



HAL
open science

Retour d'expérience des maîtres de stage des universités de la subdivision Océan Indien ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017

Étienne Fontanille

► To cite this version:

Étienne Fontanille. Retour d'expérience des maîtres de stage des universités de la subdivision Océan Indien ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03127231

HAL Id: dumas-03127231

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03127231v1>

Submitted on 1 Feb 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2020

N° : 2020LARE063M

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Retour d'expérience des maîtres de stage des universités
de la subdivision Océan Indien
ayant accueilli un interne de phase socle
en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017**

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2020 à 19h
à La Réunion

Par Etienne FONTANILLE

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Estelle NOBECOURT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Florian LEGRAND

Monsieur le Docteur Lucas CHEYMOL

Madame la Docteure Marie-Noëlle LAN NANG FAN

Rapporteure :

Madame la Docteure Nelly LEBRETON

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	8
I.1.	Aspects historiques du stage pratique de médecine générale dans la formation médicale française	8
I.2.	État des lieux de la formation pratique du 3 ^{ème} cycle de médecine générale à la veille de la réforme de 2017.....	10
I.2.1.	Le stage ambulatoire de niveau 1	10
I.2.2.	Le SASPAS.....	14
I.2.3.	Le MSU	15
I.2.4.	Les choix de stage.....	18
I.3.	La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017	19
I.3.1.	Aspects généraux	19
I.3.2.	La phase socle	20
I.3.3.	La phase d’approfondissement.....	22
I.3.4.	La phase de consolidation	23
I.4.	Conséquences de la réforme sur le stage ambulatoire de niveau 1	25
I.4.1.	Particularités dans la subdivision Océan Indien.....	25
I.4.2.	Quels changements pour les MSU ?	26
II.	Matériels et méthodes.....	28
II.1.	Type d’étude	28
II.2.	Population	28
II.2.1.	Critères d’inclusion.....	28
II.2.2.	Critères d’exclusion	28
II.2.3.	Echantillonnage et mode de recrutement	29
II.3.	Recueil des données.....	29
II.3.1.	L’entretien semi-dirigé	29
II.3.2.	Retranscription et anonymisation des données	30
II.3.3.	Le canevas d’entretien	30
II.3.4.	Journal de bord et déconstruction des <i>a priori</i>	31
II.4.	Analyse des données.....	31
II.4.1.	La théorisation ancrée.....	31
II.4.2.	Le codage des données	32
II.4.3.	La triangulation des données	32
II.4.4.	La saturation des données	33
II.4.5.	Le logiciel de codage	33
II.5.	Critères éthiques	33
III.	Résultats.....	34

III.1. Caractéristiques des entretiens	34
III.2. Caractéristiques de la population	36
III.3. Impressions générales.....	37
III.3.1. L'avant réforme : les <i>a priori</i>	37
III.3.2. Une meilleure formation à la médecine générale pour les internes NR selon les MSU	40
III.3.3. La maîtrise de stage ambulatoire de niveau 1 après la réforme.....	42
III.4. Déroulement du stage.....	52
III.4.1 Généralités sur les objectifs de stage.....	52
III.4.2 La mise en autonomie	53
III.4.3. Les phases pédagogiques.....	58
III.4.4. Évaluations des compétences.....	60
III.5. Le ressenti des patients d'après les MSU.....	64
III.5.1. Des retours positifs	64
III.6. Modélisation	66
IV. Discussion.....	67
IV.1. Principaux résultats et confrontation avec les données de la littérature.....	67
IV.1.1. Une amélioration de l'expérience de la maîtrise de stage pour la plupart des MSU.....	67
IV.1.2. La gestion du temps, difficulté principale du MSU	71
IV.1.3. Une maîtrise de stage parfois inchangée.....	74
IV.1.4. Des objectifs de stage incertains	75
IV.1.5. Un fonctionnement pédagogique « intuitif »	77
IV.1.6. Une demande d'évaluation de la pratique du MSU.....	80
IV.2. Forces et faiblesses de l'étude	81
IV.2.1. Forces.....	81
IV.2.2. Faiblesses.....	82
IV.3. Perspectives d'avenir	84
IV.3.1. Augmentation du nombre de MSU.....	84
IV.3.2. Mise à jour des objectifs du stage.....	84
IV.3.3. Mise à jour des outils pédagogiques.....	85
IV.3.5. Le retour d'expérience des internes	85
IV.3.6. Le retour d'expérience des patients	86
IV.3.7. Le retour d'expérience des acteurs institutionnels	87
V. Conclusion.....	88
VI. Références bibliographiques.....	89
VII. Annexes.....	95
VIII. Serment d'Hippocrate.....	108
IX. Résumé.....	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population	36
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Marguerite des compétences.....	12
Figure 2 : Diagramme de flux.....	34
Figure 3 : Légende des schématisations	37
Figure 4 : Schématisation : Impressions générales à l'égard de la réforme.....	52
Figure 5 : Schématisation du déroulement du stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme selon les MSU	64
Figure 6 : Modélisation du retour d'expérience des MSU ayant accueilli un interne de niveau 1 en phase socle depuis la réforme de 2017	66

LISTE DES ABREVIATIONS

AR : Ancien régime

ARS : Agence régionale de santé

CGEOI : Collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

COSP : Collaborateur occasionnel du service public

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DPC : Développement professionnel continu

DUMG : Département universitaire de médecine générale

ECN : Examen classant national

FMC : Formation médicale continue

FST : Formation spécialisée transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maître de stage des universités

NR : Nouveau régime

RSCA : Récit de situation complexe authentique

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SN1 : Stage ambulatoire de niveau 1

SNEMG : Syndicat national des enseignants de médecine générale

UFR : Unité de formation et de recherche

WONCA: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

I. Introduction

I.1. Aspects historiques du stage pratique de médecine générale dans la formation médicale française

« *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères...* ». Serment d'Hippocrate, IV^{ème} siècle avant J-C.

L'enseignement médical comporte historiquement une dimension de transmission pédagogique intergénérationnelle, assimilable au compagnonnage. Chaque médecin transmet aux générations futures les connaissances relatives à la pratique de son art qu'il aura lui-même apprises de ses aînés.

Cependant, la dimension théorique de l'enseignement médical a longtemps été favorisée au détriment de son versant pratique.

En France, la première trace historique du stage pratique en médecine remonte à 1220 dans la première faculté médicale historique française, à Montpellier. Pour être autorisés à l'exercice de l'art médical, les étudiants devaient préalablement réaliser un stage pratique de six mois, contribuant à la renommée de l'enseignement médical à Montpellier qui possédait alors « le privilège de la formation de la médecine académique » (1).

L'enseignement est cependant resté essentiellement théorique dans les autres facultés françaises, et malgré l'instauration d'un enseignement clinique à partir de 1750, il était possible de terminer ses études de médecine au XIX^{ème} siècle sans avoir eu un seul contact avec un patient, si l'on ne participait pas aux concours de l'externat et de l'internat créés en 1802 (2).

C'est avec la réforme du 30 décembre 1958 que l'enseignement pratique de la médecine hospitalière se développe et s'institutionnalise par la fusion de la fonction d'enseignement universitaire et hospitalière, le temps plein hospitalo-universitaire et la création des Centres hospitaliers universitaires (CHU) (3).

En médecine générale, c'est le rapport de la commission Fougères de 1974 qui, constatant que les médecins généralistes ne sont pas correctement préparés à

l'exercice de leur métier sur le plan clinique et pratique, étant donné le caractère trop spécialisé des stages qu'ils effectuent en CHU, propose la création d'un troisième cycle de formation spécifique sous la forme d'un stage pratique d'une durée de deux ans (4).

Ce troisième cycle ne sera mis en place qu'avec la réforme de 1982-1984, sous la forme du résidanat de médecine générale, d'une durée de deux ans (5).

Malgré tout, au cours de ce résidanat, le stage chez le praticien n'est pas obligatoire et la quasi-totalité de la formation reste hospitalière. Il ne le deviendra qu'à la suite de la publication de deux décrets en 1997. D'une durée de 6 mois, il porte alors à 5 semestres le résidanat et constitue la première forme officielle de stage ambulatoire de niveau 1, tel que nous le connaissons aujourd'hui (6).

En 2001, le sixième semestre est créé, portant le résidanat à trois années d'études. Ce semestre supplémentaire, réalisé au cours de la dernière année (c'est-à-dire en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre) est qualifié de « semestre libre [...] réalisé préférentiellement en secteur ambulatoire » (7).

A partir du 26 avril 2004, ce semestre libre prend la forme d'un stage ambulatoire de niveau 2, défini comme la suite pédagogique logique du stage ambulatoire de niveau 1 et libellé Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée, ou SASPAS (8).

C'est aussi en 2004 que le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale est créé et marque l'inscription de la médecine générale parmi la liste des spécialités médicales (9).

En 2010, la maquette de formation pratique est modifiée, portant à quatre le nombre de semestres pouvant être réalisés en ambulatoire (10). Seuls deux stages restent obligatoirement hospitaliers : le stage aux urgences adultes et le stage de médecine adulte.

I.2. État des lieux de la formation pratique du 3^{ème} cycle de médecine générale à la veille de la réforme de 2017

I.2.1. Le stage ambulatoire de niveau 1

I.2.1.1. Aspects généraux

Le stage ambulatoire de niveau 1 (SN1), obligatoire, se déroule depuis sa formalisation en 1997 auprès de médecins généralistes agréés ayant le statut de Maîtres de stage des universités (MSU) et exerçant dans un cabinet libéral ou un centre de soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.

La place de ce stage dans la maquette du DES de médecine générale, définie en 2004, est restée identique jusqu'à la réforme de novembre 2017. Celui-ci n'était alors réalisable qu'à partir du deuxième semestre, sous la responsabilité d'un ou plusieurs MSU (6).

L'emploi du temps, auparavant composé de onze demi-journées hebdomadaires dont deux consacrées à la formation de l'interne, s'est vu réduit à dix demi-journées, dont une de formation universitaire et une de formation personnelle depuis le 26 février 2015 (11).

Le SN1 se compose de trois phases pédagogiques successives intriquées (12):

- Une phase d'observation active : phase initiale de familiarisation pour l'étudiant à l'environnement de la médecine générale libérale.
- Une phase de supervision directe : phase d'initiation aux actes de médecine générale que l'étudiant exécute en présence et sous la direction de son MSU, permettant une rétroaction pédagogique par « l'analyse et la discussion des actes effectués par l'interne ».
- Une phase de supervision indirecte : phase finale de mise en autonomie au cours de laquelle l'étudiant accomplit des actes seul, c'est-à-dire sans la présence physique du MSU, avec un temps de rétroaction pédagogique à distance des consultations effectuées par l'interne.

Dans les suites de la publication du décret de 1997, un rapport du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) précise que la durée respective de ces phases n'est pas

définie, mais « fonction aussi bien des aptitudes du stagiaire que de l'accord du maître de stage, sa disponibilité et sa capacité à faire confiance » (13).

L'ensemble des actes effectués par l'étudiant se font sous la responsabilité du MSU dont il utilise les ordonnances et le cachet.

I.2.1.2. Objectifs

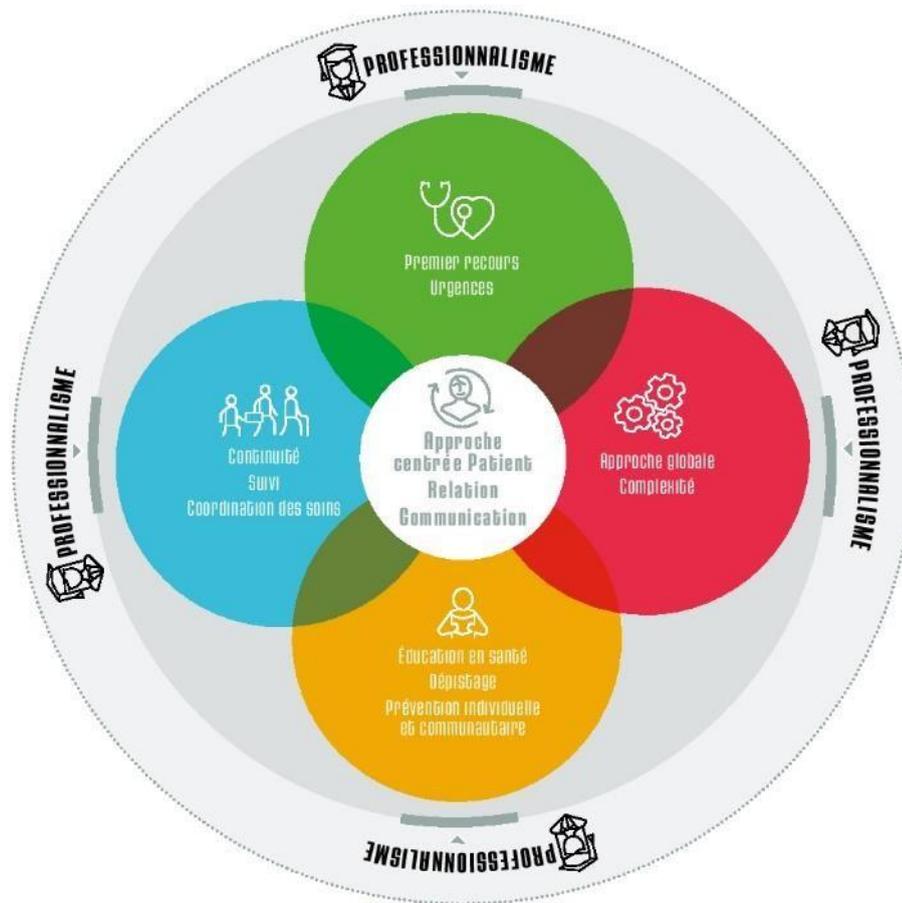
L'objectif principal de ce stage est la mise en autonomie progressive de l'interne en contexte de médecine générale ambulatoire, acquise au terme des trois phases pédagogiques précitées, par le développement des compétences spécifiques de la médecine générale.

La notion de compétence en médecine générale, selon un travail national dirigé par le Conseil national des généralistes enseignants (CNGE), est définie comme « un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice. Ce savoir-agir intègre et mobilise plusieurs ressources. Il permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné. Il ne s'agit en aucun cas d'un processus standardisé et stéréotypé mais au contraire d'un processus adaptable, flexible et efficace » (14).

Ces six compétences sont les suivantes :

- Premier recours, incertitude, urgences
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

Elles sont souvent représentées sous la forme d'une figure synthétique appelée « Marguerite des compétences ».



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Illustration graphique : jeanmichel.fr

Figure 1 : Marguerite des compétences

La maîtrise de ces compétences passe par trois échelons successifs, ou « niveaux de compétence », l'acquisition des compétences étant un phénomène dynamique dépendant de nombreux paramètres. Ainsi, un interne de médecine générale de première année n'aura pas les mêmes compétences qu'un interne de troisième année, d'un point de vue qualitatif (15).

Ces niveaux, proposés par un groupe national expert créé à l'initiative du CNGE en 2013, s'appliquent à chacune des compétences génériques citées et sont les suivants (16) (voir annexe 1) :

- Le niveau novice : niveau attendu à l'entrée du DES, c'est-à-dire en fin de deuxième cycle des études médicales et à la fin de la phase socle.
- Le niveau intermédiaire : niveau attendu pour les compétences approche globale et éducation/prévention et premiers recours/urgences en fin de phase socle et en fin de phase d'approfondissement pour toutes les compétences.
- Le niveau compétent : niveau attendu en fin de phase de consolidation du DES, qui n'est pas encore mise en place actuellement.

I.2.1.3. Outils pédagogiques et évaluation

Les formations à la maîtrise de stage du SN1 du CNGE proposent aux MSU des outils pédagogiques d'auto et/ou d'hétéro-évaluation.

Ces outils s'articulent autour du concept de rétroaction. Il s'agit la plupart du temps pour le MSU et/ou son interne d'analyser une consultation a posteriori à l'aide de différents outils adaptés aux trois phases du stage. Ce sont le plus généralement des grilles comportant des items à remplir, par le MSU et/ou l'interne.

Pour la phase d'observation active, des grilles d'analyse de consultation peuvent être utilisées par l'interne pour analyser et identifier les étapes précises d'une consultation et ses difficultés éventuelles, ensuite discutées avec le MSU.

Pendant les phases de supervision directe et indirecte, il existe aussi des outils sous forme de grilles, pour le MSU observant l'interne en situation et pour l'interne qui peut y analyser son ressenti, l'objectif étant à nouveau d'engager un dialogue sur les problématiques retrouvées (voir annexe 2).

D'autres éléments de pédagogie sont aussi enseignés au MSU, dont l'utilisation de l'entretien semi-directif et l'entretien d'explicitation, qui sont des méthodes de compréhension et d'aide à la verbalisation permettant à l'enseignant de clarifier le fonctionnement de l'interne qu'il forme et de mettre en évidence ses difficultés.

L'ensemble de ces méthodes de rétroaction peuvent aboutir à des prescriptions pédagogiques, c'est-à-dire des recherches que doit faire l'interne dans la littérature médicale ciblées sur ses lacunes.

Ces recherches peuvent être formalisées dans les traces d'apprentissages, notamment dans les Récits de situation complexe authentique (RSCA), utilisables dans le processus de certification (14).

Ces outils sont proposés en formation mais ne sont pas imposés dans la maîtrise de stage.

L'évaluation finale des compétences se fait à l'aide d'une grille spécifique à la faculté au terme du SN1, transmise ensuite au DUMG. Sa complétion par le MSU, signée par l'interne, est obligatoire pour valider le SN1. Pour la subdivision Océan Indien, la grille d'évaluation finale du SN1 est en cours de révision, incluant les niveaux de compétence. L'actuelle est disponible en annexe 3, une partie de la nouvelle version est disponible en annexe 4.

Après sa validation et s'il a déjà effectué au moins trois semestres au cours de son 3^{ème} cycle, l'étudiant peut exercer la médecine au titre de médecin remplaçant et débiter une activité de médecine libérale grâce à une licence de remplacement renouvelable annuellement auprès du CNOM, et ce jusqu'à trois ans après la fin théorique de sa formation (17).

1.2.2. Le SASPAS

Le Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, aussi appelé stage ambulatoire de niveau 2, est un stage de six mois comprenant aussi dix demi-journées hebdomadaires, dont huit demi-journées consacrées à la réalisation de six à douze actes de médecine libérale par demi-journée en autonomie, une demi-journée consacrée à la formation universitaire et une autre consacrée à la formation personnelle.

Accessible en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre aux internes ayant déjà réalisé et validé le stage ambulatoire de niveau 1, il s'établit comme suite logique de ce dernier et permet le renforcement de l'autonomie à travers la poursuite du développement des compétences de médecine générale libérale (8). Jusqu'à la réforme de novembre 2017, il était facultatif.

L'objectif du SASPAS tel que décrit par la charte des MSU du CNGE est « l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée avec sa propre file active de

patients, lui permettant en particulier de suivre des patients atteints de maladie chronique. » (18)

L'étudiant est donc régulièrement sous la supervision indirecte du MSU, avec, au besoin, un recours possible à la supervision directe.

I.2.3. Le MSU

I.2.3.1. Agrément

L'agrément des MSU obéit à des principes rigoureux mis en place par l'arrêté du 4 février 2011 pour l'accueil des étudiants de troisième cycle (19), légèrement modifiés depuis la réforme de 2017 comme nous le verrons plus loin.

C'est la commission de subdivision qui propose les agréments et les renouvellements au directeur de l'Agence régionale de santé (ARS). Le rôle de cette commission est de vérifier la conformité de la description des lieux de stage, l'encadrement pédagogique et les moyens mis à disposition des internes, ce qui implique une visite des lieux de stage réalisée sous l'autorité du directeur de l'Unité de formation et de recherche (UFR). Les avis du coordonnateur local et du représentant des internes de médecine générale (MG) sont également nécessaires.

Chaque aspirant MSU doit :

- Justifier de 3 ans d'exercice professionnel (réduits à 2 ans depuis la réforme de 2017)
- Exercer une activité en soins premiers régulière et principale pour au moins 80% de son activité selon les critères de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA)
- Participer à la Formation médicale continue (FMC) et avoir reçu une formation initiale à la pédagogie validée par le Département universitaire de médecine générale (DUMG) (18).

Cet agrément ne peut dépasser cinq ans et est renouvelable sur proposition du DUMG.

I.2.3.2. Formation

La formation initiale à la pédagogie est, le plus souvent, constituée par les formations proposées par le CNGE. C'est le cas pour la subdivision Océan Indien, où la formation des MSU est organisée par le Collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien (CGEOI) sur le modèle de celle du CNGE (20).

Ces formations peuvent s'inscrire dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC), dispositif de formation obligatoire pour tout médecin généraliste thésé depuis 2013(21).

Pour le 3^{ème} cycle de médecine générale et plus particulièrement le SN1, ces formations sont les suivantes :

- En premier lieu, le futur MSU réalise la formation « S1 – Initiation à la maîtrise de stage en troisième cycle de MG ». Il s'agit pour le futur MSU d' « acquérir les éléments conceptuels, théoriques, administratifs et pratiques nécessaires à la maîtrise de stage ambulatoire en 3^{ème} cycle de médecine générale. » (22)
- La formation « S3 - Supervision directe en maîtrise de stage (3^{ème} cycle) » a pour finalité de permettre aux apprenants d' « acquérir des compétences de MSU pour placer l'interne en supervision directe, élément essentiel et indispensable d'évaluation des performances et des compétences de l'interne novice après la phase d'observation active. » (23)
- Enfin, la formation « S4 - SASPAS et stage NIVEAU 1 : La supervision INDIRECTE en maîtrise de stage » enseigne la capacité au futur MSU de « s'approprier les principes et techniques de supervision indirecte permettant aux maîtres de stage universitaires de former les internes à acquérir les compétences à exercer la médecine générale. » (24)

Ces formations permettent au MSU d'adopter le modèle de rôle, expert de sa pratique, qui facilite l'apprentissage de son interne en développant ses capacités à se focaliser et à communiquer avec lui. L'objectif est d'impliquer activement l'interne dans le stage et de le faire bénéficier d'une rétroaction spécifique sur les événements qui s'y déroulent et ce à toutes les phases du stage, dans un souci de continuité pédagogique (25).

I.2.3.3. La charte nationale des MSU

Ces modalités d'agrément, mais aussi les compétences pédagogiques exigées et les éléments fondamentaux de la maîtrise de stage sont explicitées par la charte nationale des MSU (18) à laquelle ceux-ci adhèrent obligatoirement.

