, étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales.
- Des internes, étudiant en 3<sup>ème</sup> cycle spécialisés en médecine générale.

Avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, les MSU peuvent encadrer 4 terrains de stage ambulatoire :

- le stage de 2<sup>ème</sup> cycle pour les externes
- le SN1 pour les internes en 1<sup>ère</sup> année d'internat
- le SASPAS pour les internes en 3<sup>ème</sup> année d'internat
- Le stage ambulatoire validant la santé de l'enfant et de la femme pour les internes de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année d'internat.

Le rôle du MSU est fondamental puisqu'il apprend aux IMG les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale en ambulatoire ainsi que les règles régissant le monde de la médecine libérale. Il aborde également avec eux toute la dimension psycho-sociale de leur futur métier.

Le MSU est donc un acteur indispensable à la formation des internes de médecine générale. Il vient compléter leur formation par une mise en pratique sur le terrain de leur futur exercice, les connaissances théoriques étant habituellement satisfaisantes.

Afin de devenir MSU, le médecin généraliste doit répondre à plusieurs critères définis par la WONCA <sup>(21)</sup> :

- Être médecin généraliste libéral installé depuis 2 ans au moins (ou 1 an pour l'accueil des externes), ou en collaboration (Pour la faculté de Bordeaux : le MSU doit exercer son activité professionnelle depuis au moins 2 ans en collaboration, installation ou remplacement) <sup>(18)</sup>
- Ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture)
- Demander son agrément à devenir Enseignant Clinicien Ambulatoire (ECA), soumise au Coordinateur de Département de Médecine Générale, au Doyen de médecine de la faculté dont dépend la localisation géographique d'exercice et au conseil de l'ordre départemental, puis à la commission d'agrément régionale
- Se former à la pédagogie en suivant le cursus de maîtrise de stage
- Accepter le règlement ou la chartre des enseignants de la faculté concernée, accepter le principe d'une évaluation et d'une formation régulière, être informatisé

- Participer à la vie de l'association locale et nationale des enseignants cliniciens ambulatoires Maîtres de Stage des Universités et aux actions du Département de Médecine Générale.

L'agrément est acquis pour une durée de 1 à 5 ans en fonction des réserves émises.

Concernant les honoraires pour stage de niveau 1, le MSU se voit reverser 600 euros par mois à repartir entre les différents MSU au prorata de l'activité. <sup>(22)</sup>

## 5.2 Ressenti des MSU sur la maîtrise de stage selon l'ancienne maquette

La thèse de Florence Nicolas traitant de l'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage soutenue en 2014 <sup>(23)</sup> et la thèse de Jarno Josse <sup>(24)</sup> ont mises en évidence les différents impacts de la maîtrise de stage sur les MSU avec l'ancienne maquette.

Concernant les aspects positifs, on notera :

- Une amélioration de la relation médecin patient entre le MSU et son patient
- Une amélioration de l'organisation globale du MSU notamment concernant sa journée et sa gestion du patient (approche plus rigoureuse, administratif, informatique) et ce d'autant plus que l'interne est autonome <sup>(23)(24)</sup>
- Une amélioration de la prise en charge des patients (en approfondissant les dossiers et une meilleure qualité des soins <sup>(23)(24)</sup>)
- Un enrichissement professionnel : en ayant une plus grande motivation à approfondir leur apprentissage <sup>(24)</sup> et via les internes qui ont un niveau de formation et de compétences souvent élevées <sup>(23)</sup>
- Un enrichissement réciproque entre le MSU et son interne <sup>(24)</sup>
- Un enrichissement personnel avec notamment un sentiment de plaisir, de satisfaction et d'enthousiasme mais également un sentiment d'utilité à la formation des futurs MG en les voyant s'améliorer à leur contact et choisir d'exercer en médecine libérale.

A contrario, plusieurs aspects négatifs sont soulevés :

- Un temps de consultation allongé avec une durée plus longue ainsi qu'une modification du déroulement de la consultation avec une augmentation du temps consacré à l'éducation thérapeutique et à l'enseignement. Cet impact était surtout vrai en début de stage car en fin de stage l'interne étant plus autonome il pouvait aider le MSU en effectuant seul des consultations, en parallèle du MSU <sup>(24)</sup>
- Une surcharge de travail avec une augmentation du temps de travail : un allongement de la journée de 30-60 minutes concernant les SN1 à cause de la supervision directe. Cette surcharge avait tendance à diminuer quand l'interne devenait autonome
- Une baisse de productivité en début de SN1 puis une normalisation voire une augmentation en fin de stage, l'interne étant autonome. <sup>(24)</sup>
- Une réticence des patients à voir les internes seuls ou avec le MSU en fonction des motifs.

Concernant la vie privée, on ne note pas d'impact significatif et pour ce qui est de la répercussion financière, les données varient.

Les impacts positifs et négatifs soulevés par les MSU dans ces études sont valables pour les internes de semestres avancés puisqu'ils ont été mis en évidence avant la mise en place de la réforme du troisième cycle.

Les impacts négatifs ne sont pas négligeables mais ils ont tendance à s'atténuer voire à s'annuler avec la prise d'autonomie de l'interne en fin de stage mais cela est valable pour les internes de l'ancienne maquette.

### 5.3 Opinion des MSU concernant l'impact de la réforme du DES sur leur SN1

Le SN1 est un stage important pour la formation de l'interne qui a reçu jusqu'ici une formation exclusivement hospitalière durant son externat.

La réforme a été élaborée afin de valoriser la formation des internes. Mais qu'en pensent les MSU ?

Avant la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, les MSU accueillaient des internes de 2<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup> 4<sup>ème</sup> semestre (4) voire parfois des 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semestre dans leur SN1. Mais depuis la rentrée universitaire de 2017-2018, ce stage est accessible uniquement aux internes de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre ce qui est un changement non négligeable pour les MSU.

Peu de données ont été retrouvées dans la littérature concernant l'opinion des MSU sur cette réforme en rapport avec le stage de niveau 1.

Sur le site internet du CGELAV (25) sur lequel le DMG et les MSU de Loire-Atlantique et Vendée peuvent échanger autour de différents sujets, de nombreux MSU ont fait part de leurs opinions concernant cette nouvelle réforme en 2017, soit avant la mise en place de celle-ci. Leurs points de vue sont partagés :

- **Avantages de la réforme selon les MSU :**

- **Pour les internes :** leur apporter une meilleure formation, leur faire découvrir rapidement leur spécialité et leur permettre d'avoir un regard de médecin généraliste lors de la réalisation de leurs stages hospitaliers. Les internes seront donc moins « formatés » par l'hôpital.
- **Pour les MSU :** travailler avec des internes non protocolisés et non formatés par l'hôpital. De plus, certains estiment qu'il n'y aura pas de différence avec les autres internes et que leur façon de transmettre l'information et d'échanger avec l'interne sera identique.
- **Pour la MG :** favoriser l'installation en libéral et favoriser la communication ville-hôpital (augmentation des appels au médecin traitant, courriers rédigés dans les délais).

- **Inconvénients de la réforme selon les MSU :**

- **Pour les internes :** stage plus profitable en fin de cursus car le stage ambulatoire permet de remettre dans l'ordre les connaissances et les compétences accumulées tout au long du cursus. De plus, il sera plus difficile pour les internes de retourner à l'hôpital après avoir découvert l'ambulatoire.

- Pour les MSU : interne moins autonome ou autonome uniquement en fin de stage ce qui augmente leur charge de travail. Les MSU ne pourront pas compter sur l'aide de l'interne.  
De plus, les MSU soulèvent un manque de communication avec une réforme vécue comme imposée.

Certains MSU soulignent que la seule différence entre un interne de 1<sup>er</sup> semestre et un interne de semestre plus avancé est son expérience et non pas son niveau de compétence et que le MSU doit s'adapter au niveau de l'interne comme stipulé dans la charte du MSU : le MSU « adaptera l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne ». <sup>(Annexe 1)</sup>

## **6. Question de recherche et objectifs de l'étude**

Comme nous l'avons vu, la réforme du DES a introduit des changements importants, en particulier l'accueil des internes en SN1 plus tôt qu'auparavant, dès le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>e</sup> semestre. Quel est l'impact de cette nouvelle maquette sur l'organisation pédagogique du SN1 du point de vue des MSU ?

L'objectif principal de cette thèse était donc de recueillir l'opinion, le vécu et l'expérience des MSU de Gironde sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1.

L'objectif secondaire était de recueillir l'opinion des MSU sur leur interne de premier semestre.

# Matériel et méthode

## 1. Choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer une donnée, elle sert à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative <sup>(26)</sup>. Cette méthode permet d'évaluer et d'explorer des facteurs subjectifs comme le ressenti, les opinions, les croyances, les représentations d'une personne sur un sujet clairement défini <sup>(27)</sup>.

La pertinence du choix de cette méthode s'explique par le fait que cette étude s'intéressait à l'opinion des MSU sur la réforme du 3eme cycle concernant le SN1. Elle avait pour objectif d'explorer et de recueillir le ressenti, les craintes, les appréhensions et l'expérience individuelle de chaque MSU interrogé.

Cette étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés avec l'élaboration de questions ouvertes.

Aucune déclaration auprès de la CNIL n'était nécessaire pour cette recherche exploratoire auprès de MSU, les données ayant été anonymisées et les coordonnées des médecins supprimées à la suite des entretiens. S'agissant d'une « *évaluation des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé* », cette étude n'était pas une recherche biomédicale au sens de la loi Jardé et ne nécessitait pas d'autorisation d'un Comité de protection des personnes.

## 2. Population de l'étude et recrutement

La population ciblée devait répondre aux critères d'inclusions suivants :

- Être médecin généraliste
- Être MSU d'interne en SN1 depuis plus d'un an
- Avoir déjà eu des IMG dans le cadre du SN1 mais non premier semestre
- Exercer en Gironde
- Être rattaché à la faculté de médecine de Bordeaux
- Avoir un(e) interne de premier semestre pour le semestre.

Les critères d'exclusions étaient :

- les MSU ayant pour la première fois un interne en SN1
- les MSU n'exerçant pas en Gironde.

Les MSU répondant aux critères d'inclusion ont été contactés directement par téléphone par l'investigatrice et s'ils l'acceptaient, un entretien au sein de leur cabinet était convenu à la date et l'heure qu'ils souhaitaient afin de faciliter la rencontre.

Les coordonnées des différents MSU avaient été récupérées au préalable auprès de la secrétaire du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Bordeaux.

### 3. Guide d'entretien qualitatif

Le guide d'entretien <sup>(Annexe 2)</sup> a été élaboré par l'investigatrice à partir de problématiques soulevées par les MSU <sup>(25)</sup> et analyse de la littérature même si celle-ci manquait de données puisque peu d'études ont été réalisées sur ce sujet.

Plusieurs thèmes ont donc pu se détacher et être abordés au cours des entretiens. Des questions ouvertes permettaient aux MSU d'exprimer leurs opinions, leurs appréhensions et leur expérience concernant l'impact de la réforme sur leur SN1.

A chaque début d'entretien, un récapitulatif sur le SN1 et sur la réforme du troisième cycle était énoncé et des questions fermées étaient posées afin de recueillir des données personnelles concernant chaque MSU. Un rappel sur la confidentialité et l'anonymisation de ces données était délivré.

Puis, une question plus large était utilisée afin de balayer le plus largement possible le sujet. S'en suivait un ensemble de questions simples et ouvertes permettant d'aborder les différents thèmes : « Histoire du MSU », « Histoire du stage », « Histoire avec l'interne », « Histoire avec le patient », « Bilan de cette expérience ».

Des questions de relance permettaient d'explorer des points importants si l'interlocuteur n'en parlait pas spontanément.

Puis chaque entretien se clôturait par des questions ouvertes permettant aux MSU de s'exprimer le plus librement possible sur le sujet et d'apporter de nouvelles données intéressantes qui auraient pu être oubliées par l'investigatrice.

Le guide <sup>(Annexe 2)</sup> a évolué et s'est enrichi au fur et à mesure des entretiens. Les questions ont été réajustées en fonction des premiers résultats pour la suite des entretiens.

### 4. Recueil des données et retranscription

Tous les entretiens ont été réalisés, enregistrés et retranscrits par l'investigatrice qui est aussi l'auteur de cette thèse.

Le recueil des données a été réalisé via des entretiens individuels semi-dirigés, l'entretien individuel permettant de favoriser la libre expression des personnes interrogées et de recueillir des réponses individualisées.

Les entretiens ont été enregistrés via un enregistreur vocal sur le téléphone de l'investigatrice, avec l'accord des médecins interrogés, puis, ils ont été retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte (Word).

La retranscription des données s'est faite mot pour mot et a tenté d'être la plus fidèle possible avec parfois l'ajout d'éléments de communication non verbale. Chaque entretien a été anonymisé. Le nom des MSU a été supprimé et remplacé par un numéro attribué en fonction de leur ordre d'inclusion à l'étude.

Le recueil de données s'est arrêté lorsque le phénomène de saturation des données a été atteint, c'est à dire lorsque les données recueillies au cours des entretiens supplémentaires n'apportaient plus d'éléments nouveaux à l'étude.

## 5. Analyse des données

L'analyse des verbatims a été réalisée par une analyse thématique de façon verticale, horizontale et transversale.

Chaque entretien a été découpé en phrases ou groupes de mots puis classées en codes, sous codes et catégories de codes faisant émerger les thèmes principaux.

Une triangulation des données a été effectuée. Le codage du verbatim a été double avec une deuxième chercheuse qui avait déjà réalisé une étude qualitative dans le passé. Individuellement, chacune réalisait le codage de 3 entretiens puis les comparait avec l'autre et ainsi de suite afin de faire émerger des idées en commun. Après confrontation de l'ensemble des données, des catégories de codes étaient définies puis regroupées en thèmes plus généraux. Plusieurs relectures ont été nécessaires afin d'identifier les catégories et les principaux thèmes sous-entendus par le verbatim <sup>(26)</sup>.

Le codage du verbatim s'est fait manuellement via un logiciel de traitement de texte (Word) et a été validé par le directeur de thèse.

# Résultats

## 1. Caractéristiques des MSU interrogés

Les entretiens ont été menés auprès de 15 MSU (numérotés de MSU 1 à MSU 15 dans les résultats) dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous. Tous étaient des médecins généralistes installés en Gironde et recevaient pour la première fois un interne de premier semestre dans leur SN1.

MSU	Sexe	Age	Secteur d'exercice	Ancienneté entant qu'MSU	Nombre d'interne de N1 ce semestre	SASPAS en parallèle	Semestres reçus les 3 dernières années	En binôme avec	Nombre de médecin exerçant dans le cabinet
MSU 1	H	56 ans	Urbain	6 ans	1	Non	4-5 <sup>ème</sup>		6
MSU 2	F	50 ans	Rural	16 ans	1	Oui	5 <sup>ème</sup>	MSU 15	4
MSU 3	H	58 ans	Rural	7 ans	1	Oui	4-5 <sup>ème</sup>	MSU 13	2
MSU 4	F	59 ans	Urbain	5 ans	1	Non	4 <sup>ème</sup>	MSU 5	1
MSU 5	H	52 ans	Rural	4 ans	1	Non	4 <sup>ème</sup>	MSU 4	2
MSU 6	H	67 ans	Rural	35 ans	1	Oui	3-5 <sup>ème</sup>	MSU 8	4
MSU 7	H	57 ans	Urbain	9 ans	1	Non	3-4 <sup>ème</sup>		2
MSU 8	H	55 ans	Rural profond	18 ans	2	Non	3-5 <sup>ème</sup>	MSU 6	1
MSU 9	H	53 ans	Rural	3 ans	1	Non	3-4 <sup>ème</sup>	MSU 14	3
MSU 10	H	47 ans	Rural	15 ans	1	Non	3-4 <sup>ème</sup>	MSU 12	3
MSU 11	H	52 ans	Rural	14 ans	1	Non	5-4 <sup>ème</sup>		4
MSU 12	H	63 ans	Rural	37 ans	1	Non	3-4 <sup>ème</sup>	MSU 10	3
MSU 13	H	66 ans	Urbain	25 ans	1	Non parfois	5-4 <sup>ème</sup>	MSU 3	2
MSU 14	H	57 ans	Urbain	6 ans	1	Non	3-4 <sup>ème</sup>	MSU 9	3
MSU 15	F	44 ans	Rural	4 ans	1	Oui	5 <sup>ème</sup>	MSU 2	2

Tableau 1 : Caractéristiques des MSU interrogés

## 2. Caractéristiques des entretiens réalisés

Les entretiens individuels se sont déroulés sur le lieu de travail de chaque MSU, sur une période assez courte entre Mars et Mai 2018. La saturation des données était atteinte au bout de 13 entretiens.

Chaque entretien a duré entre 12 et 33 minutes. Ayant des emplois du temps surchargés avec des consultations prévues avant et après les entretiens, certains MSU avaient tendance à écourter la rencontre. Ils ne souhaitaient pas être interrogés en dehors de leurs horaires de travail.

Les caractéristiques des entretiens sont résumées dans le tableau 2. Une justification est apportée sur les entretiens de courte durée. Une relance était habituellement faite 1 semaine avant le rendez-vous.

MSU	Date des entretiens	Durée des entretiens	Justification de la durée des entretiens
MSU 1	27.03.18	26 min	
MSU 2	24.04.18	14 min	Très pressée car avait oublié le rendez-vous et avait des consultations en attente. Par conséquent, le MSU ne s'étend pas trop sur les réponses.
MSU 3	25.04.18	23 min	
MSU 4	25.04.18	25 min	
MSU 5	27.04.18	16 min	MSU stressé et pressé car avait oublié le rendez-vous. Impression de déranger.
MSU 6	30.04.18	28 min	
MSU 7	03.05.18	18 min	MSU pressé car avait oublié le rendez-vous et avait des consultations en suivant.
MSU 8	04.05.18	25 min	
MSU 9	14.05.18	18 min	
MSU 10	15.05.18	20 min	
MSU 11	16.05.18	20 min	
MSU 12	17.05.18	12 min	Obligé de faire vite car devait aller chercher ses enfants à l'école.
MSU 13	17.05.18	22 min	
MSU 14	23.05.18	33 min	
MSU 15	31.05.18	22 min	

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens individuels semi-dirigés

### 3. Analyse thématique des données

Suite à l'analyse thématique transversale des 15 entretiens, nous avons pu dégager cinq thèmes principaux qui s'articulent avec des sous thèmes :

- Degré d'information des MSU sur la réforme du DES concernant le SN1
- Inquiétude *a priori* des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1
- Opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1
- Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1
- Interne de premier semestre : Opinions des MSU

Chaque niveau d'analyse a été détaillé et les idées ont été illustrées par des extraits de verbatim mis entre guillemets, en italique et en bleus.

Des redondances peuvent être mise en évidence à la lecture des résultats. Cela s'explique par la transversalité des codes utilisés. Le codage s'est avéré parfois complexe puisque certains verbatims pouvaient illustrer plusieurs idées et donc plusieurs codes qui appartenaient à des thèmes et sous thèmes différents.

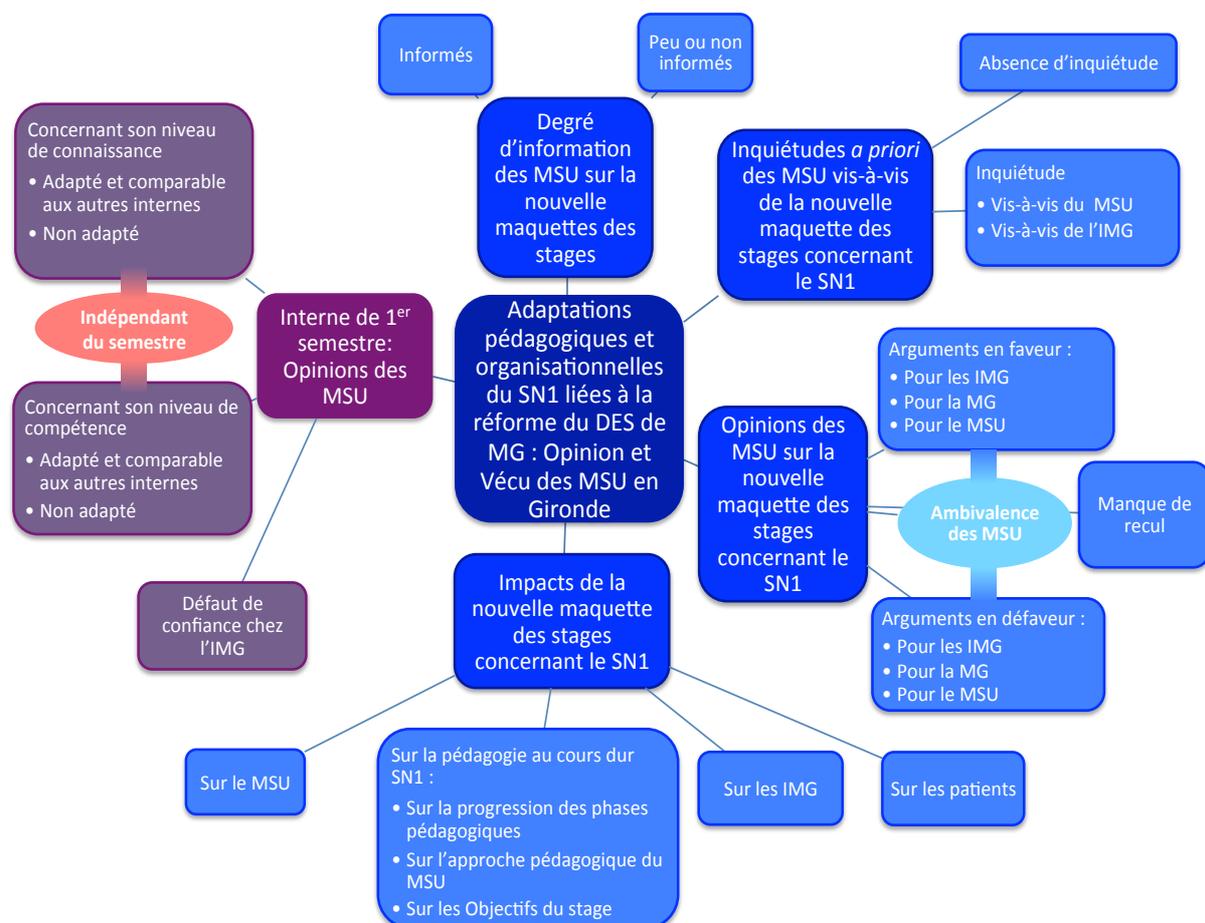


Figure 2 : Schéma analytique des adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du DES de Médecine Générale : Vécu et opinion des MSU en Gironde

### 3.1 Degré d'information des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

#### 3.1.1 MSU informés de la nouvelle maquette des stages

Parmi les MSU interrogés, quelques-uns déclarent avoir été informés par le DMG de l'arrivée d'un interne de premier semestre :

*« Je sais qu'on a eu un mail ou un courrier qui nous disait : il va falloir prendre des niveaux 1 obligatoirement parce que la maquette a changé, ça je m'en souviens » (MSU 15)*

Mais seulement 2 MSU (MSU 2, MSU 7) déclarent avoir été parfaitement informés de cette nouvelle réforme. Cela peut se justifier par leur assiduité à suivre les formations de MSU proposées par le DMG et le CGEA :

*« Oui oui car je suis les formations de MSU régulièrement et j'ai été à la fac cette année encore me former. » (MSU 7)*

#### 3.1.2 MSU peu ou non informés de la nouvelle maquette des stages

La majorité des MSU déclare avoir été peu informée sur la réforme et sur l'arrivée d'un interne de premier semestre :

*« J'ai vaguement entendu qu'il y allait avoir une réforme » (MSU 13)*

1 MSU a certifié avoir été informé par son interne du semestre précédent et non pas par le DMG :

*« Très peu de temps avant le stage. J'ai été informé par mon interne d'avant qui elle le savait. » (MSU 9)*

3 MSU (MSU 4, MSU 6, MSU 14) ont déclarés ne pas avoir été informés de l'arrivée d'un interne de premier semestre dans leur SN1 :

*« Moi je n'ai été informé de rien, je ne savais même pas qu'il y avait une réforme. Je ne savais même pas qu'on aurait dorénavant que des premiers ou des deuxièmes semestres. (MSU 14)*

Dans cette catégorie de MSU, 2 MSU (MSU 6, MSU 14) ne suivent pas les formations de MSU. Pour les autres, nous ne savons pas.

##### 3.1.2.1 Défaut de concertation entre le DMG et les MSU

Certains MSU ont l'impression qu'il existe un « fossé » entre les MSU et le DMG et qu'ils sont victimes d'un système administratif vertical descendant avec l'obligation d'appliquer cette nouvelle réforme « venue d'en haut » sans avoir été concerté au préalable et le MSU 11 dénonce « une normalisation de l'enseignement qui est pénible » :

*« L'université a besoin des MSU, on est d'accord. Mais on n'est jamais associé à rien. Vous avez les professeurs de MG qui font leur petite sauce dans leur coin. (...) On n'est très peu associé à quelque décision donc comme je vous ai dit moi je ne savais même pas que mon interne allait être un premier semestre. Ça surprend ! » (MSU 6)*

Le MSU 6 a également rapporté avoir été « *un peu amer* » de recevoir un interne de premier semestre sans avoir été prévenu au préalable par le DMG. Il dénonce un manque de communication entre les MSU et le DMG et « *trouve ça calamiteux en termes de confiance et en terme de collaboration* » :

*« J'ai été un petit peu amer quand j'ai vu débarquer pour la première fois un premier semestre sans que personne ne m'ait rien dit, l'université ne nous a pas prévenu. Ils ne nous ont rien dit alors que moi je suis MSU depuis 35 ans. On n'a même pas pris soin de nous aviser que notre interne serait un interne de premier semestre (ton énervé). (...) Comme je vous l'ai dit, sur le coup j'étais un peu étouffé, je me suis dit « ils auraient quand même pu nous prévenir » ...Hein ?! (Ton agacé) (MSU 6)*

Selon le MSU 14, le DMG ne se concerterait pas avec les MSU et ne tiendrait pas compte de leurs avis et de leurs besoins :

*« ...ça la fac il faudrait qu'elle le comprenne un peu dans le sens que des fois, les médecins cherchent à la fois à faire passer un message mais aussi quelqu'un qui les aide et ça je ne sais pas s'ils l'ont très bien compris en fait. » (MSU 14).*

En plus du manque de communication, certains MSU dénoncent un défaut d'information de la part du DMG sur la réforme :

*« Après les tenants et les aboutissants de nos chers décideurs, on ne les connaît pas toujours. » (MSU 10)*

*« ... on est informé mais pas instruit ». (MSU 11)*

Cette réforme est donc vécue comme imposée pour certains MSU :

*« On a l'impression qu'il faut faire... qu'il va falloir faire le stage de maitre de stage junior pour accéder peut-être au maitre de stage SASPAS, peut-être au truc de tutorat, peut-être au truc de... et dans un emploi du temps tel qu'on se dit, c'est bon ils vont jouer tout seul... si ça les amuse ils vont jouer » (MSU 11)*

### 3.1.2.2 Manque d'intérêt pour la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Les MSU non informés admettent, en plus du défaut de concertation du DMG avec les MSU, ne pas se sentir concernés par la réforme et avouent un manque d'intérêt pour cette dernière :

*« Je me suis dit que je n'allais pas perdre de temps à savoir de quoi il s'agissait » (MSU 13)*

Le MSU 4 justifie ce manque d'intérêt par un manque de temps :

*« Je ne m'y suis pas vraiment penchée dessus car je n'ai pas le temps. » (MSU 4)*

Parmi les MSU interrogés, **certain**s déclarent avoir été **informés** de la mise en place de la réforme probablement grâce à leur **assiduité à suivre les formations de MSU** proposées par le DMG. Mais la majorité affirme avoir été **peu voire non informée** par le DMG et reproche au DMG un **manque de communication, un défaut d'information et une absence de concertation** au préalable entre le DMG et les MSU. Pour **certain**s cette réforme est donc **vécue comme imposée**. Mais il y a également quelques MSU qui avouent **ne pas s'y être intéressé**, ne se sentant pas concernés.

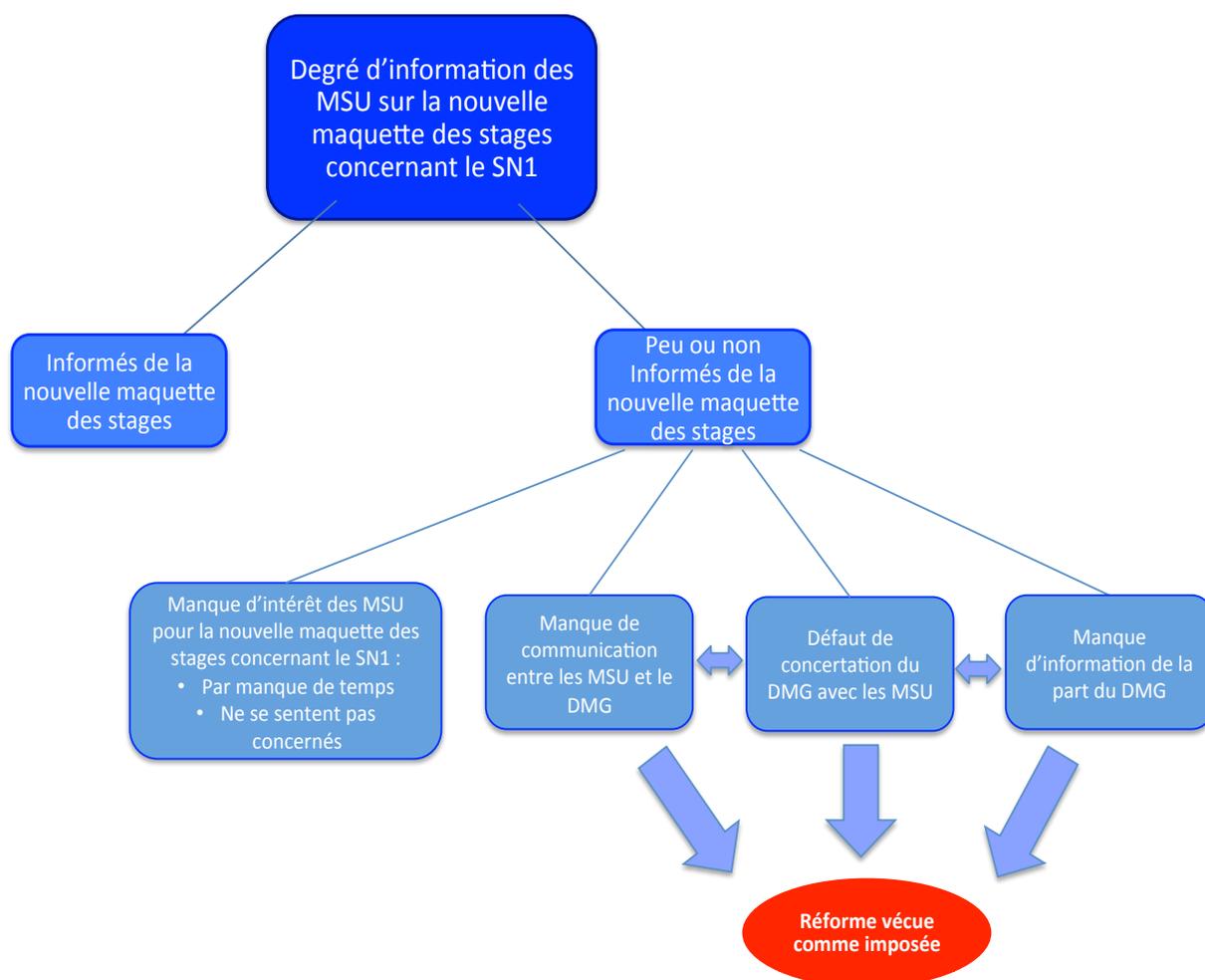


Figure 3 : Schéma analytique du degré d'information des MSU sur la réforme du DES concernant le SN1 par les MSU

### 3.2 Inquiétudes *a priori* des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Les MSU se sont exprimés sur l'absence ou la présence d'inquiétudes ou de craintes à recevoir des internes de premier semestre dans leur SN1 avant la mise en place de cette nouvelle réforme.

On distingue donc deux catégories de médecins : ceux exprimant leurs inquiétudes pour diverses raisons que nous détaillerons et ceux n'en n'exprimant pas. On notera une part égale entre les deux groupes.

#### 3.2.1 Absence d'inquiétude à recevoir un interne de premier semestre en SN1

Plusieurs MSU ne semblaient pas être inquiets à l'idée de recevoir des internes de premier semestre dans leur SN1 :

*« Je n'avais aucune appréhension » (MSU 8)*

Pour certains, cela s'explique par l'expérience et l'ancienneté de leur maîtrise de stage ; ayant formé de nombreux internes de semestres et de niveaux différents, ils n'avaient aucune appréhension :

*« Je n'avais pas d'appréhension. Comme je te dis, ça fait 15ans que je suis MSU, pour avoir vu défiler X internes, on a vu de tout et à tous les semestres » (MSU 10)*

Pour d'autres, cela s'explique par l'absence d'attente envers l'interne de premier semestre :

*« Je n'avais pas d'attente et je n'ai pas été étonné non plus » (MSU 2)*

#### 3.2.2 Inquiétudes à recevoir des internes de premier semestre en SN1

Les autres MSU interrogés expriment quant à eux une inquiétude et une crainte à recevoir des internes de premier semestre dans leur SN1 car :

- Ils s'inquiètent sur leurs capacités à continuer leur activité en tant que médecin généraliste en parallèle de leur maîtrise de stage avec un interne de premier semestre
- Mais également sur les compétences de l'interne de premier semestre.

##### 3.2.2.1 Inquiétudes vis-à-vis de la mission de MSU

Les notions de « chronophagie » et de « travail plus laborieux » ressortent au cours des différents entretiens.

Les médecins s'inquiètent pour leur temps de travail. Leur activité en tant que MSU étant déjà perçue comme chronophage, ils appréhendent que celle-ci le soit davantage avec un interne de premier semestre :

*« Donc ça sera plus chronophage pour nous. Ça l'est déjà un petit peu mais là ça sera encore pire. (MSU 5) »*

*« Donc j'avais peur que ça soit chronophage » (MSU 9)*

De plus, ils s'inquiètent sur la pénibilité de leur rôle de maître de stage. Ils pensent que leur tâche sera plus laborieuse, plus complexe et plus dense :

*« Ben les appréhensions c'est que c'est à nous de faire un gros travail d'adaptation pour les internes (...) c'est nous qui allons être en première ligne avant l'hôpital pour pouvoir les former et les dégrossir (...) ça sera plus lourd » (MSU 5)*

*« ça allait être vraiment une prise en charge beaucoup plus laborieuse » (MSU 6)*

### 3.2.2.2 Inquiétudes vis-à-vis de l'interne de premier semestre

Plusieurs craintes sont énoncées par les médecins concernant les internes de premier semestre.

Tout d'abord, l'inquiétude par rapport à leur niveau de compétence a été évoquée :

*« On se demandait un petit peu sur quoi on allait tomber, si je peux me permettre de parler comme ça... on ne sait pas trop ce qu'il se passe à l'externat donc on ne sait pas trop quel niveau ont les personnes qui arrivent » (MSU 11)*

Avec la crainte d'avoir à faire à des étudiants *« sans tellement de compétences et qui seraient plutôt un poids » (MSU 9)*

Ou encore à des internes *« vierges de beaucoup de choses » (MSU 5)*, ce qui signifie qu'un travail considérable d'apprentissage et d'enseignement seraient nécessaires.

Ils avaient également peur d'avoir un étudiant qui ne prend pas son autonomie. Pour illustrer cette compétence, les MSU utilisent les expressions comme *« externe » (MSU 1)*, un étudiant *« plus ankylosé dans ses actes (...) angoissé par le fait de voir seul des patients » (MSU 1)*, ou encore un interne *« qui n'ose pas faire et reste la comme une vache. » (MSU 14)*.

Les termes utilisés par les MSU pour définir les internes de premier semestre sont plutôt péjoratifs, dévalorisants et mettent en évidence la faible estime que certains MSU peuvent éprouver envers eux.

L'expression *« débouillage de chevaux sauvages »* utilisée par l'un des MSU que nous citerons dans une autre partie vient appuyer ce ressenti.

Ces situations pouvant être responsables de *« recadrage en présence des patients, ce qui n'est jamais très agréable pour les uns ni pour les autres » (MSU 6)*

En deuxième point, les MSU craignaient d'avoir un étudiant « *qui n'est pas trop motivé* » (MSU 1)

Pour finir, outre le niveau de compétence et de motivation de l'interne de premier semestre, le MSU 6 appréhendait le fait de l'accueillir parce qu'il s'agissait tout simplement d'un premier semestre :

*« Et comment vous dire, ce niveau 1 m'a inquiété. (...) Même si la personne est dégourdie, un premier semestre reste un premier semestre »* (MSU 6)

Selon certains MSU, ce stage pouvait être trop complexe et non adapté pour l'interne de premier semestre à ce stade du parcours de formation :

*« Je pense que quand j'ai entendu cette réforme au départ je me suis dit, ils vont arriver là les pauvres, ils vont être un peu perdus ... euh ...ça ne va pas être forcément très bénéfique »* (MSU 1)

**Plusieurs MSU ont affirmé ne pas avoir été inquiets** à l'idée de recevoir un interne de premier semestre. Parmi eux, certains le justifiaient par leur **ancienneté en tant que MSU** et d'autres par **l'absence d'attente** envers l'interne.

A contrario, d'autres MSU ont exprimé leurs **inquiétudes** concernant leur **mission de MSU** avec la crainte d'une activité **plus chronophage** et **plus laborieuse** mais également concernant **l'interne de premier semestre** lui-même avec la peur qu'il **manque de « compétences »**, qu'il **manque de motivation**, qu'il **ne prenne pas son autonomie** et qu'il soit **tout simplement en premier semestre**. Certains MSU estimaient que le **SN1 n'était peut-être pas adapté** pour les internes de premier semestre du fait de sa **complexité**.

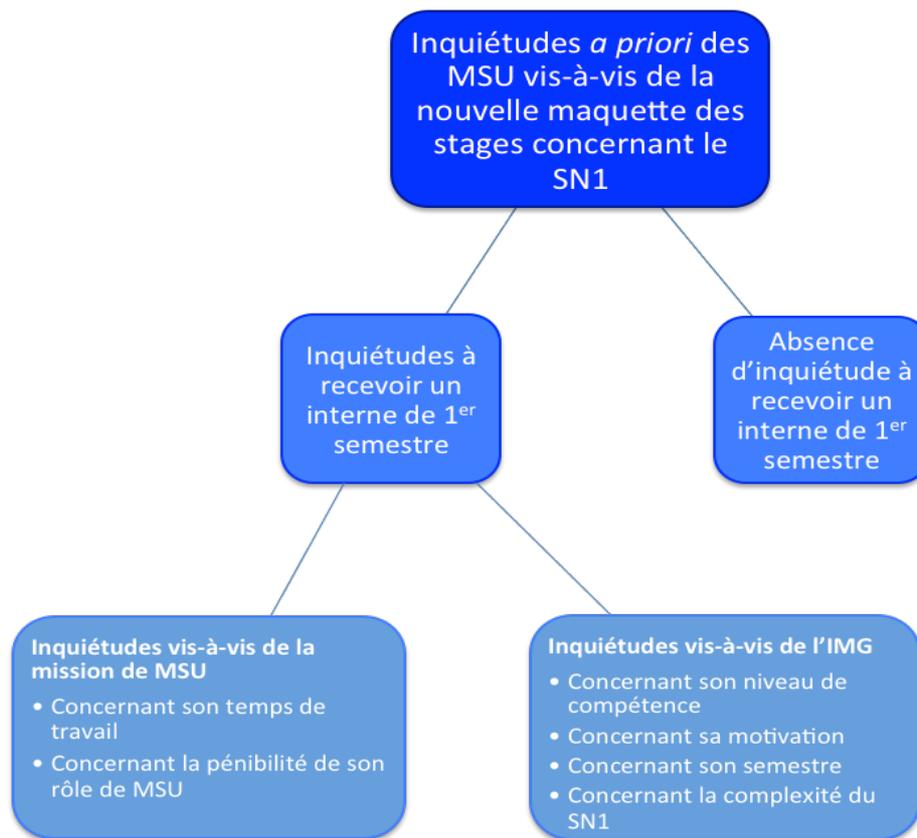


Figure 4 : Schéma analytique de l'inquiétude *a priori* des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

### 3.3 Opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Les opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages et plus précisément sur la réalisation du SN1 en première année d'internat sont partagées. 13 MSU sur 15 ont fait part d'arguments en faveur mais également en défaveur. Seulement 2 MSU ont leur avis bien tranché.

#### 3.3.1 Arguments des MSU en faveur de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Cette nouvelle maquette des stages semble « logique » (MSU 15) et bien fondée :

« Mais je trouve ça très bien que l'interne passe en premier semestre chez le praticien » (MSU 13)

### 3.3.1.1 Avantages pour les IMG

#### 3.3.1.1.1 Formation ambulatoire plus adaptée pour les IMG Vs formation hospitalière

6 MSU pensent que la formation en ambulatoire est plus adaptée pour les IMG pour plusieurs raisons.

Les IMG sont plus encadrés dans le SN1 contrairement aux stages hospitaliers où ils ont tendance à être seuls :

*« Il y a toujours un senior, il y a toujours quelqu'un dans le coin, tu ne seras jamais seul. Ce qui est différent de l'hôpital » (MSU 10)*

Ils ont également moins de responsabilités, le travail se faisant en binôme avec le MSU :

*« Se jeter à l'eau avec nous c'est peut-être plus facile pour eux par ce qu'il n'y a pas autant de responsabilités... » (MSU 5)*

Débuter la maquette des stages par le SN1 est donc moins anxiogène pour eux :

*«... c'est plus stressant de débiter par l'hôpital » (MSU 5)*

De plus, selon 2 MSU (MSU 3, MSU 13), les IMG sont formés voir « déformés » par l'enseignement hospitalier et ils acquièrent durant leurs stages à l'hôpital, des réflexes hospitaliers qui ne sont pas adaptés à la médecine de ville :

*« Car les internes sont déformés par l'hôpital avec des réflexes conditionnés type « on demande tel ou tel examen, » (MSU 13)*

Notons que l'utilisation du terme « réflexes conditionnés » par le MSU 13 pour évoquer l'apprentissage de prises en charges hospitalières, souligne l'ancrage profond de ces apprentissages.

Donc selon eux, la formation hospitalière ayant tendance à être hospitalo-centrée, elle n'est donc pas adaptée pour l'exercice de la médecine générale en ville. Les connaissances et compétences acquises durant ces stages ne sont pas orientées médecine générale, étant trop spécifiques des autres spécialités :

*« Je ne suis pas sûre que ce soit par ce qu'on fait un stage en cardio au CHU... et ben on va être super fort en cardio mais je ne pense pas qu'on va être super fort dans les autres domaines, je ne suis pas sûre qu'on soit super bon dans tous les domaines de la médecine générale » (MSU 10)*

Au final, l'idée de faire débiter leur internat par un stage en libéral, permet aux internes d'acquérir plus tôt des compétences adaptées à leur exercice futur :

*« dégrossir [les internes] dans un cadre bien adapté et non pas avec des réflexes conditionnés avec des gens qui passent en médecine interne, ça peut être très positif pour eux » (MSU 13).*

Pour finir, d'après certains MSU, les stages hospitaliers n'enseignent pas le relationnel qui est une compétence fondamentale pour l'exercice de la médecine générale :

« ils sont dans un carcan, à l'hôpital, administratif et non pas relationnel. Il va passer 20 minutes avec la patiente pour savoir ce qu'elle a, mais après il va passer 1 heure et demi sur un logiciel, lui trouver une place mais ça n'a pas augmenté son relationnel. » (MSU 14)

#### 3.3.1.1.2 IMG sensibilisés plus tôt à leur spécialité

Débuter par le stage de sa spécialité est perçu comme quelque chose de « *cohérent* » selon le MSU 3 et, pour la plupart des MSU, est une bonne chose pour les internes.

Cela permet aux IMG de découvrir rapidement leur futur métier :

« je pense que ce n'est pas si mal de découvrir le métier tôt parce qu'il est important que l'interne se rende compte du métier qu'il va faire plus tard » (MSU 8)

Selon plusieurs MSU, être sensibilisé plus tôt à leur spécialité pourrait permettre aux IMG de confirmer ou d'infirmier leur choix de spécialité :

« Moi je pense que c'est bien car ça leur permet de voir ce à quoi ils se destinent, vaut mieux être sûre dès le premier semestre qu'on ne s'est pas trompé de voie, c'est ça qui est important » (MSU 12)

#### 3.3.1.1.3 Amélioration de la formation des IMG

La majorité des MSU interrogés pensent que cette nouvelle maquette des stages est bénéfique pour les IMG :

« Pour moi elle est bénéfique pour l'étudiant (...) c'est surtout positif pour lui, pour son futur. » (MSU 2)

Selon quelques MSU, les stages ambulatoires et hospitaliers sont complémentaires. Les connaissances et les compétences acquises durant le SN1 peuvent être bénéfiques pour les stages hospitaliers :

«... l'expérience qu'ils auront chez nous servira peut-être à l'hôpital » (MSU 5)

En effet, ils arriveront à l'hôpital avec ce « bagage » de médecine générale qui leur permettra d'avoir une approche médicale différente comparé aux internes qui ont débuté par l'hôpital :

« je pense que démarrer sur la première année peut vous aider après sur vos stages d'après, vous n'aurez pas le même regard je pense (...) il touche au métier avant et il aura son bagage de médecin de ville pour aborder son stage hospitalier avec un autre regard que s'il restait encore en hospitalier » (MSU 2)

De plus, débiter l'internat par le SN1 permettrait aux internes d'avoir une pratique moins hospitalo-centrée :

*« quand vous serez amené à voir des gens peut-être aux urgences, vous aurez un autre regard en ayant fait le stage sur le terrain du médecin généraliste, de savoir comment ça se passe en ville et peut-être avoir des réflexes peut-être un peu moins hospitalier entre guillemets » (MSU 2)*

Cette expérience en médecine générale leur permettrait de prendre en charges les patients hospitaliers dans leur globalité avec une approche plus *« humaine »* (MSU 12) :

*« Ils ne verront pas juste un numéro dans une chambre, un truc avec monsieur machin qui est dans la chambre machin, ils sauront qu'il y a une vie derrière » (MSU 12)*

Ce stage les sensibilisant également aux professions paramédicales, il leur ferait prendre conscience du rôle important qu'elles jouent dans la prise en charge des patients en ambulatoire. En ayant connaissance de tout cela, ils s'intéresseront davantage à la prise en charge paramédicale des patients :

*« s'intéresser à autre chose que les pathologies du service... voir comment ça se passe avec les IDE, avec les services sociaux, un peu » (MSU 1)*

Cette nouvelle maquette permettrait donc d'améliorer la formation des IMG :

*« pour mieux former les médecins généralistes moi je dis qu'il vaut mieux passer par nous » (MSU 15)*

### 3.3.1.2 Avantages pour la Médecine Générale

#### 3.3.1.2.1 Valorisation de la Médecine générale

Pour certains MSU, cette réforme promeut la médecine générale en permettant d'orienter les futurs internes vers cette spécialité :

*« Peut-être d'orienter les jeunes médecins vers la médecine générale (...) la réforme va dans le sens de la médecine générale, alors très bien, » (MSU 10)*

De plus, un MSU pense que cette nouvelle réforme permet de valoriser la médecine générale auprès des autres médecins spécialistes mais également auprès de la population en général :

*« Oui et de se dire que la médecine générale ce n'est pas la brebis galeuse de la médecine » (MSU 14)*

#### 3.3.1.2.2 Favoriser l'installation

2 MSU (MSU 4, MSU 10) pensent que cette nouvelle organisation de maquette des stages peut *« motiver les internes à l'installation »* (MSU 4)

### 3.3.1.2.3 Améliorer la communication ville-hôpital

En débutant son internat par le SN1, l'IMG prend conscience du rôle central que joue le médecin généraliste dans la prise en charge des patients en ville.

Il pourra ainsi, à son échelle, améliorer la communication entre la ville et l'hôpital en tenant compte du médecin généraliste dans les prises en charge des patients au cours d'hospitalisations :

*« je pense que ça peut améliorer la communication entre l'hôpital et le médecin généraliste. »*  
(MSU 15)

De plus, durant son SN1, l'IMG découvrira la réalité du terrain en médecine de ville avec des moyens et des disponibilités qui ne sont parfois pas les mêmes qu'à l'hôpital. Il pourra donc véhiculer ces informations lors de la réalisation de ses stages hospitaliers et être le « messager » de la médecine de ville :

*« faire passer l'interne en premier semestre ça peut aussi faire passer le message à l'hôpital que le médecin généraliste n'a pas les mêmes moyens en temps réel, ça ne veut pas dire qu'il ne peut pas les avoir mais il ne les a pas en temps réel, et que quand il écrit une lettre avec 4 phrases dessus, ça veut dire l'essentiel, ça ça peut aider »* (MSU 14)

### 3.3.1.3 Avantages pour les MSU

#### 3.3.1.3.1 Internes non formatés par l'hôpital

Une partie des MSU interrogés pensent que l'hôpital « formate » les internes à son « image » en les conditionnant selon des protocoles hospitaliers. Les internes ont donc des raisonnements cliniques et des prises en charges très hospitalo-centrés qui ne sont pas adaptés à la médecine de ville.

C'est pourquoi, débiter l'internat par le SN1 pourrait éviter ce formatage par l'hôpital :

*« Oui, l'hôpital formate à proposer un tas d'exams, des grilles de lecture qui disent qu'a priori c'est grave, c'est à dire qu'une douleur thoracique c'est un infarctus jusqu'à preuve du contraire. Et bien pour moi, j'ai toutes les autres hypothèses qui sont là, présentes, presque avant l'infarctus. (...) Donc peut-être que le fait de passer chez le médecin généraliste avant peut éviter ce formatage... »* (MSU 13)

Certains MSU ne sont pas favorables à ce « formatage » par l'hôpital et préfèrent recevoir des internes « un peu plus vierges » (MSU 5), « pas encore déformés par l'hôpital » (MSU 3), ceci afin d'éviter un travail de « déformatage » :

*« Si on les voit après, il faut les ramener au ras les pâquerettes et leur faire comprendre que ce n'est pas parce que le patient a mal à la gorge qu'il a forcément une leucémie. Ce n'est pas parce qu'il a une fièvre que c'est forcément une méningite. »* (MSU 13)

Il est intéressant de constater que les MSU expriment leur désaccord avec un « formatage » hospitalier mais, *a contrario*, sont favorables au « formatage » par la médecine ambulatoire comme s'il était préférable que l'interne « rentre dans le moule » de la médecine générale plutôt que dans le « moule hospitalier ».