Elle est établie par le CNGE et le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG), en conformité avec le cadre légal.

Sa dernière édition, datant de 2016 et donc antérieure à la réforme de 2017, est en attente d'actualisation.

Garantissant la qualité de la formation, aussi bien pour le stage de deuxième cycle que le stage ambulatoire de niveau 1 et le SASPAS, elle définit les droits et devoirs des MSU dont la liste détaillée est disponible en annexe 5.

Pour le SN1, la charte nationale mentionne :

- L'objectif du stage : la mise en autonomie progressive de l'interne
- L'importance de la mise en œuvre des trois phases pédagogiques précitées (observation active, supervisions directe et indirecte) selon les compétences de l'interne
- Le soutien à apporter à l'interne dans la réalisation de ses travaux de réflexion et d'écriture (RSCA)
- La nécessité d'une évaluation en fin de stage de et avec l'interne selon les critères du DUMG.
- L'importance d'effectuer des rencontres pédagogiques avec les différents MSU et l'interne et d'adapter l'enseignement en fonction de ses acquis et besoins (18).

Une révision de l'agrément du MSU peut être effectuée en cas de manquement à cette charte. Le MSU peut aussi renoncer à tout moment à sa fonction, en coordination avec le DUMG, pour ne pas perturber le bon déroulement des stages.

I.2.3.4. Rémunération

La rémunération des MSU, se présentant initialement sous la forme d'honoraires pédagogiques indemnisant par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et

de l'enseignement supérieur, est fixée à hauteur de 600 € par mois et par interne encadré à plein temps (26).

Ce revenu, déclaré auparavant comme libéral, tend à évoluer. En effet, depuis fin 2015, les MSU bénéficient de la reconnaissance de Collaborateur occasionnel du service public (COSP) (27). Ce statut change le mode de rémunération qui prend la forme d'un salariat, puisqu'il suppose que le MSU recevra de la part de l'université une somme nette avec prélèvement en amont des charges sociales salariales. La conséquence d'une telle mesure est une revalorisation de la rémunération, donc de la fonction de MSU.

I.2.4 Les choix de stage

Depuis l'arrêté du 12 avril 2017 (28) et le décret du 16 janvier 2004 (29), le choix de stage des internes s'effectue par ancienneté de nombre de semestres validés.

En cas d'ancienneté égale, le choix s'effectue selon le rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN).

Pour la subdivision Océan Indien, la procédure est la suivante :

Après constitution d'une liste d'appel des internes en fonction de ces critères d'ancienneté et de classement, une procédure de pré-choix informatisée, permettant l'estimation des disponibilités de stage, est adressée par courriel à tous les internes de médecine générale, 4 mois avant le prochain choix. Puis, un mois et demi avant le stage suivant, le choix de stage est officialisé en présentiel.

Les stages en ambulatoire y sont classés en fonction de l'agrément « stage ambulatoire de niveau 1 » ou « SASPAS », de leur localisation géographique (Est, Ouest, Nord, Sud et île de Mayotte), de l'organisation en binôme ou trinôme des MSU et du nombre de postes disponible.

Avant la réforme, l'interne ancien régime (AR) avait donc théoriquement accès à tous les stages disponibles respectant la maquette de médecine générale du 3^{ème} cycle, hormis, sauf dérogation exceptionnelle, les stages déjà effectués et le SASPAS si son prochain semestre était inférieur au cinquième.

I.3. La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017

I.3.1. Aspects généraux

La réforme du troisième cycle des études médicales (30) est entrée en vigueur depuis novembre 2017.

Elle ne modifie pas le nombre de semestres de l'internat de médecine générale, toujours au nombre de six, ni le temps de travail, toujours composé des dix vacations hebdomadaires, dont une de formation universitaire et une de formation personnelle.

Cependant, elle divise à présent les années d'internat de médecine générale en trois différentes phases : la phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation.

La phase de consolidation, prévue comme une quatrième année professionnalisante effectuée en milieu ambulatoire, n'est pas encore effective, et le DES de médecine générale ne comporte pour l'instant que les deux premières. Les premiers étudiants de la phase de consolidation des autres spécialités médicales y rentreront à partir du 1^{er} novembre 2020, l'objectif étant de permettre à l'ensemble des étudiants de 3^{ème} cycle d'y être inclus d'ici 2023 (31).

Les Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) sont supprimés, au profit des DES tels qu'urgences ou gériatrie. Des formations spécialisées transversales (FST), réalisables pendant le déroulement du DES dès la fin de la phase socle, sont désormais accessibles aux étudiants et ouvrent droit à l'exercice complémentaire d'une surspécialité.

Le stage en CHU n'est plus obligatoire.

Une fois la phase de consolidation mise en place, l'objectif est de permettre aux étudiants de réaliser 50% de leurs stages de troisième cycle en milieu ambulatoire.

I.3.2. La phase socle

Le décret du 25 Novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine définit la phase 1 dite « socle » comme la « phase d'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession »(30).

a) Objectifs

L'arrêté du 21 avril 2017 énonce une liste des compétences à acquérir pour tout étudiant de spécialité médicale ou chirurgicale en troisième cycle à l'issue de cette phase (32).

La liste complète de ces compétences est disponible en annexe 6. Nous nous contenterons d'en résumer les points que nous jugeons essentiels.

L'interne doit être capable à l'issue de la phase socle :

- De recueillir des informations auprès d'un patient, ainsi que son consentement ;
- De pouvoir prendre en charge un patient dans sa globalité :
 - o Sur le plan diagnostique, grâce à la prescription d'examen complémentaires dont il connaît la balance bénéfice/risque et en tenant compte du contexte épidémiologique propre à chaque pathologie de sa spécialité dans le respect de ses bonnes pratiques ;
 - o Sur le plan thérapeutique, en prescrivant un traitement médicamenteux adapté tenant compte des risques (iatrogénie, antibiorésistance) et en dispensant une éducation thérapeutique adaptée ;
- De présenter l'état global d'un patient ;
- D'organiser la sortie d'un patient admis aux urgences ou hospitalisé, et notamment de rédiger un compte-rendu d'hospitalisation ;
- De gérer les principales urgences médicales simples et d'identifier les urgences vitales, tout en étant capable de « réaliser des manœuvres de ressuscitation »;
- De gérer simultanément plusieurs patients ;
- De connaître et mettre en œuvre les politiques de santé publique (notamment l'hygiène, la vaccination et l'éducation à la santé sexuelle);
- De « connaître ses limites », « gérer son stress et appliquer les principes de

confidentialité et secret professionnel »;

- « D'effectuer une recherche documentaire, une lecture critique d'article et d'organiser le recueil des données d'une étude. »

Plus particulièrement, pour l'étudiant du 3^{ème} cycle en médecine générale, le CNGE précise que la phase socle doit permettre, sur la base des connaissances acquises à l'issue du second cycle, de se familiariser avec les concepts spécifiques à la médecine générale dans l'optique de travailler préférentiellement trois des six compétences génériques de cette spécialité (33) :

- La démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et dans l'incertitude) ;
- L'approche centrée patient ;
- L'approche globale ;

Cet apprentissage, contrôlé par une évaluation à l'issue de la phase socle, permet d'obtenir un niveau intermédiaire et le passage à la phase d'approfondissement par la mise en place d'un contrat de formation qui « définit les objectifs pédagogiques et le parcours de formation suivi au sein de la spécialité », avec la possibilité pour l'interne d'intégrer une FST dans son cursus (30).

Pour le stage ambulatoire, l'évaluation se fait par la grille d'évaluation centrée sur les niveaux compétences à acquérir (novice, intermédiaire et compétent) (33).

b) Organisation de l'enseignement

L'enseignement de la phase socle, outre des cours universitaires hors stage d'un volume horaire de 70 heures, se décompose en deux semestres :

- Un semestre de stage ambulatoire de niveau 1
- Un semestre en médecine d'urgence.

Ces deux semestres sont réalisables dans n'importe quel ordre au cours de cette première année.

I.3.3. La phase d'approfondissement

La phase d'approfondissement est définie comme « l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ». (30)

a) Objectifs

L'arrêté de 2017 énonce la liste des compétences que l'étudiant en spécialité médicale ou chirurgicale de 3^{ème} cycle doit acquérir au terme de sa réalisation :

De manière synthétique, l'interne doit donc être capable :

- D'avoir acquis les compétences de diagnostic, mais aussi de prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies rencontrées dans sa spécialité à l'aide de la maîtrise des dispositifs médicaux spécifiques à cette dernière et, en ce sens, de pouvoir pratiquer les actes les plus courants de sa spécialité ;
- D'effectuer un tri dans un contexte d'urgences médicales et de pouvoir participer à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles ;
- De pouvoir transmettre de manière compréhensive des informations à ses collègues dans une démarche de continuité des soins ;
- D'avoir acquis certaines compétences liées à la recherche, aussi bien dans l'évaluation critique des méthodologies et des conclusions d'études cliniques que dans la participation à la rédaction d'un protocole de recherche clinique et d'un article scientifique, la présentation des résultats d'un travail de recherche et l'information au patient sur les protocoles de recherche ;

Enfin, il doit connaître le cadre médico-légal et médico-social de la pratique médicale, les différents types d'exercice (ambulatoire, hospitalisation à domicile) et de prise en charge de la médecine, ainsi que les principes de la sécurité des soins et les différents types de vigilance. (32)

Pour le CNGE, l'objectif principal est l' « approfondissement des compétences [...] mais avec une progression au niveau intermédiaire voire parfois au niveau compétent. » (33)

De la même manière que pour la phase socle, une évaluation de fin de phase permettra le passage à la phase de consolidation.

b) Organisation de l'enseignement

La phase d'approfondissement se déroule au cours des quatre semestres suivant la validation de la phase socle, soit les deuxième et troisième années de 3^{ème} cycle.

Ces quatre semestres doivent désormais comporter :

- Un stage hospitalier en médecine adulte polyvalente,
- Un stage santé de la femme ambulatoire,
- Un stage santé de l'enfant ambulatoire,
- Un SASPAS.

À noter que, durant la phase de transition de cette réforme, les stages santé de la femme et santé de l'enfant sont réalisables en milieu hospitalier, suivant les possibilités de la faculté.

Le SASPAS, facultatif auparavant, devient donc obligatoire.

Le volume horaire des enseignements théoriques s'étend pour cette phase sur 130 heures.

1.3.4. La phase de consolidation

La phase 3 dite phase de consolidation, non appliquée à l'internat de médecine générale actuellement, correspondra à « la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité. »

À son entrée dans cette phase et pour toute sa durée, l'interne acquiert le nouveau statut de « docteur junior » qui « exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. » (34)

a) Objectifs

Les compétences que l'étudiant en spécialité médicale ou chirurgicale de 3^{ème} cycle doit avoir acquies au terme de cette phase de consolidation sont aussi définies par l'arrêté du 21 Avril 2017. De manière synthétique, l'étudiant doit être capable :

- De maîtriser les connaissances de sa spécialité pour permettre la prise en charge complète des patients, du diagnostic au traitement en passant par l'annonce ;
 - De connaître les coûts des ressources utilisées, le rôle des instances du soin et la réglementation de son exercice professionnel ;
 - De pouvoir assurer des gardes ou astreintes de sa spécialité ;
 - De participer au travail en équipe disciplinaire ;
 - De savoir gérer un cabinet libéral si son projet professionnel s'y oriente ;
 - De déclarer un évènement porteur de risque ;
 - D'être capable d'accueillir et de former un étudiant de 2^{ème} cycle ;
 - De s'impliquer dans un travail académique (formulation de question de recherche, mise en place de méthodologie adaptée et analyse des résultats ;
- (32)

Pour le CNGE, en médecine générale, il s'agira pour l'interne d'acquies le « niveau compétent pour l'ensemble des compétences de la médecine générale ». (33)

L'évaluation et la validation de cette phase passent cette fois par celle de la thèse qui comprendra le mémoire portfolio de DES, ainsi qu'un travail de recherche disciplinaire.

b) Organisation de l'enseignement

La phase de consolidation comportera deux semestres, dont au moins un ambulatoire, dénommé stage ambulatoire de niveau 3, aussi appelé SASPAS professionnalisant, permettant à l'interne d'acquies le niveau compétent pour les compétences de la MG.

Les deux semestres pourront être réalisés sur le même terrain de stage. (33)

I.4. Conséquences de la réforme sur le stage ambulatoire de niveau 1

Alors que le stage ambulatoire de niveau 1 n'a pas été officiellement modifié sur le plan de son déroulement pratique et de son objectif principal, c'est-à-dire la mise en autonomie progressive de l'interne, c'est sa position, désormais précoce dans la maquette du 3^{ème} cycle de médecine générale, qui modifie de manière notable la pratique de ses différents acteurs, que ce soit les internes, les MSU, les acteurs institutionnels concernés par la formation des internes (universitaires et enseignants vacataires qui travaillent au sein des DUMG, responsables pédagogiques et administratifs du CHU et de l'ARS), mais aussi les patients se présentant en consultation avec un interne dans le contexte d'un stage ambulatoire de niveau 1.

I.4.1. Particularités dans la subdivision Océan Indien

Dans la subdivision Océan Indien, du fait d'un manque de terrains de SN1 comparé au nombre d'étudiants en phase socle, il n'a pas été possible de novembre 2017 à novembre 2020 de limiter les stages de 1^{er} et 2^{ème} semestres aux seuls terrains du stage ambulatoire de niveau 1 et de service d'urgences adultes.

Ainsi, pour le semestre de novembre 2017, il y avait 19 stages de médecine ambulatoire de niveau 1 à pourvoir sur la promotion ECN novembre 2017 de 62 internes, soit une couverture de 30.6%, en-dessous de la moyenne nationale de 55.9 % (35). En novembre 2018, il y en avait 20 pour une promotion de 65, et enfin, en novembre 2019, 28 pour une promotion de 65. Les postes de stage ambulatoire de niveau 1 ont par ailleurs, pour ces trois choix de stage, été les derniers choisis. Ce déficit de terrains de stage ambulatoire de niveau 1 a impliqué une phase de transition, pendant laquelle il était possible pour un interne de 3^{ème} cycle de réaliser un stage de médecine adulte en phase socle, et d'effectuer son stage aux urgences adultes ou en ambulatoire de niveau 1 lors de la phase d'approfondissement.

Le semestre de novembre 2020 marquera désormais l'adéquation des terrains de stage de SN1 avec les besoins de la phase socle, puisque 34 terrains de SN1 seront disponibles pour 67 internes. À Mayotte, il n'existait pas de stage ambulatoire de niveau 1 avant la réforme de novembre 2017, mais uniquement des terrains de SASPAS.

I.4.2. Quels changements pour les MSU ?

Les conditions d'agrément des MSU pour le stage ambulatoire de niveau 1 ont été assouplies, puisque la durée d'exercice professionnel requise a été réduite à 2 ans depuis la réforme de 2017 (28).

Ce changement a eu lieu devant le besoin grandissant de MSU lié à la réforme, puisqu'un objectif de 12000 MSU en France d'ici 2023 a été fixé par le CNGE en 2017 pour permettre la bonne mise en place de la phase de consolidation.

Au 01/01/2019, il y avait désormais 10736 MSU soit +13.7% en un an, avec notamment 9096 MSU de 3^e cycle soit +14.6% en 1 an (36).

La formation pédagogique du MSU a été adaptée à la réforme dans toutes les universités. La formation « S1 » du CNGE s'intitule désormais « Initiation à la maîtrise de stage en troisième cycle de MG – Réforme du DES 2017 »(21).

Comme nous l'avons vu, la charte nationale des MSU n'étant pas encore mise à jour, les objectifs du stage ambulatoire de niveau 1 et ses modalités de déroulement restent inchangées, malgré une différence sensible de sa place dans la nouvelle maquette du DES de médecine générale.

Dès l'application de la réforme, au semestre 2017, la plupart des MSU ont accueilli un interne « nouveau régime » ou NR (par opposition aux internes « ancien régime » ou AR), de plus jeune semestre et ayant une expérience différente de ses prédécesseurs. Le point de vue des MSU sur cette réforme en fonction des internes accueillis, c'est-à-dire NR ou AR, a été exploré dans une étude quantitative réalisée en 2018 par Aurelia Kovaleff et Elvire Haaser intitulée « Déroulement et vécu du stage chez le praticien de niveau 1 selon le semestre de réalisation : le point de vue des MSU », non publiée à l'heure actuelle, mais dont les résultats suggèrent que « 46% des MSU accueillant un interne NR ont estimé avoir augmenté la durée de la phase de supervision directe avant la mise en autonomie et ce en raison du niveau de compétences de l'interne », que « les ¾ des MSU ont globalement jugé la progression de l'interne conforme à leurs attentes » et que « Les MSU NR ont eu plus de difficultés à mettre en autonomie l'interne (34% contre 17% des MSU AR) ».

Les MSU interrogés semblaient avoir aussi « plus apprécié leur activité de MSU (60% contre 44% des MSU NR) ».

Cependant, le retour d'expérience des MSU suite à ces changements n'a, à notre connaissance, pas été exploré, ce que permet une étude qualitative.

L'objectif de ce travail est donc d'analyser le retour d'expérience des maîtres de stage des universités de la subdivision Océan Indien ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017.

II. Matériels et méthodes

II.1. Type d'étude

Le retour d'expérience des maîtres de stage universitaires ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 à la Réunion depuis la réforme de 2017 a été exploré au cours d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels, avec analyse inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (« grounded theory »).

II.2. Population

La population de cette étude était issue de la liste des MSU exerçant à La Réunion et à Mayotte fournie par le DUMG de La Réunion.

Sur la base de cette liste, un échantillonnage raisonné a été réalisé dans un premier temps en se basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-après.

II.2.1. Critères d'inclusion

Il s'agissait de maîtres de stage des universités :

- Exerçant à la Réunion ou à Mayotte.
- Ayant débuté leur maîtrise de stage depuis au moins novembre 2017.
- Ayant accueilli au moins un interne de médecine générale de 1^{er} ou 2^{ème} semestre du 3^{ème} cycle de médecine générale en stage ambulatoire de niveau 1 pendant les semestres de novembre 2017 à juin 2020.
- Actuellement agréés pour la maîtrise de stage.

II.2.2. Critères d'exclusion

Il s'agissait des maîtres de stage des universités de la Réunion et de Mayotte ayant uniquement accueilli un ou plusieurs internes en 3^{ème} semestre ou plus du 3^{ème} cycle de médecine générale en stage ambulatoire de niveau 1 à partir de novembre 2017, ainsi que des MSU qui n'étaient plus agréés au moment du recueil des données.

II.2.3. Échantillonnage et mode de recrutement

L'échantillonnage, de type raisonné, a été réalisé au fur et à mesure de l'analyse, de manière à assurer la diversité de la population sur des critères :

- De genre ;
- D'âge ;
- D'ancienneté d'installation ;
- D'ancienneté de maîtrise de stage ;
- De localisation géographique (pour La Réunion : Nord, Ouest, Sud et Est, et l'île de Mayotte);
- De nombre d'internes de phase socle accueillis de Novembre 2017 à Juin 2020 ;
- De conditions d'exercice (en collaboration ou seul, rural ou urbain);
- De maîtrise de stage en binôme ou trinôme ;
- D'accueil de SASPAS ou 2^{ème} cycle par le MSU.

Le recrutement des MSU a été opéré par envoi d'un courriel dont la liste a été fournie à l'investigateur par le DUMG, puis, en l'absence de réponse, par contact téléphonique à leur cabinet. Dans un second temps, un rendez-vous a été fixé avec les MSU ayant donné leur accord pour réaliser l'entretien.

Le nombre d'entretiens a été conditionné par la recherche de saturation théorique des données.

II.3. Recueil des données

II.3.1. L'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé est un outil de recueil de données permettant à l'investigateur d'aborder un thème sans pour autant réaliser un questionnaire précis ni influencer les propos du sujet interrogé.

C'est l'outil privilégié dans le cadre d'un travail utilisant l'analyse par théorisation ancrée. (37)

L'investigateur était le rédacteur de ce travail, interne en médecine générale. Les cinq premiers entretiens ont été réalisés de manière privée, en face-à-face entre l'investigateur et le sujet, dans le lieu d'exercice des MSU, c'est-à-dire la salle de consultation de leur cabinet.

En raison du confinement lié à la pandémie de Covid-19 survenue pendant la réalisation du recueil des données, les six autres entretiens ont été réalisés par vidéoconférence à l'aide d'une application à la convenance des participants, c'est-à-dire WhatsApp® ou Messenger®, depuis les domiciles respectifs de l'investigateur et du sujet. Aucun des entretiens n'a été répété.

La totalité des pistes audios respectives de ces entretiens a été enregistrée à l'aide d'un smartphone, après recueil oral du consentement du sujet. L'investigateur pouvait prendre des notes manuscrites pendant et après leur déroulement.

II.3.2. Retranscription et anonymisation des données

Les enregistrements audios des entretiens semi-dirigés, avant d'être supprimés, ont été retranscrits intégralement en *verbatim* sur le logiciel de traitement de texte Word® afin de pouvoir procéder à leur analyse.

Chaque entretien a été désigné par la lettre M suivie d'un numéro correspondant à l'ordre de sa réalisation, soit M1 pour le premier entretien jusqu'à M11 pour le dernier. Aucune donnée à caractère personnel n'a été retranscrite, de manière à garantir l'anonymat des sujets interrogés. Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire ou correction.

Ces entretiens ont été menés sur la base d'un canevas d'entretien.

II.3.3. Le canevas d'entretien

Le canevas d'entretien, ou guide d'entretien, était composé de questions ouvertes regroupées en thèmes permettant à l'investigateur d'avoir un fil conducteur lors de la réalisation de ces entretiens, tout en laissant au sujet la plus grande liberté de réponse possible.

Sa version initiale (voir annexe 7) a été rédigée sur la base des connaissances théoriques du stage ambulatoire de niveau 1 dans le contexte de la réforme présentée

dans l'introduction de ce travail, et testée au préalable sur un sujet volontaire extérieur à l'étude.

Le canevas d'entretien a ensuite évolué au fur et à mesure des différents entretiens, selon l'émergence de la théorie. (voir annexe 8)

II.3.4. Journal de bord et déconstruction des *a priori*

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. Il était composé d'observations, d'éléments d'analyse, d'impressions et d'interrogations surgissant au fur et à mesure de chaque entretien.