### 3.3.1.3.2 Expérience intéressante

D'autres MSU ont également souligné qu'il était intéressant de rencontrer les IMG en début de cursus :

« C'est un interne qui va finir médecin généraliste, donc je pense que c'est... je trouve que c'est intéressant de le voir en début de cursus. » (MSU 1)

L'enseignement serait plus riche en tant que maître de stage :

« il y a plus d'enseignement quand même donc c'est intéressant aussi quoi. » (MSU 15)

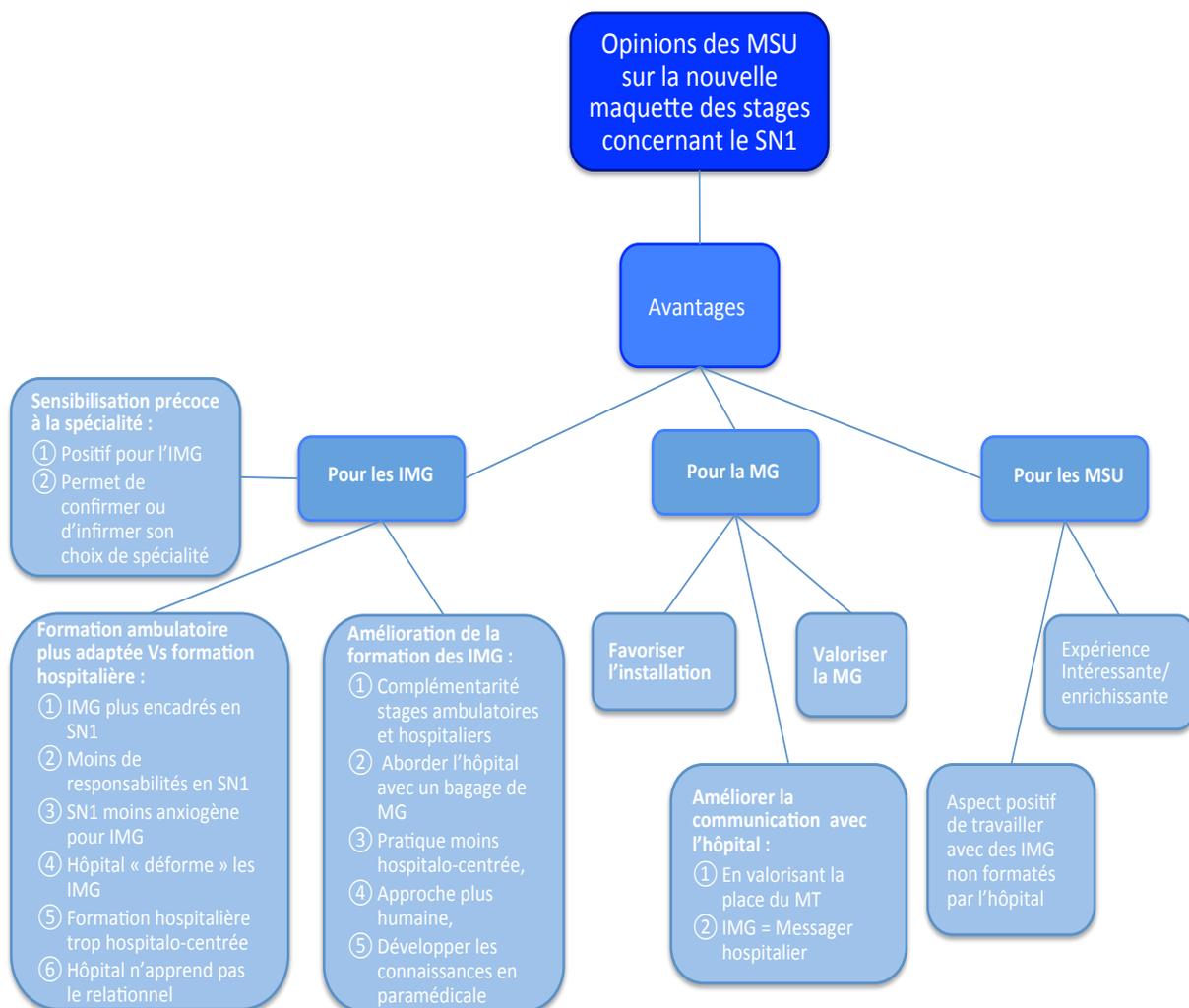


Figure 5 : Schéma analytique des avantages de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

### 3.3.2 *Arguments des MSU en défaveur de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1*

A contrario, une totale remise en question de cette nouvelle maquette est évoquée par d'autres MSU avec un profond désaccord :

*« Je pense que c'est une erreur de mettre les internes en premier semestre en médecine générale (...) Je trouve que le fait que le stage prat n'était pas accessible aux premiers semestres était une bonne chose. » (MSU 4)*

#### 3.2.2.1 Inconvénients pour les IMG

##### 3.2.2.1.1 *SN1 non adapté pour les internes de premier semestre*

Parmi les MSU interrogés, plusieurs estiment que le SN1 n'est pas adapté pour les internes de premier semestre et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ce stage est perçu comme trop dense et trop complexe pour eux :

*« Je pense que le stage chez le praticien c'est trop complexe pour un premier semestre » (MSU 7)*

*«...ça fait trop de chose à la fois. Il y a le logiciel, les papiers, le patient, les prescriptions... ça fait trop » (MSU 4)*

Par conséquent le SN1 ne leur sera pas bénéfique :

*« Je pense que pour que les internes en tire un maximum il faudrait qu'ils soient au minimum en deuxième semestre, pas en premier semestre. » (MSU 4)*

Certains MSU pensent également que le SN1 peut-être *« trop anxiogène pour eux en premier » (MSU 4)* et que *« venir rapidement chez eux peut en effrayer certains » (MSU 3)* Ceci pourrait être responsable d'un usage trop précoce de droit au remords. (MSU 4)

Cet aspect anxiogène est appuyé par la notion de solitude pour l'interne de premier semestre. En effet, l'interne se retrouvant seul avec son MSU et non pas en équipe comme à l'hôpital, ce stage peut être vu comme stressant pour lui :

*« je pense que le fait d'être seul au cabinet ça peut-être anxiogène pour l'interne, car c'est la première fois qu'il se retrouve tout seul parce qu'en fin de compte tous les stages que tu fais à droite à gauche, t'es jamais tout seul, y'a l'aide-soignant, l'infirmier, enfin y'a toujours quelqu'un » (MSU 14)*

### 3.2.2.1.2 Mise en difficulté des internes de premier semestre

Selon le MSU 5, réaliser le SN1 en début d'internat demanderait plus de motivation à l'interne de premier semestre, n'ayant pas le bagage hospitalier qu'avaient les internes précédents qui étaient de semestre plus avancé :

*« il faudra qu'ils s'investissent un maximum comme ils font à l'hôpital pour pouvoir être un peu aguerris » (MSU 5)*

De plus, certains MSU soulignent la difficulté des internes de premier semestre à réaliser des remplacements. En effet, habituellement ils débutaient leurs remplacements directement après la validation du SN1, même si leur internat n'était pas encore terminé. La pratique ambulatoire était encore « fraîche » ce qui leur permettait d'effectuer les remplacements plus aisément. Dorénavant, ils devront repasser par l'hôpital avant de revenir en ambulatoire ce qui risque de les mettre en difficulté :

*« ça risque d'être un peu compliqué... de faire un premier stage là et après le stage des urgences et après 2-3 semestres hospitaliers se remettre derrière un bureau et pas avoir fait d'autre médecine libérale, enfin assez fraîche... » (MSU 1)*

Pour finir, plusieurs MSU expriment leurs inquiétudes vis-à-vis des terrains de stages considérés comme des « remplacements cachés ». Il s'agit de SN1 dans lesquels les MSU laissent leur interne consulter seul sans supervision, ce qui peut le mettre en difficulté et nuire à sa formation. Ces situations sont dénoncées par les internes qui étaient jusqu'à présent en semestre plus avancé. Les MSU s'inquiètent donc pour les internes de premier semestre qui effectueront ces stages, n'ayant pas l'expérience des autres internes :

*« Par contre, il va peut-être y avoir un problème dans les stages prat considérés, entre guillemets, comme des remplacements cachés. Moi j'étais en trinôme avec un MSU qui utilisait son interne comme remplaçant quand il partait en vacances pendant 2 semaines (...) je pense que ça peut poser un réel problème si ce médecin a un interne de premier semestre car l'interne ne pourra pas gérer tout seul et faire ce stage qui est en fait un remplacement caché. (MSU 5)*

*« Je pense par contre que ce qui va poser problème, c'est pour les maitres de stage qui ont l'habitude d'utiliser leur interne de niveau 1 comme remplaçant, c'est ce qu'on appelle un remplacement caché... moi j'ai mes internes qui m'ont rapporté ce genre de notion et je pense que c'est avec eux que ça va poser le plus problème » (MSU 8)*

### 3.2.2.1.3 Prérequis hospitalier nécessaire

Quelques MSU pensent qu'il est plus bénéfique pour l'IMG de débiter son internat par un stage hospitalier afin qu'il acquiert les compétences médicales à l'hôpital pour ensuite avoir « l'esprit plus libre pour pouvoir intégrer le reste » (MSU 4) durant le SN1.

Selon eux, avant de réaliser le SN1, les internes de premier semestre ont besoin :

- D'acquérir de l'expérience et d'être « dégrossis » (MSU 7) par l'hôpital :

*« Il faut qu'ils passent par un stage qui les dégrossit et après qu'ils passent chez le prat... c'est évident. (...) Plutôt il faut qu'il y ait une période où ils puissent assimiler les connaissances théoriques et qu'ils aient un lieu pour les mettre en pratique. Les urgences, ça me paraît être le bon endroit. » (MSU 7)*

- D'acquérir de l'autonomie dans un stage hospitalier ou aux urgences afin que le SN1 leur soit profitable :

*« Qu'ils aient déjà eu l'occasion de prendre des décisions seuls même si c'est après chapoté par un chef mais d'être face au patient seul un petit peu entant qu'interne, avant de venir chez nous je pense que ça sera plus profitable. » (MSU 4)*

- D'acquérir de la confiance au cours d'un stage hospitalier afin d'avoir plus de recul sur les potentielles urgences en cabinet de ville :

*« ceux qui ne sont pas passés par un service d'urgences ont la crainte de l'urgence, ont la crainte de passer à côté, ont la crainte de ne pas savoir faire (...) ils ont toujours cette crainte, qu'on a d'ailleurs toute notre vie, on a la crainte de passer à côté de diagnostic ou ci ou ça mais chez eux c'est beaucoup plus important car ils n'ont pas de recul. » (MSU 8)*

#### 3.2.2.1.4 Réforme détournée par le choix des IMG

Un MSU rapporte que ces internes lui ont révélé que les choix de stages avaient été biaisés. En effet, les premiers internes à choisir se seraient orientés vers les urgences et par conséquent les internes restants n'auraient plus eu d'autres choix que de prendre le SN1. Ce stage aurait donc été choisi par défaut ce qui peut signifier que les internes de premier semestre ne souhaitent pas débiter leur maquette par le SN1 :

*« Les premiers ont pris urgences, les derniers ont pris MG parce qu'ils n'avaient plus le choix. Donc ce qui veut dire d'emblée, c'est pas que l'interne soit intéressé par les urgences mais plutôt qu'il se sent plus protégé aux urgences donc il y va. (...) une grosse partie... sont peut-être venus par défaut par ce qu'ils n'avaient pas le choix, ils ne pouvaient pas prendre urgences (...) ils me l'ont dit, « oui les premiers prennent urgences »... (MSU 3)*

#### 3.3.2.2 Inconvénients pour la Médecine Générale

*« on voit des tas de lois et de choses qui sortent pour aider à l'installation des internes en milieu rural, c'est pas en mettant des internes de premier semestre en milieu rural qu'on va résoudre ce problème (...) il faut aussi ramener des internes qui vont avoir une installation proche dans le temps et qu'on peut décider éventuellement à venir s'installer. » (MSU 8)*

Dans cette citation, le MSU s'exprime sur l'illogisme de cette nouvelle maquette concernant le milieu rural. En effet, selon lui, les IMG de premier semestre ne se préoccupent pas de leur installation future. Or, le secteur rural manquant déjà de médecins installés, il serait plus intéressant pour l'avenir du secteur, que ce soit des internes en fin de cursus qui réalisent ce stage étant plus réceptifs à l'idée de l'installation. Pour lui cette nouvelle réforme est un obstacle à l'installation en milieu rural.

### 3.3.2.3 Inconvénients pour les MSU

#### 3.3.2.2.1 Une formation MSU non adaptée pour recevoir des internes de premiers semestres

Un MSU soulève la question d'un défaut de formation pour recevoir les internes de premiers semestres :

*« alors bon est-ce que nous étions prêts, formés, nous à recevoir des premier semestre ?! » (MSU 3)*

#### 3.3.2.2.2 Préférence pour un interne en semestre plus avancé

Certains MSU se sont exprimés sur leur préférence à accueillir un IMG en semestre plus avancé dans leur SN1.

Ces MSU assument leur rôle d'enseignant auprès des IMG mais attendent également d'eux qu'ils puissent les décharger de leur travail. C'est pourquoi ils préfèrent accueillir un interne plus autonome et plus expérimenté :

*« on aimerait bien avoir des internes qui sont complètement autonomes et à qui on pourrait éventuellement laisser une matinée ou une après-midi. (...) il y a peut-être des médecins qui sont en fin de carrière et qui se disent « je ne vais pas jouer le professeur-étudiant toute ma vie, je ne suis pas là pour remplacer la fac ». » (MSU 14).*

Le MSU 4 a également exprimé cette préférence mais pour une autre raison. Un interne plus expérimenté est plus autonome, notamment sur les thérapeutiques. Par conséquent, cela lui permet de donner une autonomie adaptée à son interne durant le SN1 :

*« On a eu des 3<sup>ème</sup>, des 4<sup>ème</sup>. Mais déjà des 3<sup>ème</sup> semestre, c'est nickel. Ils ont déjà un peu l'habitude, ils ont même peut-être fait leur stage aux urgences, où il y a essentiellement de la bobologie aussi donc ils ont quelques bases qui nous permettent de les laisser faire et de ne pas être perdu. » (MSU 4)*

L'idée du formatage par l'hôpital ne lui pose d'ailleurs aucun problème puisque celui-ci commence dès leur externat :

*« Moi je suis pour le formatage par l'hôpital. Ils ont été formatés tout le temps où ils étaient externes. » (MSU 4)*

#### 3.3.2.2.3 Risque de perdre de potentiels remplaçants

Le risque de perdre de potentiels remplaçants a été abordé par certains MSU. En effet, en réalisant le SN1 en premier semestre, l'IMG peut, avec le temps, perdre le contact avec ses MSU et créer de nouveaux liens avec d'autres médecins qui recherchent également des remplaçants :

« il y aura d'autres occasions de voir d'autres médecins et peut-être qu'ils ne songeront pas à nous une fois qu'ils auront besoin de remplacer. Alors que s'ils sont passés dans notre stage en dernier, ils seront plus enclins à nous remplacer, à nous solliciter, à garder un contact avec nous » (MSU 5)

« Oui, on va les perdre de vue, il y a 3 ans à passer donc c'est plus facile d'enchaîner la fin du stage. » (MSU 15)

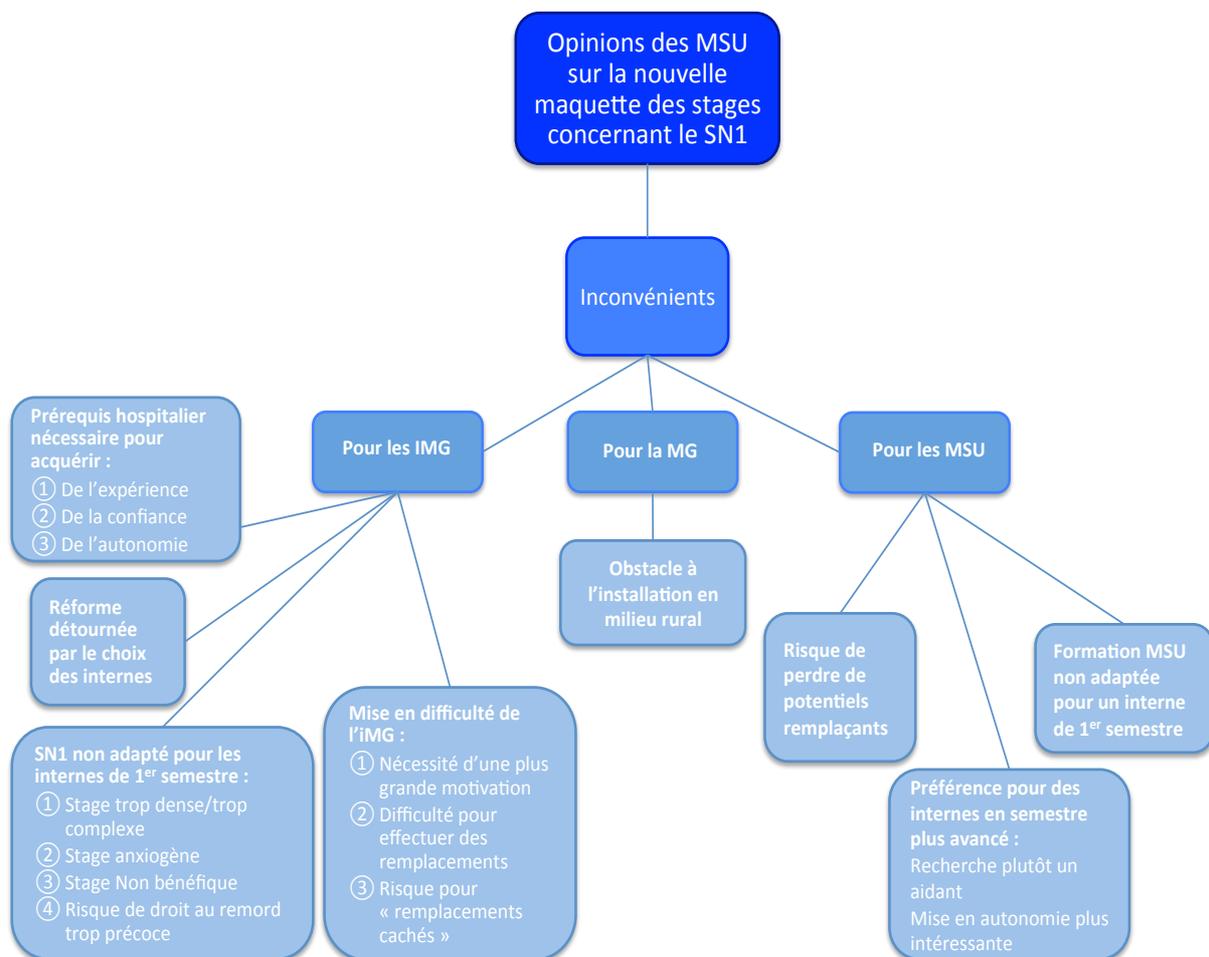


Figure 6 : Schéma analytique des inconvénients de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

### 3.3.3 Un manque de recul sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

La majorité des MSU interrogés ont fait part de leur manque de recul sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 du fait de sa récente mise en place et donc de leurs difficultés à en tirer des conclusions adaptées :

« Comme toute réforme il faut lui laisser le temps d'exister pour qu'on en voit la finalité. En soit elle n'est pas mauvaise. (MSU 3)

*« Je pense que nous n'avons pas assez de recul (...) Cette réforme a beaucoup de potentiel, je pense que c'est une bonne chose, il faut juste lui laisser le temps de se mettre en place. » (MSU 8)*

Ils ne pouvaient pas généraliser leur expérience sur le seul interne de premier semestre qu'ils avaient accueilli :

*« il faudrait plus de recul, plus de premiers semestres pour s'en rendre compte. La on a eu qu'un interne, nous n'avons pas assez de recul. » (MSU 13)*

### **3.3.4 Ambivalence des MSU vis-à-vis de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1**

A la lecture des résultats, nous avons pu remarquer que quasiment tous les MSU avaient des arguments en faveur et des arguments en défaveur pour cette nouvelle maquette des stages. Cela démontre l'ambivalence des médecins interrogés et la complexité des enjeux.

Cette ambivalence est justement mise en évidence dans le discours du MSU 15 qui a exprimé son tiraillement entre recevoir un interne de premier semestre qui s'avère être une tâche plus complexe et être maître de stage, donc enseignant avant tout :

*« c'est vrai que c'est plus facile quand ils sont passés par l'hôpital mais... c'est égoïste cette réponse en faite, dire qu'il vaut mieux débiter par l'hôpital pour les « dégrossir » » (MSU 15)*

En exprimant les avantages et les inconvénients de cette réforme pour eux, pour la médecine générale et pour les IMG, les avis étaient ambivalents pour la majorité des MSU **avec des arguments en faveur et des arguments en défaveur** et rapportait **un manque de recul sur cette nouvelle maquette**.

Concernant les **IMG**, la **formation hospitalière** étant jugée par certains MSU comme non adaptée, **trop hospitalo-centrée** avec une tendance à « **déformer** » les **internes** en leurs inculquant des **réflexes conditionnés hospitaliers**, la formation ambulatoire serait, selon plusieurs MSU, plus adaptée pour les IMG. Le SN1 leur permettrait d'acquérir des compétences de **médecine générale utiles** pour leurs futurs stages hospitaliers, d'**adopter une pratique moins hospitalo-centrée** et finalement d'avoir une **approche plus globale** des patients. Selon certains MSU, le SN1 étant **plus encadré** avec moins de responsabilités que dans les stages hospitaliers, il serait **moins anxiogène** pour les internes de premier semestre. De plus, plusieurs MSU ont évoqué l'avantage pour les internes de débiter leur internat par le stage de leur spécialité afin de **confirmer ou d'infirmer leur choix**. *A contrario*, plusieurs MSU estiment que le SN1 n'est pas adapté pour les internes de premier semestre, étant jugé **trop dense, trop complexe, plus anxiogène** que des stages hospitaliers et le risque serait de **les mettre en difficulté** (risque d'isolement, demande plus de motivation, difficultés dans les stages considérés comme « remplacements cachés »). Selon quelques MSU, une **formation hospitalière au préalable** serait **nécessaire** afin d'acquérir de **l'expérience**, de **l'autonomie** et de la **confiance**. Un MSU a d'ailleurs affirmé que les **choix de stage** auraient été **biaisés**.

Selon lui, les internes de premier semestre ne souhaitaient pas débiter leur maquette par le SN1. Les premiers internes de premier semestre à choisir auraient donc choisi le stage d'urgences par choix, et les derniers auraient choisi le SN1 par défaut.

Concernant la **Médecine générale**, quelques MSU pensent que cette nouvelle réforme permettrait d'**améliorer la communication** entre les **médecins généralistes** et **l'hôpital**, de **valoriser la médecine générale** auprès des internes, des médecins des autres spécialités et de la population générale mais également de **motiver les internes à l'installation**. Un MSU a cependant soulevé la **problématique** du manque de médecins généralistes en **milieu rural** avec la nécessité de faire découvrir le secteur à des **internes en fin de cursus** réceptifs à l'idée de s'installer plutôt qu'à des internes de premier semestre qui ne se sentent pas encore concernés par cette problématique.

Pour finir, certains **MSU** ont souligné que cette expérience pouvait être **intéressante** mais également **plus riche** sur le plan pédagogique. De plus, pour une partie des MSU, l'avantage serait de travailler avec des internes « **non formatés** » par l'hôpital, **plus « malléables »** et donc pouvant plus facilement **rentrer dans « le moule » de la médecine générale**. Cependant, cet avis n'était pas partagé par tous les MSU puisque l'un d'entre eux considérait que leur **formation MSU** n'était **pas adaptée** pour accueillir un interne de premier semestre et que certains exprimaient leur souhait de travailler avec des **internes plus expérimentés**, soit parce qu'ils recherchaient plutôt un **aidant** dans leur étudiant soit parce qu'ils estimaient que **l'enseignement serait plus intéressant** notamment sur le plan de l'autonomie. Débiter par le SN1 risquerait également de leur faire **perdre de potentiels remplaçants**.

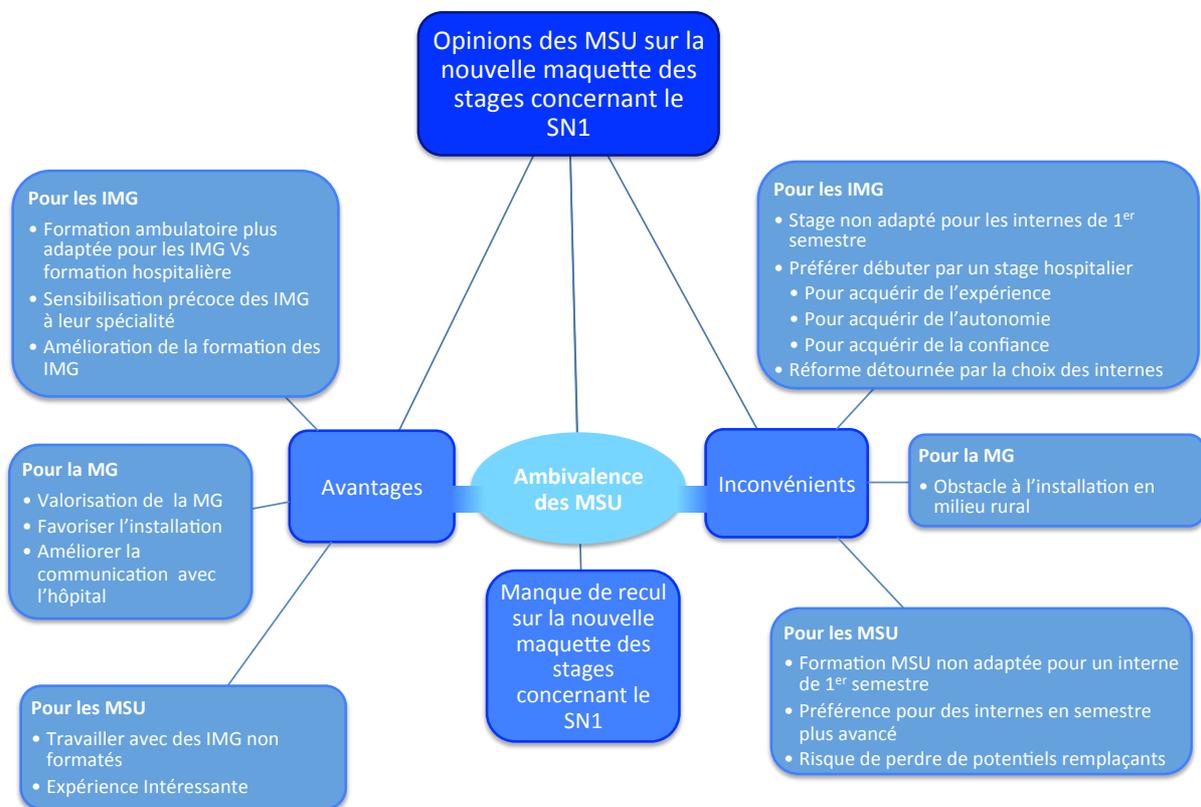


Figure 7 : Schéma analytique des opinions des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

### 3.4 Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Les impacts de la réalisation du SN1 en première année d'internat sont nombreux. Ils concernent :

- Le MSU
- La pédagogie au cours du SN1
- L'IMG
- Le patient

#### 3.4.1 Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur le MSU

##### 3.4.1.1 Satisfaction globale du MSU

###### 3.4.1.1.1 Expérience globalement satisfaisante

La majorité des MSU (10 au total) semblaient satisfaits de cette expérience :

*« pour ma part une expérience très positif, » (MSU 9)*

*« Pour une première expérience, très bonne. Ce n'est pas toujours le cas mais là très bonne » (MSU 10)*

Elle était comparable aux précédentes :

*« je n'ai vraiment pas vu la différence. » (MSU 1)*

*« non ça ne change rien, là ça n'a pas changé grand-chose, ce n'était pas plus simple d'avoir des derniers semestres. » (MSU 11)*

De plus, cette expérience était « *aussi bénéfique* » et « *aussi positive* » pour le MSU 2 qu'avec les internes de semestres précédents.

Globalement, ils n'ont pas noté de différence par rapport aux semestres précédents qui étaient plus avancés dans le cursus :

*« Donc je ne pense pas que ça modifie grand-chose de les voir en premier ou dernier semestre » (MSU 5)*

###### 3.4.1.1.2 Expérience globalement insatisfaisante

Les autres MSU interrogés rapportaient une expérience négative avec leur interne de premier semestre :

*« Globalement pas très bien... globalement pas très bien... Ça a été un peu pénible pour moi d'ailleurs... un peu pénible » (MSU 7)*

*« Difficile... c'est à dire qu'il n'y avait pas la fluidité qu'on peut avoir avec d'autres étudiants. » (MSU 13)*

Soulignons que suite au passage de son interne de premier semestre, le MSU 3 s'est remis en question. Cette expérience a donc eu un impact sur le plan personnel pour ce MSU :

*« Oui ça m'a un peu embêté car j'aime bien que ça se passe bien donc je pense que les deux on s'est remis en question » (MSU 3)*

#### 3.4.1.1.3 Impacts dépendants de l'IMG

Que l'impact soit positif ou négatif, celui-ci dépend grandement de l'interne et de sa personnalité plus que de son niveau d'étude :

*« je ne sais pas si c'est dû à ça ou propre à mon étudiant (...) c'est pas de chance mais c'est méchant car je l'aime beaucoup ce garçon mais c'est vrai que j'ai l'impression qu'on n'est pas très bien tombé » (MSU 13)*

#### 3.4.1.2 Impact financier

L'aspect financier a été abordé et aucun MSU ne semble avoir noté de retentissement sur leurs finances :

*« Non. Sur le plan financier non, franchement pas. » (MSU 6)*

Une indemnisation jugée comme dérisoire justifie pour le MSU 11 cette absence de retentissement :

*«...(rires), non rien à foutre... ce qu'on me défraie... car ça on peut le dire...ce qu'on enlève des frais au titre de l'enseignement pour 6 mois c'est mon chiffre d'affaire en une journée vous voyez donc voilà ça explique l'importance que ça peut avoir. » (MSU 11)*

#### 3.4.1.3 Impacts sur la motivation à poursuivre la maîtrise de stage pour le SN1

##### 3.4.1.3.1 Motivation identique

Chez certains MSU interrogés, cette nouvelle organisation ne semble pas avoir eu de retentissement, aussi bien positif que négatif, sur leur motivation à poursuivre la maîtrise de stage :

*« Ça n'a rien changé, si je n'étais pas motivé j'aurais arrêté depuis longtemps. » (MSU 12)*

#### 3.4.1.3.2 Plus grande motivation

Seul le MSU 1 a déclaré avoir été impacté positivement par cette réforme et être encore plus motivé à recevoir des internes dans son SN1 :

*«... je pense que ça m'a motivé un peu plus, tout à fait » (MSU 1)*

#### 3.4.1.3.3 Diminution de la motivation

7 MSU ont déclaré que recevoir des internes de premier semestre dans leur SN1 a eu ou pourrait avoir un impact négatif sur leur motivation à poursuivre leur maîtrise de stage dans le cadre du SN1.

On observe deux catégories de médecins :

- Ceux qui ont exprimé une diminution de leur motivation à poursuivre leur maîtrise de stage pour le SN1 du fait de la pénibilité de la tâche à accomplir :

*« ce n'est pas mon boulot de faire ça, ce n'est pas mon boulot... Moi j'ai affaire à des gens de 26-27 ans ou 25 ans... qui sont médecins car ils ont fini leurs études... ils ont passé 3 ans d'externat à l'hôpital et franchement ils ressemblent à rien du médecin qu'ils vont être dans 3 ans » [en parlant de l'impact sur sa motivation à rester MSU pour les NI] (MSU 7)*

- Ceux qui pensent que cette nouvelle maquette pourrait, sur le long terme, influencer de manière négative sur leur motivation à poursuivre leur maîtrise de stage pour le SN1 du fait de la pénibilité de la tâche à accomplir et du manque d'aide :

*« Non, ça pourra l'être à l'avenir si je me rends compte que ça devient trop pesant et trop lourd, ça pourrait impacter ma motivation et me faire dire que j'arrête » (MSU 9)*

Cette diminution de motivation est responsable, comme pour le MSU 6, d'un arrêt de la maîtrise de stage pour le SN1 :

*« j'ai préféré, au moins temporairement renoncer à l'interne de niveau 1 de peur que ce soit, si vous voulez, un premier semestre (...) Vous voyez, si ça avait été un interne de 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> semestre, je n'aurais peut-être pas dit non pour ne pas mettre mon collègue dans l'embarras. » (MSU 6)*

Le MSU 8, quant à lui, a exprimé sa demande d'évolution *« vers le SASPAS »* en plus du SN1 si cela est possible.

#### 3.4.1.3.4 Ambivalence des MSU sur leur motivation à poursuivre la maîtrise de stage

Dans le discours des médecins interrogés, on note parfois une ambivalence vis-à-vis de leur motivation à poursuivre leur mission de maître de stage.

*« Je ne suis pas prêt à quitter mon poste de MSU car j'ai bien conscience que la fac a besoin de moi, j'ai un devoir vis-à-vis de la fac, j'ai un devoir vis-à-vis de mes jeunes collègues, et que je me sens... je ne peux pas démissionner simplement sur ça » (MSU 7)*

*« ce n'est pas mon boulot de faire ça, ce n'est pas mon boulot... » (MSU 7)*

Dans ces citations, le MSU 7 souligne son « devoir de continuer ». S'étant engagé envers la faculté et envers les étudiants en médecine, il ne peut mettre un terme à sa mission de maître de stage et se doit de poursuivre cet enseignement. Mais il exprime également son mécontentement en expliquant que « *ce n'est pas son boulot de faire ça* » en parlant de former des premiers semestres.

Le MSU 8 déclare, lui, se sentir utile pour les internes en SN1 mais ne peut continuer à recevoir uniquement des internes de premier semestre. Exerçant en milieu rural, il souhaite accueillir des internes en fin de cursus afin de les motiver à s'installer dans le secteur, ce qu'il ne peut faire avec des internes de premiers semestres, ceux-ci n'étant pas réceptifs au projet d'installation à ce stade du cursus :

*« mais s'il me laisse (en parlant du DMG) la place pour un SASPAS en plus du stage prat, moi j'estime qu'on apporte beaucoup en stage prat. Si maintenant c'est l'un et pas l'autre, ça sera un SASPAS » (MSU 8)*

#### 3.4.1.4 Impacts sur l'organisation de la journée du MSU

##### 3.4.1.4.1 Organisation identique

Pour la majorité des MSU, le déroulement et l'organisation de la journée ne semblent pas avoir été impactés du fait qu'ils n'aient pas noté de différence avec un autre interne de niveau 1 :

*« Non c'est comme un stage de N1, ça ne change pas » (MSU 2)*

*« Non, ça n'a pas modifié mon emploi du temps, ça, ça ne change rien » (MSU 11)*

Mais la plupart des MSU justifient cette absence d'impact par la priorité du temps médical sur le temps pédagogique. Le MSU étant médecin généraliste avant d'être enseignant, le patient reste prioritaire sur l'étudiant. Le MSU n'accordera donc pas plus de temps d'enseignement auprès d'un interne de premier semestre (même si celui-ci est nécessaire) qu'auprès d'un interne de semestre plus avancé :

*« Il ne faut pas oublier qu'il y a l'interne, qu'il y a le médecin mais y'a aussi le patient et le patient il ne change pas. Le maître de stage non plus du coup. Il y a le patient, ça fait 25 ans que je suis installé, ça fait 25 ans qu'il me voit travailler d'une certaine manière, je ne vais certainement pas changer ma manière de travailler parce que j'ai un 1<sup>er</sup> semestre au lieu d'un 4<sup>ème</sup> semestre. » (MSU 8)*

*« on est en zone rurale donc il a beau être chronophage, et ben on ne peut pas lui laisser le temps du chronophage car quand on voit les plannings y'a un moment où il faut bien se rendre compte qu'il faut bien avancer. » (MSU 10)*

#### 3.4.1.4.2 Organisation différente

Dans certains entretiens, on retrouve la notion de chronophage pour le MSU. L'enseignement auprès de l'interne de premier semestre semble être plus chronophage qu'auprès des internes précédents :

*« c'est vrai qu'on a bouffé du temps (...) chronophage c'est sûr. » (MSU 6)*

*« quand on a un bon étudiant le temps qu'on perd avec lui on le rattrape mais avec lui j'ai perdu beaucoup de temps que je n'ai pas pu rattraper. » (MSU 13)*

C'est pourquoi certains médecins ont allégé leur agenda les jours où ils recevaient l'interne de premier semestre :

*« Donc il est évident que les jours avec le N1, je l'ai allégé volontairement. » (MSU 3)*

D'autres l'ont modifié en sélectionnant les patients adéquats et adaptés au niveau de l'interne de premier semestre:

*« Oui bien sûr, les jours où j'avais mon interne de premier semestre j'essayais d'avoir des patients qui soient contributifs dans la mesure du possible si j'avais le choix dans mes rendez-vous et d'en mettre un peu moins quand c'était des grands malades. » (MSU 6)*

L'aspect chronophage du stage avec un interne de premier semestre est donc mis en évidence par certains MSU mais l'un d'eux se démarque en soulignant que cela n'était observé qu'en début de stage :

*« Un peu au début oui il a fallu prendre un peu plus de temps (...) Oui oui, pour s'assurer de l'exercice, pour partager l'examen, pour faire des choses en duo en fait donc ça prend un peu plus de temps mais au bout de 1 mois ou 2 tout est revenu à la normal. » (MSU 15)*

#### 3.4.1.5 Impact dépendant de l'interne

Qu'il existe un impact ou non sur les MSU, celui-ci dépend en grande partie de l'interne effectuant le SN1 :

*« Après je pense que ça dépend de la compétence de chaque interne » (MSU 9)*

*« tout dépend de l'interne en fait » (MSU 1)*

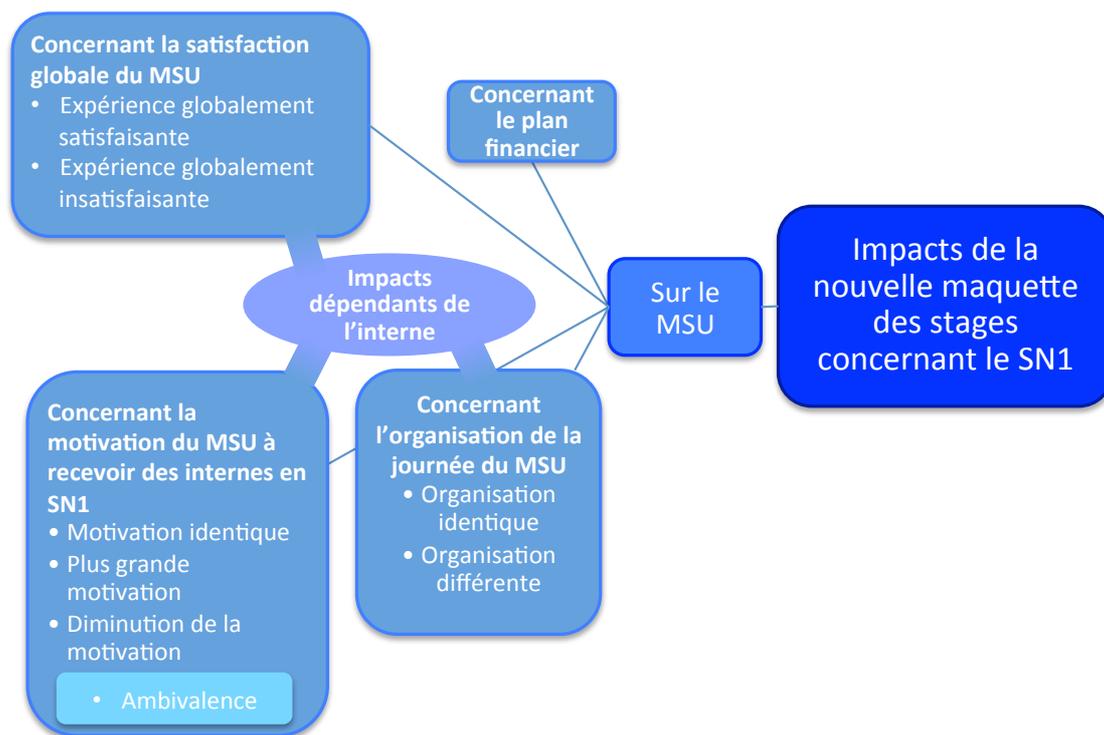


Figure 8 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur le MSU

### 3.4.2 *Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur la pédagogie au cours du SN1 selon les MSU*

#### 3.4.2.1 Impacts sur l'approche pédagogique du MSU

##### 3.4.2.1.1 *Approche pédagogique identique*

La plupart des MSU interrogés déclare ne pas avoir modifié son approche pédagogique qui est donc restée la même par rapport aux semestres précédents :

*« En fait il n'y a aucune modification apparente de ma prise en charge et de mon ressenti par rapport à un 1<sup>er</sup> semestre ou 5<sup>ème</sup> que j'avais avant » (MSU 1)*

*« notre démarche d'enseignement elle est la même à mon avis. » (MSU 2)*

Parmi eux, certains justifient l'absence de modification par le fait que l'interne doit s'adapter et *« rentrer dans le moule » (MSU 8)*

D'autres déclarent que c'est plutôt aux MSU de s'adapter au niveau de l'interne, ce qu'ils font avec chaque interne qu'ils reçoivent donc leur approche reste la même :

*« on s'adapte au niveau de chacun » (MSU 9)*

### 3.4.2.1.2 Approche pédagogique différente

*« Oui j'avais des appréhensions et elles se sont trouvées justifiées parce que j'ai eu le sentiment de faire du débouillage de chevaux sauvages (...) ce n'est pas mon boulot de faire ça, ce n'est pas mon boulot » (MSU 7)*

Dans cette citation, le MSU compare les internes de premier semestre à des « chevaux sauvages ». Il déclare aller au-delà de l'enseignement qu'il devrait effectuer pour le SN1 en les façonnant et en leur inculquant plus qu'aux internes précédents. Il estime avec agacement que ce n'est pas de son ressort

Ce résultat est renforcé par les déclarations d'autres MSU qui qualifient leur enseignement comme étant plus « laborieux » et plus « compliqué » (MSU 7) :

*« Alors oui moi quand j'ai vu arriver l'interne de premier semestre, j'ai tout de suite compris que c'était différent de d'habitude et que ça allait être vraiment une prise en charge beaucoup plus laborieuse » (MSU 6)*

*« Donc pour nous on a plus de choses à dire et à faire et à expliquer. » (MSU 5)*

Leur approche pédagogique a été différente car les apprentissages n'étaient pas les mêmes qu'avec les internes précédents. Certains décrivent la nécessité de « reprendre les bases, de faire un travail de fond » (MSU 7) et de faire un « travail de défrichage qui est très important » (MSU 6).

Le MSU 7 a dû également étaler dans le temps ses apprentissages afin qu'il puisse transmettre le savoir qu'il souhaitait partager :

*« le problème c'est que je suis obligé d'étaler ce que j'aimerais transmettre de façon parcimonieuse, je suis obligé de diluer... voilà... les acquis que j'aimerais transmettre sur les 6 mois » (MSU 7)*

Les difficultés rencontrées ont permis au MSU 6 de tisser un lien plus fort avec son interne du fait du modelage :

*« Le lien tissé avec l'individu est d'autant plus fort que les recadrages ont été parfois musclés, vous voyez ça... enfin musclé : répétés, incisifs ... » (MSU 6)*

La MSU 4, a quant à elle, déclarée que cette expérience avait été « inutile » pour elle et pour son interne d'un point de vue pédagogique. En effet, son interne de premier semestre ayant fait une demande de droit au remords durant le SN1, elle ne présentait plus d'intérêt pour ce stage :

*« Au point de vue pédagogique un peu inutile (...) ça ne m'a pas apporté grande chose (...) je me disais que ça ne servait à rien (...) pour elle c'est un semestre perdu et pour moi aussi d'ailleurs » (MSU 4)*

### 3.4.2.2 Impacts sur la progression des phases pédagogiques

#### 3.4.2.2.1 Progression habituelle des phases pédagogiques

Les MSU interrogés ont décrit les différentes phases qu'ils mettent en place habituellement avec leur interne de niveau 1.

Ces phases correspondent à celle décrites dans la littérature et sont au nombre de trois :

- la phase d'observation :

*« l'interne assiste à mes consultations en tant que spectateur quoi, mais c'est une période qui ne dure pas très longtemps. » (MSU 1)*

- la phase de supervision directe :

*« moi j'observe l'interne. Je regarde comment il fait un examen clinique, je regarde quelle est sa qualité d'examen clinique, voilà. Comment il fait l'auscultation cardiaque, comment il palpe un abdomen, comment il examine une épaule donc voilà je regarde quelles sont ses connaissances sur un plan pratique à ce niveau-là... (...) je vais voir avec lui ce qui découle de son examen à sa conduite à tenir. (...) Sur un plan diagnostic mais aussi sur un plan prise en charge du patient, prise des rendez-vous voilà » (MSU 8)*

- la phase de supervision indirecte :

*«...donc il y a une petite place à faire et à un moment donné il faut que nous on arrive à quitter régulièrement le cabinet tout en restant très joignable pour que l'interne prenne sa dimension et que le patient s'adresse directement à l'interne. » (MSU 8)*

Ces phases, d'une durée non précisément définie par les MSU (sauf pour le MSU 3 qui décrit bien des phases de 2 mois chacune), s'enchaînent habituellement sans difficultés et sont, dans la majorité des cas, toutes mises en place. En effet, certains MSU avouent ne pas laisser suffisamment d'autonomie à leurs internes, peu importe leurs semestres, en restant souvent présents durant les consultations :

*«...ça arrive quand j'ai un coup de fil un peu embêtant, je le laisse consulter seul, des fois quand on a eu des épidémies en hiver on lui a laissé le bureau pour travailler mais ce n'est pas une mise en autonomie complète comme on peut voir dans les recommandations et ce n'est pas systématique. » (MSU 11)*

#### 3.4.2.2.2 Progression des phases pédagogiques avec un interne de premier semestre

Suite à l'analyse des entretiens, on distingue deux catégories de MSU.

Tout d'abord, il y a les MSU qui n'ont pas noté de différence dans la progression des phases pédagogiques par rapport aux internes précédents :

*« Les trois phases sont respectées, c'est le même mode d'accompagnement » (MSU 2)*

La phase d'observation n'a pas été plus longue :

*« On a fait comme d'habitude avec une phase d'observation d'un mois - un mois et demi » (MSU 12)*

La phase de supervision directe a pu être mise en place :

*« Elle faisait la consultation toute seule mais je restais à côté. Mais c'est elle qui gérait tout » (MSU 14)*

Ainsi que la phase de supervision indirecte :

*«...il menait sa consultation tout seul et en fin de consultation il nous appelait et on faisait le point en disant « non/oui », enfin ce qu'on fait d'habitude quoi. » (MSU 12)*

*« Oui, j'étais dans le bureau à côté. Rapidement, au bout de 3 mois, on a commencé à faire une consultation de temps en temps toute seule » (MSU 15)*

Chaque phase a été mise en place sans avoir mis en difficulté le MSU ou son interne.

Et, il y a ceux qui ont objectivé une modification dans la durée et dans la mise en place des phases :

*« Donc non par rapport aux autres internes je n'ai pas pu mettre en place les phases comme avec les autres internes qui étaient un peu plus au point. » (MSU 4)*

Pour certains MSU, la phase d'observation a été plus longue :

*« Ah bah là elle a été très longue, elle a duré pratiquement 5 mois » (MSU 7)*

D'autres n'ont pas réussi à mettre en place la phase de supervision indirecte et sont constamment restés en supervision directe :

*« Je n'ai pas mis en place de 3<sup>ème</sup> phase, ce n'était pas possible (...) une des données c'est qu'ils sont très mal à l'aise lorsqu'on les regarde faire, et ça je peux le comprendre mais je ne pouvais pas ne pas le regarder faire finalement. » (MSU 13)*

Ou encore, lorsque la phase de supervision indirecte pouvait être instaurée, celle-ci était chronophage pour le MSU, étant plus souvent sollicité par son interne de premier semestre :

*«...je suis toujours là, même le dernier jour du stage je crois qu'il m'a appelé une dizaine de fois (rires), donc ça représente quand même un bon quota (...) c'est plus qu'avec les autres internes mais c'est normal, (MSU 8)*

### 3.4.2.2.3 Progression des phases pédagogiques dépendante de l'interne

La majorité des MSU qui se sont exprimés sur le sujet estime que la mise en place et la durée des différentes phases dépendent grandement de l'interne et notamment :

- de sa motivation :

*« Ça dépend de la motivation de l'interne, de son application dans les consultations, le fait de dire " j'ai envie de prendre en charge le patient " » (MSU 1)*

- et de ses compétences :

*«...après ça dépend de la qualité de l'interne. Il y a des internes que je vais lâcher rapidement. » (MSU 3)*

### 3.4.2.3 Impacts sur les objectifs du SN1

#### 3.4.2.3.1 Objectifs habituels du SN1

Après analyse des entretiens, les principaux objectifs des MSU pour leurs internes de niveau 1 sont :

- Être autonome :

*« De le rendre de plus en plus indépendant et qu'il arrive à gérer des patients tout seul », (MSU 12)*

*« Clairement c'est l'autonomisation. Les amener à être autonome. » (MSU 7)*

- Être capable de remplacer :

*« Le but est que quand ils sortent du stage de MG, qu'ils soient capables de remplacer, qu'ils se sentent en confiance pour remplacer. » (MSU 4)*

Sans être dangereux pour les patients :

*«...qu'il ne soit aussi absolument pas dangereux, pour moi c'est fondamental, de laisser partir d'ici quand je donne mon aval, enfin jusqu'à présent, quand j'ai donné l'aval si vous voulez pour les rempla, car pendant toutes ces 30 années/35 années c'était ça quoi, je voulais être absolument certain en validant que je ne faisais courir de risque à personne » (MSU 6)*

Afin d'atteindre ces objectifs, l'interne doit acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale qui sont :

- La marguerite des compétences :

*« Qu'il arrive à gérer les urgences, qu'il mette en place la coordination des soins, qu'il travail en réseau, tout ça, donc finalement qu'il arrive à acquérir la marguerite des compétences tout simplement. » (MSU 2)*

- La bonne relation médecin-patient :

*« La relation médecin-patient, je suis intransigeant là-dessus (...) c'est la relation... pour moi l'élément clef c'est la relation... il faut qu'ils inspirent confiance au patient, il faut qu'ils arrivent à ne pas faire peur au patient » (MSU 8)*

- « Savoir prescrire » (MSU 4) aussi bien les thérapeutiques et examens de base mais également ceux spécifiques à la médecine générale :

*«...bon déjà lui apprendre toutes les recettes de médecine générale que vous ne connaissez pas à l'hôpital » (MSU 10)*

- L'acquisition d'un raisonnement clinique en médecine générale :

*«...arriver à ce qu'il mène un interrogatoire correcte, c'est surtout ça, qu'il arrive à se débrouiller et mettre en place des hypothèses diagnostics (...), l'essentiel c'est qu'il arrive à faire une synthèse (...) je leur demande d'avoir un bon esprit de synthèse. » (MSU 12)*

*« Au moins dans l'organisation du travail clinique, ce qui est fondamental : diagnostic, pronostic, traitement, qu'est-ce qu'on fait du malade, » (MSU 6)*

- Gérer une consultation (MSU 3)
- « Gérer un cabinet médical » (MSU 3)
- Gérer son temps dans une journée de consultations

*«...l'interne doit sortir d'ici en ayant compris qu'on gère le temps qu'on le veuille ou non.» (MSU 3)*

- Savoir passer la main et demander de l'aide :

*«...savoir appeler quand ça va pas, ça c'est hyper important, soit le maître de stage soit les spécialistes, l'objectif c'est ça, il faut appeler quand on ne sait pas » (MSU 15)*

Ce stage permet aux IMG de se familiariser avec le monde du libéral :

*«...je leur explique (...) comment se débrouiller quand on n'a pas le plateau technique à côté. » (MSU 4)*

*«...qu'elle se rende compte de la vraie vie dans un cabinet médical » (MSU 9)*

Il leur permet d'acquérir l'expérience de leurs MSU :

*«...l'acquisition de l'expérience avec un tuteur, avec un vieux, ça me semble vachement bien car ils ont accès à plein de situations... où un remplaçant ou un jeune médecin n'aurait pas... » (MSU 11)*

Ce stage leur permet également d'intégrer l'aspect pratique de la médecine Versus l'aspect théorique :

*«...souvent on est obligé de sortir du cadre même si on essaie de coller un maximum, et donc surtout de la rendre autonome et qu'elle se rende compte de la réalité, avec les patients en face, on ne peut pas être psychorigide, il faut les intégrer. Il faut qu'on s'adapte à leur façon de vivre, la médecine c'est s'adapter. Donc il faut qu'ils se rendent compte qu'on ne peut pas être rigide. » (MSU 9)*

L'aspect légal est aussi important. L'interne doit prendre conscience des responsabilités des médecins généralistes en ville qui ne sont pas les mêmes que celles des médecins spécialistes. En effet, le médecin généraliste exerçant seul, il est le seul responsable de la prise en charge de ses patients, alors qu'à l'hôpital la responsabilité peut être diluée :

*«...il faut bien savoir que la responsabilisation quand on sort de l'hôpital... à l'hôpital, c'est la grande maison, c'est un toit immense où on n'a pas l'impression d'être responsable de grand-chose. Quand on fait une petite bêtise en médecine générale, vous passez à côté d'une occlusion le lundi soir, votre malade elle est morte le mardi soir » (MSU 6)*

#### 3.4.2.3.2 Les objectifs du SN1 pour les internes de premier semestre

##### 3.4.2.3.2.1 Objectifs inchangés et atteignables

Que ce soit un interne de premier semestre ou un interne de semestre plus avancé, la différence entre les semestres étant minime, les objectifs du stage restent les mêmes pour une grande partie des MSU :

*« Oui les objectifs sont les mêmes car on a juste un an de moins. On est juste en amont. » (MSU 2)*

Plus précisément, l'objectif d'autonomisation de l'interne reste inchangé pour la plupart des MSU :

*« Après moi que j'ai un interne de premier, deuxième, troisième, quatrième semestre, mon objectif c'est de le rendre autonome » (MSU 8)*

Les internes de ces MSU étaient autonomes durant le SN1 :

*«...elle était autonome à la fin du stage même avant la fin. Elle pouvait mener sa consultation de A à Z sans souci. » (MSU 9)*

*«...à la fin elle en faisait 4 ou 5 dans la journée. Et elle était super contente, elle était à l'aise.» (MSU 15)*

Ils étaient capables d'effectuer des remplacements en toute sécurité à la fin du stage :

*« Comme je lui ai dit, « tu sors du stage, t'es en premier semestre, et tu es prêt à remplacer » (...) mais je dirais qu'au bout 3-4-6 mois il était prêt à remplacer. » (MSU 10)*

Concernant la prescription thérapeutique, certains MSU n'ont pas relevé de difficultés pour l'interne de premier semestre :

*« elle mettait en place les traitements rapidement » (MSU 1)*

Les objectifs sont donc atteignables quel que soit le semestre pour cette catégorie de MSU :

*« Enfin voilà, et elle a su remplir ses objectifs » (MSU 15)*

#### 3.4.2.3.2 Objectifs non atteignables et modifiés

Pour l'autre partie des MSU (MSU 3, MSU 4, MSU 6, MSU 7, MSU 13), les objectifs du SN1 ne peuvent être atteints par les internes de premier semestre. Plusieurs d'entre eux n'ont d'ailleurs pas été acquis par leurs internes.