Ce dispositif a aussi permis de déconstruire au maximum les *a priori* du chercheur sur le sujet. En effet, de par son expérience personnelle comme interne ayant réalisé un stage ambulatoire de niveau 1, la manière de conduire les entretiens, puis de les analyser et les interpréter était nécessairement et inévitablement influencée par les préjugés et opinions du chercheur lui-même.

Il est admis que la neutralité du chercheur est impossible dans ce type d'étude, mais le but de la déconstruction des *a priori* est de limiter au maximum ce biais, en effectuant un travail de mise à distance à chaque étape du travail de recherche, à l'aide du journal de bord.

II.4. Analyse des données

II.4.1. La théorisation ancrée

La théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives »(38).

C'est de manière inductive, à partir du sens exprimé par les discours et les éléments non-verbaux des sujets interrogés, que l'investigateur construit une théorie par le processus constant de collecte et d'interprétation des données.

En effet, cette conceptualisation des données empiriques nécessite un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de

théorisation. Son principal outil est la catégorie, réalisée par le codage des données, qui permet de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation. Cette méthode est particulièrement adaptée pour répondre à une question visant à comprendre les intervenants d'un thème, en partant de leur expérience et du ressenti qu'ils ont sur le sujet (37).

Elle s'applique à tous les acteurs autour de l'objet de recherche et c'est pourquoi cette étude utilise une analyse « inspirée » de la théorisation ancrée, puisqu'elle ne s'intéresse qu'aux retours des MSU sur la réforme de 2017, le retour des autres acteurs faisant l'objet d'autres travaux dans la subdivision Océan Indien. Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux participants.

III.4.2. Le codage des données

L'analyse des données selon la théorisation ancrée consiste en trois étapes de codage (39) :

- Le codage ouvert consiste, au cours d'une analyse réalisée quasiment mot à mot, à dégager des thèmes et des idées dans le contenu du corpus pour faire émerger le maximum de catégories conceptuelles possibles.
- Le codage axial permet d'établir des relations entre les différentes catégories qui ont émergé pendant le codage ouvert. Il s'agit d'identifier des liens de causalité, de variabilité ou de dépendance communes à plusieurs catégories.
- Le codage sélectif est un processus d'intégration ayant pour résultat la détermination d'une catégorie centrale après affinage, intégration et mise en relation des différentes catégories entre elles en une théorie émergente.

II.4.3. La triangulation des données

Dans le but de réduire les biais liés aux préconceptions de l'investigateur qui réalisait le codage, celui-ci a été effectué par une deuxième intervenante, externe à l'étude. Cette dernière a réalisé son propre codage, sans aucune influence. Les résultats des deux formes de codage ont ensuite été comparés et leurs différences ont été discutées.

II.4.4. La saturation des données

Le recueil des données s'est terminé lorsque deux entretiens supplémentaires ont confirmé la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouveau code n'est apparu à l'issue du codage initial de l'antépénultième entretien.

II.4.5. Le logiciel de codage

Le codage des données a été réalisé avec le logiciel QSR NVivo 12®.

II.5. Critères éthiques

Conformément à l'arrêté du 9 mai 2017 de la loi Jardé, cette étude n'est pas soumise à une demande au Comité de Protection des Personnes (CPP), puisque faisant partie de la catégorie « recherche mobilisant les méthodes des sciences humaines et sociales ».

Aucune donnée à caractère personnel n'ayant été recueillie, aucune démarche auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était nécessaire.

Avant chaque entretien, il a été rappelé à tous les MSU interrogés, avant d'obtenir leur consentement oral, l'anonymisation des données recueillies, de même que l'objectif de l'étude et son support analytique par enregistrement.

III. Résultats

III.1. Caractéristiques des entretiens

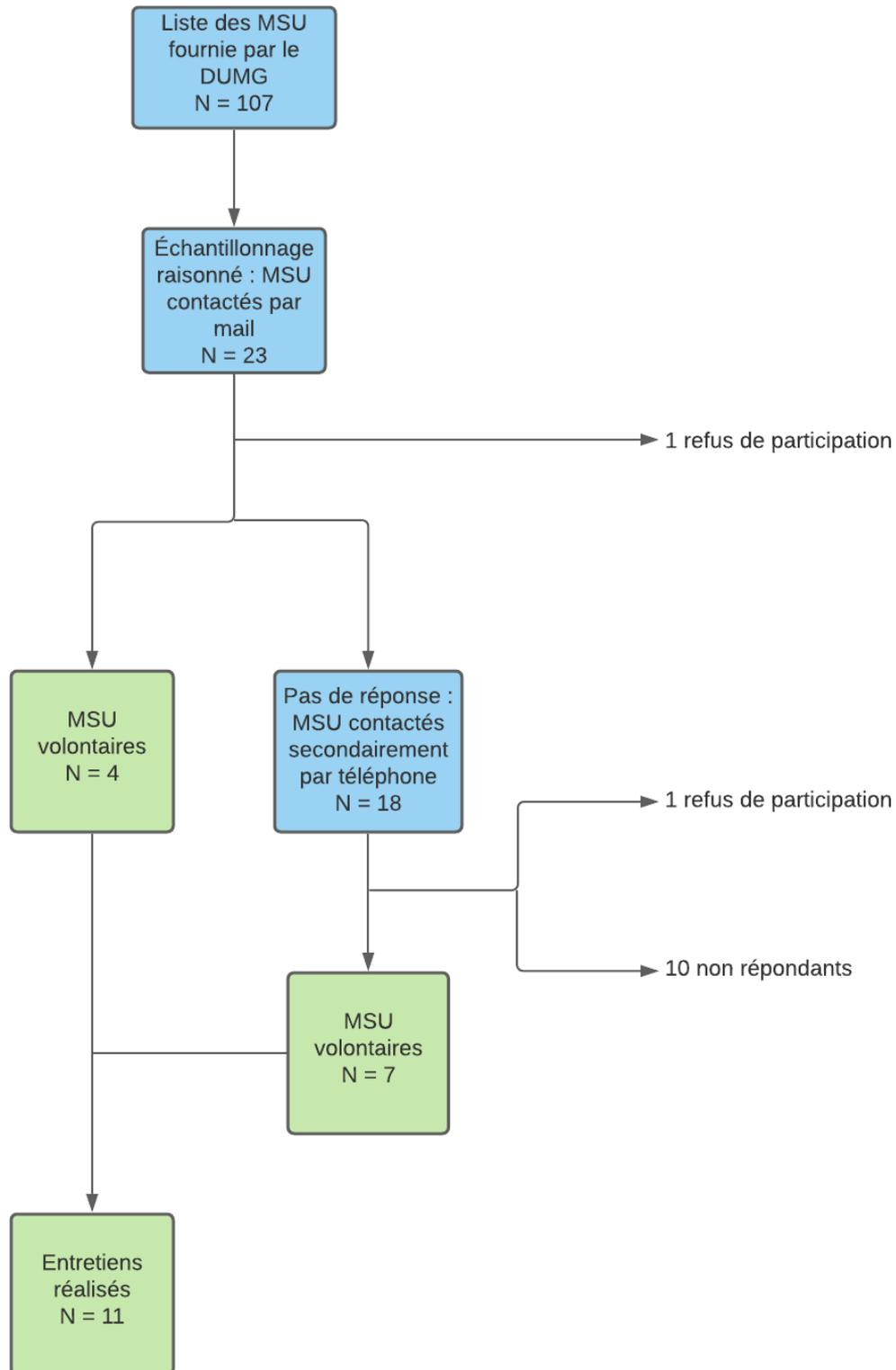


Figure 2 : Diagramme de flux

Au total, onze entretiens ont été réalisés avec des MSU, sur une période s'étalant entre le 20 mai 2020 et le 26 août 2020.

Les sujets recrutés en amont par échantillonnage raisonné d'après la liste des MSU fournie par le DUMG étaient d'abord contactés par mail, puis, en l'absence de réponse après une semaine, par téléphone à leur cabinet.

Après trois tentatives téléphoniques infructueuses, le MSU était considéré comme non répondant.

Parmi les deux refus de participation, l'un d'entre eux a invoqué des raisons de confidentialité, l'autre une indisponibilité.

Un seul sujet était connu de l'investigateur avant l'entretien, dans un contexte de remplacement dans son cabinet effectué avant l'étude.

La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'en assurer.

Cinq de ces entretiens ont été réalisés en face à face, six en visioconférence.

Les entretiens ont duré de 13 à 75 minutes, pour une moyenne de 31 minutes.

III.2. Caractéristiques de la population

MSU	Sexe	Âge en années	Date d'installation	Année de début de maîtrise de stage	Secteur géographique	Conditions d'exercice (En collaboration ou seul, rural ou urbain)	Nombre d'interne(s) en phase socle accueilli(s) de Nov. 2017 à Mai 2020	Accueil SASPAS ou 2 ^{ème} cycle	Binôme ou trinôme	Durée d'entretien en minutes
M1	M	49	2013	2015	Nord	Collaboration Urbain	5	SASPAS	Trinôme	29
M2	F	46	2009	2012	Nord	Collaboration Urbain	5	SASPAS	Trinôme	24
M3	F	45	2008	2015	Sud	Collaboration Urbain	3	Aucun	Binôme	13
M4	M	60	1990	1994	Ouest	Collaboration Urbain	3	SASPAS et 2 ^{ème} cycle	Binôme	24
M5	F	60	1992	2014	Ouest	Collaboration Urbain	3	SASPAS et 2 ^{ème} cycle	Binôme	17
M6	M	44	2011	Mai 2017	Est	Collaboration Urbain	4	Aucun	Trinôme	31
M7	M	40	2009	2012	Sud	Collaboration Rural	1	SASPAS	Trinôme	52
M8	M	44	2010	Mai 2017	Est	Collaboration Urbain	2	Aucun	Trinôme	33
M9	M	55	1994	2008	Nord	Collaboration Urbain	2	SASPAS	Trinôme	75
M10	F	45	2006	2016	Sud	Collaboration Urbain	2	Aucun	Trinôme	18
M11	F	71	1975	Novembre 2017	Mayotte	Collaboration Urbain	2	SASPAS	Binôme	31

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Les MSU interrogés étaient des hommes à 55 % et des femmes à 45 %. Leur âge était compris entre 40 et 71 ans, pour une moyenne de 50 ans. Ils étaient MSU depuis en moyenne 7 ans et avaient accueilli entre 1 et 5 internes en phase socle de Novembre 2017 à Mai 2020, soit 3 en moyenne.

Légende des schématisations :

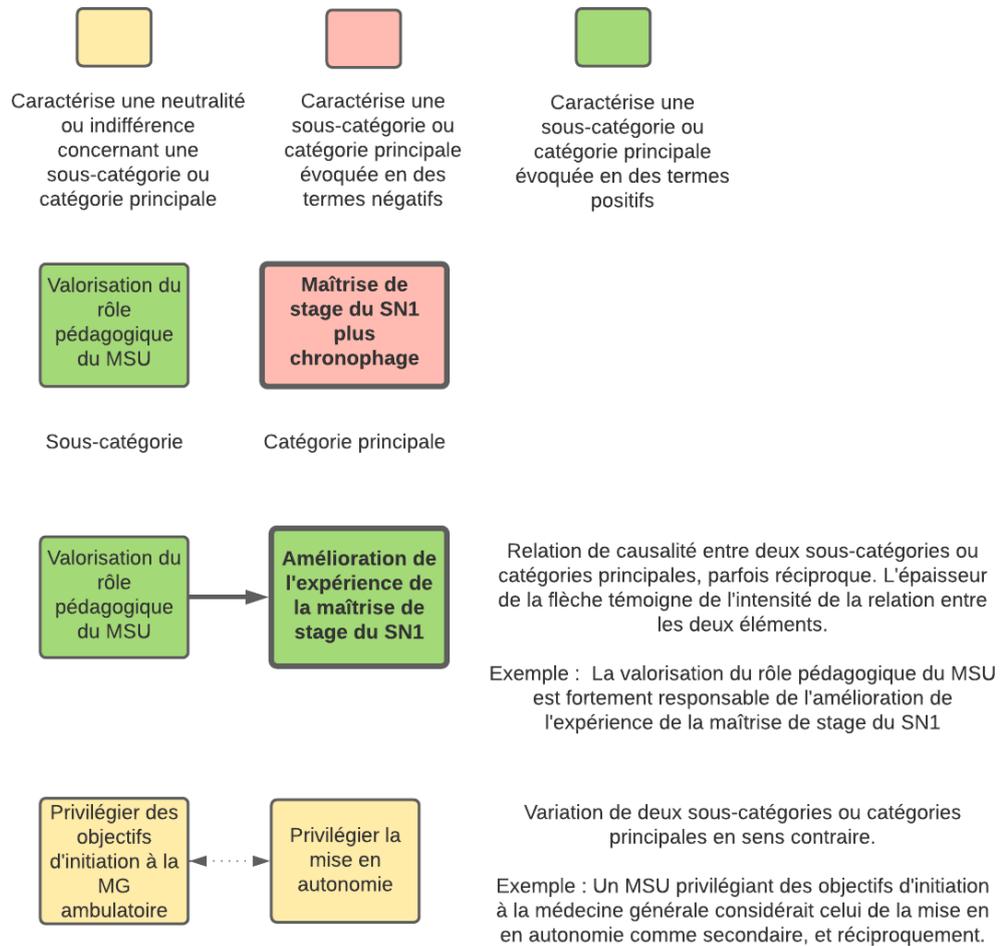


Figure 3 : Légende des schématisations

III.3. Impressions générales

III.3.1. L'avant réforme : les *a priori*

Les opinions des MSU concernant la réforme avant son application ont été spontanément exprimées par ceux-ci durant les entretiens.

III.3.1.1. Appréhension

Certains MSU qui exerçaient déjà leur maîtrise de stage avant la réforme l'appréhendaient pour diverses raisons.

a) La crainte d'un investissement de temps plus important

« Quand j'ai vu la réforme... [...] le préjugé que j'avais c'est que ça va être compliqué, ça va prendre plus de temps... » (M1)

« Nous on s'est dit qu'on allait avoir des internes vraiment novices qui... qu'il fallait former de plus près donc que ça allait être très chronophage... au début franchement on voulait pas... » (M2)

b) La crainte d'une plus grande complexité d'organisation du cabinet

« Je me suis dit ça va être compliqué parce que je vois pas comment gérer les niveaux 1 qui sortent de l'externat... [...] franchement je me disais ils ont pas d'expérience c'est pas facile c'est pas évident [...] j'avais peur aussi de ce... du fait qu'ils soient pas... autonomes et que ce soit très difficile à gérer au niveau de l'orga du cabinet » (M1)

III.3.1.2. L'impression d'être prioritaire sur l'hôpital dans la formation des internes de MG

Certains MSU avaient un *a priori* positif de la réforme, lié au sentiment de devenir prioritaire sur l'hôpital dans la formation des internes NR, désormais plus axée sur la médecine générale ambulatoire qu'ils pratiquaient.

« Oui j pense que faut, pour la médecine générale faut sortir de... du système hospitalier... [...] on est médecin généraliste donc c'est sur le terrain qu'on doit se former, avec les médecins généralistes donc j'me suis dit c'est complètement sain cette réforme... » (M8)

Ils comparaient spontanément les conditions de la réforme avec la formation personnelle qu'ils avaient eue et insistaient sur l'insuffisance de stage ambulatoire pendant leur cursus.

« Je me suis dit c'est bien parce que du coup par rapport à ce que nous on avait, c'est incomparable hein... nous on a été très mal formés... nous on a été formés à

l'hôpital mais tu sais ce que c'est hein... nous à l'époque on avait pas de maquette »
(M9)

III.3.1.3. Curiosité

Certains MSU disaient avoir été curieux vis-à-vis de ce que la réforme allait changer dans leur pratique :

« J'étais très très curieux de cette réforme ça m'a vraiment interpellé [...] j'pensais vraiment que voilà ben sur le papier c'est vraiment une idée qui mérite... d'être essayée avec euh probablement des avantages, probablement des inconvénients, et qu'il était pas si simple que ça de les déterminer a priori donc non j'étais plutôt enthousiaste de cette réforme et plutôt curieux. » (M7)

« Moi ça m'inquiétait pas... je me disais bon on verra pourquoi pas ça peut être une bonne idée on s'adapte et on verra... j'étais plutôt curieuse même en fait... je me demandais ce que ça changeait vraiment en pratique... » (M10)

III.3.1.4. Méconnaissance

D'autres MSU n'avaient eu qu'une faible voire une absence de connaissance de la réforme et n'avaient donc pas d'*a priori*.

*« Moi j'ai pas eu du tout d'appréhension j'étais même pas forcément au courant donc... Je savais même pas je crois que c'est l'interne qui m'a dit qu'elle était en première année j'ai dit "ah oui tiens pour une fois" elle m'a dit "ah oui mais c'est une réforme" j'ai dit "ah bon" *rires* donc voilà donc y'a pas eu d'appréhension du coup... »* (M3)

« J'avais pas trop d'avis... quand j'ai vu les nouveaux internes je me suis dit qu'en fait ça allait pas changer grand-chose... » (M5)

III.3.2. Une meilleure formation à la médecine générale pour les internes NR selon les MSU

De leur point de vue, les MSU ont identifié plusieurs répercussions positives de la réforme qui amélioreraient de ce fait la formation des internes NR à la médecine générale.

« Y'a un bénéfice dans le côté encadrement et formation si... si... 'fin ça permet à l'interne de mieux se former » (M2)

a) Confirmer le choix de la médecine générale en ville

La place précoce du SN1 permettait d'après les MSU de confirmer ou infirmer plus tôt le choix d'exercice de l'interne de la médecine générale en ville.

« C'est un moyen de montrer que c'est un choix quoi faire de la médecine générale [...] ça permet de sensibiliser tôt à la fin du premier semestre effectivement l'interne peut nous dire ah ben oui c'est ça que je veux faire là c'est bon, s'il nous dit ah finalement j'voyais pas du tout la médecine comme ça ben c'est une bonne chose aussi [...] c'est arrivé une fois une interne de cinquième semestre qui nous a dit « ben j'suis pas sûre que ça m'plaise » donc c'est un peu tard c'est un peu dommage quoi [...] donc, premier ou deuxième semestre j'pense que c'est mieux pour ça » (M2)

« C'est mieux aussi pour être sûr qu'on est dans la bonne filière que... voilà parce que c'est vrai que... préparer l'avenir après un premier semestre c'est pas la même chose que le préparer après un quatrième semestre... se réorienter, choisir une capacité, c'est pas la même chose en tout début ou en fin de cursus quoi... donc ça peut être un outil pour ceux qui sont pas très très sûrs de leur choix et qui pour une raison ou une autre auraient finalement fait un mauvais choix, ils ont ptet plus de chances de s'en rendre compte plus rapidement... » (M7)

b) Identifier tôt les difficultés de l'interne NR

L'avantage de réaliser le SN1 de manière précoce permettrait d'identifier plus tôt les difficultés de l'interne à la pratique de la MG ambulatoire.

« Ça permet de mettre en évidence les difficultés de l'interne puis dire que ben y'aura ça à travailler plus tard au stage de niveau 2, en début de niveau 2 [...] ça permet de se laisser des marges de manœuvre. » (M8)

« Ouais que tu puisses faire ton premier semestre en libéral, je pense que c'est bien parce que ça te permet de voir où sont tes difficultés, où sont tes failles, ce que tu dois apprendre pour plus tard, faire ton projet professionnel en fonction de tout ça... » (M9)

c) Être moins « formaté » au fonctionnement hospitalier

Pour la plupart des MSU, réaliser un stage en milieu ambulatoire de manière précoce permettait à l'interne d'être sensibilisé plus tôt à son exercice futur, sans avoir été « formaté » par l'exercice médical en milieu hospitalier.

« C'est vrai que l'hôpital c'est un monde particulier, formatant... euh comment dire avec en France... l'hospitalo-centrisme, le fait que les médecins généralistes sont des fois un peu oubliés, etc... et du coup à l'hôpital on peut être... on peut se glisser dans ce format et après euh... avoir des réticences ou des difficultés à aller vers le libéral » (M7)

« L'idée à laquelle j'adhère c'est de faire un stage en libéral avant d'intégrer l'hôpital ça permet d'avoir une vision pour plus tard, quand l'interne sera à l'hôpital il pourra se dire ben quand on va faire sortir le patient ben qu'est-ce qu'il va se passer derrière comment appréhender la gestion des sorties la gestion des examens complémentaires donc euh oui c'est tout-à-fait bien ça... » (M8)

d) La crainte d'une formation trop éloignée de l'hôpital

À l'inverse, certains MSU émettaient des réserves sur l'orientation de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales qui favoriserait une formation ambulatoire de la médecine générale, au détriment des compétences acquises à l'hôpital.

« Je pense que ça doit quand même pas se faire au détriment de la formation, et là j pense que j'irai peut-être à l'encontre de ceux qui voudraient que la formation soit moins hospitalière... Je suis pas sûr que en revoyant les situations qu'on a au cabinet ça te donne ensuite suffisamment d'expérience pour affronter tout type de situation... J pense que l'hôpital a quand même largement sa place... Augmenter le temps de formation d'interne en libéral et en médecine générale oui, mais faudrait pas que tu vois la formation hospitalière se limite à je sais pas un an quoi... parce que y'a des choses que tu auras du mal à voir hein... des compétences à acquérir à l'hôpital oui je pense... (M9)

« On peut pas les former qu'à la médecine de ville, moi j'me dis que ma médecine de ville elle est peut-être ce qu'elle est, mais quand même, d'avoir été formatée un peu à l'hôpital et ben je crois quand même que c'est indispensable... » (M10)

e) Une maquette plus facilement réalisable

La restriction du choix de stage facilitait la réalisation complète de la maquette du troisième cycle de médecine générale selon les MSU.

« Maintenant ça s'est quand même simplifié pour respecter une maquette j pense que y'avait ptet des étudiants qui se retrouvaient coincés qui arrivaient pas à résoudre la maquette auparavant... » (M8)

III.3.3. La maîtrise de stage ambulatoire de niveau 1 après la réforme

III.3.3.1. Une amélioration de l'expérience de la maîtrise de stage

La plupart des MSU exprimaient spontanément une amélioration de leur pratique depuis la réforme.