C'est le cas pour la gestion du temps, qui est non acquise pour certains internes de premier semestre :

*«... il n'a pas acquis la nécessité dans un cabinet médical de rentabiliser le temps, il n'a pas acquis la gestion du temps » (MSU 3)*

Il en est de même pour l'autonomie qui est jugée comme non atteignable :

*« Ben qu'il soit autonome à la fin du stage prat en premier semestre, il ne faut pas y compter. Ils ne sont pas autonomes. Avec le recul que j'ai, je peux vous le dire, même les plus brillants ne seront jamais autonomes » (MSU 6)*

Certains internes ont, par conséquent, été peu autonomisés :

*«... mon collègue l'a très peu autonomisé et moi je l'ai peu autonomisé ou alors dans des endroits très protégés » (MSU 3)*

Voir parfois non autonomisés comparé aux internes précédents :

*«... je n'ai pas pu donner d'autonomie à mon interne, ce que je fais avec d'autres internes habituellement (...) une des données c'est qu'ils sont très mal à l'aise lorsqu'on les regarde faire, et ça je peux le comprendre mais je ne pouvais pas ne pas le regarder faire finalement (MSU 13)*

L'acquisition d'une autonomie complète n'étant parfois pas envisageable, l'aptitude au remplacement en fin de SN1 est jugée comme non atteignable pour certains MSU :

*« Je ne sais pas si c'est toujours le cas mais très honnêtement aujourd'hui, l'interne que je vient d'avoir, à mon avis, il n'est pas capable de tenir un rempla de A à Z même s'il était plutôt futé et qu'en terme d'autonomie c'était plutôt pas mal mais c'était loin de ce qu'il faut pour faire un rempla en toute sécurité, à mon sens. » (MSU 6)*

*« Alors clairement, au jour d'aujourd'hui je ne ferais pas appelle à elle comme remplaçante, elle n'est pas compétente aujourd'hui pour me remplacer, ça c'est évident, » (MSU 7)*

Certains objectifs du SN1 doivent donc être modifiés comme l'aptitude au remplacement à la fin du SN1 :

«... si c'est ça la réforme, je n'y suis pas favorable. Je ne peux pas ou alors il faudrait absolument que le remplacement ne soit pas l'objectif de ce stage » (MSU 6)

A noter qu'un nouvel objectif semble s'être dessiné durant le stage pour un MSU, celui de rassurer l'interne et lui apprendre à gérer son anxiété :

« Cette anxiété du travail quotidien, cette anxiété de mal faire, peut-être qu'on peut aussi apprendre ça en premier semestre, ça je ne vous dit pas le contraire parce que je vois mon interne... bon au début il a toujours été dans la peur de mal faire et de rendre un mauvais service et d'être dangereux, vous comprenez » (MSU 6)

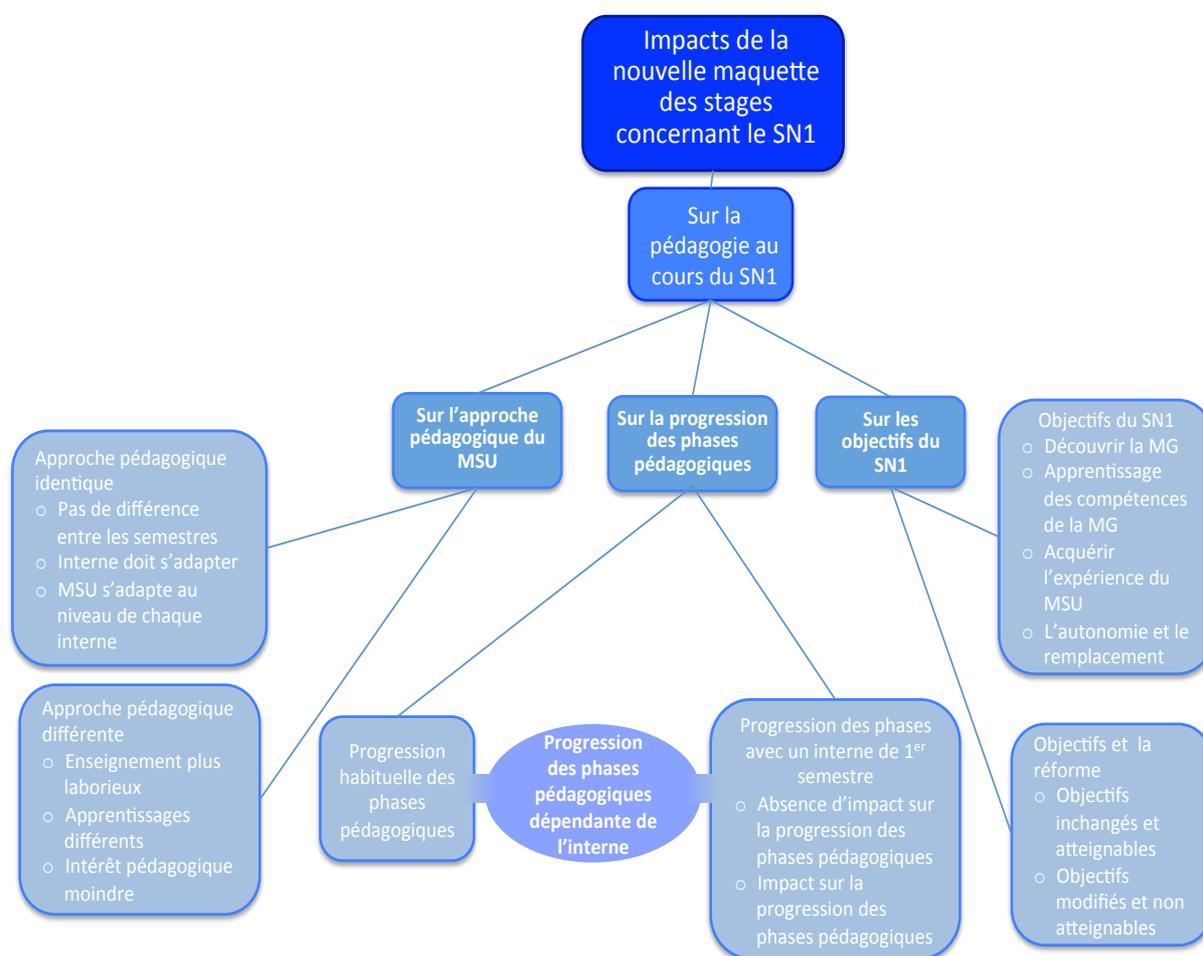


Figure 9 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur la pédagogie au cours du stage selon les MSU

### 3.4.3 Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur l'IMG selon les MSU

#### 3.4.3.1 Amélioration de la formation des IMG

Le SN1 a permis à certains internes de prendre conscience de la réalité du terrain en médecine de ville. En arrivant dans leurs stages hospitaliers, ils pourront prendre du recul sur la prise en charge ambulatoire des médecins généralistes et adapter leurs critiques :

*«...c'était très formateur d'avoir fait le stage avant parce que les urgences sont engorgées, y'a un stress, y'a des difficultés pour la prise en charge des patients, parfois ils se disent que le patient n'a rien à faire ici. Oui mais enfin je me remets dans la position du médecin généraliste seul dans son bureau où avec la réalité du terrain c'est celle-là... donc je suis un peu plus objectif quoi donc ça paraissait un peu plus intéressant, dans ce sens-là c'est plus intéressant, de voir d'abord la ville et ensuite les urgences » (MSU 15)*

De plus, d'après le MSU 15, suite à la prise de conscience de cette réalité du terrain de médecine générale, son interne aurait exprimé son souhait de modifier sa prise en charge lors de ses futurs stages hospitaliers :

*«...elle était contente d'avoir su ce qu'était la médecine générale, pour aborder l'hôpital et se dire « oui mais bon n'oublions pas que... le terrain je l'ai vu », parce que l'impression est faussée en fait à l'hôpital » (MSU 15)*

Pour finir, débiter l'internat par le SN1 a permis aux internes de découvrir la médecine générale et d'acquérir de nouvelles connaissances utiles pour leur future pratique :

*«...je pense qu'il a appris pleins de trucs, qu'il a enrichi sa culture de façon monstrueuse et que ça lui servira probablement beaucoup. » (MSU 11)*

#### 3.4.3.2 Mise en difficulté des IMG

Un des aspects négatifs de cette nouvelle maquette parfois évoqué est la mise en difficulté des internes de premier semestre :

*«...le côté négatif est qu'on est en binôme et qu'ils n'ont pas beaucoup d'autres horizons que le médecin généraliste avec qui ils sont. » (MSU 5)*

*« Que l'avantage de passer son premier semestre en internat, on rencontre des personnes et ça nous permet de se recréer un réseau et de pouvoir échanger. Et je pense que le côté solitude y a joué pas mal. Au moins s'ils sont plusieurs internes de premier semestre, ils se retrouvent dans le même cas et ils peuvent tisser des liens alors qu'en cabinet médical on est seul » (MSU 4)*

Dans ces citations, le binôme pédagogique MSU 4 et MSU 5 parlent de leur interne de premier semestre qui a eu des difficultés d'adaptation durant son SN1.

En effet, selon eux, leur interne aurait trouvé le SN1 trop « anxiogène » et, ce stage n'étant pas propice à la rencontre d'autres internes avec qui elle aurait pu échanger sur ses difficultés (comme lors des stages hospitaliers), elle se serait sentie isolée. Ce sentiment d'isolement l'aurait poussé à user de son droit au remords pour changer de spécialité.

Ces deux MSU ont donc rapporté un risque d'isolement de l'interne et un risque d'usage trop précoce du droit au remords, comme nous l'avons évoqué dans « 3.3 Opinions des MSU sur la réforme à priori ».

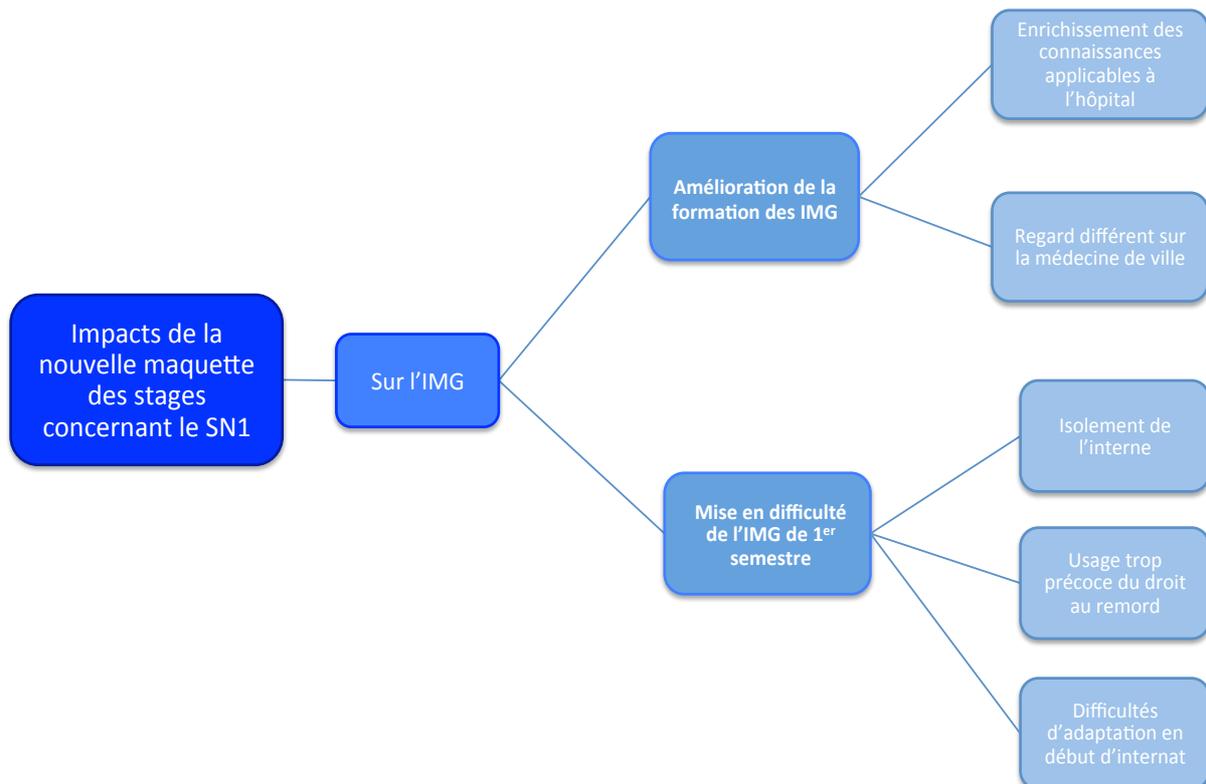


Figure 10 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur l'IMG selon le MSU

### 3.4.4 Impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur les patients selon les MSU

#### 3.4.4.1 Absence d'impact sur les patients

D'après certains MSU, leurs patients n'auraient pas été impactés par la présence de l'interne de premier semestre et n'auraient pas noté de différence avec les internes précédents :

*« Ils n'ont pas fait la différence entre un interne de premier semestre et les autres semestres... eux ils ne font pas la différence... » (MSU 7)*

### 3.4.4.2 Ressenti positif des patients

D'après la majorité des MSU, les patients semblaient satisfaits de la prise en charge de l'interne de premier semestre :

*«...sur cette interne, très positif. Même parfois quand elle n'était pas là ils étaient un peu déçus » (MSU 9)*

*«...ils sont contents de voir l'interne et après quand je les vois seul ils m'en parlent, "elle est bien"... » (MSU 1)*

Certains étaient même étonnés des compétences acquises de l'interne :

*«...quand je lui ai dit qu'il était en premier semestre, elle m'a dit « Oh il se débrouillait bien, même très bien » (MSU 10)*

### 3.4.4.3 Ressenti négatif des patients

D'après l'autre minorité de MSU (MSU 3 et MSU 6), leurs patients n'auraient pas été satisfaits de la relation médecin-patient avec l'interne de premier semestre :

*« Mais même certains patients je sentais très bien que ça ne passait pas » (MSU 3)*

Parfois, les patients auraient même été étonnés de la maladresse de l'interne :

*«...bon au début ils étaient un peu estomaqués de certaines questions c'est vrai, ou de l'ordre dans lequel le travail été organisé. » (MSU 6)*

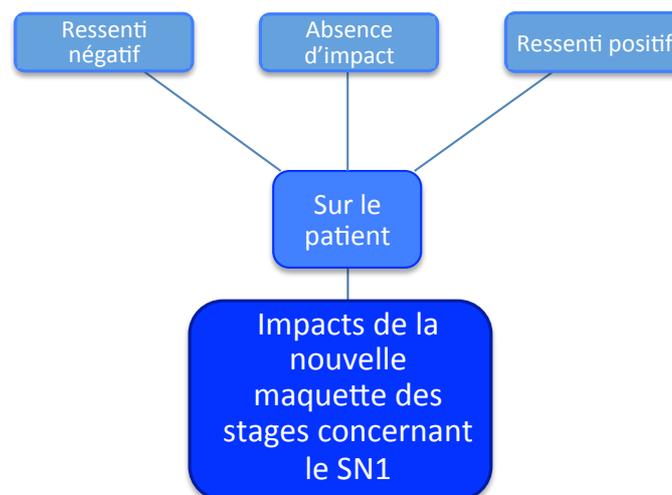


Figure 11 : Schéma analytique des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 sur les patients selon les MSU

Pour certains MSU, que l'expérience soit positive ou négative, qu'elle ait eu un impact ou non sur leur motivation et sur l'organisation de leur journée, elle **dépend de l'interne**.

La majorité des MSU semblait **satisfaite** de cette expérience, celle-ci étant **comparable** aux précédentes, contrairement à une minorité qui a exprimé son **insatisfaction** du fait des **difficultés** rencontrées.

Par conséquent, certains MSU ont gardé la **même motivation** à poursuivre leur maîtrise de stage et un MSU a avoué être **encore plus motivé**. D'autres ont exprimé leur **baisse** ou leur **possible baisse de motivation** à poursuivre cette maîtrise du stage à long terme du fait de la **pénibilité** de la **tâche à accomplir** et de la recherche d'un **aidant** plus que d'un étudiant parmi les internes. Le MSU 6 a, par conséquent, décidé **d'arrêter son activité de MSU** et le MSU 8 a exprimé son désir **d'évoluer** vers le **SASPAS** si le couplage du SN1 et du SASPAS n'était pas possible. Une **ambivalence** était parfois mise en évidence entre le « **devoir** » de continuer la maîtrise de stage et les **difficultés** de former un interne de premier semestre mais également entre **l'envie de poursuivre la maîtrise de stage avec un interne de premier semestre** et la **nécessité d'accueillir des internes en fin de cursus**.

La majorité des MSU ont gardé une **organisation identique** de leur journée de consultations et pour la plupart cela se justifiait par la **priorité du temps médical sur le temps pédagogique**. D'autres ont avoué qu'il était **plus chronophage** d'enseigner à un interne de premier semestre et qu'ils ont donc dû **aménager leur emploi du temps**. Encore une fois, pour la majorité des MSU, cela dépend plus de la **motivation** et des **compétences** de l'interne plutôt que de son niveau d'étude.

**Aucun MSU n'a noté d'impact financier.**

Alors que la **plupart** des MSU **n'a pas modifié son approche pédagogique**, les autres ont qualifié l'enseignement de **plus laborieux** et parfois **inutile** avec une approche différente du fait **d'apprentissages différents**.

**Une partie** des MSU a pu **mettre en place** les différentes **phases pédagogiques** et **atteindre** les **objectifs** du SN1 sans rencontrer de difficulté. Cela n'est pas le cas pour tous les MSU puisque certains n'ont **pas** pu passer en **supervision indirecte** ou lorsque cette supervision était mise en place, celle-ci était **trop chronophage**. Plusieurs objectifs **n'ont donc pu être atteints** comme la **gestion du temps**, **l'acquisition d'une autonomie adaptée**, **l'aptitude au remplacement en fin de SN1** et d'autres se sont dessinés comme la **réassurance de l'interne**.

A posteriori, d'après certains MSU, cette réforme aurait été **bénéfique** pour leurs internes puisqu'ils auraient **acquis de nouvelles connaissances** et qu'ils auraient pris **conscience** de la **réalité du terrain** en médecine générale. Ainsi un interne aurait exprimé vouloir **modifier sa pratique** durant ses futurs stages. Par contre, pour l'interne d'un binôme pédagogique, l'expérience aurait été **difficile** du fait du sentiment d'**isolement** dans un stage ressenti comme **anxiogène**, ce qui s'est soldé par un **droit au remords**.

Selon la **majorité** des MSU, leurs patients semblaient **satisfaits** de l'interne de premier semestre. Concernant les autres MSU, **certain**s pensaient que leurs patients n'avaient **pas fait la différence** entre cet interne de premier semestre et les internes précédents. Seulement **2 MSU** ont estimé que leurs patients n'avaient **pas été satisfaits** et certains ont même été **étonnés de la maladresse** de l'interne de premier semestre.



Figure 12 : Schéma analytique de l'ensemble des impacts de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 selon les MSU

### 3.5 Opinions des MSU concernant leur interne de premier semestre

#### 3.5.1 Niveau de connaissance des internes de premier semestre

Dans cette partie, il est important de souligner que les MSU ont tendance à confondre le niveau de connaissance et le niveau de compétence des internes ce qui peut expliquer que certains MSU ont estimé que leur interne avait un niveau adapté mais également non adapté. De plus, lorsque les MSU utilisent le terme « compétent », celui-ci ne correspond pas au terme « compétence » comme défini par la WONCA<sup>2</sup>. Il est plutôt synonyme de « performant » ou « doué ».

<sup>2</sup> WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, est l'organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

### 3.5.1.1 Niveau de connaissance adapté et comparable aux internes précédents

La majorité des MSU a estimé que le niveau de connaissance de son interne de premier semestre était similaire à celui des internes précédents et était donc satisfaite :

*«...tu vois, je n'ai vu aucune différence en connaissances, d'un stage de premier semestre et d'un autre qui arrive aujourd'hui et c'est son dernier stage. » (MSU 14)*

Le deuxième cycle des études médicales semble apporter un bon niveau théorique aux étudiants :

*« Les connaissances, les internes en ont autant que nous, même s'ils n'ont pas la même bouteille que nous. Les connaissances, ils les ont et ils les ont même plus fraîches que nous. » (MSU 10)*

De plus, certains internes avaient un « *bon esprit de synthèse* » (MSU 12) ainsi qu'un bon raisonnement clinique lorsqu'ils prenaient en charge les patients.

C'était donc « *une bonne surprise* » (MSU 11) pour ces MSU.

### 3.5.1.2 Niveau de connaissance non adapté et non comparable aux internes précédents

L'autre minorité de MSU n'a pas été satisfaite du niveau de connaissance de son interne de premier semestre :

*«...j'ai été assez surpris voir même assez catastrophé du niveau de connaissance, (...) Ils ne sont pas du tout à la hauteur...pas du tout pas du tout.(...) d'une façon générale j'ai trouvé que le niveau n'était pas très bon... voilà (MSU 7)*

Leur niveau de connaissance en prescription thérapeutique a été jugé « limite » par ces MSU comparé aux internes précédents :

*«...elle est encore un petit peu légère, en prescription thérapeutique.(...) la seule différence que j'ai trouvé c'était que les connaissances étaient peut-être un peu plus fragiles sur le plan thérapeutique » (MSU 2)*

Ils soulignent notamment des difficultés en ce qui concerne les prescriptions en médecine générale :

*«...c'était plus compliqué. Elle manquait de connaissance sur la médecine générale, et d'indication, qu'est ce qu'on met pour ce cas et à quelle dose, toutes les choses pratiques. » (MSU 15)*

Leurs méconnaissances en gestes techniques ont été pointées du doigt par un MSU :

*«...mon interne de premier semestre ne savait pas prendre une tension, n'avait jamais pris une tension... Pourquoi ? » (MSU7)*

Parfois, lorsque les connaissances étaient présentes, l'interne avait des difficultés à les mobiliser :

*«...l'utilisation des connaissances ça c'est sûre il faut les aider, il faut aller puiser dans le panier ou les choses sont rangées mais pas forcément comme il faudrait même si elles sont bien présentes dans le panier » (MSU 6)*

De plus, certains internes avaient des difficultés à développer un raisonnement clinique adéquat :

*«...parce qu'il n'était pas très pertinent dans la hiérarchisation qu'il faisait de ses hypothèses diagnostiques, parce qu'il n'était pas très pertinent dans son interrogatoire. » (MSU 7)*

### **3.5.2 Niveau de compétence des internes de premier semestre**

#### 3.5.2.1 Niveau de compétence adapté et comparable aux internes précédents

Comparé aux connaissances, les compétences des internes de premier semestre sont plus discutables pour les MSU. Une partie estime que son interne de premier semestre était compétent :

*« J'ai très vite été rassuré de part ses compétences et de par sa motivation » (MSU 9)*

*« Non à part que je trouvais qu'il était performant et qu'il avait une bonne analyse et voilà, c'était tout. » (MSU 12)*

Selon elle, le deuxième cycle des études médicales apporte un bon niveau de compétence :

*« **Sur** le plan des compétences, sur le plan de l'acquisition de la sémiologie, les bases étaient là, il n'y a pas de problèmes » (MSU 11)*

Certains internes avaient donc un niveau de compétence comparable et similaire à celui des internes précédents :

*«...aussi vite compétent que les autres (...) je n'ai pas vu la différence avec les autres internes » (MSU 9)*

*«...j'en ai un il arrive tout juste, ben c'est son dernier stage et après il est médecin. Et bien ses compétences ne sont pas plus développées chez lui que chez l'interne de premier semestre » (MSU 14)*

Certains MSU ont même été étonnés du niveau de compétence de leur interne de premier semestre :

*« Ben dans ce cas, sa compétence. Elle examinait bien, elle n'était pas perdue, ça m'a étonné, » (MSU 9)*

*« Elle est très...douée... mais non c'est vrai que ça m'a étonné (...) je ne vois pas la différence quoi par rapport aux internes précédents c'est étonnant quoi ! » (MSU 1)*

### 3.5.2.2 Niveau de compétence non adapté et non comparable aux internes précédents

*« C'est sûr qu'on les sent moins compétents, moins aguerris, moins expérimentés, plus anxieux, comme quelqu'un qui n'a pas tout le cursus hospitalier derrière lui » (MSU 5)*

Dans cette citation, le MSU justifie le manque d'expérience de son interne de premier semestre par une absence de passage au préalable en stages hospitaliers ce qui peut rentrer en contradiction avec d'autres MSU qui estiment que leurs internes avaient une pratique trop hospitalière et non adaptée à la réalité du terrain en ambulatoire :

*« Je pense qu'elle est également trop formatée par l'hôpital... Je pense qu'elle n'a pas encore pris la mesure de ce que c'est la vraie vie d'un médecin. » (MSU 7)*

*«...le problème c'est qu'ils sortent de l'externat, alors c'est vrai qu'ils sont très hospitaliers... » (MSU 3)*

*«...un Gap entre les connaissances et la mise en pratique » (MSU 13)* a été mis en évidence chez certains internes et leur manque de pratique a été pointé du doigt :

*«...c'est la pratique qui leur manque. » (MSU 8)*

De ce manque d'expérience pratique, découle :

- Un défaut d'organisation dans la consultation :

*«...elle n'avait pas de pratique c'est à dire qu'elle avait les connaissances, elle savait examiner les patients, elle ne savait pas mener la consultation ni dans le temps ni dans le déroulé » (MSU 15)*

- Un défaut d'approche globale du patient :

*«...l'interne demandait à une patiente si elle avait bien fait son frottis avant même de savoir pourquoi elle était rentrée (...) Est ce que vous avez bien fait votre micro albuminurie ? » sans savoir pourquoi le gars venait » (MSU 6)*

- Des difficultés à appréhender toute « la dimension biopsychosociale de la consultation » (MSU 7) qui s'avère être « trop compliquée » (MSU 7) pour eux.

- Un défaut de compétence professionnelle :

*«...j'ai été assez surpris voir même assez catastrophé du niveau de connaissance, du niveau de compétence professionnelle des premiers semestres. » (MSU 7)*

Ce manque de compétence et d'expérience pratique peut se justifier, pour le MSU 7, par une influence négative des ECN :

*«...quand ils me racontent ce que c'est l'ECN, ils disent bien que dès la 4<sup>ème</sup> année ils ont lâché leur études pour bosser leur ECN en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année, et que en fait c'était les mots clés qui comptaient, c'était cet espèce de goulot d'étranglement qui été hyper important pour eux parce que ça déterminait leur avenir de médecin et la démarche clinique passe... est au deuxième plan. » (MSU 7)*

Selon certains MSU, les apprentissages du deuxième cycle ne préparent pas suffisamment à l'internat, ce qui est responsable d'un fossé entre l'externat et l'internat. Ils reprochent le manque de « passerelle » entre les 2 :

*« Puisque la fac à ce souci de pédagogie, sur le plan pédagogique il y a un « gap », ça ne va pas. » (MSU 7)*

*«...il y a bien un moment où il faut se lancer dans le bain et comme il n'y a pas tout à fait de passerelle entre externe et interne.» (MSU 5)*

Pour finir, certains internes ont été comparés à des externes par leurs MSU :

*«...malheureusement le stage avec un premier semestre ressemble beaucoup plus au stage quand on nous envoyé faire un stage de sensibilisation des externes. » (MSU 6)*

### **3.5.3 Qualité de l'interne indépendante du semestre**

Pour une grande partie des MSU interrogés, le niveau de compétence de l'interne est indépendant de son semestre :

*« Mais ça n'a rien à voir les semestres », (MSU 14)*

En effet, des internes de semestre plus avancé ne semblent parfois pas plus compétents que les internes de premier semestre :

*«...Il était très bien notre premier semestre. Il était même plus opérationnel que certain deuxième ou troisième semestre. » (MSU 12)*

*«...moi y'a des gens qui était en 4<sup>ème</sup> semestre, même une SASPAS que je n'ai jamais pu mettre en autonomie » (MSU 2)*

La qualité de l'interne dépendrait plus de sa motivation et de son investissement dans le SN1 plutôt que de son niveau d'étude :

*«...ça n'a rien à voir les semestres, ça a à voir avec une espèce de motivation et d'intéressement. (...) Donc je pense que ça dépend plus de l'investissement de l'interne plutôt que de son niveau d'étude » (MSU 12)*

Un autre point serait également de sa capacité à prendre ses responsabilités :

*«...après le truc c'est de oser le faire et non pas de rester comme une vache. » (MSU 14)*

Pour certains, l'externat joue un rôle important dans la formation des étudiants et la qualité de l'interne dépendrait grandement de son cursus d'externe :

*«...Ça dépend aussi des stages qu'ils font quand ils sont externes. Est-ce qu'ils sont mis à contribution, ça je ne sais pas, ça dépend du cursus de chacun. (...) j'ai remarqué, tous ceux qui sont passés par les urgences en tant qu'externes étaient quand même plus débrouillards » (MSU 9)*

### 3.5.4 Défaut de confiance chez les internes de premier semestre

Une anxiété plus marquée chez les internes de premier semestre comparé aux internes précédents a parfois été observée par les MSU :

*« C'est sûr qu'on les sent plus anxieux » (MSU 5)*

Cette anxiété s'est, dans certains cas, traduite par la recherche systématique d'une séniorisation :

*«...dès qu'elle était face à une difficulté, elle se retournait vers moi, elle avait besoin de la séniorisation » (MSU 7)*

*«...même s'ils appellent c'est souvent pour avoir une confirmation et par la crainte de faire une erreur, c'est pour se rassurer eux. » (MSU 8)*

Pour d'autres internes, cela se traduisait par le refus d'effectuer des gestes techniques :

*«...à la fin de ses 6 mois de stage, je lui ai demandé de faire une injection intra musculaire pour un vaccin... Et bien elle a refusé car les gestes techniques elle n'en avait jamais fait, elle m'avait vu faire, et en fait l'appréhension été trop importante » (MSU 7)*

La prise de confiance s'est faite plus tardivement chez certains internes :

*«...y'a vraiment qu'à la fin du stage qu'ils se rendent compte de l'intérêt et en effet de l'autonomie et qu'ils prennent confiance en eux. (...) Des internes qui ont un peu plus de recul vont prendre confiance beaucoup plus tôt, dans le stage. » (MSU 8)*

Pour finir, le MSU 6 a soulevé la problématique du semestre. Selon lui, même si le niveau de compétence d'un interne de premier semestre peut être satisfaisant, il ne pourra égaler celui d'un semestre plus avancé, ce qui lui pose problème :

*«...c'est un bon étudiant qui sait énormément de choses, qui est dévoué, qui est rigoureusement à l'heure, qui est obsessionnel du travail bien fait, mais bon voilà il n'y a pas que ça. (...) » (MSU 6)*

Pour la **majorité** des MSU, son interne de premier semestre avait un niveau de **connaissances adapté** et **comparable** à celui des internes précédents, contrairement à une **minorité** de MSU qui estimait que soit le **niveau n'était pas adapté** (limité au niveau des prescriptions, des gestes techniques) soit les internes avaient des **difficultés à mobiliser leurs connaissances** et à établir un **raisonnement clinique**.

Il en est de même pour le niveau de compétence des internes. Certains MSU étaient **satisfaits** des **compétences** de leur interne, ne notant **pas de différence** avec leurs internes précédents et d'autres MSU ont pointé du doigt leur **manque d'expérience pratique** et leur côté **trop hospitalier** responsables d'un **défaut d'organisation, d'approche globale, d'appréhension** de la **dimension biopsychosociale** et de **compétences professionnelles**. Parfois, les internes de premier semestre étaient même comparés à des **externes**. Pour certains, la **formation** apportée aux étudiants durant le **deuxième cycle** des études médicales ne serait **pas adaptée** pour former des internes de médecine générale.

Encore une fois, selon la **majorité** des MSU, la **qualité de l'interne dépendait** plus de sa **motivation**, de son **investissement** et de son **cursus d'externe** plutôt que de son niveau d'étude **sauf** pour le **MSU 6** qui estimait que le **semestre était le problème**.

Pour finir, certains MSU ont constaté que leur interne de premier semestre était **plus anxieux** que leurs internes précédents avec une **prise de confiance** qui était parfois plus **tardive**.

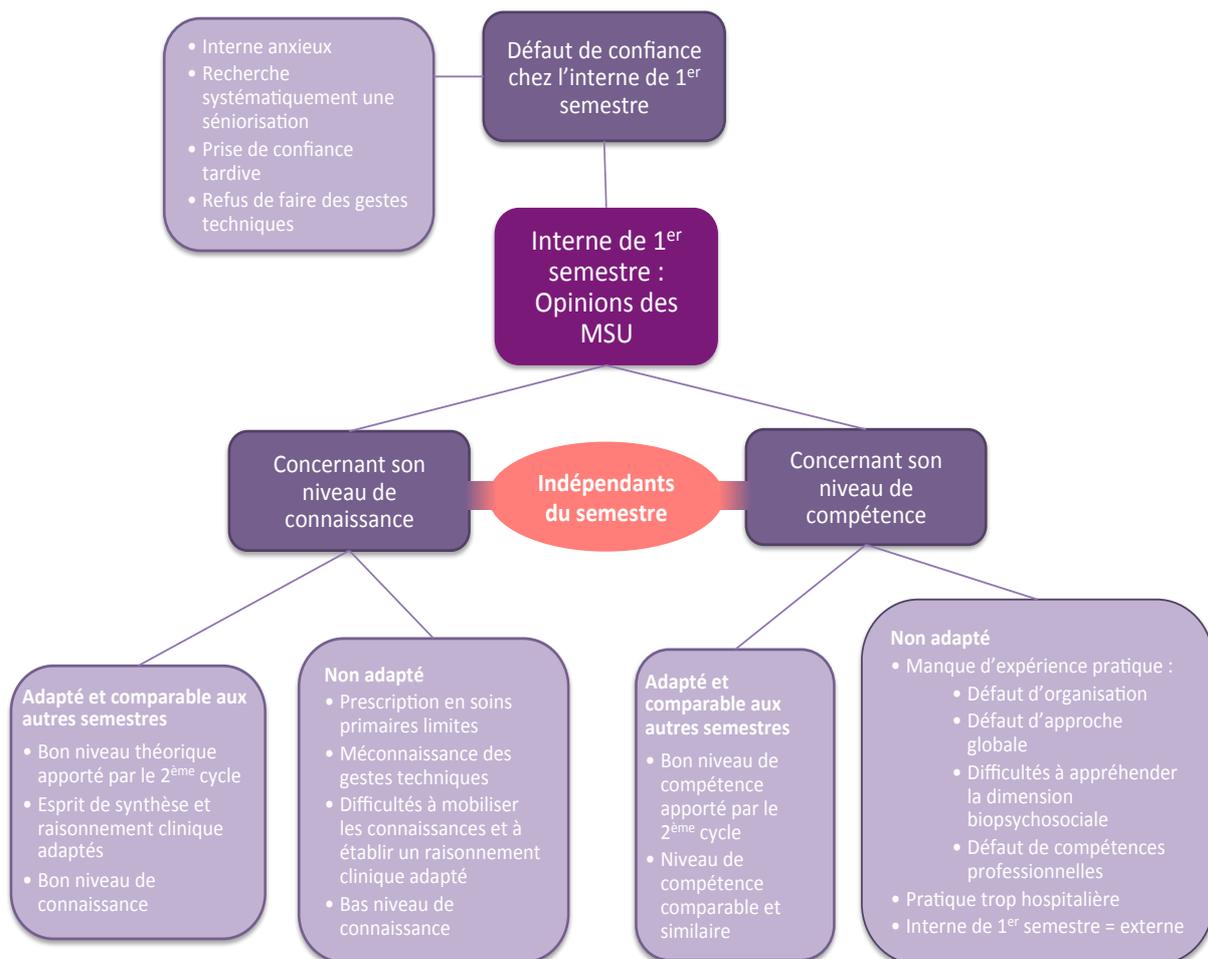


Figure 13 : Schéma analytique des opinions des MSU sur leur interne de premier semestre

# Discussion

## 1. Forces de notre étude

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion et le vécu des MSU de Gironde sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1. L'objectif secondaire était d'explorer l'opinion des MSU sur leur interne de premier semestre.

### 1.1 Étude qualitative originale

Pour répondre à notre question de recherche, la méthode qualitative est la plus adaptée. En effet, elle permet de faire émerger de nouveaux concepts non définis *a priori* et donc d'établir de nouvelles hypothèses. Elle permet également d'explorer des facteurs subjectifs comme les sentiments, les croyances et les expériences personnelles et d'étudier la plus grande diversité du sujet abordé. *A contrario*, ce type d'étude étant très subjectif, elle ne permet pas de quantifier ou de généraliser les résultats à toute une population.

Nous n'avons pas trouvé de recherche équivalente à la nôtre, cherchant à évaluer le ressenti, le vécu et l'opinion des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 via la méthode qualitative

### 1.2 Modalités de recueil des données : entretiens semi-dirigés

La réalisation d'entretiens individuels nous semblait le plus adapté pour notre sujet. Le praticien pouvait exprimer librement son ressenti, son vécu, ses craintes et partager son expérience sans avoir peur d'être jugé par d'autres MSU et sans être influencé par leurs discours comme cela peut-être le cas lors des entretiens collectifs.

Le choix d'entretiens semi-dirigés nous a paru tout à fait adapté pour obtenir les informations sur notre sujet. La question de recherche étant vaste, il était important de laisser le MSU s'exprimer tout en le guidant vers un objectif précis et sans être trop directif

### 1.3 Triangulation des données

Une triangulation des données (convergence des résultats après analyse par plusieurs chercheurs) par réalisation d'un double codage avec une autre chercheuse ayant déjà effectuée des études qualitatives a permis de renforcer la validité interne de notre étude.

Cependant, il n'y a pas eu de triangulation du recueil des données ni de la retranscription des données.

## 1.4 Échantillon satisfaisant

L'échantillon des MSU interrogés, réalisé de façon aléatoire, est satisfaisant puisqu'il compte 15 participants. Celui-ci est varié en âge, en lieu d'exercice (urbain ou rural) et en ancienneté de maîtrise de stage. Nous pouvons cependant critiquer le fait que seulement 2 femmes médecins aient été interrogées parmi les 15 MSU participants.

## 1.5 Retranscription fidèle

L'utilisation d'un enregistreur vocal sur le téléphone de l'investigatrice a permis de libérer celle-ci afin qu'elle puisse être le plus réactive possible lors des échanges avec le praticien. De plus, cela lui a permis de pratiquer une retranscription la plus fidèle possible, mot pour mot, sans transformer l'objet étudié.

## 2 Limites de notre étude : biais et difficultés rencontrées

### 2.1 Secteur géographique limité

Afin de pouvoir réaliser les entretiens en présentiel dans les cabinets médicaux des médecins interrogés et pour faciliter la réalisation des entretiens pour les MSU, nous avons décidé de limiter le secteur géographique de recherche à la Gironde. Malgré de nombreux déplacements dans différents cabinets médicaux, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des MSU de la région Aquitaine et de France.

### 2.2 Biais de sélection des participants

La sélection des participants s'est faite de manière aléatoire en essayant d'obtenir une répartition équilibrée de l'échantillon, ce qui est le cas pour l'âge, l'ancienneté de la maîtrise de stage, le lieu d'exercice mais pas pour le sexe avec une prédominance pour les hommes ce qui peut poser la question de la représentativité de l'échantillon interviewé.

De plus, nous pouvons estimer que les MSU ayant répondu positivement étaient des médecins motivés, impliqués dans la maîtrise de stage et n'ayant rien à cacher dans leur pratique de MSU.

Pour finir, devant le manque de terrain de SN1 accueillant des internes de premier semestre en Gironde du fait de la mise en place récente de la réforme, nous avons dû interroger des MSU appartenant au même binôme pédagogique. Afin de palier au biais de confusion, soit nous n'avons pas informé les MSU du même binôme qu'ils participaient à la même étude soit nous les avons informés *a posteriori*.

### 2.3 Biais liés aux entretiens

Avant de convenir d'un rendez-vous, l'investigatrice précisait par téléphone aux MSU qu'ils devaient bloquer un créneau de 30 minutes pour réaliser l'entretien et il leur était proposé de réaliser les entretiens avant ou après leur journée de consultations. Les MSU choisissaient l'heure de l'entretien. Mais, du fait de l'oubli du rendez-vous par certains MSU ou de par leur retard accumulé, la durée des entretiens était très variable allant de 12 à 33 minutes. Les entretiens de courte durée n'étaient pas propices à un bon échange avec parfois des réponses succinctes et des relances difficiles. Nous avons essayé de pallier à ce biais en augmentant le nombre d'entretiens.

### 2.4 Biais de recueil des données

Malgré une attitude voulant rester neutre et bienveillante, l'investigatrice a pu influencer le guide d'entretien <sup>(Annexe 2)</sup> et les réponses des MSU par communication verbale ou non verbale du fait de son manque d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative et de son passage en SN1 selon l'ancienne maquette.

Concernant le guide d'entretien <sup>(Annexe 2)</sup>, ce biais a tenté d'être limité par sa relecture puis par sa validation par le directeur de thèse et par la chercheuse effectuant le double codage. De plus, un entretien test auprès d'un MSU a été effectué au préalable.

Concernant les entretiens, un maximum de questions ouvertes a été posé mais du fait du manque de disponibilité de certains MSU et donc du manque de temps, certains entretiens comportaient des questions fermées. Elles ont pu donc être à l'origine de réponses erronées de la part du MSU interrogé du fait d'une mauvaise compréhension d'une question mais également de réponses induites.

De plus, les MSU ont parfois évoqués des thèmes hors sujets qui ont parasité les entretiens et l'analyse. De plus, nombreux ont été les MSU qui ont confondus les internes de niveau 1, donc en SN1 et les internes de premier semestre ce qui a rendu l'analyse compliquée. Il est de même pour l'utilisation du terme « compétence » qui n'avait pas la même définition pour tous les MSU.

Le recueil de données s'est fait sur une courte durée afin que les MSU se souviennent parfaitement de leurs appréhensions vis-à-vis de la nouvelle maquette *a priori* et de leur expérience avec leur interne de premier semestre. Le laps de temps entre les différents entretiens ne permettant pas un codage au fur et à mesure, il a donc été effectué *a posteriori*. La saturation des données a été atteinte mais si cela n'avait pas été le cas, l'investigatrice aurait dû effectuer des entretiens en plus. Le nombre important de praticiens interrogés a permis de limiter cette possibilité.

## 2.5 Biais liés à l'analyse

Le biais lié à l'analyse a pu exister suite à la perte d'informations lors de la retranscription mais également suite au codage. C'est pourquoi la retranscription a essayé d'être la plus fidèle possible, qu'un maximum de données a été encodé et qu'il y a eu un double codage de tous les entretiens.

Ce double codage a permis d'éviter le biais d'interprétation de la chercheuse qui aurait pu jouer sur l'analyse des verbatim.

## 2.6 Manque de recul sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Les MSU n'avaient pas de recul sur cette expérience puisque la réforme venait d'être mise en place. Ils pouvaient donc s'exprimer uniquement sur le seul interne de premier semestre qu'ils avaient encadré. Une étude réalisée à distance de l'application de cette réforme serait intéressante.

# 3 Discussion des résultats et confrontation avec les données de la littérature

Nous proposons de discuter des résultats de notre étude dans un premier temps en mettant en avant les inquiétudes et les craintes des MSU à l'annonce de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 que nous comparerons aux données de la littérature. Puis nous aborderons les aspects positifs de cette nouvelle maquette toujours concernant le SN1 selon les MSU. Et dans un troisième temps, nous soulèverons les aspects plus négatifs de cette dernière exprimés par les MSU.

## 3.1 Entre l'inquiétude des MSU et l'impact de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

Dans notre étude, la majorité des MSU n'a pas émis d'inquiétude à l'idée de recevoir un interne de premier semestre. Cependant, une minorité a souhaité s'exprimer sur plusieurs points que nous détaillerons.

### 3.1.1 *L'inquiétude d'une activité plus chronophage du fait d'un interne moins autonome*

Selon les thèses d'Allainmat, Foulques, Tardy<sup>(29)</sup> et de Marie Cousty<sup>(30)</sup>, l'un des principaux freins des médecins généralistes à devenir MSU est le manque de temps et la peur de perdre du temps avec un allongement du temps de consultation et du temps de travail.

Cette inquiétude est confirmée par les thèses de Nicolas Florence<sup>(23)</sup> et de Jarno Josse<sup>(24)</sup> qui retrouvent un allongement du temps de consultation des MSU recevant un interne de niveau 1 du fait d'une augmentation du temps consacré à l'éducation thérapeutique mais également à l'enseignement de l'interne.

De plus, il a été relevé un allongement de la journée de travail de 30 à 60 minutes secondaire au temps consacré au stagiaire qui s'ajoute au temps médical habituel du fait de la supervision directe de l'interne de niveau 1 (le MSU doit passer du temps à écouter l'interne, à réexaminer le patient et à confirmer les conclusions évoquées par l'interne). Cependant, lorsque l'interne passe en supervision indirecte et qu'il est donc autonome, la charge de travail du MSU diminue puisque l'interne peut consulter seul, en parallèle du MSU, ou bien le MSU peut en profiter pour accomplir, par exemple, les tâches administratives.

Concernant notre étude, plusieurs MSU ont exprimé leur inquiétude concernant leur temps de travail avec la crainte que l'activité de MSU soit d'avantage chronophage avec un interne de premier semestre qu'avec un interne de semestre plus avancé.

Cette notion est également retrouvée sur le site internet du CGELAV <sup>(25)</sup> où des MSU ont rapporté leurs inquiétudes dans les commentaires d'un post de blog. Selon eux, les internes de premier semestre seront soit moins autonomes que les internes précédents, soit ils le seront mais uniquement en fin de stage. La phase de supervision indirecte ne pourra donc pas être mise en place, les MSU ne pourront pas solliciter l'aide de leurs internes et la charge de travail du MSU risque donc d'être augmentée. L'activité en tant que MSU risque, par conséquent, d'être plus chronophage.

Concrètement dans notre étude, suite au passage de l'interne de premier semestre, la majorité des MSU n'a pas confirmé cette inquiétude et a estimé qu'il n'était pas plus chronophage de recevoir un interne de premier semestre. Elle le justifie soit parce qu'elle n'a pas noté de différence entre l'interne de premier semestre et un interne de semestre plus avancé et elle a donc pu instaurer la phase de supervision indirecte aboutissant à une autonomie satisfaisante de l'interne, soit parce que le temps médical primant sur le temps pédagogique, elle n'avait pas « le temps de laisser le stage devenir chronophage ».

Seulement quelques MSU ont affirmé qu'il était plus chronophage d'enseigner à un interne de premier semestre. En effet, ces MSU n'ayant pu mettre en place la phase de supervision indirecte et donc laisser une autonomie suffisante à leur interne, la charge de travail était plus conséquente comme démontrée dans les thèses sus-citées. Parfois, lorsque cette 3<sup>ème</sup> phase pouvait être établie, elle était plus chronophage du fait d'une sollicitation plus fréquente du MSU par son interne. Selon ces MSU, l'objectif d'autonomie n'est pas atteignable.

Cependant, il n'est pas rare que les MSU aient déjà rencontré des difficultés à instaurer une supervision indirecte avec les internes de semestre plus avancé. <sup>(31)</sup>

De plus, l'objectif d'autonomie était déjà parfois difficile à atteindre pour les internes de l'ancienne réforme du fait d'une trop brève expérience des internes en médecine ambulatoire durant leur externat. En effet, celle-ci ne leur permettait pas de travailler rapidement en autonomie durant le SN1. <sup>(32)</sup>

Concernant la nouvelle réforme, la thèse d'Elvire Haaser <sup>(28)</sup> présentée lors du congrès 2019 du CNGE confirme nos résultats concernant les difficultés à instaurer la phase de supervision indirecte et à mettre l'interne en autonomie. Dans cette étude, la mise en autonomie des internes de la phase socle a été plus compliquée que pour les internes de l'ancien régime avec une augmentation de la durée de la phase de supervision directe avant la mise en autonomie en raison du niveau de compétence de l'interne. Dans cette étude, 34% des MSU accueillant un interne de première année ont eu des difficultés à mettre leur interne en autonomie contre 17% des MSU accueillant un interne de l'ancienne maquette.