« Au final c'est quand même une bonne surprise, c'est même mieux... ça me paraît maintenant beaucoup plus... compliqué si je devais refaire hein, entre le choix entre les deux ben je préfère ce système là... globalement franchement que du retour positif, pour moi » (M1)

« Effectivement avec le recul oui non j'pense que c'est bien... [...] on l'a fait parce qu'on a pas eu le choix et... finalement j'pense que c'est enrichissant » (M2)

Plusieurs raisons étaient évoquées par les MSU pour expliquer cette appréciation positive de la réforme.

a) Un sentiment de valorisation supplémentaire du rôle pédagogique du MSU

Les MSU se sentaient plus valorisés par leur rôle pédagogique, du fait de la précocité du stage ambulatoire de niveau 1 dans le premier du 3^{ème} cycle de l'interne de médecine générale

« C'est vrai qu'avec les plus jeunes on a encore plus ce, ce souci de transmission qui... que j'affecte particulièrement... » (M4)

« Je pense que c'est intéressant, parce que tu peux te sentir encore plus responsable de la formation de l'interne qui... on va dire qui est vierge, qui est pas encore allé à l'hôpital... » (M9)

« On a un rôle encore plus important maintenant c'est clair... on est en première ligne dans leur formation là » (M10)

b) Une qualité relationnelle interne-MSU essentielle dans l'appréciation du stage

« C'que j'dis aux internes et à tous mes étudiants et tous mes stagiaires, c'est que euh... si vous restez dans votre coin et que vous vous posez pas de question ben au bout d'un moment on va vous laisser tomber et on va pas s'occuper de vous et le stage se passera mal... » (M4)

« Ce partage avec l'interne il est super important... si y'a pas de dialogue et de contact ben on se demande ce qu'on fait là et ce que l'interne fait là quoi... » (M10)

Elle dépendait de l'individu et de son investissement dans le stage.

« Je dirais que souvent la différence va se faire sur le degré d'investissement de la personne et la qualité de la relation qui peut se créer entre euh... l'interne et le maître de stage où en général finalement ça se passe assez bien, y'a une relation

assez vite qui se crée et puis voilà les choses sont assez fluides ou alors ben c'est rare mais les choses sont plus compliquées et les six mois peuvent être un peu longs...
» (M9)

c) Une bonne qualité relationnelle avec les internes NR

Les MSU rapportaient toujours une bonne qualité relationnelle avec les internes NR, qui devenait même quelquefois amicale.

« On les invite chez nous, on les... voilà c'est... y'a une ambiance géniale, ce sont nos enfants... on est vraiment... non non c'est super, vraiment c'est très très positif. » (M5)

« Je garde contact avec des internes qui sont passés chez moi et franchement on a eu des super relations maintenant j'continue à les voir même en dehors du côté médical, professionnel, donc euh... voilà, donc c'est presque un côté amical quoi, ouais » (M6)

III.3.3.2. Les aspects positifs du nouveau profil des internes NR

Comparativement aux internes AR, certains MSU attribuaient spontanément des caractéristiques spécifiques positives aux internes NR.

a) De bonnes connaissances théoriques

La qualité de la formation théorique des internes NR était fréquemment mise en avant par les MSU.

« Les internes d'aujourd'hui, ils sont... plein de connaissances, vraiment... ceux d'avant aussi mais les plus jeunes ils sortent du concours donc c'est encore plus flagrant je trouve » (M1)

« Alors... quand c'est des premiers semestres, la bonne chose c'est qu'ils sont tout neufs pour ce qui est de l'internat donc ils ont plein de connaissances toutes fraîches [...] ils sont super performants côté euh théorique » (M6)

b) Un atout pour la formation continue du MSU

Cette qualité des connaissances théoriques des internes NR était considérée par le MSU comme un atout pour sa formation continue de médecin généraliste.

« Je mettais en avant le fait que eux ils peuvent nous apporter quelque chose, dire par exemple ben tiens ça, ça serait intéressant que tu me dises euh... bah voilà ce qu'on aurait dû faire, quelles sont les recommandations et voilà... » (M9)

« Moi je suis un vieux médecin j'ai l'expérience et eux c'est la faculté, qu'est-ce qu'aurait dit la faculté, quel traitement tu donnerais toi, et je me plie à ça si tu veux, y'a une espèce d'échange ...[...] c'est grâce à eux que j'ai découvert antibiotique tu vois... [...] ça m'a permis tu vois... je ronronnais pas mais j'étais dans un fonctionnement, pas la routine mais... tu te poses moins de questions au bout d'un moment et là ça m'aide à me poser des questions avec eux... » (M11)

c) Une grande motivation en stage

Les MSU rapportaient une motivation supplémentaire en stage de la part des internes NR, autre source de valorisation de leur rôle pédagogique.

« Celle que j'ai eue c'était une fille qui était vraiment très motivée [...] elle était particulièrement motivée et c'était très agréable pour moi » (M4)

« Surtout les plus jeunes ils ont envie d'apprendre et ça se sent et c'est ça qui est intéressant aussi... » (M9)

d) Une meilleure adaptation à la pratique du MSU

Les MSU interrogés remarquaient que les internes NR s'adaptaient particulièrement bien à leur pratique individuelle dans le contexte de leur cabinet, ce qui les valorisait à nouveau.

« Ils sont tout neuf donc tu peux les formater comme tu veux... de ce côté-là c'est très pratique... l'interne tu lui expliques il s'adapte » (M6)

« C'est vrai que quand tu vas prendre un interne [...] qui a déjà beaucoup d'expérience et qui a déjà sa façon de travailler qui s'accorde pas forcément à la mienne effectivement c'était plus compliqué pour elle de s'adapter à mon fonctionnement alors qu'effectivement un premier ou deuxième semestre qui est encore tout neuf, qui a pas encore pris ses habitudes, il va s'adapter plus facilement... » (M9)

e) Un moindre « formatage » hospitalier

Pour la plupart des MSU, cette adaptabilité était la conséquence d'une moindre conformisation (ou un moindre « formatage »), déjà évoquée plus haut, aux démarches médicales en milieu hospitalier et aux réflexes pratiques qu'elles induisaient.

« Tu sais à l'hôpital on vous apprend à appliquer des protocoles on vous apprend à faire des examens systématiques [...] là le fait que elle soit en premier semestre elle avait pas déjà ces mauvaises habitudes de l'hôpital qui consistent à faire du systématique et à s'occuper plus de la maladie que du patient... ces protocoles-là sont pas du tout adaptés à la médecine de ville [...] le problème de la plupart des internes formatés à l'hôpital c'est que... ils sont orientés sur la pathologie sur les symptômes et les trucs comme ça... et moi j'leur pose des questions sur leur vie, sur leurs désirs et euh ça... ça permet euh de déboucher sur plein de... d'autres domaines que le motif de consultation et ça ils sont plus à même de l'apprendre avant de passer à l'hôpital... » (M4)

« Y'en a qui sont très formatés... on leur apprend à vraiment privilégier la clinique, à ne pas se réfugier trop vers les examens c'est un petit peu souvent le problème, avant ils arrivaient des urgences et de l'hôpital... et on repartait beaucoup sur de la... sur de la clinique [...] donc c'est très bien qu'ils puissent venir tôt en cabinet pour cette expérience et s'adapter plus facilement à ce qu'on fait. » (M5)

III.3.3.3 Une maîtrise de stage plus chronophage

Pour certains MSU, la réforme s'était par contre accompagnée d'un plus grand investissement de temps dans leur maîtrise de stage.

« C'est devenu plus chronophage quand même... parce qu'on a d'autres internes à guider quoi et que ça prend... Après faut faire le debriefing entre midi et deux euh... la journée reprend derrière 'fin... si on finit à midi et demi...pis sinon c'est pas bien fait quoi ça sert à rien d'le faire [...] j'pense que c'est une forme de dévouement quand même quoi [...] finalement on s'est habitués... mais ça demande plus d'encadrement 'fin c'est certain » (M2)

« C'est vrai qu'au tout début de stage ça a été un peu plus euh... ben il a fallu une période d'adaptation plus longue et c'était vraiment normal et en même temps j'm'y attendais et c'est vrai que... ça a été un peu plus... une... comment... un patronage un peu plus attentif, un peu plus long un peu plus physiquement présent » (M7)

Deux raisons ont été avancées pour expliquer cette augmentation du temps de maîtrise de stage : l'augmentation du nombre d'internes reçus, et les aspects négatifs des nouvelles caractéristiques des internes NR provoquant un renforcement de l'encadrement pédagogique.

a) Une augmentation du nombre d'internes reçus

La période de transition de la réforme ayant causé un besoin plus grand en terrains de stage ambulatoire de niveau 1, le nombre d'internes accueillis par les MSU avait augmenté, ce qui s'avérait parfois problématique.

« Le premier semestre suite à la réforme on a eu deux internes de premier semestre et un SASPAS et on a dit stop, pas deux internes de premier semestre puisque c'est trop dur à gérer...[...] un seul, pas... pas deux parce que... parce qu'on a d'autres internes à gérer [...] il faut gérer tout le monde y'a pas de raison de favoriser l'un plus que l'autre quoi donc euh... ben ça prend du temps de voir tout le monde hein... moi ça me prend du temps, de l'énergie donc j'peux pas faire plus... » (M2)

« Alors euh... les derniers semestres là on a été très très chargés en internes... ça a fait effectivement beaucoup d'internes euh... c'est des fois, c'est des fois... trop » (M7)

b) Une diminution de la disponibilité du MSU pour ses patients

Certains MSU soulignaient que la présence constante d'un interne pouvait avoir des répercussions négatives sur leur exercice.

« On peut vite perdre une patientèle, ça c'est quand même un petit sacrifice au bout d'un moment quand les patients nous ont pas vus au bout d'un moment ils nous le font sentir donc faut vraiment qu'on fasse très attention à ça il faut qu'on soit là... Vraiment souvent...[...] c'est vrai que j'aimerais bien de temps en temps avoir une demi-journée toute seule de temps en temps mes patients en plus ils aiment bien me voir un peu toute seule » (M5)

« Les journées où tu travailles avec l'interne, surtout les plus jeunes, faut que tu sois pas trop impacté par sa présence, par rapport au nombre de patients que tu dois voir, et tu peux pas te dire tiens au lieu de voir tant de patients aujourd'hui on va en voir la moitié et on va discuter on va faire ceci on va faire cela, et les autres patients que tu devais voir, est-ce qu'ils sont en capacité d'être vus par quelqu'un d'autre, parce que eux s'ils devaient être vus c'est qu'ils le voulaient... » (M9)

c) Un équilibre trouvé dans l'accueil de l'interne à mi-temps

Accueillir l'interne NR de SN1 sur la moitié de son temps de travail au cabinet était l'emploi du temps de maîtrise de stage idéal pour les MSU.

« J'pourrais pas l'avoir tout le temps, tout le temps où moi j'suis au cabinet donc... à mi-temps pour moi c'est très bien [...] le mi-temps c'est idéal je pense que c'est idéal justement pour satisfaire et les patients et les internes. » (M6)

« Je l'ai sur la moitié de mon temps d'exercice et c'est très bien... c'est ce qu'il faut pour que ça se passe bien... » (M8)

III.3.3.4. Les aspects négatifs du nouveau profil des internes NR, notamment en premier semestre

a) Un renforcement de l'encadrement pédagogique

Certains MSU décrivaient des besoins d'encadrement et d'attention plus importants, surtout pour les internes NR en premier semestre, parfois incompatibles avec l'activité du cabinet.

« On a systématiquement des internes de premier semestre depuis la réforme, donc euh...ça demande beaucoup plus de temps pour répondre aux questions, on est plus lent et on doit continuer à voir les patients donc c'est pas toujours compatible quoi... » (M2)

« Moi je trouve que quand même... il faudrait attendre euh... le deuxième semestre minimum...[...] les premiers semestres honnêtement j'suis pas très à l'aise parce que ça demande beaucoup de questions ce qui est normal mais... c'est très prenant... en tout cas pour ma pratique avec... une patientèle assez importante c'est compliqué [...] il faut aussi déjà leur apprendre ce côté clinique pas avoir peur du patient, l'examiner le toucher l'écouter tu vois ce que je veux dire, j'ai trouvé que les anciens et les jeunes euh... les jeunes euh... c'est ce manque euh... il faut apprendre les deux choses, ce qui fait pas mal de boulot. » (M10)

b) Une moindre aisance clinique

Ce renforcement de l'encadrement pédagogique était souvent lié à une moindre aisance clinique et une pudeur dans le contact avec les patients de la part des internes NR, notamment ceux de premier semestre.

« Entre les internes qui sont là en premier semestre et puis les troisièmes années ben les troisièmes années ils ont tendance à être un peu plus à l'aise un peu plus vite peut-être sur la clinique déjà, interrogatoire et examens...» (M2)

« Les plus jeunes par contre ont plus de retenue par rapport aux patients, tu vois dans l'examen clinique, chose que les anciens qui ont déjà examiné, qui sont passés qui ont fait des gardes tu vois le... ils touchent plus facilement les gens, y'a ce côté-là » (M10)

c) Une formation préalable aux urgences souhaitable

Certains MSU pensaient qu'un contact hospitalier précédant le SN1, notamment celui des urgences, était souhaitable pour un bon déroulement du stage, et préféreraient donc avoir des internes à partir de leur deuxième semestre.

« Le ptit reproche juste c'est quand ils sont en premier semestre donc ils ont pas fait de garde donc euh... côté urgences euh... ils sont pas forcément performants hein ils ont les connaissances théoriques mais en pratique ils ont pas été confrontés à des situations d'urgence donc effectivement si ça se présentait au cabinet j'pense qu'ils seraient moins à l'aise donc euh voilà... [...] ouais, j'ai eu une fois un troisième semestre qui avait déjà fait urgences et service de médecine donc euh lui il savait tout faire donc ouais c'était le plus, le plus pratique pour le côté médical ouais... Alors moi mon idéal c'est deux et troisième semestre. » (M6)

« Après quand même, l'hôpital euh... ben en médecine libérale aussi on voit beaucoup de gens mais à l'hôpital on voit quand même beaucoup beaucoup de situations, en six mois de stage on s'fait un bagage d'expérience qui est quand même important, et... et notamment euh et avec des choses plus lourdes et des urgences... et j'pense que... pour la vision de l'urgence, ça peut être plus compliqué de commencer par la médecine générale... j'pense que ce couplage urgences médecine générale il est important...» (M7)

III.3.3.5. Une absence de changement

Deux MSU n'ont pas remarqué de différence dans leur pratique de maîtrise de stage depuis la réforme.

« Non ça y'a pas... y'a pas eu de changement pour moi globalement, pas de différence » (M3)

« Oh ben pour moi c'est comme d'habitude, vraiment pas de différence... » (M5)

a) Des internes NR similaires aux internes AR

Ces mêmes MSU ne voyaient pas de différence fondamentale en stage, entre les internes NR et les internes AR.

« Bah j'ai pas vu de différence entre les... entre les internes en première année et les troisièmes années non personnellement... » (M3)

« Franchement, je peux pas... je pense que... non je peux pas dire franchement que je vois une différence entre les deux types d'internes... » (M5)

b) Des différences plutôt liées aux individus

Selon plusieurs MSU, les différences d'appréciation du SN1 étaient plutôt fonction de la personnalité des internes accueillis.

« En fait c'est très personne-dépendant ça dépend pas forcément d'être premier ou troisième semestre, c'est plus la personnalité par exemple » (M3)

« C'est vrai que le contact avec les internes... c'est relativement interne-dépendant 'fin personne-dépendant donc ça peut varier d'un semestre à l'autre pour des tas d'autres raisons que la place du stage, des raisons individuelles notamment... » (M7)

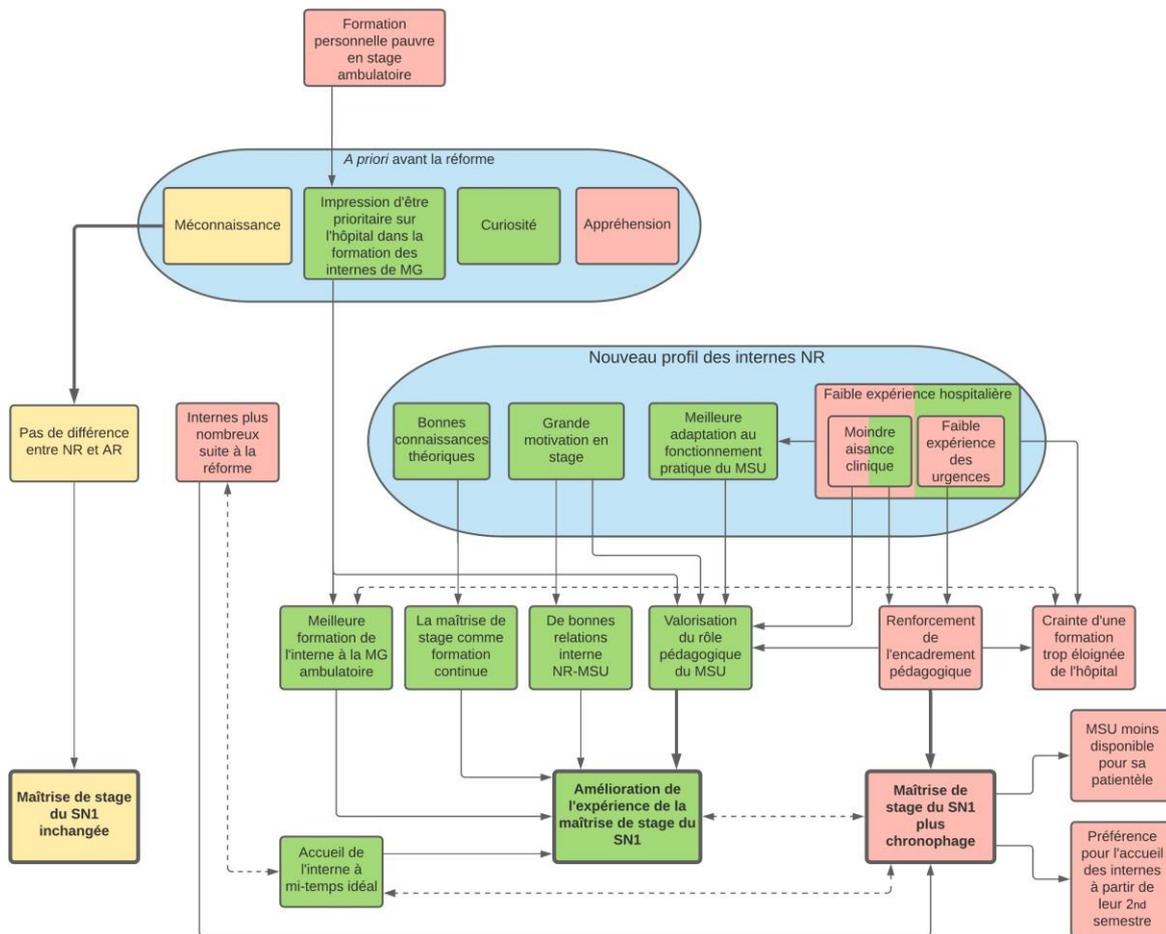


Figure 4 : Schématisation : Impressions générales à l'égard de la réforme

III.4. Déroulement du stage

III.4.1 Généralités sur les objectifs de stage

III.4.1.1. Une mise en place initiale non formelle

Si certains MSU se basaient sur la grille d'évaluation pour définir les objectifs, la plupart s'en affranchissaient, au profit d'une mise en place non formelle et plus intuitive de ceux-ci.

« Alors au cabinet depuis longtemps on utilise... on utilise la grille standard parce qu'il faut... [...] mais moi personnellement je ne formalise pas les objectifs avec l'interne... euh... parce que j'y arrive pas, parce que, parce que c'est une compétence que j'ai pas de... poser les choses sur des grilles qui tiennent la route... » (M7)

« J'trouve que... le canevas avec la grille des objectifs est... est bien adapté, faut avoir un niveau intermédiaire sur les choses de... de base enfin voilà fondamentales quoi... mais bon souvent on a pas... on a pas formalisé euh... voilà, une progression, des objectifs parce que ça, tout allait de soi en fait... » (M8)

« J'ai pas trop l'habitude de définir des objectifs... C'est toujours assez au feeling et euh... y'en a qui je sais disent tiens tu vas faire ça tu vas réviser ça, lundi prochain tu fais ça etc... euh... moi j'y arrive pas, j'arrive pas à faire ça. » (M9)

III.4.1.2. Des objectifs adaptés à l'interne de manière intuitive

La mise en place des objectifs de stage était plutôt fonction de l'interne, de ses capacités et de ses demandes.

« C'est vraiment interne-dépendant quoi, et on se base pas sur des référentiels euh voilà faut faire ça les premiers semestres tout ça... [...] ce moment tout ce qui est objectif c'est euh... c'est très académique donc on fait à la louche, on fait au feeling » (M6)

« Je propose l'encadrement après je m'adapte en fonction des objectifs de l'interne en sachant que chacun peut aller à son rythme on va dire, puisque le troisième cycle est quand même assez long [...] faut s'adapter aux objectifs un peu de l'interne et pis de... de ses capacités. » (M8)

III.4.2 La mise en autonomie

III.4.2.1. Définition

Le MSU interrogés définissaient tous l'autonomie comme la capacité pour l'interne à consulter seul avec un patient et pouvoir gérer sa prise en charge de manière globale, à l'issue de la phase de supervision indirecte.

« Quand ils sont autonomes pour moi ils peuvent gérer tout seuls un patient au cabinet... » (M1)

« Elle est devenue rapidement autonome, c'est-à-dire qu'elle gérait beaucoup de consultations toute seule de A à Z ouais bien sûr » (M4)

Les MSU excluaient de la notion de mise en autonomie les compétences de gestion pratique quotidienne d'un cabinet de médecine générale, notamment celle du temps à travers l'enchaînement des consultations ou les sollicitations téléphoniques, mais aussi des compétences de gestion administrative.

« Y'a différents degrés d'autonomie... comment dire, ma limite entre le niveau 1 et le SASPAS c'est la gestion de la journée, le téléphone, la salle qui déborde...[...] et tout ce qui est un peu administratif » (M7)

« C'est bien qu'ils arrivent à un bon niveau d'autonomie même si au niveau 1 ça me paraît difficile d'être autonome complètement au niveau des compétences de gestion du cabinet, le temps d'attente des patients etc... l'autonomie complète du médecin généraliste quoi » (M9)

a) Une différence entre mise en autonomie et capacité à remplacer

Pour certains MSU, même acquise à l'issue du stage, l'autonomie ne suffisait pas pour remplacer dans de bonnes conditions en raison du manque d'expérience de l'interne face à la diversité des situations auxquelles il serait exposé en médecine générale ambulatoire.