Le SN1 étant dorénavant perçu par certains MSU de notre étude comme chronophage, l'un d'entre eux a exprimé son souhait d'arrêter la maîtrise de stage du fait de la pénibilité de la tâche à accomplir, un autre a souhaité évoluer vers le SASPAS afin de travailler avec des internes de semestre plus avancé (même s'il souhaitait également continuer à encadrer des internes de premier semestre en SN1 en parallèle) et certains ont avoué qu'il était possible qu'au long terme, cette nouvelle maquette ait un impact négatif sur leur motivation à poursuivre la maîtrise de stage.

Le désir d'abandon a également été exprimé par l'un des MSU de la Loire Atlantique et de Vendée.<sup>(25)</sup>

Il est intéressant de noter dans nos résultats l'ambivalence des MSU sur plusieurs points. En effet, ils semblent être partagés entre le « devoir » de continuer leur maîtrise de stage pour la faculté et pour les internes du fait de leur engagement personnel et les difficultés non négligeables rencontrées durant le SN1 mais également entre leur envie de continuer la maîtrise de stage du fait de la tâche intéressante de former des internes de premier semestre et la nécessité pour eux de travailler avec des internes de semestre plus avancé.

Pour finir, rappelons que selon le CNGE, l'autonomisation progressive de l'interne de premier semestre reste l'un des objectifs principaux du SN1<sup>(33)</sup>. Les internes de premier semestre devraient donc être autonome à la fin de leur SN1, ce qui n'est pas le cas pour certains internes de notre étude.

Nous pouvons donc nous interroger sur le maintien de l'objectif d'autonomie à la fin du SN1 c'est à dire que l'interne soit complètement autonome à la fin de son SN1.

Mais si cet objectif est revu à la baisse, cela entraînerait t-il une modification des conditions d'obtention de la licence de remplacement ? Ceci pourrait donc retarder le remplacement pour les IMG.

### *3.1.2 L'inquiétude d'une activité plus laborieuse pour le MSU*

Certains MSU étaient inquiets de voir évoluer leur mission de MSU vers une activité plus pénible et laborieuse du fait d'être en première ligne pour former les internes et donc de devoir les « dégrossir ».

Cette inquiétude n'était pas partagée par des MSU de la Loire Atlantique<sup>(25)</sup> qui estimaient qu'ils prendraient en charge des internes de premier semestre comme les internes précédents et que leurs façons de transmettre l'information et d'échanger resteraient identiques puisque selon eux, la seule différence entre un interne de premier semestre et un interne de semestre plus avancé est son expérience et non pas son niveau de compétence et qu'au final le MSU devait s'adapter au niveau de l'interne comme stipulé dans la charte des MSU : « le MSU adaptera l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne »<sup>(33)</sup>

Dans notre étude, la plupart des MSU n'a pas modifié son approche pédagogique et a donc estimé que son activité n'avait pas été plus laborieuse :

- Soit du fait de la similitude entre l'interne de premier semestre et les internes précédents
- Soit parce que l'interne devait « rentrer dans le moule » quoiqu'il arrive
- Soit parce que le MSU a adapté sa pratique comme à son habitude.

Pour une minorité de MSU, leur activité a été qualifiée de laborieuse et de compliquée avec un enseignement différent allant au-delà de ce qu'elle devrait effectuer pour un SN1 (nécessité de reprendre les bases, enseignement plus conséquent et étalé)

Les MSU interrogés pour la thèse d'Elvire Haaser<sup>(28)</sup> ont également jugé leur semestre avec l'interne de la phase socle plus fatigant qu'avec les internes de l'ancien régime.

### *3.1.3 L'inquiétude d'un manque de « compétence » chez l'interne de premier semestre*

Quel que soit le semestre des internes, les MSU sont souvent inquiets à l'idée de recevoir un interne qui n'a pas le bagage conceptuel pour le stage ambulatoire<sup>(31)</sup>.

Il en est de même pour certains MSU de notre étude qui ont exprimé leur inquiétude concernant le niveau de compétence de leur interne et plus particulièrement leur manque de compétence. Notons que dans notre étude, les MSU utilisaient le terme « compétent » comme synonyme de « doué », ce qui ne correspond pas à la définition de la WONCA<sup>3</sup>.

La plupart des MSU était finalement satisfait du niveau de compétence de leur interne de premier semestre, celui-ci étant comparable à celui des semestres précédents.

Pour une minorité de MSU, les compétences en prescription concernant les soins ambulatoires étaient jugées limitées. La gestion du temps était non acquise pour certains internes. Les autres MSU ont plutôt pointé du doigt le manque d'expérience pratique de leur interne responsable d'un défaut d'organisation, d'un défaut d'appréhension de la dimension biopsychosociale et un manque de compétence professionnelle.

Rappelons cependant que selon la thèse de Laurence Labat<sup>(34)</sup>, la pratique ambulatoire étant complètement différente des démarches hospitalières auxquelles l'interne est habitué, à la fin du SN1, quel que soit le semestre, au moins un tiers des étudiants ne maîtrisait toujours pas la compétence en matière de prescription des traitements spécifiques aux soins primaires (les précédents stages étant effectués à l'hôpital) et avait des difficultés à gérer le temps en consultation du fait de l'absence de plafond temporel à l'hôpital. Ce travail a permis de prouver que le SN1 ne suffisait pas à l'interne pour acquérir les compétences nécessaires pour devenir un médecin généraliste compétent.

De plus, une grande partie des MSU interrogés dans notre étude estiment qu'au final la qualité de l'interne ne dépendrait pas de son semestre mais plutôt de sa motivation et de son investissement. En effet, certains internes de semestres plus avancés ne semblaient pas plus compétents que les internes de premier semestre qu'ils encadraient durant ce semestre.

Cette notion est confirmée par les MSU de la Loire Atlantique<sup>(25)</sup> qui pensent que la seule différence entre un interne de premier semestre et un interne de semestre plus avancé est son expérience et non pas son niveau de compétence.

---

<sup>3</sup> WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, est l'organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

Notons également que certains MSU de notre étude ont remarqué que, tous internes confondus, ceux ayant bénéficié d'un stage aux urgences durant leur externat ou qui ont été plus souvent sollicités dans leurs stages d'externat semblaient plus « débrouillards ».

Au vu des résultats, il serait intéressant de développer l'apprentissage des compétences spécifiques aux soins primaires durant le deuxième cycle des études médicales. De plus, il serait intéressant de revoir la maquette des stages d'externat afin d'assurer la réalisation d'un stage permettant aux externes de développer les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale ce qui pourrait éviter ce « gap » entre l'externat et l'internat.

### 3.2 Les aspects positifs de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1

#### 3.2.1 Travailler avec un interne non formaté par l'hôpital et améliorer sa formation

Dans notre étude, plusieurs MSU estiment que les internes de médecine générale acquièrent, durant leur internat, des compétences, des connaissances et des réflexes trop « hospitalo-centrés » qui ne sont pas adaptés à la médecine de ville. Selon eux, les internes sont « formatés » et « déformés » par l'hôpital et c'est pourquoi travailler avec des internes qui n'ont pas encore le cursus hospitalier derrière eux peut-être plus appréciable. Ils pourront leur inculquer les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale sans devoir leur faire « désapprendre » la pratique acquise à l'hôpital. Un MSU souligne que leur mission de MSU en sera d'autant moins pénible.

Mais il est également intéressant de noter que certains MSU estiment que leur interne de premier semestre manquait de compétence du fait de l'absence de bagage hospitalier. *A contrario*, d'autres estiment que leur interne était trop « hospitalier » du fait de sa formation d'externe.

Néanmoins, la majorité des MSU pense que leur formation n'en sera que meilleure puisqu'elle leur permettra d'avoir une approche plus globale des patients et plus humaine lors de la réalisation de leurs stages hospitaliers et dans leur pratique future.

Comme stipulé dans les résultats, il est intéressant de noter que les MSU ne sont pas favorables au formatage par l'hôpital et préfèrent recevoir des internes « *un peu plus vierges* » donc plus « malléables » afin de les faire « rentrer dans le moule » de la médecine générale. Le « formatage » par la médecine ambulatoire leur semble donc préférable.

Cet aspect positif est partagé par certains MSU de la Loire Atlantiques qui ont exprimé via le site du CGELAV <sup>(25)</sup> leur préférence à travailler avec des internes non protocolisés et non formatés par l'hôpital. Comme pour les MSU de notre étude, ils estiment que cela permettra aux internes d'avoir une meilleure formation mais également un regard de médecin généraliste sur la prise en charge des patients lors de la réalisation des stages hospitaliers.

Sur le site des MSU <sup>(18)</sup>, l'une des motivations des médecins généralistes à devenir MSU est de promouvoir la médecine générale et transmettre les compétences qui lui sont spécifiques comme l'approche centrée-patient, la gestion des pathologies les plus fréquentes en médecine générale et la complexité de la discipline ce qui va tout à fait dans le sens de cette nouvelle maquette des stages.

En parcourant la littérature, nous nous sommes aperçus que l'ISNAR-IMG<sup>(35)</sup> avait déjà souligné le problème de la formation trop hospitalo-centrée des IMG et selon eux, il était essentiel de sortir du paradigme de cette formation très hospitalo-centrée. C'est notamment pour cette raison que la nouvelle maquette avait été décidée. En effet, selon l'ISNAR-IMG, le DES de Médecine générale devait s'orienter vers de la médecine ambulatoire et l'apprentissage de la pratique de cette spécialité devait être le plus précoce afin d'offrir une formation plus professionnalisante.

De plus, d'après le communiqué du CNGE<sup>(36)</sup> les internes seraient mieux formés à leur futur métier lors des stages ambulatoires. Ce constat est partagé par les internes et les enseignants de médecine générale puisqu'il s'agit d'une spécialité dont l'exercice est ambulatoire.

Il est intéressant de souligner que selon la thèse de Marion Michel<sup>(15)</sup>, parmi les IMG favorables à la réalisation précoce du SN1, 76,8% le justifiaient par l'envie de prendre conscience plus tôt du rôle du médecin généraliste.

D'après certains MSU de notre étude, cette réforme aurait eu l'effet escompté puisque leurs internes de premier semestre auraient acquis de nouvelles connaissances utiles pour leur future pratique hospitalière et auraient pris conscience de la réalité du terrain en médecine générale. Un interne aurait même exprimé son souhait de prendre en compte cette expérience afin de modifier sa pratique médicale et prendre du recul sur les situations hospitalières.

### *3.2.2 La multiplication des stages ambulatoires favorise l'installation des internes*

Dans notre étude, seulement 2 MSU pensaient que cette nouvelle réforme pouvait motiver les internes de médecine générale à s'installer.

Cette pensée était également partagée par des MSU de la Loire Atlantique et de Vendée<sup>(25)</sup>.

Et en effet, comme le montre l'étude de l'ISNAR-IMG intitulée Impact du DES de MG sur l'installation des jeunes MG<sup>(37)</sup>, la finalité de la réforme est d'attirer les jeunes médecins vers le secteur libéral. Cette étude publiée par l'ISNAR IMG en 2020 compare les projets d'installations des internes de TCEM3 et des internes non thésés ayant terminés leur DES en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés.

Il est retrouvé que chez « les internes de TCEM3 » et « le groupe internat finit non thésé », le taux de projet d'installation passe de 69% chez ceux ayant effectué un seul stage ambulatoire à 89 % chez ceux ayant effectué 3 stages ambulatoires.

De plus, 29% ayant réalisés un seul stage en ambulatoire souhaitent s'installer dans les 3 ans suivant le DES contre 42% qui ont réalisé 3 stages ambulatoires.

Pour finir, selon le communiqué du CNGE<sup>(36)</sup>, favoriser les stages en milieu ambulatoire est une mesure reconnue pour augmenter les installations.

### *3.2.3 Confirmation du choix de spécialité et valorisation de la médecine générale*

Dans notre étude, certains MSU pensent que cette nouvelle maquette des stages promeut la médecine générale en permettant d'orienter les futurs internes vers cette spécialité mais également en valorisant cette spécialité auprès des autres médecins spécialistes.

En effet, il a été démontré dans l'étude Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale de l'ISNAR-IMG <sup>(35)</sup> que nombreux étaient les internes qui décidaient de faire un DESC avant même d'avoir réalisé leur SN1 et que suite à la réalisation du SN1, le pourcentage d'internes souhaitant réaliser un DESC passait de 24% à 18%. Donc la fuite vers les DESC s'expliquerait par le manque d'information des étudiants qui n'accèdent pas encore à leur stage de médecine générale.

*A contrario*, dans notre étude, certains MSU ont exprimés leur crainte d'usage trop précoce du droit au remords suite à la réalisation du SN1, ce stage ayant le désavantage de procurer un sentiment d'isolement à l'interne puisque ce dernier ne peut échanger qu'avec ses MSU et non pas avec d'autres internes comme c'est le cas dans les stages hospitaliers.

Et pourtant, 55% des internes sont favorables à la réalisation précoce du SN1 afin de savoir si la médecine leur plait (pour 84,8% d'entre eux).

Donc en effet, comme souligné par nombreux MSU dans notre étude, réaliser précocement son SN1 permet à l'interne de confirmer son choix de spécialité mais il faut être vigilant à l'utilisation trop précoce du droit au remords.

### *3.2.4 Un stage moins anxiogène pour les internes de premier semestre*

Selon notre étude, certains MSU estimaient que le SN1 était moins anxiogène pour les internes de premier semestre que les stages hospitaliers, étant plus encadrés dans le SN1 avec des responsabilités moindres, travaillant en binôme avec le MSU contrairement à l'hôpital où l'encadrement n'est pas toujours adapté, laissant parfois l'interne prendre seul des décisions. *A contrario*, plusieurs MSU estimaient que le SN1 n'était pas adapté pour les internes de premier semestre, étant jugé trop dense, trop complexe, plus anxiogène que des stages hospitaliers du fait de la solitude de l'interne avec ses MSU.

Cependant selon la thèse de Antoine Le Tourneur et Valérie Komly <sup>(38)</sup>, le SN1 est moins pourvoyeur de syndrome d'épuisement professionnel avec un taux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation moins élevés et un taux d'accomplissement personnel plus élevé (45,9% des IMG en ambulatoire n'ont aucun score morbide contre 39,7% en hospitalier). De plus, les IMG en stage ambulatoire sont moins stressés par leur travail, ont une hygiène de vie plus saine en consacrant plus de temps à leurs loisirs et entourage (4,7% des IMG en stage ambulatoire présentent les 3 scores morbides qui sont le score de dépersonnalisation, le score d'épuisement émotionnel et le score d'accomplissement personnel bas contre 7,3% en stages hospitaliers et 8,5% aux urgences).

Ceci est confirmé par la thèse de Camille Boisard <sup>(39)</sup> qui conclut que par rapport aux stages ambulatoires (SN1 et SASPAS), les stages de médecine adulte, de pédiatrie, d'urgences et les stages libres sont significativement associés à une augmentation du risque d'épuisement émotionnel. De plus, les stages en médecine adulte et aux urgences sont significativement associés à une augmentation du risque de dépersonnalisation et les stages en médecine adulte et les stages libres sont associés de manière significative à une augmentation du risque d'accomplissement personnel bas.

De plus dans la thèse de Carole Brou<sup>(40)</sup> traitant du vécu des internes de médecine générale de la première année d'internat suite à la réforme du troisième cycle, les internes estiment manquer de supervision durant les stages hospitaliers et expriment une souffrance secondaire à la prise brutale de responsabilités à laquelle ils ne sont pas préparés avec manque de supervision et de surcharge de travail.

Ainsi, nous pouvons conclure que le SN1 est moins anxiogène pour les internes de premier semestre que les stages hospitaliers et que débiter sa maquette des stages par ce stage ambulatoire est probablement plus bénéfique pour eux.

### *3.2.5 Une possible amélioration de la communication entre les médecins généralistes et l'hôpital*

Cette notion est très importante puisqu'en débutant son internat par le SN1, l'IMG prend conscience du rôle central que joue le médecin généraliste dans la prise en charge des patients en ville. Il pourrait ainsi, à son échelle, améliorer la communication entre la ville et l'hôpital en tenant compte du médecin généraliste dans les prises en charges des patients au cours d'hospitalisation. De plus, l'interne pourrait véhiculer l'information à l'hôpital que les moyens en ambulatoire ne sont pas les mêmes qu'à l'hôpital, ce qui peut parfois expliquer des prises en charges incomprises par les praticiens hospitaliers.

Nous avons également retrouvé cette opinion chez certains MSU de la Loire Atlantique et de Vendée<sup>(25)</sup> qui pensent que la communication entre la ville et l'hôpital sera améliorée grâce à l'interne car celui-ci appellera plus souvent les médecins traitants des patients hospitaliers et essaiera de rédiger les courriers de sorties dans les délais afin que le médecin traitant puisse prendre rapidement le relais en ville.

Au moment de l'écriture de cette thèse, aucune donnée concernant une possible amélioration de la communication entre les médecins de ville et l'hôpital n'a été retrouvée dans la littérature. Et pourtant il s'agit d'une information importante car si tel est le cas, nous pourrions espérer une meilleure prise en charge des patients aussi bien en ambulatoire qu'à l'hôpital et une meilleure entente entre les différents praticiens car en effet, comme retrouvé dans la thèse d'Elodie Coujard De Laplanche<sup>(41)</sup> : « les médecins généralistes ne se sentent pas reconnus par les praticiens hospitaliers qui sont la plupart du temps injoignables ».

## **3.3 Les Aspects négatifs de la nouvelle maquette des stages concernant le SN1**

### *3.3.1 Une réforme vécue comme imposée*

Quelques MSU dans notre étude ont affirmé avoir été informés de l'existence et de la mise en place de la nouvelle réforme. Parmi eux, certains le justifient par leur assiduité à suivre les formations de MSU proposées par le DMG. Mais la majorité des MSU de notre étude affirment avoir été peu voire non informés. Dans cette catégorie de MSU, il y a ceux qui avouent ne pas s'y être intéressés, ne se sentant pas concernés, et il y a ceux qui reprochent au DMG un manque de communication, un défaut d'information et une absence de concertation au préalable.

Un MSU a affirmé avoir été tenu informé de l'arrivée de son interne de premier semestre par son interne du semestre précédent.

C'est pourquoi, pour certains, cette réforme a été vécue comme imposée avec le sentiment d'être victime d'un système administratif vertical descendant avec l'obligation d'appliquer cette nouvelle réforme « venue d'en haut » sans avoir été concerté au préalable.

En effet, ces MSU ont l'impression qu'il existe un fossé entre eux et le DMG et que ce dernier ne tient pas compte des besoins et des envies des MSU sur le terrain (rechercher un aidant dans les internes par exemple).

Les médecins interrogés dans la thèse d'Elodie Coujard De Laplanche <sup>(41)</sup> estiment que le fonctionnement du DMG est calqué sur celui des hospitalo-universitaires et « ils ne voient pas pourquoi ils s'impliqueraient dans une organisation qui les méprise ».

Dans notre étude, nous n'avons pas toutes les données concernant le niveau d'assiduité des MSU à suivre les formations de MSU délivrées par le DMG. Certains MSU ont avoué suivre ces formations mais ce n'est pas le cas de tous. Quoiqu'il en soit, quelques MSU ont souligné manquer de temps pour suivre ces formations. Il serait peut-être donc intéressant de discuter d'un autre moyen de communication afin que les MSU se sentent plus écoutés et plus impliqués dans leur activité de MSU.

### *3.3.2 Une formation hospitalière pré requise pour acquérir de l'expérience*

Les internes de première année de DES de Médecine Générale ont exprimé leur regret de ne pouvoir commencer leur internat par le stage de médecine polyvalente <sup>(40)</sup>. Ils auraient souhaité réaliser le stage des urgences ou de médecine polyvalente puis le SN1 en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> semestre. Ils avaient le sentiment d'être mal préparés pour débiter leur DES et dénonçaient un fossé entre l'internat et l'externat.

Ce sentiment est également partagé par certains MSU de notre étude qui estimaient que les apprentissages du deuxième cycle ne préparaient pas suffisamment les étudiants à l'internat, ce qui était responsable d'un fossé entre l'externat et l'internat. Ils reprochaient donc un manque de « passerelle » entre les 2.

En effet, bien que plusieurs MSU aient été satisfaits des connaissances et des compétences de leur interne de premier semestre, n'ayant noté aucune différence avec les internes de semestre plus avancés, quelques MSU n'étaient pas satisfaits et estimaient qu'une formation hospitalière au préalable était nécessaire pour que les internes acquièrent de l'expérience, de la pratique, de l'autonomie et de la confiance afin que le SN1 leur soit plus profitable et qu'ils puissent avoir le « bagage » pour pouvoir aborder correctement toute la dimension bio-psycho-sociale de la médecine générale et être plus à l'aise sur les potentielles urgences. Un MSU a rapporté que du fait d'un manque de confiance et de pratique, son interne de premier semestre recherchait systématiquement une séniorisation et par conséquent le stage demandait plus de temps pour le MSU.

Certains MSU de la Loire Atlantique et de Vendée <sup>(25)</sup> pensent également que le SN1 serait plus profitable aux internes en fin de cursus car il leur permettrait de remettre dans l'ordre les connaissances et les compétences accumulées tout au long du cursus.

Il est intéressant de souligner que les internes partageaient cette opinion puisque ceux ayant terminé leur stage d'urgences se sentaient plus autonomes et ce de façon plus rapide et plus assurée du fait d'avoir géré des situations graves <sup>(40)</sup>

Mais il est également intéressant de rappeler que les internes de l'ancien régime appréhendaient de réaliser le SN1, ne se sentant pas suffisamment préparés ou compétents en médecine générale du fait de leur formation hospitalière. <sup>(42)</sup>

Nous pouvons donc nous interroger sur l'intérêt de réaliser des stages hospitaliers au préalable puisque la pratique hospitalière n'est pas adaptée à la pratique ambulatoire. Ces stages pourraient apporter aux internes de l'expérience mais en aucun cas des compétences nécessaires à la médecine générale et c'est d'ailleurs pourquoi la nouvelle maquette des stages du DES de médecine générale s'oriente vers l'ambulatoire avec la multiplication des stages en milieu ambulatoire. Cependant nous pourrions proposer la réalisation d'un stage « passerelle » entre l'externat et l'internat qui se réaliserait en ambulatoire afin de préparer les nouveaux internes de médecine générale au SN1.

### *3.3.3 Réalisation précoce du SN1 non adaptée pour l'exercice en milieu rural avec la nécessité d'accueillir des internes proches de l'installation*

Un MSU dans notre étude a soulevé la problématique de l'exercice en milieu rural avec la désertification médicale. Selon lui, il est plus important de faire découvrir ce secteur à des internes en fin de cursus et donc potentiellement plus proche de l'installation plutôt qu'à des internes de premier semestre qui vont découvrir la médecine générale et qui ne sont pas encore sensibles au discours d'installation.

Or, comme l'ISNAR-IMG l'a démontré, <sup>(35)</sup> le taux de projet d'installation chez les internes augmente en passant de 16,3% avant la réalisation du SN1 à 26,2% après la validation du SN1.

De plus, 10 % des internes non thésés ou en cours de DES n'ayant effectués aucun stage en zone rurale projettent de s'installer, contre 86% chez ceux en ayant effectué 3. 7% des jeunes généralistes n'ayant réalisé aucun stage en zone rurale se sont installés en zone rurale contre 43% de ceux ayant réalisé deux stages en zone rurale. <sup>(37)</sup>

Ces études démontrent bien que la réalisation de stages en ambulatoire favorise le projet d'installation chez les internes et la réalisation de stage en milieu rural favorise le projet d'installation dans ce secteur.

La réforme devrait donc favoriser l'installation en libéral des jeunes médecins généralistes, ce qui est également vrai pour le secteur rural.

### *3.3.4 Risque de mise en difficulté des internes de premier semestre lors des stages « remplacements cachés »*

Le remplacement caché se définit pour les internes par <sup>(31)</sup> :

- peu ou pas de rétroaction entre l'interne et son MSU
- l'interne consulte sans la présence du MSU (ni joignable, ni mobilisable)
- l'interne réalise de nombreuses consultations durant la journée
- la présence de l'interne arrange le MSU notamment durant son absence, ses vacances et les vacances des collègues pour réaliser leurs visites à domicile et les urgences de la journée.

Il s'agit d'une situation souvent dénoncée par les internes <sup>(31)</sup>. En effet, selon la thèse de Marie Obisi <sup>(32)</sup>, le nombre de ces situations n'est pas négligeable puisqu'elle concerne 25,5% des internes. Cette situation a mis en difficulté les internes de cette étude en raison de leur manque d'expérience. De plus, leurs compétences ne leur permettaient pas de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en consultation. Il faut savoir que dans le SN1, le MSU engage sa responsabilité sur les actes effectués par l'interne, l'interne engage également sa responsabilité et le patient est exposé à un risque pour sa santé.

Dans notre étude, plusieurs MSU ont exprimés leur inquiétude vis-à-vis des terrains de stage considérés comme des « remplacements cachés ». Ce type de stage peut mettre en difficulté les internes et nuire à leur formation. Les internes dénonçant ce type de pratique étaient en semestre plus avancé avec un bagage hospitalier et une expérience que les internes de premier semestre n'ont pas.

Ceci peut donc poser un réel problème pour ces internes si ces terrains de stages perdurent.

### *3.3.5 Risque de perdre de potentiels remplaçants*

L'une des principales motivations des médecins généralistes à devenir MSU est de trouver un remplaçant. <sup>(29)</sup>

La plupart des médecins généralistes et notamment ceux installés depuis plus de 25 ans en zone rurale, voient en la maîtrise de stage un moyen efficace de trouver un remplaçant ou un associé. <sup>(43)</sup>

Dans notre étude, le MSU 8 a clairement exprimé son souhait de trouver parmi les internes qu'il encadre de futurs associés pour le secteur rural.

Cependant, certains MSU ont souligné que faire débiter les internes de médecine générale par le SN1 risquerait de leur faire perdre de potentiels remplaçants.