« J pense pas tu vois qu'elle soit apte à remplacer après un premier semestre en médecine générale... c'est trop tôt » (M4)

« C'est pas le but et euh c'est pas possible d'en faire un remplaçant tout de suite... il manquerait trop de... d'expérience, y'a une expérience clinique à avoir avant [...] et puis une consultation en supervision indirecte c'est pas pareil qu'en remplacement » (M8)

III.4.2.2. La mise en autonomie comme objectif principal du stage

Pour certains MSU, la mise en autonomie restait l'objectif principal, voire obligatoire du stage.

« La mise en autonomie oui... [...] obligatoirement, enfin c'est une demande de leur part déjà hein, mais obligatoirement oui » (M1)

« Nous c'est toujours notre objectif c'est de vous autonomiser c'est très important j pense... » (M4)

« J pense que c'est l'objectif euh... le plus pertinent du stage, à la fois du niveau 1 'fin du SASPAS c'est sûr mais euh... du niveau 1 oui c'est sûr aussi que aller vers euh l'autonomie c'est l'objectif principal ouais.[...] si à la fin d'un niveau 1 euh... j'avais un interne qui n'était pas capable de consulter seul, je serais inquiet pour la suite, ça me poserait vraiment un problème... » (M7)

a) Un outil de formation essentiel

La mise en autonomie était en effet considérée comme un processus important de la formation de l'interne à la médecine générale ambulatoire.

« On voit mieux les choses qu'on fait quand même seul euh [...] à un moment donné faudrait qu'ils soient dans l'inconfort, c'est formateur, donc vaut mieux qu'ils soient inconfortables [...] quand ils sont avec nous ils sont plutôt spectateurs alors que quand ils sont acteurs ben ils se mettent devant des situations nouvelles [...] ça permet de vraiment appréhender le travail donc c'est très bien. » (M1)

« J pense qu'on apprend à partir du moment où on est... on est confrontés enfin qu'on se sent autonome et qu'il faut y aller quoi... » (M10)

b) Une mise en place progressive et adaptée à l'interne

« Après c'qu'est bien c'est que le stage est progressif [...] et eux ça leur permet au fur et à mesure du temps d'avoir plus d'autonomie » (M1)

« Je le fais progressivement et euh on le fait vraiment dans l'attente euh, enfin... disons que j'essaie de m'adapter au rythme de l'interne... » (M7)

c) Une demande de l'interne

Selon plusieurs MSU, la mise en autonomie est une demande fréquente de l'interne NR, qui peut s'inclure dans un projet professionnel de remplacement pendant son cursus.

« C'est aussi votre objectif principal... c'est l'objectif des internes qui viennent en stage... » (M4)

« On voyait avec eux [...] si y'avait un objectif de remplacement pendant le... avant de finir le cursus d'interne... donc du coup [...] ça mettait une barre un peu plus haut fallait qu'on soit un peu plus rigoureux et puis plus progressifs si on visait l'autonomie... » (M8)

III.4.2.3. D'autres objectifs prioritaires

a) Une mise en autonomie définitive garantie par le SASPAS

L'obligation de réaliser un stage de SASPAS pour l'interne NR garantit selon certains MSU une mise en autonomie à son issue et rend son acquisition en fin de stage ambulatoire de niveau 1 moins fondamentale.

« Je m'inquiète pas parce que l'interne va refaire un stage en SASPAS donc euh... Le but c'est pas vraiment de le faire travailler euh complètement en autonomie. [...] c'est vrai que c'est sympa d'être autonome mais j'en fais pas un objectif premier, surtout que y'a le SASPAS pour ça oui [...] je sais que derrière ils ont de quoi apprendre donc ça m'inquiète pas. » (M6)

« Sachant que pour l'autonomie y'aura une phase d'affinage avec le SASPAS donc maintenant comme ça c'est acté [...] que y'a un deuxième stage et que ça permet de se laisser des marges de manœuvre... qu'ils aient une expérience d'un an au total avec le SASPAS c'est une bonne chose, parce que acquérir l'autonomie en six mois bon... » (M8)

b) Des objectifs d'initiation à la médecine générale prioritaires

Plusieurs MSU considérant la mise en autonomie comme secondaire mettaient en place des objectifs à visée « initiatique » de la médecine générale ambulatoire.

- Découvrir la médecine générale ambulatoire

L'objectif du stage est d'abord d'initier et de sensibiliser l'interne NR à la médecine générale libérale et de lui en donner un aperçu pratique.

« L'idée c'est d'abord d'avoir les bons côtés les mauvais côtés bah du système libéral, la difficulté qu'on a dans la vie de tous les jours qui est pas si facile... » (M1)

« L'objectif c'est pas forcément d'en faire quelqu'un d'autonome à la fin du stage, puisqu'il lui reste encore... tu vois il lui reste bien trois à quatre semestres à faire[...] ... c'est plus un stage de découverte euh, de mise dans le bain, voilà euh... c'est pas forcément la performance...[...] l'objectif c'est aussi de faire aimer la médecine libérale... moi c'est de faire découvrir les différents côtés positifs et négatifs de leur métier » (M6)

- Acquérir des compétences relationnelles

Certains MSU insistaient aussi sur l'importance des capacités d'écoute et de dialogue qui devaient être développées par l'interne.

« Moi les objectifs c'est vraiment que euh... à la fin ils fassent attention au patient, qu'ils le laissent parler, qu'ils l'écoutent et qu'ils puissent lui parler correctement... » (M5)

« L'apprentissage du relationnel est important aussi, si tu veux le contact avec les patients quand ce sont les tiens, c'est un peu différent du... one shot de l'hôpital quoi, des gens que tu reverras pas... [...] c'est-à-dire qu'on crée une relation avec des gens qu'on va revoir, donc... ça j'trouve que c'est important à apprendre dès le premier semestre et... de pas hésiter parce que ça ils le savent pas, de reconvoquer de revoir le patient euh... pour voir l'évolution et tout ça, c'est un apprentissage un peu différent... » (M11)

- Mettre en évidence ses difficultés

« C'est aussi pour regarder si y'a des difficultés et si c'est le cas c'est ptet pas...faut pas non plus viser euh... l'autonomie complète hein mais euh... ça permet de mettre en évidence les difficultés puis dire que ben y'aura ça à travailler au stage de niveau 2, en début de niveau 2 » (M8)

- Connaître ses limites

« Surtout c'qu'on demande aux internes c'est pas forcément d'être autonomes mais c'est de connaître leurs limites et de pas hésiter à nous appeler euh... quand euh ils

voient qu'ils ont un souci quoi... De pas laisser repartir un patient avec des choses inachevées quoi. » (M4)

« Ce qui me paraît important aussi c'est la capacité à se remettre en cause... à reconnaître ses limites et à se dire ben là j'ai besoin d'aide » (M9)

« Faut qu'ils apprennent aussi à demander et qu'ils se sentent pas trop trop forts, j'en avais une euh... ça s'est pas bien passé du tout... [...] elle avait un peu la grosse tête elle savait tout, et elle m'appelait jamais pour aller voir un patient... euh... elle était pas sûre d'elle et elle avait un comportement complètement différent, tu sais ces gens qui sont pas sûrs d'eux et qui finalement en font trop... il a fallu que je crève l'abcès pour lui dire écoute il faut fonctionner différemment parce que sinon c'est pas possible quoi... donc bon j'avais un œil sur elle même si je l'avais autonomisée... » (M11)

III.4.3. Les phases pédagogiques

La durée des phases pédagogiques d'observation active, de supervision directe a parfois changé.

III.4.3.1. Des phases d'observation active et supervision directe plus longues

Pour certains MSU, les phases d'observation active et de supervision directe étaient souvent plus longues par rapport à leurs habitudes, pour les internes NR et en particulier les premiers semestres.

« Pour certains... les premiers semestres, des fois... je dirais que pour certains la première phase d'observation a été un peu plus longue... » (M2)

« La phase d'observation a été plus longue, j'dirais même particulièrement longue ... c'est plus une adaptation temporelle à la méthode qui me semble normale, enfin j'm'y attendais en quelque sorte... » (M7)

« On a eu des cas où il a fallu attendre beaucoup plus longtemps, au moins... honnêtement deux trois mois avant de pouvoir les laisser sur une consultation... enfin les laisser... en supervision indirecte » (M10)

a) Un besoin d'impulsion plus important pour passer à la supervision indirecte

Les MSU devaient parfois faire preuve de plus d'autorité pour faire passer l'interne NR à la phase de supervision indirecte.

« Y'a des internes qu'après on a obligé, au bout d'un certain temps 'fin maintenant j'm'en souviens plus quand hein mais... on leur disait bah là ça serait bien maintenant d'aller faire les consultations [...] parce que bon je me vois pas mettre quelqu'un assis sur un tabouret pendant six mois... 'fin c'est juste pas possible quoi... vous êtes internes euh y'a possibilité de prescrire euh... l'externat c'est fini... » (M2)

« Cette personne effectivement il a fallu effectivement plus de deux mois avant de se dire on peut lui laisser un patient... parce qu'on avait voilà... mais au bout de deux mois on lui en a parlé, on lui a dit bon y'a un truc qui va pas là tout ça, bon on a essayé de dégrossir l'affaire, et après elle s'est accrochée, elle s'est lancée et honnêtement on a eu de super résultats les mois qui ont suivi tu vois... » (M10)

III.4.3.2. Une phase de supervision indirecte identique par rapport aux internes AR

Pour la phase de supervision indirecte, les MSU n'ont pas identifié de différence d'application ou de durée depuis la réforme.

« Moi j'ai pas eu de changement par rapport aux autres » (M4)

« Franchement sur la supervision euh...indirecte en niveau 1, il me semble pas avoir vu de grosses grosses différences [...] je pense avoir fonctionné comme avant en vérifiant après les consultations et en se disant des fois quand on a le temps ben tiens on va se faire la consultation à deux donc là du coup on est plus en supervision directe, donc je faisais des supervisions directes de temps en temps pour regarder comment ça se passe. » (M9)

III.4.3.3. Des phases globalement identiques pour certains MSU

Certains MSU ne remarquaient pas de changement de durée ou de difficulté concernant les phases pédagogiques.

« Non pas forcément les phases... Non non c'est comme d'habitude... ça dépend de l'interne surtout » (M1)

« Mais donc euh... franchement... en niveau 1, il me semble pas avoir vu de grosses grosses différences [...] je pense avoir fonctionné comme avant pour les phases » (M5)

III.4.3.4. La durée des phases pédagogiques était toujours fonction de l'interne

L'importance d'adapter la durée des phases aux capacités de l'interne était là encore souvent mise en avant.

« J'vois un petit peu comment se débrouille l'interne s'il est à l'aise voilà s'il est à l'aise rapidement je le mets en autonomie mais euh... voilà sans forcément passer par tous les... stades préconisés, les étapes euh... voilà, la première phase d'observation elle peut durer un mois s'il est pas à l'aise comme elle peut durer une semaine » (M6)

« Après le passage à la supervision... je le fais progressivement et euh on le fait vraiment dans l'attente euh, enfin... disons que j'essaie de m'adapter au rythme de l'interne... » (M7)

III.4.4. Évaluations des compétences

III.4.4.1. De l'interne NR

a) La grille d'évaluation à remplir en fin de stage : un support intéressant

La grille d'évaluation finale de l'interne, remplie obligatoirement à l'issue du SN1, reste un support pédagogique intéressant pour certains MSU.

« Alors ben on se... cale sur la grille fournie, sur ces critères-là donc oui c'est vrai que c'est pas trop mal fait cette grille... » (M6)

« Au cabinet depuis longtemps on utilise... on utilise la grille standard [...] et on le fait deux fois par semestre, de se réunir [...] en fait on fait la grille d'évaluation de fin de stage en milieu de stage et on voit euh les objectifs qui sont déjà atteints, ceux qui sont pas atteints, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer etc... » (M7)

b) Les grilles d'auto et d'hétéro-évaluations non utilisées

Les autres grilles d'auto et hétéro-évaluations, fournies par le CNGE en formation, étaient jugées inadaptées et aucun MSU ne les utilisait.

« On avait eu, quand on était en formation de MSU une grille beaucoup plus complexe, beaucoup plus complète y'avait euh 70 critères mais ça ben on utilise pas quoi parce que c'est trop fastidieux quoi... euh... si on devait évaluer chaque consultation avec tout un tas de critères euh... voilà on en finit plus quoi hein donc ça on laisse tomber parce que c'est vraiment très très théorique très académique quoi c'est pas adapté... » (M6)

« C'est vrai que si c'était bien structuré je pense que faudrait le faire mais si tu veux le problème c'est que nous on a pas une formation d'universitaire [...] ces grilles-là sont très abstraites et compliquées et prennent du temps » (M9)

c) Une évaluation des compétences intuitive

De la même manière que pour les objectifs de stage, si la grille d'évaluation est systématiquement remplie, les MSU lui préféreraient une méthode intuitive et orale.

« On se fie plus à nos impressions, tu vois à une impression globale... plutôt que tu vois de faire une analyse de telle ou telle chose, j pense que c'est parce qu'on a pas l'habitude de la faire, et que... et comme on fait en médecine générale c'est-à-dire que tu vois tu prends quelqu'un qui arrive tu le prends un peu dans sa globalité et c'est un raisonnement finalement intuitif [...] là c'est pareil l'interne tu le prends un peu dans sa globalité » (M9)

« J'utilise la grille officielle pour l'officiel... après je discute de façon officieuse avec l'interne *rires*... je pense que tout se résume pas à une grille... » (M10)

« J'remplis la grille mais... j'trouve que les grilles sont lourdes, c'est plutôt le... le ressenti tu vois le... l'échange qui est important parce que voilà il faut remplir des questions dans la grille d'évaluation, donc les questions posées et la grille suffisent... Moi j'suis une vieille routarde de la médecine donc bon c'est des outils qui me font rigoler quoi... ça te serre trop dans un cadre alors que la discussion me paraît

beaucoup plus intéressante... [...] moi je leur demande souvent un ressenti, si y'a quelque chose qui les dérange... il faut tout le temps j'allais dire poser une question, avoir un ressenti... » (M11)

d) Des MSU satisfaits de la progression des internes NR

Les MSU considéraient que les objectifs étaient acquis en fin de stage, notamment celui de la mise en autonomie quand il était l'objectif principal.

« C'est acquis je pense alors avec plus ou moins de facilité mais c'est vrai qu'ils sont autonomes à la fin » (M1)

« Ça s'est bien passé ouais très contente de l'acquisition de l'autonomie » (M2)

III.4.4.2. Du MSU par l'interne NR

a) L'importance pour le MSU d'avoir un retour sur sa pratique

La plupart des MSU jugeaient l'évaluation de leur maîtrise de stage par les internes accueillis essentielle pour évoluer dans leur fonction pédagogique.

« Moi chaque fois que je finis un stage euh... avec un interne j leur demande de me faire un retour sur c'qu'ils ont apprécié ou moins dans euh... dans ma façon de travailler ou dans euh ma façon de... de l'enseignement qu'ils ont reçu... [...] on essaie de progresser, on se remet en question, on essaie d'améliorer les choses et on attend beaucoup de vous les internes euh... de... des critiques qui nous permettent d'avancer » (M4)

« Je pense que c'est vraiment important euh... 'fin de pouvoir euh juger son niveau quelle que soit la fonction qu'on occupe et la fonction de maître de stage est une fonction parmi d'autres donc, je pense que ça serait très intéressant de pouvoir avoir un retour et savoir si on fait les choses bien ou pas bien, qu'est-ce qu'on fait bien qu'est-ce qu'on fait pas bien » (M7)

b) Une insuffisance de retours écrits

Au terme de leur stage ambulatoire de niveau 1, les internes doivent remplir une évaluation de leur stage à l'adresse du DUMG. Cependant, les internes le font en pratique rarement et les MSU n'ont pas accès à ces évaluations, ce que certains regrettent.

« Malheureusement on vous sollicite régulièrement pour avoir des retours sur vos, vos formations en ambulatoire et jusque maintenant j'ai jamais eu de retour des évaluations de stage qu'on vous demande de faire... [...] Alors moi j'ai des retours par mes internes direct, mais normalement vous devez... vous devez remplir une fiche d'évaluation de vos stages auprès du DUMG et le DUMG devrait noter un retour sur... sur la satisfaction des internes et euh pour le moment nous on a jamais rien reçu. » (M4)

« J'ai pas vu leurs évaluations c'est ça qui est pas très pratique... [...] on a pas le commentaire dans l'autre sens... j'trouve que c'est dommage... [...]... faudrait savoir justement ce que l'interne a pu mettre de négatif pour progresser alors effectivement peut-être que le commentaire sera négatif mais voilà ça permet de se remettre en cause... Si j'ai pas le retour euh... j'peux pas modifier ma pratique... là j'en suis à six ou sept internes, j'ai eu zéro retour » (M6)

c) Un retour oral en stage est suffisant

Pour certains MSU, au contraire, le retour des internes NR sur leur pratique était jugé suffisant sous sa forme orale et spontanée.

« Bon j'pense que ce qu'on offre est bien après on arrive quand même à échanger suffisamment sur le semestre » (M8)

« je tiens pas forcément à savoir euh... tu vois à connaître les notations qu'il ou elle a pu mettre non, après euh... on discute ensemble en général » (M9)

d) Ces derniers sont positifs de la part des internes NR

« ça se passe bien même avec les nouveaux en tout cas ils nous disent qu'ils sont contents... » (M3)

« ptet qu'ils osent pas dire ce qui est négatif mais euh je pense que euh... très sincèrement y'a pas de retour négatif euh... » (M6)

« Les internes sont plutôt satisfaits de passer chez nous » (M8)

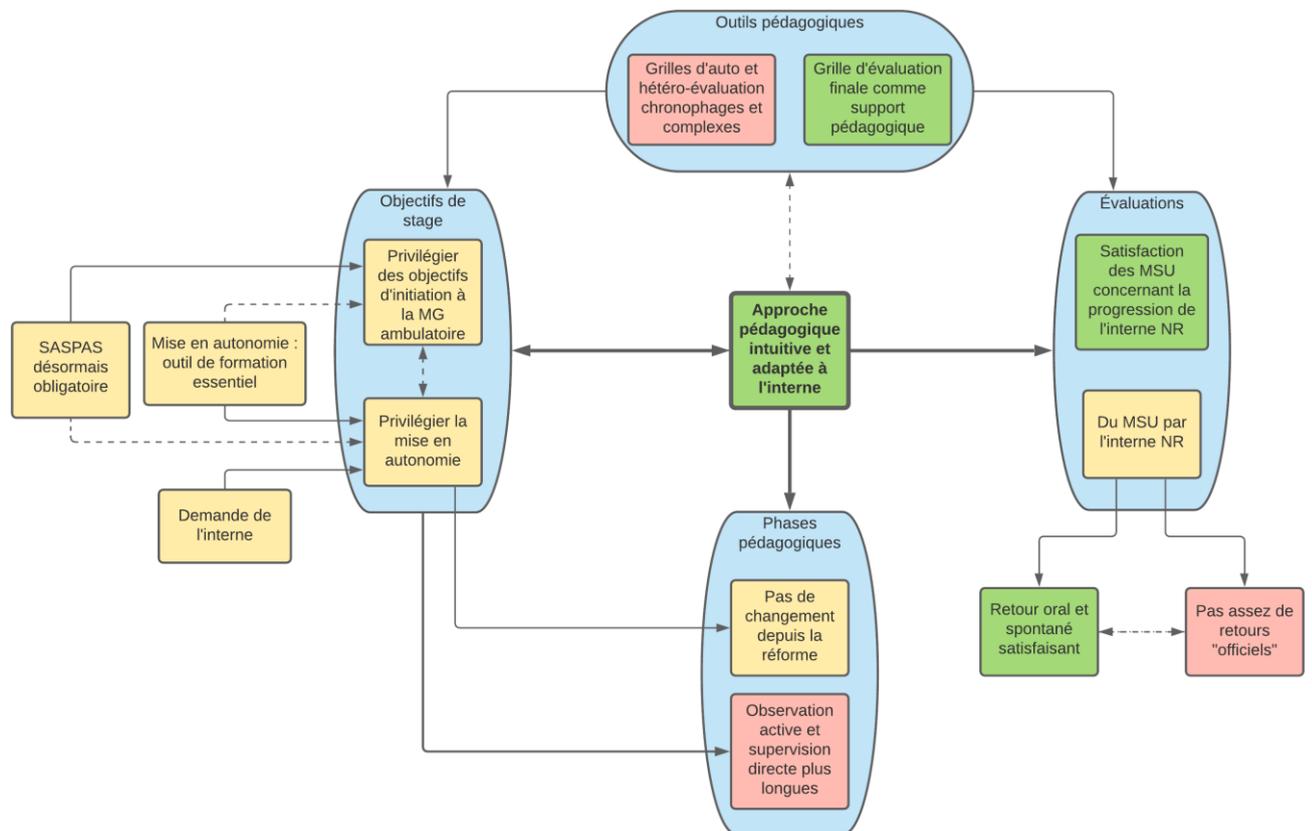


Figure 5 : Schématisation du déroulement du stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme selon les MSU

III.5. Le ressenti des patients d'après les MSU

III.5.1. Des retours positifs

Le retour des patients sur les internes vus en consultation avec ou sans leur MSU était globalement positif.

« J'ai régulièrement des retours des patients qui sont euh très habitués à voir les internes [...] la plupart des patients acceptent tout à fait la présence d'un interne et non seulement l'accepte mais euh... mais sont contents d'être euh... d'être vus par un interne » (M4)

« Ça n'a jamais posé de problème à aucun patient euh voilà, que l'interne soit, soit là, au contraire, globalement c'est plutôt vu positivement... » (M6)

a) Des patients demandeurs

Certains patients demandaient même à revoir l'interne NR en consultation, dans un contexte de supervision indirecte.

« Y'a des patients qui reviennent qui disent ben moi j'aimerais bien voir l'interne que j'ai vu la dernière fois ça c'est génial ça quand ça arrive on est ravis et c'est fréquent hein » (M5)

« Les internes ont fréquemment des patients qui reviennent vers eux, pour eux, 'fin ils ont eu tel interne avant, ils vont demander à la secrétaire quel jour il est là pour suivre le... le sujet qui avait été mis sur la table avec le même étudiant » (M7)

b) Une absence de différence par rapport aux internes AR

D'après les MSU, les patients vus en consultation ne faisaient pas la différence entre le niveau des internes NR, AR, ou les SASPAS.

« Les gens font peu de différences entre les niveaux des internes, ils ont du mal à évaluer si l'interne est en SASPAS, en premier semestre ou en quatrième semestre 'fin voilà, donc j'ai pas eu le sentiment qu'ils avaient une vision différente » (M7)

III.6. Modélisation

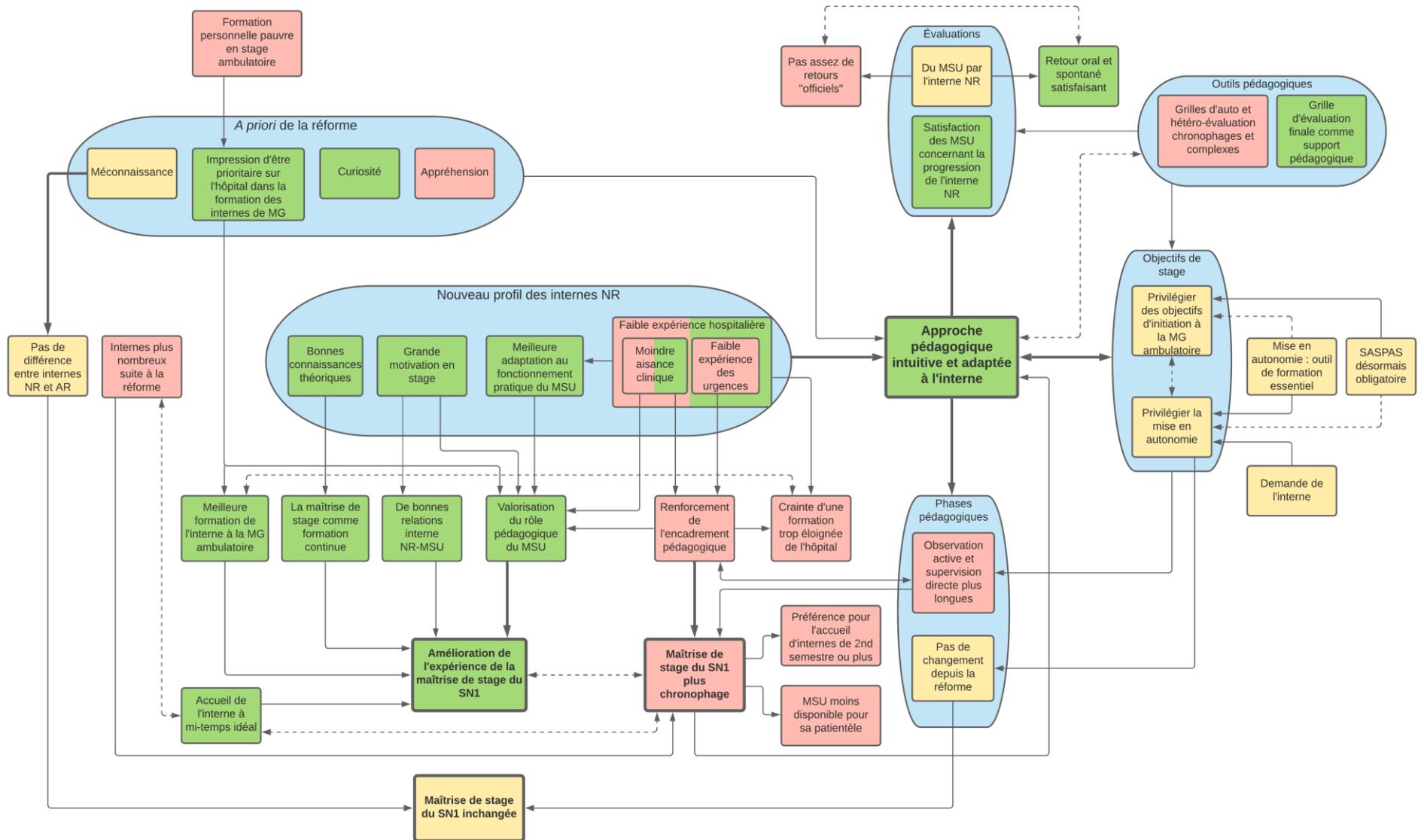


Figure 6 : Modélisation du retour d'expérience des MSU ayant accueilli un interne de niveau 1 en phase socle depuis la réforme de 2017

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats et confrontation avec les données de la littérature

IV.1.1. Une amélioration de l'expérience de la maîtrise de stage pour la plupart des MSU

Comme nous l'avons vu, la quasi-totalité des MSU évoquait une expérience positive de leur maîtrise de stage depuis la réforme.

Plusieurs raisons mises en avant par les MSU expliquaient ce ressenti.

IV.1.1.1. MSU, un rôle encore plus valorisant

Bien avant la réforme de 2017, de nombreuses études montraient que la maîtrise de stage était considérée comme valorisante pour le médecin généraliste MSU. La revue systématique de la littérature effectuée par le Dr.JARNE-JOSSE, publiée en 2011 et intitulée « Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maitres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire » rapportait de la part du MSU un « plaisir, enthousiasme et une fierté à transmettre son savoir et à exercer »(40). La thèse du Dr.Brault, datant de 2011, montrait que l'entourage personnel des MSU rennais interrogés comme leurs patients étaient fiers de les voir choisis pour être formateurs d'interne (41). Les MSU ont toujours rapporté ce plaisir lié à la transmission de leur savoir à travers le compagnonnage (42,43).

Ce ressenti était non seulement confirmé par les MSU, mais aussi amplifié.

a) Des internes NR plus motivés

Si le regard du stagiaire témoignant de l'intérêt pour son stage avait déjà été mis en évidence comme élément valorisant pour le MSU (40), cette étude suggère que la motivation des internes NR était encore plus importante.

Cet élément peut s'expliquer par la place désormais précoce du SN1 dans la nouvelle maquette, devenu le premier ou deuxième stage de l'interne débutant son 3^{ème} cycle.

D'après la thèse d'Ambre Roussely, ce stage est considéré par les internes de l'Océan Indien comme le plus important de leur internat (44).

Il est donc logique qu'après leur deuxième cycle, vierge de toute expérience clinique en tant qu'interne mais aussi de l'exercice de la médecine générale ambulatoire, les internes NR soient particulièrement motivés pour acquérir les connaissances relatives à leur futur exercice.

b) Des internes NR moins à l'aise concernant la clinique

Certains MSU mentionnaient que les internes NR avaient une pudeur et une moindre aisance clinique, notamment ceux de premier semestre. Ils étaient parfois décrits comme hésitants, craignant le contact physique avec le patient. Ceci avait déjà été mise en avant concernant la mise en autonomie chez les internes AR en SN1 dans une étude qualitative du Dr.Maurice (45).

Fréquemment reportée par les MSU dans notre étude, ceux-ci l'expliquaient par une moins grande expérience du nombre de patients examinés.

Avant la réforme, les internes de SN1 avaient déjà acquis une expérience clinique suite à leurs stages hospitaliers, tandis que les internes NR n'avaient eu que l'externat comme terrain d'apprentissage.

Le SN1 devenait pour eux le lieu de la familiarisation avec le corps du patient. Bien que source d'un travail d'enseignement plus conséquent, ceci renforçait aussi le rôle pédagogique du MSU et valorisait sa fonction.

c) Une grande adaptabilité au fonctionnement du MSU

Les MSU décrivaient une « malléabilité » voire un « formatage facile » à leur pratique de la médecine générale ambulatoire. Il était plaisant pour eux de constater que leurs méthodes de travail étaient facilement appliquées par l'interne, ce qui est un élément explicatif supplémentaire de la valorisation de leur rôle pédagogique.

Cette adaptabilité semblait être la conséquence de la grande motivation des internes NR en stage et de leur moindre aisance clinique, mais aussi d'un moindre formatage hospitalier.

d) Un moindre formatage hospitalier en cause

Les MSU suggéraient une moindre conformisation de l'interne NR, comparativement à l'interne AR, aux méthodes de travail hospitalières.

Selon eux, la formation hospitalière induirait des réflexes de prescription d'examens complémentaires et de traitements éloignés de leur pratique de la médecine générale ambulatoire, que l'interne doit « désapprendre » lorsqu'il débute celle-ci.

Ceci avait déjà été mis en évidence dans l'étude pré-réforme du Dr.Labat, datant de 2013 et évaluant l'acquisition des compétences des internes à l'issue de leur SN1 : si les compétences en matière d'examen complémentaire étaient largement acquises pour les internes, un tiers d'entre eux ne maîtrisait pas la prescription de traitements spécifiques en soins primaires, tous semestres confondus (46).

En milieu hospitalier, la disponibilité des traitements dépend d'un marché spécifique qui n'est pas le même qu'en ville, et les motifs de consultation sont différents, ce qui contribue probablement à mettre en place certaines habitudes inadaptées à la MG ambulatoire pour les internes ayant fait de nombreux stages hospitaliers.

D'autre part, pour certains MSU, la formation hospitalière serait aussi un obstacle au développement des compétences relationnelles propres à la médecine générale ambulatoire, notamment d'écoute et d'exploration du domaine psycho-affectif du patient. Le rythme et l'organisation hospitalières ne permettraient pas de considérer le patient dans toutes ses dimensions psycho-sociologiques, nécessaires à l'exercice de la médecine générale pour le suivi, la prévention ou encore la négociation dans la prise en charge d'un patient.

Une étude sociologique de Géraldine Bloy parue en 2005 et intitulée « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », illustre bien le propos des MSU de notre étude. Selon les MSU et internes (alors résidents) qui étaient interrogés, le patient en médecine générale était « un patient qui n'est pas celui de l'hôpital parce que libre d'aller et venir, de s'exprimer, plus que dans n'importe quel autre lieu de soin, et qui n'est pas amputé de son épaisseur sociale, psychologique et familiale » (47).

- e) Une impression d'être prioritaire sur l'hôpital dans la formation des internes de MG

La plupart des MSU voyaient la nouvelle place précoce du SN1 dans la formation de l'interne comme une reconnaissance de leur rôle pédagogique de maître de stage mais aussi de médecin généraliste. Ils avaient l'impression d'être désormais prioritaires dans la formation de l'interne en médecine générale, celle-ci étant auparavant largement hospitalière.

Cette impression était probablement amplifiée par le fait que tous les MSU interrogés n'avaient eu à l'époque de leur formation qu'un contact pauvre voire absent avec la médecine générale ambulatoire. Ils soulignaient l'insuffisance problématique de préparation à la réalité de leur futur exercice en relatant leur cursus avec une certaine ironie à l'égard de stages hospitaliers jugés parfois inutiles, notamment en spécialités chirurgicales.

Il sera intéressant d'examiner à l'avenir l'évolution de cette opinion chez les futurs MSU ayant bénéficié d'une formation incluant plus de stages ambulatoires ainsi que des stages hospitaliers mieux ciblés.

IV.1.1.2. Une relation MSU-interne toujours aussi agréable pour le MSU

Si la qualité de la relation de MSU-interne était souvent l'objet de craintes freinant la formation du médecin généraliste à la maîtrise de stage (48), cette relation a toujours été décrite positivement par les MSU dans la littérature, comme composante psycho-affective importante des bénéfices à être maître de stage (40), parfois même source de plaisir (42,43).

Cet élément transparaissait de manière identique, sans changement lié à la réforme dans cette étude. Les MSU décrivaient de manière enthousiaste une relation positive, agréable, source d'un partage, évoluant fréquemment sur un mode amical, avec un contact qui perdurait après le stage, pour les internes NR comme pour les internes AR. Les problèmes relationnels rapportés étaient rapidement résolus par une mise au point du MSU au cours d'un dialogue avec l'interne. Le vécu positif de cette relation, au cœur de l'enseignement, paraît essentiel à un exercice agréable pour les MSU.

IV.1.1.3. La maîtrise de stage comme formation continue

La maîtrise de stage a souvent été décrite comme la meilleure méthode de formation continue (40,49), au point que la Haute Autorité de Santé (HAS) a décrété qu'elle pouvait être prise en compte dans une démarche de DPC (50).

Les échanges avec l'interne débutant son troisième cycle sont sources de mises au point et d'une démarche « auto-réflexive » du MSU, qui va remettre en cause ses compétences de médecin généraliste (40). En 2014, dans une étude du Dr.Bufala intitulée « Maîtrise de stage et développement professionnel », 81 % des MSU interrogés pensaient que la maîtrise de stage entraînait une remise en question des pratiques, et 60 % pensaient qu'elle améliorerait de façon significative leur professionnalisme.(51)

C'était aussi le cas dans notre étude, et d'autant plus que la qualité des connaissances théoriques des internes NR était souvent mise en avant par les MSU interrogés.

Les internes NR s'étaient présentés à l'ECN moins d'un an avant leur SN1, ce qui impliquait un niveau de connaissance à jour élevé.

Les MSU ont aussi rapporté que les internes NR les sensibilisaient parfois à des sources d'information récentes que ces derniers n'avaient pas l'habitude d'utiliser, comme les sites internet d'aide à la décision médicale ou des applications téléphoniques.

IV.1.2. La gestion du temps, difficulté principale du MSU

Le manque de temps et les contraintes de gestion du temps ont toujours été les difficultés le plus souvent rapportées par les médecins généralistes MSU (40,48).

Dans le travail du Dr.Jarno Josse évoqué précédemment, l'allongement du temps de travail en présence de l'interne allait d'une minute à une heure par patient (40).

Une autre étude, réalisée par le Dr.Nicolas en 2014, montrait que les MSU de Haute-Normandie ajoutaient de 30 à 60 minutes à leur journée de travail (52).

Cette augmentation avait lieu à toutes les étapes des consultations, essentiellement pendant les phases d'observation active et de supervision directe.

Si cet allongement se retrouvait systématiquement dans la littérature d'avant-réforme, il était surtout prépondérant en début de stage. À partir de la supervision indirecte, l'interne pouvait constituer une aide pour le MSU sur son temps de consultation, puisque consultant parallèlement à ce dernier (43).

IV.1.2.1. Une aggravation du caractère chronophage du SN1 depuis la réforme

Cette étude suggère une aggravation des difficultés liées à la gestion du temps, voire une « chronophagie » de la maîtrise de stage. Le terme « chronophage » était utilisé spontanément par les MSU interrogés et décrivait la « consommation » d'une part du temps quotidien dévolu à leur pratique habituelle de médecin généraliste.

Cet élément était probablement la cause des résultats du travail quantitatif réalisé par Elvire Haaser, non publié actuellement, sur le point de vue des MSU depuis la réforme, dans laquelle les MSU encadrant un interne AR avaient « plus apprécié leur activité de MSU (60 % contre 44 % des MSU NR, $p = 0,01$) ».

Les MSU n'ont pas mentionné explicitement de conséquences financières à cette chronophagie, élément controversé dans la littérature (40,52), mais plutôt une moindre disponibilité en consultation et des difficultés à assurer l'activité habituelle du cabinet pour subvenir aux besoins de leur patientèle.

Selon eux, cette chronophagie avait plusieurs causes.

a) L'augmentation du nombre d'internes accueillis après la réforme

En premier lieu, l'augmentation du nombre d'internes accueillis en stage sur les semestres suivant la réforme, liée à une insuffisance de MSU dans la subdivision Océan Indien de début novembre 2017 à novembre 2020, a souvent été évoquée.

Les MSU ont insisté sur cette période pendant laquelle ils ont dû accueillir un surplus d'internes par rapport à leur pratique antérieure. En résultait une charge de travail supplémentaire aux dépens du fonctionnement de leur cabinet, d'autant que les internes accueillis étaient généralement des internes NR et que les MSU interrogés préféraient accueillir un interne sur la moitié de leur temps de travail.

Ceci va cependant changer du fait de l'adéquation du nombre de terrains de SN1 avec le nombre d'internes en phase socle dès novembre 2020 dans la subdivision Océan Indien, et ces résultats suggèrent que cette adéquation doit être maintenue pour garantir une bonne expérience de la maîtrise du stage.

b) Un encadrement pédagogique plus important

La moindre aisance clinique rapportée pour les internes NR, déjà évoquée plus haut, avait, malgré son caractère valorisant, été toutefois responsable d'un allongement de l'encadrement pédagogique.

Les MSU interrogés étaient moins enclins à laisser leurs internes NR en phase de supervision indirecte aussi tôt que leurs internes AR, ce qui se traduisait par des phases d'observation active et de supervision directe plus longues, parfois même sources de conflits selon quelques MSU qui devaient faire preuve d'autorité pour bousculer la passivité de leur interne.

Cet élément était à nouveau plus marqué pour les internes NR de premier semestre accueillis en stage ambulatoire de niveau 1, puisque s'ajoutait à leur profil une faible connaissance des situations d'urgences, donc un risque de mauvaise identification et/ou prise en charge de l'urgence de la part de l'interne en supervision indirecte.

Ces résultats font écho avec le travail quantitatif d'Elvire Haaser évoqué plus haut, sur le plan de la supervision directe, puisque ce dernier montre que « 46 % des MSU accueillant un interne NR ont estimé avoir augmenté la durée de la phase de supervision directe avant la mise en autonomie et ce en raison du niveau de compétences de l'interne ».

c) Conséquence d'une plus faible expérience hospitalière

Pour les MSU le mentionnant, ce renforcement de l'encadrement pédagogique est la conséquence d'une faible expérience hospitalière, notamment celle des urgences, que l'interne NR de premier semestre n'aborde qu'après le SN1.

Paradoxalement, la place du SN1, devenue prioritaire par rapport à la formation hospitalière et source de valorisation pour les MSU, s'avérait être en contrepartie la

cause d'un travail pédagogique plus conséquent, donc d'une maîtrise de stage plus chronophage impactant le fonctionnement quotidien du cabinet.

Cette notion de chronophage rapportée par les MSU est importante à prendre en compte pour l'avenir du SN1, et les résultats suggèrent plusieurs pistes pouvant contribuer à la réduire.

D'une part, la garantie d'une adéquation du nombre de terrains de stage avec le nombre d'internes en phase socle.

D'autre part, une redéfinition officielle des objectifs de stage en accord avec le niveau de compétence des internes NR.

Enfin, des formations proposant éventuellement des méthodes d'organisation du temps de consultation avec l'interne NR et des outils pédagogiques plus adaptés.

IV.1.3. Une maîtrise de stage parfois inchangée

L'expérience du SN1 n'avait pas changé par rapport à l'avant-réforme pour deux des MSU interrogés. Ces derniers n'identifiaient aucune différence générale entre les internes NR et AR, et mettaient en avant que cette variabilité dépendait de l'individu interne, c'est-à-dire de sa personnalité, de ses capacités et de ses attentes du stage, plutôt que de son ancienneté de semestre.

Pourtant, la personnalité d'un interne, ses capacités et son projet professionnel sont étroitement liés à son expérience, ce que modifie sensiblement la réforme en diminuant l'expérience hospitalière de l'interne débutant son troisième cycle.

Ne serait-ce que pour le choix de la spécialité de médecine générale chez les étudiants en médecine, plusieurs études ont montré l'influence de l'expérience d'un stage ambulatoire réalisé en 2^{ème} cycle (53,54) ou encore l'âge de l'étudiant (53).

Les MSU en question minimisaient l'impact de la réforme sur les internes NR et rapportaient que les conditions de déroulement du stage étaient identiques, dont la mise en autonomie comme objectif principal.

- Une méconnaissance de la réforme pour ces MSU

Une caractéristique commune de ces MSU était la méconnaissance de la réforme avant sa mise en place. En effet, l'un d'entre eux disait n'en avoir eu qu'une vague connaissance avant son application et pensait qu'elle ne changerait rien à sa pratique, tandis que l'autre avait découvert l'existence de la réforme lors de l'accueil de son premier interne NR.

On peut supposer que, n'étant pas au courant des modalités et enjeux de la réforme, ces MSU ont continué à fonctionner comme avant cette dernière et étaient donc moins attentifs aux changements qu'elle a pu impliquer.

Ceci témoigne de l'importance de l'information délivrée aux MSU, dont la qualité pourrait être assurée par une formation supplémentaire obligatoire pour ceux qui sont maîtres de stage depuis l'avant-réforme.

IV.1.4. Des objectifs de stage incertains

La différence des points de vue observée dans cette étude sur la question de la mise en autonomie est le reflet d'une nouvelle problématique liée à la réforme.

- a) Une absence de consensus concernant la mise en autonomie

Dans la charte des maîtres de stages universitaires du CNGE (18) précédemment évoquée et en attente d'actualisation, l'objectif du SN1 est toujours la mise en autonomie progressive de l'interne par l'intermédiaire des trois phases pédagogiques mises en place par le MSU selon les compétences de l'interne.

Cependant, la nouvelle maquette rend obligatoire en phase d'approfondissement le SASPAS, puis, à l'avenir, en phase de consolidation, le SASPAS professionnalisant ou stage ambulatoire de niveau 3, ce qui sous-entend un niveau d'exigence moindre concernant l'autonomie.

Cette mise en autonomie ne fait d'ailleurs pas partie des compétences énoncées comme nécessaires pour le passage à la phase de consolidation, que ce soit par l'arrêté du 21 avril 2017 (32) ou la proposition de la nouvelle maquette du DES de

médecine générale par le CNGE (33).

Dans cette dernière, il est simplement mentionné que la phase socle devient une période de travail de trois compétences génériques de la médecine générale : la démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire, l'approche centrée patient et l'approche globale.

Cette problématique de la mise en autonomie est liée à celle des conditions de la délivrance de la licence de remplacement.

Actuellement, pour qu'un étudiant en médecine générale puisse exercer la médecine lors d'un remplacement, il doit :

- Être inscrit en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale ;
- Avoir validé 3 semestres ;
- Avoir validé son stage ambulatoire de niveau 1 (55).

Cette disposition implique la nécessité pour le MSU de s'assurer de l'acquisition de compétences suffisantes de l'étudiant pour qu'il puisse exercer en tant que médecin généraliste en autonomie complète lors d'un remplacement.

Cependant, suite à la réforme de 2017, plusieurs intervenants dont le CNGE proposent de ne délivrer cette licence de remplacement qu'au terme de la validation de la phase d'approfondissement de la maquette, étant donné l'acquisition de l'autonomie validée par le SASPAS à ce moment du 3^{ème} cycle.

Cet élément est toujours sujet à débat et divise plusieurs intervenants (CNGE, CNOM, syndicats d'interne) (56).

b) La mise en autonomie comme un objectif principal

Pour certains MSU, l'autonomie restait l'objectif principal du SN1, permettant, par la confrontation de l'interne avec la réalité d'une consultation qu'il devait gérer seul, de démarrer un apprentissage en condition réelle de la médecine générale ambulatoire.

C'était aussi parfois une demande de l'interne NR, ce qui était déjà le cas avant la réforme, puisque le désir d'autonomie était le critère de choix principal du stage ambulatoire de niveau 1 pour les internes de l'Océan Indien (44).

c) Des objectifs initiatiques prioritaires

Pour d'autres, la mise en autonomie était parfois jugée comme trop ambitieuse étant donné la place précoce du SN1 dans le cursus de l'interne, d'autant qu'elle allait désormais pouvoir être confirmée à l'issue du SASPAS en phase d'approfondissement.

Pour ces derniers, le SN1 devenait un stage d'initiation à la médecine générale, dans la lignée du stage ambulatoire du 2ème cycle. Ces objectifs étaient les suivants :

- Découvrir la médecine générale dans sa globalité pour confirmer ou non le projet professionnel de l'interne ;
- Mettre en évidence ses difficultés pour pouvoir les travailler spécifiquement dans la suite de son cursus ;
- Développer les compétences génériques de la médecine générale, notamment les compétences relationnelles.

Sur la question de l'autonomie, le travail d'Elvire Haaser évoque dans la même lignée que « Les MSU NR ont eu plus de difficultés à mettre en autonomie l'interne (34 % contre 17 % des MSU AR, $p = 0,03$) ».

Cet élément, conjugué aux résultats de notre étude, suggère qu'une prise de position définitive sur la mise en autonomie est nécessaire pour clarifier le déroulement du SN1 à l'avenir et permettre aux MSU de s'orienter vers des objectifs pédagogiques communs.

IV.1.5. Un fonctionnement pédagogique « intuitif »

Dans cette étude, les MSU interrogés mettaient en avant le caractère intuitif et adaptatif de leur manière d'enseigner la médecine générale à leurs internes NR.

Cet élément peut s'expliquer par la confusion au niveau des objectifs depuis la réforme, concernant la mise en autonomie détaillée plus haut, mais aussi une certaine distanciation vis-à-vis des outils pédagogiques proposés dans les formations du CNGE depuis l'avant-réforme, et peut-être un attrait des MSU pour des processus de raisonnement non-analytiques.

a) Des outils inutilisés par les MSU

Un seul des MSU interrogés avait déjà utilisé une grille d'auto-évaluation avec l'interne, et aucun des MSU interrogés n'a fait explicitement référence aux niveaux de compétence des compétences génériques de la médecine générale, ni aux méthodes d'entretien à visée pédagogique type semi-dirigé ou d'explicitation. Un seul MSU a mentionné les RSCA comme outil pédagogique.

Les MSU interrogés préféraient se détacher des modèles pédagogiques théoriques fondés sur les niveaux de compétences et des divers outils proposés, au profit d'une démarche qui leur était plus agréable et moins chronophage.

Ils reprochaient à ces méthodes leur caractère trop théorique, leur longueur et leur complexité qui les rendaient peu engageantes. Ils insistaient fréquemment sur leur incapacité à formaliser des objectifs et évaluer des compétences sur des grilles qu'ils jugeaient parfois « déshumanisantes ».

Que ce soit pour la définition des objectifs, la mise en place des phases pédagogiques et l'évaluation des compétences, ils s'en remettaient à une démarche intuitive, qu'ils rapprochaient de l'exercice de la médecine générale en la qualifiant de globale et dynamique, faite de l'expérience personnelle de la maîtrise de stage qu'ils ont acquise depuis leur agrément et d'un dialogue avec l'interne tenant compte de ses spécificités individuelles (sa personnalité, ses objectifs personnels, ses difficultés et son projet professionnel), ce que, selon eux, ne sauraient faire aussi efficacement les outils proposés.

La charte nationale des MSU insiste par ailleurs sur cette dimension adaptive dont doivent faire preuve les MSU : « Le MSU adaptera l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne »(18).

Ces outils sont proposés en formation mais ne sont pas imposés dans la maîtrise de stage. À l'échelle internationale, il n'existe pas de méthode d'évaluation des niveaux de compétence des internes faisant référence à notre connaissance.

b) Un processus pédagogique « non-analytique »

Cet attrait pour une pédagogie intuitive peut être mise en parallèle avec la notion de raisonnement clinique.

Le modèle actuel du raisonnement clinique comprend deux types de processus complémentaires, utilisables conjointement dans une même situation : l'un « analytique » et l'autre « non-analytique »(57,58).

Le processus analytique désigne une démarche cognitive rationnelle, contrôlée, lente, basée sur des preuves et est principalement représenté par le raisonnement hypothético-déductif, qui repose sur une génération d'hypothèses.

Le processus non-analytique désigne un raisonnement plus implicite, automatique, rapide et intuitif, influencé par l'expérience, le vécu, le contexte, l'environnement, la personnalité du médecin et la connaissance de son patient (59).

Ce processus passe par l'identification dans une situation clinique de similarités avec des cas rencontrés précédemment ou une configuration de signes caractéristiques (*pattern recognition*).

Conditionné par l'apprentissage et la mémorisation d'expériences cliniques nouvelles, il se développe de manière automatique dans des situations non problématiques et familières aux médecins et serait plus développé chez les médecins ayant plus d'expérience clinique (60).

Aucune étude n'a, à notre connaissance, été réalisée concernant l'utilisation de processus de raisonnement « non-analytique » en pédagogie médicale par les MSU, mais sa description illustre bien les propos rapportés par les MSU de cette étude. Ceux qui valorisaient le plus cette démarche pédagogique intuitive étaient aussi les MSU les plus âgés, et avaient donc plus d'expérience en tant que médecin généraliste mais aussi, le plus souvent, en tant que MSU.

c) Une progression toutefois satisfaisante

Les MSU remplissaient une grille d'évaluation de stage par « obligation », qui avait plus un rôle de support en cas de difficultés que de véritable guide. Cependant, ils

étaient tous satisfaits de l'acquisition des compétences de leurs internes NR à la fin de leur stage, ce que l'on retrouve dans l'étude d'Elvire Haaser, dans laquelle « les $\frac{3}{4}$ des MSU ont globalement jugé la progression de l'interne conforme à leurs attentes ».

Ces résultats suggèrent qu'une mise à jour des outils pédagogiques, qui tiendrait compte de l'attrait pour les processus non-analytiques de raisonnement des MSU, de la réalité pratique de la maîtrise de stage du SN1 ainsi que de ses changements liés à la réforme, paraît souhaitable pour les aider dans leur rôle et uniformiser leur enseignement.

IV.1.6. Une demande d'évaluation de la pratique du MSU

Plusieurs MSU ont formulé le souhait d'avoir plus de retours de la part de leurs internes concernant leur enseignement.

Ils étaient conscients de l'intérêt pédagogique d'une telle démarche et souhaitaient l'utiliser pour améliorer leur maîtrise de stage. Pour ces MSU et contrairement à une autre partie des médecins interrogés, le retour oral des internes ne suffisait pas, jugeant que ces derniers n'osaient probablement pas leur faire de remarques négatives directement.

Actuellement, dans la subdivision Océan Indien, en fin de SN1, les internes sont incités à écrire une appréciation globale de leur stage qui est ensuite transmise au DUMG. Pour que les MSU puissent lire ces évaluations, une condition de trois retours écrits par des internes différents a été fixée par le DUMG.

En pratique, étant donné le caractère non obligatoire de ce retour, peu d'internes le font réellement.

En conséquence, aucun des MSU interrogés n'en avait eu, ce que certains déploraient. Un nouvel outil d'évaluation du MSU par l'interne est en cours de développement. Il n'y a pas de données de la littérature portant sur l'impact ou la mise en place pratique d'une évaluation du MSU par son interne. Ce retour, s'il devenait systématique donc obligatoire pour les internes, pourrait s'avérer intéressant pour la progression du MSU dans sa maîtrise de stage.

IV.2. Forces et faiblesses de l'étude

IV.2.1. Forces

IV.2.1.1. Originalité du travail de recherche

Si plusieurs études portant sur les MSU ont été réalisées avant la réforme, sur le plan de leur satisfaction (61) à exercer ce rôle ou des aspects freinant leur recrutement (48), aucune étude qualitative post-réforme explorant leur retour d'expérience n'avait été réalisée à notre connaissance, qui plus est pour la subdivision Océan Indien. Le rôle du MSU dans la formation de l'interne de médecine générale étant de plus en plus important et le recrutement des MSU un enjeu pour cette réforme, il apparaît fondamental d'avoir leur retour sur ce changement de leurs conditions d'exercice.

Pour une critique objective de notre étude, la grille de lecture COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ), définissant 32 critères de qualité pour les études qualitatives, a servi de support dans sa version française (62) (voir annexe 9).

IV.2.1.2. Diversité de la population

Le but d'une étude qualitative par théorisation ancrée n'est pas d'avoir une population statistiquement représentative, mais d'élargir au maximum le champ d'investigation. En ce sens, l'échantillon de cette étude était bien diversifié.

En effet, les MSU interrogés étaient des hommes à 55 % et des femmes à 45 %. L'âge variait entre 40 et 71 ans, pour une moyenne de 50 ans, ce qui correspond à la moyenne d'âge des médecins actifs de La Réunion, qui est la même à l'échelle nationale, mais aussi à celle des MSU nationalement (63).

Les MSU avaient accueilli entre 1 et 5 internes NR et 7 d'entre eux recevaient un SASPAS en stage en plus d'un interne de SN1, ce qui permettait d'avoir un retour diversifié en termes d'expérience des MSU depuis la réforme. Il n'y avait qu'un seul MSU exerçant en zone rurale qui correspondait aux critères d'inclusion, celui-ci a été inclus.

Il y avait au moins deux MSU interrogés par secteur géographique de La Réunion (Nord, Ouest, Est, Sud), et un seul exerçant à l'île de Mayotte pour laquelle il était plus difficile d'en avoir étant donné leur faible nombre (seuls trois MSU y étaient actifs en mai 2020).

IV.2.1.3. Validité interne

Une analyse préalable de la littérature a permis de choisir la méthodologie adaptée à notre question de recherche. L'analyse a été validée après confrontation de deux chercheurs afin d'assurer la validité interne des résultats.

IV.2.1.4. Validité externe

L'étude a été menée jusqu'à saturation théorique des données.

Les données retrouvées lors de l'analyse étaient cohérentes avec celles de la littérature.

IV.2.2. Faiblesses

IV2.2.1. Biais de volontariat

Des caractéristiques variées ont été favorisées pour l'inclusion des MSU dans ce travail, mais le nombre important de MSU n'ayant pas répondu de manière favorable à une proposition d'entretien constitue un biais potentiel. En effet, 11 entretiens ont eu lieu sur les 23 MSU sollicités initialement par courriel.

Il est possible que la plupart des MSU volontaires ayant pris le temps de réaliser les entretiens partageaient un intérêt pour la pédagogie médicale en général ou le sujet de la réforme, et que cette étude n'ait exploré que leur retour, minimisant la part des MSU pour qui rien n'aurait changé.

IV2.2.2. Biais de recueil de données

L'épidémie de Covid19 de 2020 et le confinement qu'elle a provoqué ont perturbé la réalisation des entretiens. En effet, après une réalisation de cinq entretiens en face à face les premiers mois, les six autres ont dû être réalisés par visioconférence, ce qui a modifié la manière de dialoguer lors des entretiens donc potentiellement les données recueillies.

IV.2.2.3. Biais de mémorisation

Les MSU interrogés avaient parfois des difficultés à se souvenir de certaines situations vécues et des internes qu'ils avaient accueillis en stage depuis les deux années séparant le recueil de données de la réforme.

IV.2.2.4. Biais de déclaration

Les MSU interrogés n'ont peut-être pas révélé tout leur ressenti concernant leur maîtrise de stage.

La totalité des entretiens a été réalisée par l'investigateur qui n'avait aucune expérience dans ce genre d'étude, admise comme nécessitant des compétences spécifiques quant à la conduite des entretiens. Un investigateur plus expérimenté aurait probablement obtenu des réponses plus complètes et détaillées.

De plus, les entretiens étant réalisés par un interne, il est possible que les MSU interrogés n'aient pas osé émettre certaines critiques concernant le profil général des internes accueillis en stage, bien que cela ait permis *a contrario* une certaine proximité lors des entretiens, avec un tutoiement quasi-systématique.

Cette étude étant dirigée par le directeur du DUMG de la subdivision Océan Indien, il est aussi possible que les MSU n'aient pas voulu révéler tous les points négatifs de leur maîtrise de stage depuis la réforme, ou, au contraire, qu'ils aient insisté sur ce qui les dérangeait de manière à faire valoir leurs revendications.

Pour limiter ce biais au maximum, l'investigateur a veillé à garantir l'anonymat des participants et à conserver une attitude de neutralité basée sur l'écoute et la curiosité, en prenant soin d'éviter tout jugement lors des entretiens.

IV.2.2.5. Biais d'interprétation

Les entretiens et l'analyse ont été réalisés par la même personne. Les *a priori* et opinions de l'investigateur, liés à son expérience personnelle passée en tant que stagiaire de niveau 1, ont pu influencer l'analyse des entretiens.

La tenue d'un journal de bord, ainsi que la triangulation des données avec un chercheur extérieur, ont permis de minimiser ce biais.

IV.3. Perspectives d'avenir

IV.3.1. Augmentation du nombre de MSU

L'augmentation du nombre de MSU, en France et plus particulièrement dans la subdivision Océan Indien, permettra d'alléger l'emploi du temps des MSU qui avaient tendance à trouver leur maîtrise de stage chronophage, étant donné que les conditions idéales de celle-ci exprimées dans cette étude étaient d'accueillir un interne sur la moitié de leur temps de travail au cabinet.

Les politiques de recrutement mises en place par le CNGE à l'échelle nationale et le CGEOI pour la subdivision Océan Indien semblent porter leur fruit, faisant envisager la mise en place de la phase de consolidation dès novembre 2023 (36).

Dans la subdivision Océan Indien, pour le semestre de novembre 2020 et la nouvelle promotion d'internes en phase socle, le nombre de terrains de SN1 sera adéquat puisque 34 terrains de SN1 seront disponibles pour 68 internes. Cela devrait alléger le nombre d'internes reçus par binôme ou trinôme de MSU et permettre d'envisager la phase de consolidation à venir.

IV.3.2. Mise à jour des objectifs du stage

Une mise à jour des objectifs du SN1 paraît souhaitable dans le contexte de la réforme. Une nouvelle édition de la charte nationale des MSU est attendue pour en préciser les modalités, notamment sur la question problématique de la mise en autonomie qui ne fait pas consensus.

Pour l'heure, les informations disponibles sur le contenu de la nouvelle charte portent sur l'interdiction d'accueillir un visiteur médical en présence d'un interne, une limitation du nombre d'actes réalisables par l'interne en supervision indirecte afin d'éviter les remplacements déguisés et la mise en place d'un plafond maximal d'actes annuels réalisés par le MSU pour garantir une formation de qualité.

La mise en place d'une formation obligatoire continue à la maîtrise de stage après l'obtention de l'agrément par le MSU paraît aussi souhaitable pour l'informer des changements liés à sa pratique.

IV.3.3. Mise à jour des outils pédagogiques

Le désintérêt pour les outils pédagogiques proposés en formation et une tendance à un fonctionnement pédagogique intuitif laissent à penser que ceux-ci sont peu adaptés aux attentes des MSU.

La réforme, avec ses nouveaux enjeux et problématiques, notamment l'augmentation des durées des phases d'observation active et supervision directe, rend leur pertinence d'autant plus grande pour aider le MSU dans sa fonction d'enseignant.

Dans la subdivision Océan Indien, de nouveaux outils d'auto et hétéro-évaluations, ainsi qu'une nouvelle grille d'évaluation finale du stage de SN1 sont en cours de développement.

Une autre piste est la mise à disposition des ressources bibliographiques des universités dont dépendent les MSU, proposée par le Syndicat National des Enseignants de Médecine générale (SNEMG) et MG France (64). L'accès à ces ressources permettra aux MSU de mieux cerner l'importance des outils pédagogiques proposés et de les intégrer au fonctionnement hospitalo-universitaire.

IV.3.5. Le retour d'expérience des internes

Avant la réforme, les internes AR réalisaient leur choix de stage en fonction des postes disponibles, sans obligation d'ordre autre que celui de l'ancienneté et du rang de classement à l'ECN.

Ce système, donnant potentiellement accès à tous les terrains de stage hormis le SASPAS pour les semestres inférieurs au cinquième, avait pour conséquence pratique une répartition préférentielle en fonction de l'ancienneté.

Pour leur première année, les internes de médecine générale effectuaient le plus souvent un stage en service de médecine d'urgence ou un stage de médecine adulte. Il en résulte que, dans la grande majorité des cas, les internes attendaient le 3^{ème} voire le 4^{ème} semestre pour réaliser leur stage ambulatoire de niveau 1.

La thèse de Marie Obisi (65), publiée en janvier 2017 soit avant l'application de la réforme, illustre ce phénomène. Étudiant la perception des internes de médecine générale de Lorraine du SN1 et le SASPAS, elle montrait que, sur l'ensemble des internes interrogés, seulement 3.9 % avaient réalisé leur stage de niveau 1 en 2^{ème}

semestre, tandis qu'aucun interne n'avait réalisé de stage chez le praticien en 1^{er} semestre.

L'étude d'Aurelia Kovaleff, non publiée actuellement, sur le « Déroulement et vécu du stage chez le praticien de niveau 1 selon le semestre de réalisation : le point de vue des internes » semble montrer que la phase de supervision directe a été plus stimulante pour les internes de NR que pour les internes d'AR (respectivement 60,7 % et 43,2 %).

Dans la subdivision Océan Indien, le retour de cette expérience fait l'objet d'un travail parallèle à celui-ci, en cours de réalisation par Sarah Boyer et intitulé « Retour d'expérience des internes de médecine générale ayant réalisé leur stage ambulatoire de niveau 1 en 1^{ère} année d'internat depuis la réforme du 3^{ème} cycle en 2017. »

IV.3.6. Le retour d'expérience des patients

Depuis novembre 2017, certains patients sont donc amenés à consulter avec un interne de stage ambulatoire de niveau 1 de premier ou deuxième semestre.

Plusieurs travaux antérieurs à la réforme ont été effectués sur le ressenti et le retour d'expérience des patients ayant consulté un interne en SASPAS en cabinet de médecine générale. Les quatre travaux effectués par les Drs. Beaujouan (66), Cuvelier (67), Bourteel (68) et Vallée (69), montrent que les patients sont globalement satisfaits de la prise en charge par un interne AR bien que certains éléments restent à améliorer.

Dans notre étude, les MSU n'avaient pas identifié de différence vis-à-vis de l'appréciation des internes par leurs patients.

Il n'existe pas à ce jour de travail réalisé sur la satisfaction des patients pris en charge par un interne NR en stage ambulatoire de niveau 1 mais, dans la subdivision Océan Indien, ceci fait l'objet d'un travail en cours de réalisation, parallèle à celui-ci, par Charlotte Raynaud.

IV.3.7. Le retour d'expérience des acteurs institutionnels

Les acteurs institutionnels concernés par la formation des internes (universitaires et enseignants vacataires qui travaillent au sein des DUMG, responsables pédagogiques et administratifs du CHU et de l'ARS), ont aussi été sollicités par la mise en place de la réforme. Ils ont dû organiser l'enseignement de la phase socle en veillant à la bonne adéquation en terrain de stage de SN1 par le recrutement constant de MSU dont ils sont les interlocuteurs. Aucun travail de ce type n'a été trouvé dans la littérature et celui-ci fait l'objet d'une recherche à venir dans l'Océan Indien.

La mise en commun de ces travaux permettra d'avoir une analyse complète des conséquences de la réforme à travers le recueil du retour d'expérience de tous les acteurs concernés.

V. Conclusion

Cette étude visait à explorer le retour d'expérience des Maîtres de stage des universités ayant accueilli un interne en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017.

La plupart des MSU interrogés exprimaient une amélioration de leur expérience de maîtrise de stage du SN1 depuis la réforme.

Ils se sentaient plus valorisés par leur rôle pédagogique de MSU, grâce à l'accueil d'internes novices moins habitués aux pratiques hospitalières.

Leurs relations avec les internes NR étaient agréables et les bonnes connaissances théoriques de ces derniers étaient avantageuses pour leur formation professionnelle continue de médecin généraliste.

Cependant, la maîtrise de stage était devenue plus chronophage, puisque la faible expérience des internes NR engendrait un encadrement pédagogique plus important. Les phases d'observation active et de supervision directe étaient de ce fait plus longues.

Les MSU abordaient de manière intuitive leur maîtrise de stage. Ils n'utilisaient pas les outils pédagogiques disponibles, qu'ils jugeaient peu adaptés.

Ils étaient divisés concernant les objectifs du SN1 : la mise en autonomie restait parfois l'objectif principal quand d'autres plébiscitaient des objectifs d'initiation à la médecine générale.

Certains méconnaissaient la réforme et n'ont pas identifié de changement.

La clarification des objectifs de stage par la refonte de la charte nationale des MSU du CNGE permettrait d'uniformiser l'enseignement du SN1.

Le développement d'outils pédagogiques plus adaptés, évalués par une étude auprès des MSU, permettrait de les guider dans leur maîtrise de stage sans impacter négativement leur pratique quotidienne.

Des études portant sur les autres acteurs du SN1 sont en cours dans la subdivision Océan Indien et permettront une analyse globale des conséquences de la réforme.

VI. Références bibliographiques

1. Rumeur M. L'enseignement médical en France: quelle évolution au cours des siècles? Quelle place pour la médecine générale? : dumas-01330159.
2. Histoire de l'Internat [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/histoire-de-l-internat.html>
3. Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2019;57.
4. Rapport n° 423 (1978-1979) de M. Adrien GOUTEYRON, fait au nom de la commission spéciale, déposé le 21 juin 1979. Sénat.
5. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
6. Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
7. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
8. Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
9. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF 6 oct 2004, n°233, texte n°23, p.17076.
10. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
11. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.
12. Décret n°97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-1213 déc 24, 1997.
13. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999.
14. Attali C, Ghassorian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis JN et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. Exercer 2005 sept, n°74.
15. Le Mauff P. Bail P. Gargot F. Garnier F. Guyot H. Honnorat C. et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Aspects théoriques, réflexions pratiques. Exercer 2005 n° 73 ; 63-69.
16. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. exercer 2013;108:156-164.

17. Code de la santé publique - Article Annexe 41-1. Code de la santé publique.
18. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
19. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.
20. Formation à la maîtrise de stage - CGEOI | Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur : <http://cgeoi.fr/formations/formation-a-la-maitrise-de-stage/>
21. Les formations [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/modules/liste/
22. Formation S1 - Initiation à la maîtrise de stage en troisième cycle de MG - CNGE [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/69/
23. Formation S3 - La supervision DIRECTE en maîtrise de stage (3ème cycle) - CNGE [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/71/
24. S4 - SASPAS et stage NIVEAU 1 : La supervision INDIRECTE en maîtrise de stage - CNGE [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/72/
25. Collège national des généralistes enseignants (France), Attali C. Guide pratique du MSU ECA : maître de stage des universités en médecine générale, enseignant clinicien ambulatoire. Paris: Éd. scientifiques L & C; 2012.
26. 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.
27. Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public | Legifrance [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/30/AFSS1528192D/jo/texte>
28. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
29. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Legifrance [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005765200&dateTexte=20090204>
30. 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 | Legifrance [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&dateTexte=&categorieLien=id>

31. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Le statut de « docteur junior », dernière étape de la mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle des études médicales, devient une réalité [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-statut-de-docteur-junior-derniere-etape-de-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme>
32. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
33. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/
34. Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. 2018-571 juill 3, 2018.
35. Communiqué de presse commun du SNEMG et du CNGE du 17 décembre 2019 [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiqué_de_presse_commun_du_snemg_et_du_cnge_du/
36. CP CNGE - L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale - Avril 2019 [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettr/
37. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. hal01913628.
38. P. Paillé, De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier, in Recherches qualitatives no 15, 1996, p. 79-194.
39. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011;(23):147-81.
40. 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 la littérature. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Brest - Bretagne Occidentale; 2011.
41. Brault T. Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions de maîtres de stage de la faculté de Rennes. Thèse médecine Rennes ; 2007.

42. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? / par Marion Hahusseau ; sous la direction de Mme le Dr Cécile Renoux [Thèse d'exercice : Médecine : Tours : 2017].
43. Vivot E-M. La maîtrise de stage en médecine générale: un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste? Mesure qualitative par "focus group" de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste. Thèse d'exercice. Université de Lorraine. 2012.
44. Ambre Roussely. Quels sont les critères déterminant le choix des internes de médecine générale en Océan Indien dans leurs stages ambulatoires de premier niveau et SASPAS? Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01755806.
45. Maurice J. Expérience et vécu des premières consultations de médecine générale en autonomie au cours du stage chez le praticien (niveau 1) [Thèse d'exercice]. [France]: Lyon 1; 2015.
46. Labat, Laurence. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1 : à partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en Midi-Pyrénées. Université Toulouse III - Paul Sabatier. 2013.
47. Bloy, G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. 2005. 101-125. doi:10.3917/rfas.051.0101.
48. Coujard de Laplanche, E. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaires ? Thèse d'exercice. Université de Limoges. 2016;137.
49. Dubois E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Thèse médecine Paris Descartes;2009.
50. L'encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811684/en/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat
51. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. 2015. dumas-011611901.
52. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. 2015. dumas- 01109998.
53. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. Pédagogie Médicale. août 2016;17(3):173-87.
54. Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Banner S, Boone J. Determinants of choosing a career in family medicine. CMAJ Can Med Assoc J. 11 janv 2011;183(1):E1-8.
55. Décret n°98-168 du 13 mars 1998 modifiant le décret n° 94-120 du 4 février 1994 pris pour l'application de l'article L. 359 du code de la santé publique et relatif à l'exercice de

la médecine et de l'art dentaire par les étudiants en médecine et en chirurgie dentaire. 98-168 mars 13, 1998.

56. Faut-il délivrer plus tardivement la licence de remplacement aux internes ? La polémique fait rage [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/faut-il-delivrer-plus-tardivement-la-licence-de-remplacement-aux-internes-la-polemique-fait-rage>
57. Custers EJFM. Medical education and cognitive continuum theory: an alternative perspective on medical problem solving and clinical reasoning. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2013;88(8):1074-80.
58. Netgen. Raisonnement clinique : de la théorie à la pratique... et retour [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-562/Raisonnement-clinique-de-la-theorie-a-la-pratique-et-retour#B2>
59. Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Hendriks RHM, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, et al. How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship? *Adv Health Sci Educ*. 2015;20(2):499-513.
60. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. nov 2005;6(4):235-54.
61. Lecroc C. Satisfaction des médecins généralistes libéraux installés en France. Influence de la fonction de maître de stage. 2018. dumas-01735852.
62. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*, 2015;15(157):50-54.
63. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 2015;27(1):59-67.
64. Communiqué de presse commun MG FRANCE et SNEMG du 14 janvier 2020 [en ligne]. [cité le 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiqu_e_de_presse_commun_mg_france_et_snemg_du_/
65. 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?. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017. hal-01931988.
66. Beaujouan X. SASPAS : enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en Avril 2007. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine de Créteil, 2007 : 1036.
67. Cuvelier A. Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Paris Diderot, 2013.

68. Bourteel C. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS, une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine de Lille, 2015.
69. Vallée É. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01780706.

VII. Annexes

Annexe 1 : Référentiel des niveaux génériques de compétence en médecine générale. CNGE.

LES NIVEAUX GENERIQUES.

Ces niveaux ont été décrits pour identifier les attributs de l'étudiant vis-à-vis de la discipline médecine générale aux étapes de développement de ses compétences.

Le niveau NOVICE (N)

C'est le niveau minimum attendu pour la plupart des descripteurs à la fin de la phase socle.

L'étudiant a acquis un certain niveau de compétences et possède des aptitudes pour progresser dans l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

- Il possède quelques notions sur les spécificités et compétences nécessaires en MG,
- Il accepte à minima le projet de formation,
- Il envisage de devoir couvrir l'ensemble du champ MG,
- Il a conscience qu'il intervient sur l'être humain,
- Il est en mesure de se questionner.
- Il a conscience qu'il sera confronté à des situations compliquées.
- Il montre un début de questionnement sur sa pratique.

Le niveau INTERMEDIAIRE (I)

C'est le niveau minimum attendu en fin de phase socle pour certains descripteurs précédés d'un « (S) », le niveau minimum attendu en milieu de phase d'approfondissement (A1), soit l'acquisition d'une capacité à être mis en autonomie. C'est également le niveau minimum attendu en fin de phase d'approfondissement (A2), soit en fin de DES à 3 ans, pour beaucoup de descripteurs.

L'étudiant,

- Est en mesure de faire le lien entre la théorie enseignée et la pratique observée et/ou exercée,
- Accepte une part d'incertitude dans sa démarche décisionnelle
- A conscience de la complexité des situations cliniques et qu'il n'existe pas qu'une seule bonne réponse.
- Est en mesure de travailler avec d'autres intervenants
- Adhère au projet de formation au travers de son investissement personnel en situation
- Est en voie d'agir en autonomie supervisée en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi.

Le niveau COMPETENT (C)

C'est le niveau minimum attendu au milieu (A1) ou en fin (A2) de phase d'approfondissement d'un DES à 3 ans pour certains descripteurs et attendu pour tous les descripteurs en fin de phase de consolidation, certains (C) n'étant attendus qu'à la fin de cette phase, soit en fin d'un DES à 4 ans.

L'étudiant est capable de travailler en autonomie tout en démontrant des capacités à progresser vers le statut de professionnel.

Dans les situations courantes, l'étudiant :

- Agit en autonomie et assume ses responsabilités
- Intègre la notion d'incertitude dans la décision, tout en essayant de la réduire de manière acceptable pour le patient et la société
- Collabore avec les autres intervenants
- Possède une approche centrée patient
- S'interroge sur sa pratique

Annexe 2 : Grille d'auto-évaluation de l'interne en supervision directe en stage ambulatoire de niveau 1. CNGE.

OUTIL D'AUTO-EVALUATION DE L'INTERNE
EN SUPERVISION DIRECTE N°1

QUELLES COMPETENCES PROFESSIONNELLES ONT ETE MISES EN JEU DANS CETTE CONSULTATION :

1/ LA RELATION, LA COMMUNICATION, L'APPROCHE CENTREE PATIENT

La capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

2/ LE PREMIER RECOURS, L'URGENCE

La capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

3/ L'APPROCHE GLOBALE, LA PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

La capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels)

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

4/ L'EDUCATION, LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, LA SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

La capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

5/ LA CONTINUITÉ, LE SUIVI, LA COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

La capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

6/ PROFESSIONALISME

La capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

Annexe 3 : Grille actuelle d'évaluation finale du SN1 de la subdivision Océan Indien.

GRILLE D'EVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES					
		A	B	C	D
1	Connaissances théoriques				
2	Aptitudes diagnostiques (recueil des données cliniques, interprétation des examens complémentaires)				
3	Aptitudes décisionnelles : Thérapeutique, suivi				
4	Aptitudes à l'urgence				
5	Compétences relationnelles avec les patients				
6	Capacités pour les gestes techniques				
7	Hygiène/propreté				
8	Ponctualité, Assiduité				
9	Qualité de la présentation des dossiers (orale ou portfolio)				
10	Relations professionnelles au sein de l'équipe de soins				
11	Prise en compte des aspects de santé publique (prévention, éducation du patient)				
12	Acquisitions de l'autonomie au cours du stage				
Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = limite, D = Insuffisant (tout « D » doit être motivé en observation)					
OBSERVATIONS EVENTUELLES					
Aspects positifs					
Difficultés rencontrées					
<u>Proposition du chef de Service</u> Stage validé <input type="checkbox"/> Stage non validé <input type="checkbox"/>		<u>Signature de l'Interne</u>		Proposition du Coordonnateur Régional Stage validé <input type="checkbox"/> Stage non validé <input type="checkbox"/>	

Signature du Doyen de l'UFR Santé

Annexe 4 : Exemple de deux items de la future grille d'évaluation du SN1 de la subdivision Océan Indien.

[]

A la fin du stage, la capacité de l'étudiant **d'entendre toutes les plaintes exprimées par le patient et de hiérarchiser les priorités de prise en charge** est considérée comme : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Satisfaisante

Intermédiaire

Insuffisante

Sans objet (ou situation non rencontrée)

Critères de jugement

Insuffisant :

La prise en charge dont fait preuve l'étudiant est directement orientée par ses propres représentations, sans tenir compte des remarques et souhaits exprimés par le patient.

Intermédiaire :

L'étudiant prend irrégulièrement en compte certaines remarques et souhaits exprimés par le patient.

Satisfaisant :

L'étudiant prend régulièrement en compte les remarques et souhaits exprimés par le patient. La négociation est très fréquente.

[]

En fin de stage, la capacité de l'étudiant a **mener une démarche diagnostique et/ou thérapeutique cohérente** avec les plaintes exposées ou les attentes du patient est considérée comme : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Satisfaisante

Intermédiaire

Insuffisante

Sans objet (ou situation non rencontrée)

Critères de jugement

Insuffisant :

Devant une situation complexe, mène une démarche diagnostique ou thérapeutique mal explicitée ou peu adaptée au tableau de maladie.

Intermédiaire :

Devant une situation complexe, mène une démarche diagnostique ou thérapeutique plutôt adaptée au tableau de maladie, mais incomplète ou présentant des incohérences.

Satisfaisant :

Devant une situation complexe, mène une démarche diagnostique ou thérapeutique adaptée au tableau de maladie et cohérente.

Annexe 5 : Droits et devoirs du MSU. Charte des maîtres de stage des universités 2016, CNGE.

Droits et devoirs :

En signant la Charte, le MSU s'engage à :

- Exercer ses fonctions d'enseignant dans le respect
 - de l'étudiant tant au niveau de sa liberté de pensée, de sa vie privée, des bonnes mœurs, et de l'éthique de chacun.
 - des obligations déontologiques et conventionnelles ;
 - des obligations pédagogiques définies par le département de médecine générale et correspondant au niveau de stage
 - de la sécurité de l'étudiant aux plans pédagogique et assurantiel sans manquement aux principes déontologiques et de la fonction
- Signer une convention de stage avec l'étudiant et la faculté
- Garantir le temps réglementaire de présence des étudiants et des internes en stage, dans le respect des textes.
- Aider la progression de l'étudiant dans ses activités et dans les productions qui lui sont demandées au cours des stages
- Travailler en partenariat avec le tuteur si l'étudiant est un interne
- Etablir une évaluation de l'acquisition de l'autonomie professionnelles et/ou des compétences en fin de stage
- Accepter que l'étudiant remplisse à l'issue de son stage une évaluation du site de formation (cette évaluation est mise à disposition des étudiants pour les semestres ultérieurs)
- Prendre connaissance des courriers et courriels qui lui sont adressés par le DMG et y répondre en temps utile
- Prévenir sa compagnie d'assurance au titre de la responsabilité civile professionnelle de sa qualité de MSU (cette disposition n'entraînant pas de frais supplémentaire)
- Suivre les recommandations pédagogiques définies par le DMG

Pour sa part, le Département de médecine générale s'engage à :

- Assurer un flux le plus constant possible d'étudiants, dans le respect des souhaits exprimés par le MSU
- Mettre à disposition les évaluations individuelles de l'interne à la fin du stage
- Promouvoir la fonction d'enseignant et le statut de MSU auprès des autorités facultaires, du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) et des autorités de tutelles.

Annexe 6 : Objectifs de la phase socle. Article 2 de l'arrêté du 21 avril 2017 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.

> Article 2

Lors de la phase 1 dite phase socle, l'étudiant acquiert des connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construit un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession.

A l'issue de la phase socle :

1° l'étudiant inscrit dans une spécialité médicale ou chirurgicale est capable :

- de recueillir des informations auprès du patient, notamment son consentement ;
- d'analyser, de poser un diagnostic et de prendre en charge un patient dans sa globalité, en prenant notamment en compte les principales données épidémiologiques ;
- d'intégrer les déterminants de santé, y compris les aspects psychosociaux, culturels et spirituels dans sa pratique ;
- d'intégrer le concept d'exposome et les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé dont la violence ;
- de prescrire puis d'interpréter les résultats des examens complémentaires et explorations fonctionnelles adaptés, en particulier les actes invasifs, dont il connaît les risques et bénéfices ;
- de comprendre un compte-rendu opératoire et de faire une analyse critique des données ;
- de prescrire un traitement médicamenteux adapté, en prenant en compte le risque iatrogène et l'antibiorésistance ;
- d'apprécier les risques ;
- de faire une présentation concise et précise de l'état global d'un patient ;
- de dispenser aux patients une éducation thérapeutique adaptée et pratique ;
- d'organiser la sortie d'un patient admis aux urgences ou hospitalisé ;
- de rédiger un compte-rendu d'hospitalisation et connaître la notion de codage ;
- de gérer simultanément plusieurs patients ;
- de prendre en compte les bonnes pratiques de la spécialité ;

L'étudiant est également capable :

- de gérer les principales urgences médicales simples ; en identifiant les urgences vitales et fonctionnelles et en étant capable de réaliser des manœuvres de ressuscitation ;
- de suivre et de mettre en œuvre des politiques de santé publique, notamment dans le cadre de l'hygiène, de la vaccination, de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive ;
- d'appliquer les principes de qualité et sécurité des soins en identifiant les principaux risques pouvant survenir tout au long du parcours du patient en menant une réflexion sur les procédures et d'identifier et de déclarer un événement indésirable ;
- d'intégrer la problématique du handicap dans sa pratique ;
- de gérer son stress et d'appliquer les principes de confidentialité et de secret professionnel ;
- de connaître ses limites ;
- d'effectuer une recherche documentaire, une lecture critique d'article et d'organiser le recueil des données d'une étude.

L'étudiant connaît les grands principes d'usage des systèmes d'information comportant le traitement de données de santé et les principaux usages du numérique en santé.

Annexe 7 : Canevas d'entretien initial

Canevas d'entretien

Présentation du MSU :

- **Âge :** 30-45 ans 45-60 ans 60ans+
- **Sexe :** Homme Femme
- **Année d'installation :**
- **Ancienneté de la maîtrise de stage :**
- **Secteur Géographique :** Nord Ouest Est Sud
Mayotte
- **Type d'exercice :** Urbain Rural
Seul En groupe
- **Autres stagiaires accueillis :** SASPAS Deuxième cycle
Ancien régime Phase de transition

Entretien :

Présentation de la thèse : but, enregistrement audio et anonymat

Présentation du chercheur

Question brise-glace :

Comment s'est passé le dernier stage de l'interne de 1^{er} ou 2^{eme} semestre que vous avez accueilli ?

Place du stage de niveau 1 dans le cursus

- Sens donné, importance pédagogique du stage de niveau 1 ?
- A quel moment doit-il être proposé ? (Précocité)
- Avis sur la réforme avec le changement de maquette depuis novembre 2017
- Contraintes ? Difficultés de mise en place ?

Encadrement pédagogique

- Avez-vous fixé des objectifs en début de stage ?
- La mise en autonomie : objectif important, obligatoire ?
- Comment avez-vous évalué le niveau de compétences (niveau requis) ?

- Pourriez-vous me donner un exemple de situation vécue en tant que MSU où vous vous êtes senti(e) en échec/réussite dans le cadre de la réforme ?

Phases d'observation et de supervision directe

- Déroulement des deux phases, durée, difficultés, motivations de l'interne et du MSU
- Différences NR / AR ?

Phase de supervision indirecte, mise en autonomie

- Mise en supervision indirecte : difficultés, absence ?
- Durée, difficultés, motivations de l'interne et du MSU
- Différences NR / AR ?

Conclusion, préférences et avis général

- Quelles compétences le(s) étudiant(s) accueilli(s) ont-ils développées selon vous ?
- Avez-vous préféré accueillir un étudiant en 1^{er}/2^{ème} semestre, ou en 3^{ème} semestre dans le cadre de la phase de transition, ou un étudiant AR ?
- Selon vous, y a-t-il un bénéfice du stage précoce pour le MSU et/ou pour l'interne ?

- Avez-vous fixé des objectifs en début de stage ?
- Quelles différences de compétences entre NR et AR ?
- La mise en autonomie : objectif important, obligatoire ? Sinon, quels objectifs ?
- Comment avez-vous évalué le niveau de compétences (niveau requis) ?
- Utilisation des outils pédagogiques auto ou hétéro-évaluation ? Avis sur ces derniers ?
Fonctionnement intuitif ?
- Pourriez-vous me donner un exemple de situation vécue en tant que MSU où vous vous êtes senti(e) en échec/réussite dans le cadre de la réforme ?

Phases d'observation et de supervision directe

- Déroulement des deux phases, durée, difficultés, motivations de l'interne et du MSU
- Besoin de donner l'impulsion à l'interne NR ?
- Différences NR / AR ?

Phase de supervision indirecte, mise en autonomie

- Mise en supervision indirecte : difficultés, absence ?
- Durée, difficultés, motivations de l'interne et du MSU
- Différences NR / AR ?

Conclusion, préférences et avis général

- Satisfaction des compétences développées ?
- Avez-vous préféré accueillir un étudiant en 1^{er}/2^{ème} semestre, ou en 3^{ème} semestre dans le cadre de la phase de transition, ou un étudiant AR ?
- Selon vous, y a-t-il un bénéfice du stage précoce pour le MSU et/ou pour l'interne ?

Annexe 9 : Grilles COREQ traduites en français

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

VIII. Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. Résumé

Retour d'expérience des maîtres de stage des universités de la subdivision Océan Indien ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017

Résumé

Introduction : La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017 a modifié le stage ambulatoire de niveau 1 pour les maîtres de stage des universités exerçant dans la subdivision Océan Indien qui accueillent désormais des internes de 1^{er} ou 2^{ème} semestre. Cette étude visait à analyser leur retour d'expérience.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée par entretien semi-dirigé auprès de maîtres de stage des universités exerçant depuis au moins trois ans dans l'Océan Indien et ayant accueilli au moins un interne de phase socle de Novembre 2017 à Juin 2020 en stage ambulatoire de niveau 1.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés. Les maîtres de stage des universités avaient une expérience positive de leur pratique, grâce à une valorisation de leur rôle depuis l'accueil d'internes novices moins habitués aux pratiques hospitalières. La maîtrise de stage était plus chronophage, l'encadrement pédagogique des phases d'observation active et de supervision directe étant plus long. Les objectifs de stage variaient : la mise en autonomie était parfois prioritaire quand d'autres lui préféraient des objectifs d'initiation à la médecine générale. Ils n'utilisaient pas les outils pédagogiques et enseignaient de manière intuitive. Ils regrettaient l'absence de retour sur leur pratique. Certains méconnaissaient la réforme et n'ont pas identifié de changement.

Conclusion : Cette étude a montré une satisfaction des maîtres de stage des universités à exercer leur rôle depuis la réforme, devenu cependant plus chronophage. Définir de nouveaux objectifs et outils pédagogiques adaptés permettrait d'améliorer leur expérience tout en uniformisant leur enseignement.

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : réforme des soins de santé, internat et résidence, médecine générale, enseignement médical, théorie ancrée

Feedback from Indian Ocean subdivision's general practitioners' trainers who hosted one intern of 1st or 2nd semester on a level 1 internship since the 2017 reform

Abstract

Introduction: The 2017's reform of the 3rd cycle of medical studies modified the level 1 ambulatory internship for general practitioners' trainers working in the Indian Ocean subdivision, who now welcome interns during their 1st or 2nd semester. This study aimed to analyze their feedback.

Method: A qualitative study inspired by grounded theory was applied using semi structured interviews with general practitioners' trainers who have been teaching for at least three years in the Indian Ocean and who hosted at least one intern of 1st or 2nd semester from November 2017 to June 2020 on a level 1 ambulatory internship.

Results: Eleven interviews were carried out. The general practitioners' trainers had a positive experience of their practice, thanks to a more valued pedagogic role due to the welcoming of rookie interns who were less used to hospital practices. The supervision had become more time-consuming though, as the pedagogical supervision of the first two phases took longer. The internship objectives varied: autonomy was sometimes a priority when others preferred initiatory objectives. They did not use teaching tools and taught intuitively. They regretted the lack of feedback on their practice. Some were unaware of the reform and did not identify any change.

Conclusion: This study showed satisfaction of general practitioners' trainers in exercising their role since the reform, which has however become more time-consuming. Defining new objectives and adapted teaching tools would improve their experience while standardizing their teaching.

Discipline: GENERAL PRACTICE

Keywords: healthcare reform, internship and residency, education, medical, general practice, grounded theory

*UNIVERSITE DE LA REUNION
U.F.R. SANTE
1, allée des Aigues-Marines
97487 SAINT DENIS CEDEX*