En effet, habituellement, les internes remplaçaient rapidement après la validation du SN1 même si leur internat n'était pas terminé puisque pour avoir sa licence de remplacement il suffisait d'être inscrit au DES de Médecine Générale et avoir validé 3 stages dont le SN1. <sup>(44)</sup>

Mais avec cette nouvelle maquette des stages, plusieurs problèmes ont été soulignés par certains MSU :

- Les internes risquent de perdre contact avec les MSU du SN1 du fait de la réalisation précoce du stage et vont potentiellement créer de nouveaux liens avec d'autres médecins généralistes qui chercheront également des remplaçants.
- Les internes devront encore valider 2 stages à l'hôpital avant de pouvoir pratiquer des remplacements. Leurs connaissances en médecine ambulatoire risquent d'être moins « fraîches » et il leur sera plus difficile de revenir remplacer en médecine générale.
- Certains internes ne sont pas aptes au remplacement à la fin du SN1 contrairement aux internes de semestre plus avancé.

Aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée permettant de confirmer ou d'infirmer cette crainte.

#### 4 Perspectives

L'une des limites de notre étude est le manque de recul des MSU sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1 et sur les internes de premier semestre de façon générale. En effet, les entretiens ayant été réalisés précocement après la mise en place de la réforme, les MSU se sont exprimés uniquement sur leur seul interne de premier semestre et après seulement 6 mois d'expérience. Dans notre étude, nombreux sont ceux ayant pointé de doigt cette limite. Au final, une grande partie des MSU n'a pas noté de différence entre encadrer un interne de premier semestre et encadrer un interne de semestre plus avancé, ce qui est plutôt encourageant. Souvent, les MSU estimaient que le déroulement du SN1 dépendait de l'interne, de sa motivation et de son investissement, plus que de son niveau d'étude puisque certains internes de semestre plus avancé n'étaient pas plus compétents que les internes de premier semestre.

*A contrario*, d'autres MSU reprochaient à leur interne un manque de compétence, d'expérience et de connaissance. L'autonomisation était donc plus compliquée à mettre en place et le stage en était plus chronophage ce qui n'est pas étonnant puisque plusieurs études estimaient que si l'interne ne pouvait être mis en autonomie, le stage devenait plus chronophage<sup>(23)(24)</sup>. Cette notion a également été retrouvée dans la thèse d'Elvire Haaser.<sup>(28)</sup>

Il serait donc intéressant d'interroger de nouveau les MSU de Gironde, à distance de la mise en place de la réforme du troisième cycle afin qu'ils puissent échanger sur plusieurs expériences avec des internes de premier semestre pour confirmer ou infirmer ces résultats.

De plus, il serait intéressant d'explorer le point de vue des internes de Gironde afin de les comparer à ceux de leurs MSU. Quelques études ont déjà traité de ce sujet<sup>(15)(40)</sup> avec des avis partagés (favorable à la réalisation précoce du SN1, mais également regret de ne pas commencer la maquette des stages par un stage de médecine polyvalente). Il serait donc pertinent de tenir compte de ces résultats et de les comparer à ceux des internes de Gironde.

Puis, concernant les internes. Certains MSU de notre étude ainsi que ceux de l'étude de Laurence Labat<sup>(34)</sup> ont souligné un défaut de compétence chez leurs internes, aussi bien en premier qu'en semestre plus avancé, en matière de prescription des traitements spécifiques en soins primaires ainsi qu'en matière de gestion du temps en consultations. En effet, que ceux soient les internes de l'ancien régime ou ceux du nouveau régime, leur pratique, avant la réalisation du SN1 est exclusivement hospitalière, ce qui n'est pas adaptée pour la médecine générale.

De plus, l'influence négative des ECN sur les internes et notamment sur leur formation pratique a été dénoncée dans notre étude (comme par exemple se concentrer sur les connaissances théoriques et abandonner l'apprentissage de la pratique).

Il serait donc intéressant de développer l'apprentissage des connaissances et des compétences spécifiques en médecine générale durant le deuxième cycle (comme c'est le cas pour les autres spécialités) via des enseignements théoriques (avec par exemple l'apprentissage des thérapeutiques et des prescriptions en soins primaires) et la réalisation d'un stage en ambulatoire afin que les futurs internes de médecine générale soient mieux préparés pour aborder leur SN1.

Concernant la réalisation d'un stage en médecine de ville, celui-ci a déjà été instauré suite à l'arrêté du 04 mars 1997 <sup>(45)</sup> rendant obligatoire la réalisation d'un stage chez le médecin généraliste durant l'externat mais devant le manque de terrain de stage, tous les externes ne pouvaient y accéder. <sup>(46)</sup>

Le nombre de MSU encadrant les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle ayant augmenté de 14,6% entre 2018 et 2019, nous pouvons donc espérer que tous les externes pourront réaliser ce stage. <sup>(47)</sup>

Devant cette hausse des MSU, on pourrait également envisager, pour les externes ayant choisi la médecine générale comme spécialité aux ECN, la réalisation d'un stage chez le praticien comme dernier stage d'externat. Ceci pourrait permettre de pallier au fossé ressenti par les MSU et par les internes entre « l'externat » et « l'internat ». Ceci pourrait également permettre aux MSU n'ayant pas réussi à autonomiser leur interne de premier semestre, d'instaurer de nouveau la phase de supervision indirecte et donc de pallier à la chronophagie qu'ils dénoncent dans notre étude.

Pour finir, concernant la communication entre le DMG et les MSU. Les MSU suivant de façon assidue les formations de MSU proposées par le DMG ne semblent pas avoir ressenti un défaut d'information et de communication de la part du DMG. *A contrario*, la majorité des MSU de notre étude se sont plaint d'un manque de communication, d'information et de concertation avant prise de décision de la part du Ministère. Parmi ces MSU, certains ont avoué ne pas se sentir concernés par cette réforme, ce qui explique leur défaut d'information, mais d'autres ont affirmé avoir été tenu à l'écart et donc avoir été peu voire non informés par le DMG. Et parmi ces MSU, il y a ceux qui avouent ne pas participer aux formations en raison d'un manque de temps et ceux qui ont l'impression que leurs demandes ne sont pas prises en compte par le DMG, qu'ils ne sont que très peu associés aux décisions prise par les « décideurs » et qu'ils doivent donc appliquer les demandes « venues d'en haut ».

Il serait donc intéressant d'améliorer la communication entre le DMG et les MSU afin que les prochaines décisions soient mieux acceptées par les MSU. Des réunions locales, organisées par le CGEA, pour échanger avec les MSU existent déjà mais nous pourrions proposer de multiplier ces réunions locales sur le terrain afin de faire le point avec eux sur leurs besoins et leurs envies comme c'est le cas pour les internes.

## Conclusion

L'observation de la satisfaction globale des MSU de Gironde est encourageante pour cette nouvelle maquette des stages à propos du SN1.

Concernant les MSU, plusieurs d'entre eux ont exprimé leurs inquiétudes sur l'amplification de leur temps de travail avec la crainte d'une activité plus chronophage et plus laborieuse secondaire à l'encadrement d'un interne moins autonome et moins « compétent », mais finalement la majorité des MSU n'a pas confirmé cette inquiétude ce qui est encourageant. Cependant, certains MSU ont tout de même évoqué leurs difficultés à encadrer leur interne de premier semestre du fait de son manque d'autonomie et de compétences avec l'impossibilité de mettre en place la phase de supervision indirecte ce qui a eu des répercussions sur la qualité et le temps de travail du MSU même si souvent cet impact était jugé interne dépendant plutôt que semestre dépendant. Il est cependant important de tenir compte de ces résultats puisqu'il pourrait être responsable de l'abandon de la maîtrise de stage par certains d'entre eux. De plus, l'acquisition d'une autonomie suffisante en fin de SN1 par l'interne de premier semestre n'ayant pas été atteinte par certains internes de notre étude, nous pouvons nous interroger sur le maintien de cet objectif. Si ce dernier est revu à la baisse, cela pourrait avoir un impact négatif sur les MSU et sur la pratique future de l'interne comme par exemple la non-délivrance d'une licence de remplacement par le conseil de l'ordre.

Un point important de notre étude à mettre en évidence est que certains MSU ont souligné que travailler avec des internes qui ne sont pas encore passés par l'hôpital durant leur internat et qui n'ont donc pas encore acquis les réflexes hospitalo-centrés est appréciable. Ils pourront donc les « formater » selon un modèle libéral plutôt qu'hospitalier ce qui leur semble préférable.

Concernant les internes, pour la majorité d'entre eux leur niveau de compétence était comparable à celui des internes précédents. Néanmoins, une minorité semblait être en difficulté en raison d'un manque d'expérience pratique et d'un niveau de compétence en thérapeutique de soins primaires jugé insuffisant. Ceci pourrait être amélioré par l'apprentissage des compétences spécifiques aux soins primaires et par la réalisation obligatoire d'un stage en ambulatoire dès le deuxième cycle des études médicales.

Un thème important a été abordé : celui des stages considérés comme des « remplacements cachés ». Il faut rester vigilant vis-à-vis de ces stages qui risquent de mettre en difficulté les internes de premier semestre, comme cela a été le cas pour les internes de semestre plus avancé, avec la mise en danger de l'interne mais également des patients.

L'aspect positif de cette réforme est qu'elle permet aux internes de réaliser précocement le SN1 ce qui leur permettra de confirmer ou d'infirmer leur choix de spécialité. Ceci pourrait également permettre d'éviter la « fuite » des internes de médecine générale vers d'autres spécialisations. De plus, ce stage semble être moins anxiogène que les stages hospitaliers. Il faut tout de même rester vigilant sur le risque d'usage trop précoce du droit au remords dans le cas où le SN1 ne se déroule pas dans de bonnes conditions.

Concernant la médecine générale, cette réforme a pour objectif de favoriser l'installation des IMG en libéral en multipliant le nombre de stage ambulatoire et cela passe par la réalisation du SN1 en première année d'internat et celle du SASPAS en dernière année. Cependant, le problème du secteur rural a été abordé avec la nécessité d'attirer des internes en fin d'internat qui sont plus proche de l'installation et donc susceptibles de s'installer plus rapidement, le



## Bibliographie

1. CNGE. Historique du CNGE [Internet]. CNGE. [cité 2012 mai 14]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/historique\\_du\\_cnge/](https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/)
2. République française. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Légifrance. 2004 [cité 07 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&categorieLien=id>
3. République française. Décret n°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Légifrance. 1997 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000749984>
4. Gay B, Demeaux J-L, Ducos G, Durieux W, Joseph J-P, Lemasson J-L et al. Livret du MSU [Internet]. 2016 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/livret\\_du\\_msu.pdf](https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/livret_du_msu.pdf)
5. République française. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [Internet]. Légifrance. 2016 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
6. République française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Légifrance. 2017 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>
7. République française. Arrêté relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Légifrance. 2017 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/content/download/127135/987667/version/1/file/Arr%C3%AAt%C3%A9+R3C+maquettes+.pdf>
8. République française. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômés d'études spécialisées de médecine [Internet]. Légifrance. 2010 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=id>
9. ISNAR-IMG. Devenez Maître de stage! [Internet]. ISNAR-IMG. 2016 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/devenez-maitre-de-stage/>
10. ISNAR-IMG. La réforme du troisième cycle en trois minutes (ou presque) [Internet]. ISNAR-IMG. 2017 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
11. ISNAR-IMG. La réforme du troisième cycle en trois minutes (ou presque) Avril 2017 mise à jour Juillet 2018 [Internet]. ISNAR-IMG. 2018 [cité 08 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180116-R3C-en-3-min-janvier-2018.pdf>

12. C. Attali, P. Bail, et al. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. CNGE. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Marguerite\\_MEDECINE\\_GENERALE\\_1909.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf)
13. Allenn J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice : the role of de GP and core competencies. Br J Gen Pract. Jun 2002;52(479) :526-7.
14. ANEMF, ISNAR-IMG. Réforme du troisième cycle : Pour une formation améliorant l'attractivité de la Médecine Générale [Internet]. ANEMF ISNAR-IMG. 2017 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/170321-Communiqué-ANEMF-ISNAR-IMG-R3C.pdf>
15. Michel M. Opinion des internes de MG de Paris Diderot sur le stage ambulatoire de niveau 1 réalisé précocement au cours de l'internat. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot – Paris 7; 2019.
16. ISNAR-IMG. Stages ambulatoires [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/stages-ambulatoires/>
17. République française. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [Internet]. Légifrance. 2004 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=74F04B6750EE1E0C16D6E88561B29CC0.tplgfr41s\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000381745&dateTexte=20040807](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=74F04B6750EE1E0C16D6E88561B29CC0.tplgfr41s_2?cidTexte=JORFTEXT000000381745&dateTexte=20040807)
18. CNGE, CGEA. Médecins MSU - Bordeaux : les stages - Niveau 1 stage chez le praticien [Internet]. CNGE CGEA ; 2015-2018 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.medecinmsu.fr/devenir-maitre-de-stage-des-universites-bordeaux/les-stages>
19. Taha A, Renard V. Poursuite de la progression du nombre de maîtres de stage des universités de médecine générale [Internet]. 2018 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/cp\\_cngesnmg\\_ju\\_in\\_2018\\_poursuite\\_de\\_la\\_progression/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnmg_ju_in_2018_poursuite_de_la_progression/)
20. CNGE. L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4<sup>e</sup> année du DES de médecine générale – Une solution attractive forte pour l'exercice dans les territoires [Internet]. CNGE. 2019 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/cp\\_cnge\\_laugmentation\\_du\\_nombre\\_de\\_msu\\_va\\_permettre/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettre/)
21. CNGE. « Je souhaite devenir maître de stage universitaire, que dois-je faire ? » [Internet]. CNGE. 2012 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_formation/devenir\\_maitre\\_de\\_stage\\_des\\_universites/](https://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/)
22. République française. Arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Légifrance. 2011 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/6/27/ETSH1117776A/jo/texte>
23. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2014.

24. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue systématique et méthodique de littérature. Thèse de médecine, Brest: Université de Brest – Bretagne Occidentale; 2011.
25. CGELAV. Réforme du DES de MG [Internet]. CGELAV. 2015 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.cgelav.fr/2015/02/19/reforme-du-des-de-mg/>
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
27. De Chanaud N. IV. Etude Qualitative [Internet]. LEPCAM. [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id\\_quali/](https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/)
28. Haaser E, Noël F, Paquet S, Kovaleff A. Déroulement et vécu du stage chez le praticien de niveau 1 selon le semestre de réalisation : le point de vue des maîtres de stage. 3<sup>ème</sup> journée du 19<sup>e</sup> congrès national du CNGE. 29 Novembre 2019 ; Nantes
29. Allainmat J, Foulques M, Tardy A. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage : étude auprès de 382 médecins du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2014.
30. Cousty M. Motivations et freins des jeunes généralistes charentais à devenir maître de stage : étude qualitative. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2015.
31. Mauduit J, Van Cleef A, Prott F. Etat des lieux et déterminants de la supervision des internes en stage praticien niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2016.
32. Obisi M. En route vers l'autonomie: Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de médecine générale ? Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2017.
33. CNGE. Charte des maîtres de stage des universités [Internet]. CNGE. 2016 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
34. Labat L. Évaluations des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. Thèse de médecine, Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2013.
35. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale [Internet] : ISNAR-IMG. 2013 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
36. SNEMG. Communiqué de presse SNEMG : « Non à une vision hospitalo-centrée. Développons la formation en milieu ambulatoire ! » [Internet]. CNGE : SNEMG. 2017 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/communiquede\\_presse\\_snemg\\_non\\_une\\_vision\\_hospital/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_non_une_vision_hospital/)
37. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisés de Médecine Générale sur l'installation des jeunes Médecins Généralistes. Exemple du stage SASPAS [Internet]. ISNAR-IMG. 2020 [cité 09 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>
38. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier; 2011.

39. Boisard C. Evolution du Burnout chez les internes de médecine générale d'Ile-de-France durant leurs trois années d'internat. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes; 2018.
40. Brou C. La réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace. Thèse de médecine, Strasbourg: Université de Strasbourg; 2019.
41. Coujard de Laplanche E. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaires ? Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2016.
42. Descamps T. Attentes, appréhensions et ressenti des internes de médecine générale de Lille quant à leur stage de premier niveau. Thèse de médecine, Lille: Université de Lille II; 2016.
43. Cadwallader J-S, Vaillant-Roussel H, Boulet P, Paumier F, Bottet A, Dumoitier N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités ; analyse du recueil pré-formation du programme de DPC « initiation à la maîtrise de stage ». Exercer. 2015;117:33-9.
44. ISNAR-IMG. Remplacement [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/remplacement/>
45. République française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Légifrance. 1997 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>
46. CNGE. Stage en médecine générale [Internet]. CNGE. 2012 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/stage\\_en\\_medecine\\_generale/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/stage_en_medecine_generale/)
47. SNEMG. Communiqué de presse SNEMG du 18 Avril 2019 : Le nombre de MSU augmente, leur formation recule : un risque pour l'accès aux soins [Internet]. CNGE : SNEMG. 2019 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/communiqu\\_e\\_de\\_presse\\_snemg\\_du\\_18\\_avril\\_2019/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiqu_e_de_presse_snemg_du_18_avril_2019/)

## Annexes

Annexe 1 : Charte du Praticien Agréé - Maître de stage des Universités



Département  
De Médecine Générale

# Charte du Praticien agréé - Maître de stage des Universités

*Cette charte constitue l'engagement du Maître de Stage suite à son agrément par l'ARS. Elle concerne la maîtrise de stage au cours du DES de Médecine générale.*

1. Le maître de stage a pour tâche de favoriser l'acquisition par l'interne en stage des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale en ambulatoire.
2. Le maître de stage s'engage à respecter les recommandations pédagogiques élaborées notamment par le Département de Médecine Générale (DMG), rappelées dans le Livret de Maître de stage, et à suivre les formations pédagogiques proposées par le DMG, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Formation) ou le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).
3. Le maître de stage doit avoir souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle, en spécifiant à sa compagnie d'assurance qu'il accueille des internes en stage. Il s'assure que l'interne a lui-même souscrit une assurance Responsabilité Professionnelle couvrant les éventuels dommages causés à un patient ou au maître de stage lui-même, dans le cadre du stage.
4. Le maître de stage veille à ce que l'interne respecte le temps de présence défini par les textes réglementaires : 10 demi-journées par semaine, dont 2 consacrées à la formation universitaire.

5. Le maître de stage assure l'accompagnement pédagogique de l'interne. Il contribue à sa progression et à sa mise en autonomie lors du stage chez le praticien de 1er niveau.
6. Le maître de stage doit demander l'accord du patient pour les actes réalisés en présence de l'interne ou par l'interne lui-même.
7. Une **supervision directe** est réalisée pour tous les actes effectués par l'interne en présence du maître de stage (consultations, visites, actes d'urgence, gestes techniques) dans le cadre de la phase semi-active. Une **supervision indirecte** est régulièrement assurée de manière différée, pour les actes effectués en autonomie, dans le cadre de la phase active du stage chez le praticien ou du SASPAS.
8. **Pendant la phase active** du stage de niveau 1, l'interne peut effectuer des actes seul, dans la limite **d'une moyenne de 3 actes par jour** (calculée sur l'ensemble du semestre de stage, soit au maximum 360 actes pendant le stage). **Au cours du SASPAS**, l'interne effectue **en moyenne 900 actes seul**, répartis sur les cabinets des maîtres de stage qui l'accueillent. L'interne accomplit les actes au nom du maître de stage et porte sur les ordonnances et les feuilles de soins son nom et prénom, la mention manuscrite « interne » et sa signature. Les honoraires des actes réalisés par l'interne sont reversés au maître de stage. Lors des visites à domicile effectuées par l'interne, ce dernier est dédommagé des frais de déplacement par le maître de stage.
9. Dans tous les cas, le maître de stage doit être présent ou joignable et susceptible d'intervenir à tout moment et rapidement auprès de l'interne (seniorisation). S'il ne peut être disponible, il s'assure de la présence d'un autre maître de stage de l'équipe pédagogique.
10. Pour des raisons légales et pédagogiques, le stage ne peut en aucun cas être assimilé à un remplacement. L'interne ne peut pas remplacer son maître de stage durant la durée du stage et ne peut recevoir de rémunération ni de son maître de stage, ni des patients, au titre de ses activités de stagiaire.
11. Le maître de stage établit à la fin du stage un rapport d'évaluation, signé par l'interne et transmis au Coordonnateur du DES de Médecine Générale et au Directeur de Département de Médecine Générale, pour validation du stage.

Je soussigné, Docteur .....m'engage à respecter la présente charte du Maître de Stage.

Fait à ,

le

Guide d'entretien thèse

I) Introduction

- Présentation du projet de recherche (Cf fiche de projet de thèse)
- Définition du sujet : Impact de la réforme du troisième cycle sur le stage chez le praticien. Informations recueillies auprès des MSU de Gironde.
- Le but est de recueillir le vécu/ressenti de cette expérience afin d'améliorer ou non cette réforme.
  - ⇒ D'après l'ISNAR IMG, le stage prat de niveau 1 est un stage chez le médecin généraliste qui a pour objectif de mettre en autonomie l'interne de façon progressive. Le MSU mettra en œuvre les 3 phases pédagogiques du stage (observation, SD et SI) et elles seront intriquées selon les compétences développées par l'interne. Ces trois phases permettent à l'interne d'atteindre des objectifs afin d'être MG.
  - ⇒ Réforme pour ce qui est du stage prat de N1 : Le stage chez le praticien se fera en premier ou deuxième semestre et le SASPAS sera obligatoire en 5ème ou 6ème semestre. Cette réforme est nationale, elle a pour but d'homogénéiser les formations, améliorer la formation de l'interne (l'engager dans sa spécialité, détecter les internes en difficultés en sa spé).
- Déroulement de l'entretien : Questions ouvertes, pas de bonne ou de mauvaise réponse ou de réponse attendue. Objectif de cet entretien est de recueillir un éventail des idées, d'opinions, d'expériences personnelles.
- Rappel des données de confidentialité : recueil anonyme.

II) Questions fermées : caractéristiques de la population interrogées

- Age, sexe, lieu de travail (urbain, semi rural, rural)

III) Trame des questions pour l'entretien

Question générale :

- Comment s'est passé le stage de N1 avec votre interne de premier semestre? (Vécu)
- D'après vous, en quoi consiste la nouvelle réforme du 3ème cycle, pour ce qui est du stage N1?

### Histoire du MSU :

- Depuis quand êtes vous MSU ? A quel moment avez vous voulu être MSU et pourquoi ? Motivations ?
- Avez-vous des attentes ou des appréhensions par rapport à cette réforme ?
- La réforme a t-elle eu un effet sur vous
  - a) sur l'organisation de la journée = nombre de consultations, horaire de travail
  - b) sur votre vie personnelle
  - c) sur le plan financier retentissement financier ?
  - d) sur votre motivation ?

Question de relance : Quelles ont été les difficultés (soucis, mauvaises surprises) /obstacles que vous avez rencontrés ? Et a contrario quels ont été les points positifs ?

### Histoire du Stage :

- Comment s'est déroulé le stage sur le plan de l'organisation pédagogique ?
- Comment avez vous géré les différentes phases ainsi que le passage entre ses différentes phases de supervision par rapport à votre ancien interne ?

Question de relance : Comment s'est passé le passage entre les différentes phases supervision?

### Histoire avec l'interne :

- Comment avez vous vécu le fait d'avoir un interne de premier semestre ?
- Quels sont pour vous les objectifs du stage pour votre interne?
- Sont t'ils les mêmes qu'avec vos anciens internes ?
- Quelle relation professionnelle pensez vous garder avec votre interne ?

### Histoire avec le patient :

- Quels ont été les retours des patients par rapport aux autres internes? (Avez vous noté un changement par rapport à avant ?)

### Bilan :

- Au final, que retenir vous de cette expérience ? Avez vous eu quelque chose que vous n'attendiez pas et qui vous a globalement surpris ?
- Que pensez vous de cette réforme ?
- Que seraient vos suggestions pour l'améliorer?

## IV) Remerciements

## Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Résumé

**Contexte** Depuis novembre 2017 avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, les internes de médecine générale doivent effectuer leur stage ambulatoire de niveau 1 (SN1) durant leur 1<sup>ère</sup> année d'internat sachant qu'auparavant il était inaccessible aux 1<sup>er</sup> semestre était habituellement réalisé à partir du 3<sup>ème</sup> semestre.

**Objectifs** L'objectif principal était de recueillir l'opinion et le vécu des Maîtres de Stage des Universités (MSU) de Gironde sur la nouvelle maquette des stages concernant le SN1. L'objectif secondaire était de recueillir leur opinion sur leur interne de 1<sup>er</sup> semestre.

**Méthode** C'est une étude qualitative menée par des entretiens individuels semi-dirigés. Le recueil s'est déroulé de Mars à Mai 2018 et s'est effectué auprès de 15 MSU encadrant des internes en SN1 depuis plus d'un an, recevant pour la première fois un interne de 1<sup>er</sup> semestre. Il s'est arrêté avec la saturation des données. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

**Résultats** Cette étude a soulevé les avantages et les inconvénients de cette nouvelle maquette du point de vue des MSU. Parfois des difficultés non négligeables ont été soulignées. Certains ont exprimé l'absence d'inquiétude à l'idée de recevoir un interne de 1<sup>er</sup> semestre et étaient satisfaits de cette expérience n'ayant pas objectivé de différence avec les internes précédents. D'autres ont affirmé que leur mission de MSU était plus chronophage et plus laborieuse, l'interne étant jugé moins compétent que les internes précédents. La mise en autonomie a parfois été difficile voire impossible. Souvent, l'impact été jugé comme dépendant de l'interne et non pas du semestre.

**Discussion** La validité interne de l'étude est assurée par une triangulation des données avec double codage. Les entretiens ont été réalisés précocement après la mise en place de la nouvelle maquette, pouvant expliquer certains ressentis « à chaud ». Une concertation entre les MSU et les Départements de Médecine Générale pourrait être intéressante afin d'améliorer certains ressentis.

**Mots clés :** Stage ambulatoire de niveau 1, Maître de Stage des Universités, Internat de Médecine Générale, 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales