

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 28 juin 2016

par

Elodie COUJARD de LAPLANCHE

né(e) le 19 aout 1979, à Limoges

**QUELS SONT LES FREINS DES MEDECINS
GENERALISTES A DEVENIR MAITRES DE STAGE
UNIVERSITAIRES ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Docteur Dominique MENARD

M^{me} le Docteur Marie Paule PAUTOUT-GUILLAUME

M^{me} le Docteur Nadège LAUCHET

Président

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 28 juin 2016

par

Elodie COUJARD de LAPLANCHE

né(e) le 19 aout 1979, à Limoges

**QUELS SONT LES FREINS DES MEDECINS
GENERALISTES A DEVENIR MAITRES DE STAGE
UNIVERSITAIRES ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Docteur Dominique MENARD

M^{me} le Docteur Marie Paule PAUTOUT-GUILLAUME

M^{me} le Docteur Nadège LAUCHET

Président

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE



DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE



MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<u>P.R.A.G.</u>	
GAUTIER Sylvie	P.R.A.G. ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel



PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

Le 1^{er} septembre 2015



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE (du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)
CROS Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (du 1 ^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)





Choisissez un travail que vous aimez.
Et vous n'aurez pas à travailler un seul jour de votre vie.

Confucius



Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous en remercie sincèrement. Merci également pour la richesse de vos enseignements lors des cours du DES de Médecine Générale.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Merci pour votre participation à mon jury de thèse. Merci d'avoir rendu possible ce travail de thèse. Merci enfin pour votre dynamisme, pour votre motivation à promouvoir la Médecine Générale et pour votre patience à toute épreuve.

A Monsieur le Docteur Dominique MENARD,

Merci de me faire le plaisir d'être dans ce jury. Merci pour m'avoir fait découvrir la Médecine Générale de terrain lors de mon stage de découverte et m'avoir donné envie de continuer dans cette discipline. Merci pour votre disponibilité et votre encadrement en tant que tuteur.

A Madame le Docteur Marie Paule PAUTOUT

Merci d'avoir avoir accepté de siéger dans ce jury. Merci pour votre investissement dans la formation des futurs médecins généralistes.

A Madame le Docteur Nadège LAUCHET,

Merci d'avoir dirigé cette thèse et d'avoir su m'encadrer sans me faire perdre mon autonomie. Merci pour ta disponibilité. Ce fut un plaisir de travailler ensemble.

Merci au CNGE de m'avoir fourni les données sans lesquelles la réalisation de cette thèse n'aurait pas été possible.



Chers tous

La thèse est un aboutissement. Elle clôture un parcours atypique mais qui fut pour moi riche d'enseignements et de découvertes. A tous ceux qui ont croisé ma route pendant ce périple je dédie ce travail.

Chaque stage m'a permis de faire de nouvelles rencontres et d'apprendre des choses qui me seront utiles en médecine mais également dans la vie de tous les jours. Merci aux équipes médicales et paramédicales pour leur accueil, leur aide dans les moments difficiles et les bons moments partagés. Merci à tous mes professeurs, si parfois les leçons étaient cruelles, elles ont toutes été bénéfiques.

Merci à mes co-externes puis co-internes de m'avoir acceptée alors que mon parcours était différent du leur. Merci de m'avoir supportée pendant toutes ses années et pourtant je sais que ce n'est pas toujours facile.

Merci également aux patients que l'on oublie trop souvent. Eh oui les pauvreseux aussi ils ont participé bien malgré eux à l'élaboration de ce que je suis maintenant.

Merci à mes amis, à ma famille et à mes parents qui m'ont toujours soutenu sans réserve dans tout ce que j'entreprenais, même quand cela semblait insurmontable. Merci à ma mère pour sa relecture de cette thèse qu'elle a effectuée jusqu'au bout sans faillir. Merci à mon père d'être là.

Merci à tous ceux qui croient en moi.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Plan

Table des illustrations.....	19
Table des tableaux.....	20
Table des abréviations.....	21
Introduction.....	23
I. Bibliographie.....	25
1.1. Etat des lieux en médecine générale : une situation de crise.....	25
1.1.1. Une diminution de l'offre globale.....	25
1.1.1.1 L'instauration du <i>numerus clausus</i>	25
1.1.1.2 La médecine générale : une spécialité moins choisie à l'ENC.....	25
1.1.1.3 Une installation en ambulatoire repoussée ou annulée.....	27
1.1.1.4 Un âge moyen élevé.....	28
1.1.2. Un changement des pratiques professionnelles.....	29
1.1.2.1 La féminisation du corps médical.....	29
1.1.2.2 Une diminution de la place accordée à la vie professionnelle.....	31
1.1.3. Une augmentation de la demande.....	32
1.2. Les études de médecine générale.....	34
1.2.1. Généralités.....	34
1.2.2. Une formation de plus en plus centrée sur l'ambulatoire.....	36
1.2.2.1 Le stage de découverte : une présentation avant l'internat.....	37
1.2.2.2 Le stage de niveau 1 : pas à pas vers l'autonomie.....	38
1.2.2.3 Le stage Mère Enfant.....	38
1.2.2.4 Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie supervisée (SASPAS)	39
1.2.3. La réforme du DES.....	39
1.3. Les Maîtres de Stage Universitaires (MSU).....	41
1.3.1. Les critères pour devenir MSU.....	41
1.3.2. Un nombre insuffisant de MSU pour les besoins de formation.....	42
1.3.3. Le recrutement.....	43
1.3.3.1 Un recrutement dans les médias.....	43
1.3.3.2 Un recrutement de proximité.....	44
II. Matériel et Méthode.....	45
II.1. Objectif.....	45
II.2. Matériel.....	45
II.2.1. Type d'étude.....	45
II.2.2. Population étudiée.....	45
II.2.3. Analyses.....	46
III. Résultats.....	47
III.1. Présentation des caractéristiques de la population source.....	47
III.2. Analyse descriptive.....	51
III.3. Analyse axiale.....	54
III.3.1. Le MSU.....	54
III.3.2. L'impact sur le quotidien.....	57
III.3.3. La consultation.....	59
III.3.4. La relation médecin étudiant.....	60

III.3.5. Etre enseignant	62
III.3.6. L'absence de crainte	64
III.4. Analyse matricielle	65
IV. Discussion	73
IV.1. Caractérisation de la population d'étude	73
IV.2. Validation interne de l'étude	75
IV.3. Validation externe de l'étude	78
IV.3.1. Le MSU	78
IV.3.1.1 Une formation mal connue	78
IV.3.1.2 Interférence dans la vie professionnelle	80
IV.3.1.3 Quelques aléas	80
IV.3.1.4 Le poids de l'administratif	81
IV.3.1.5 Interférence dans la vie privée	82
IV.3.1.6 Les indemnités d'enseignement : sujet tabou ou faux problème	82
IV.3.2. L'impact sur le quotidien	84
IV.3.2.1 Du temps en plus pour l'étudiant et des répercussions sur la journée	84
IV.3.2.2 Une surcharge de travail	85
IV.3.2.3 Un épuisement assuré	86
IV.3.2.4 Des contraintes organisationnelles imposées	87
IV.3.3. La consultation	89
IV.3.3.1 Quel retentissement pour les patients ?	89
IV.3.3.2 La relation médecin patient	92
IV.3.3.3 La relation étudiant patient	93
IV.3.4. Relation médecin étudiant	94
IV.3.4.1 L'arrivée de l'étudiant : la crainte de l'inconnu	94
IV.3.4.2 L'arrivée de l'étudiant : une entrave à l'indépendance.	96
IV.3.4.3 Exercer sous le regard d'un autre	97
IV.3.5. Etre enseignant	98
IV.3.6. L'absence de crainte	101
IV.3.7. Des spécificités liées aux caractéristiques de la population	102
IV.3.8. Recrutement : d'autres raisons expliquent le manque d'engouement	107
IV.3.8.1 Une morosité ambiante	108
IV.3.8.2 Privilégier en premier sa vie personnelle	108
IV.3.8.3 Un manque d'information et des préjugés	109
IV.4. Comment améliorer le recrutement	110
IV.4.1. Une information sur la maîtrise de stage plus adaptée à la population cible.	110
IV.4.2. Une méthode de communication plus modulable	111
IV.4.3. D'autres pistes	112
Conclusion	114
Références bibliographiques	116
Annexes	122
Table des matières	133
Serment d'Hippocrate	135

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition de l'activité des médecins généralistes au 01/01/2014	27
Figure 2 : Répartition des médecins généralistes lors de leur première inscription	28
Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière dans la France entière	29
Figure 4 : Profil démographique selon le mode d'exercice	29
Figure 5 : Pyramide des âges lors de la première inscription à l'ordre des médecins 2014...30	
Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes à activité libérale/mixte régulière en France	31
Figure 7 : Parcours des études médicales	34
Figure 8 : Maquette du DES de Médecine Générale	35
Figure 9 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge et du sexe	48
Figure 10 : Répartition de la population d'étude en fonction de la région et du <i>sex ratio</i>	49
Figure 11 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'années d'installation.	50



Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des postes aux ENC de 2004 à 2014.....	26
Tableau 2 : Récapitulatif des données démographiques.	47
Tableau 3 : Noms extraits des 30 recueils, nombre de sources et de références.	52
Tableau 4 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon le genre du médecin interrogé, son lieu d'exercice ou son mode d'exercice.....	66
Tableau 5 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon l'âge des médecins de l'étude.	67
Tableau 6 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon la durée d'installation des médecins de l'étude.	68
Tableau 7 : Matrice de croisement comportant les 6 thèmes et les sous-groupes associés en fonction du genre, du lieu d'exercice et de mode d'exercice.	69
Tableau 8: matrice de croisement comportant les 6 thèmes et les sous-groupes associés en fonction des différentes tranches d'âge	70
Tableau 9 : Matrice de croisement comportant les 6 thèmes et les sous-groupes associés en fonction des différentes tranches d'installation.....	71



Table des abréviations

ANEMF	: Association Nationale des Etudiants de Médecine de France
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	: Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM	: Conseil National de l'Ordre de Médecins
CSCT	: Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
DES	: Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFGSM	: Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DPC	: Développement Professionnel Continu
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DUMG	: Département Universitaire de Médecine Générale
ECA	: Enseignant Clinicien Ambulatoire
ECAMSU	: Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage Universitaire
ENC	: Epreuves Nationales Classantes
ECOS	: Examen Clinique à Objectifs Structurés
FMC	: Formation Médicale Continue
GEAP	: Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques
MG	: Médecine Générale
MSU	: Maître de Stage Universitaire
ONDPS	: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PACES	: Première Année Commune des Etudes de Santé
REF	: Référence



- ROSP : Rémunération par Objectifs de Santé Publique
- SAFE : Stage Ambulatoire Femme Enfant
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SCTU : Synthèse Clinique et Thérapeutique Urgences
- TCS : Tests de Concordance de Script
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians



Introduction

En France l'évolution démographique des médecins généralistes est très préoccupante et les projections pour les 10 prochaines années ne sont pas plus rassurantes. Près de 4 000 000 de français éprouvent des difficultés à accéder aux soins de premier recours^(1,2). Le nombre actuel de nouveaux médecins généralistes formés ne compense pas les départs à la retraite. Par ailleurs, la jeune génération de médecins généralistes repousse le plus possible le moment de l'installation⁽³⁾. Le vieillissement de la population française va accentuer la demande en soins et ainsi accroître le ressenti de cette pénurie médicale^(1,2). Ces dernières années, plusieurs actions politiques ont été menées pour favoriser une augmentation de la démographie médicale d'une part en incitant les médecins généralistes à s'installer d'autre part en augmentant le nombre d'étudiants en médecine par le biais du *numerus clausus*.

Au cours du cursus universitaire de médecine générale la structure hospitalière assure le socle de la formation. Cependant seul l'exercice en ambulatoire permet de faire découvrir l'attrait et les modalités de cette spécialité⁽⁴⁾. La médecine générale s'apprend sur le terrain, au contact des patients et dans les conditions de l'exercice libéral. Les études réalisées sur l'intérêt du stage en ambulatoire montrent une réelle satisfaction des étudiants et une augmentation de leur désir de s'installer⁽⁵⁾. Avec l'augmentation des effectifs d'internes de Médecine Générale, instituée pour compenser le déclin démographique médical actuel, le nombre de terrains de stage en ambulatoire n'est pas suffisant. Le fonctionnement des départements facultaires devient chaque semestre plus périlleux. Il est de plus en plus difficile d'organiser la formation des étudiants inscrits dans le DES de Médecine Générale afin qu'ils puissent tous valider leur maquette dans les temps. Augmenter le recrutement des maîtres de stage agréés est devenu un enjeu critique⁽⁶⁻⁸⁾.

Malgré les multiples campagnes nationales vantant les avantages à devenir encadrant, le nombre de candidats demeure insuffisant. Les efforts de recrutement se heurtent souvent aux réticences des praticiens, et doivent composer avec la diminution des effectifs de médecins généralistes, liée au vieillissement, aux départs en retraite et à la diminution du nombre d'installations en libéral exclusif au profit du salariat. Comment motiver plus de médecins généralistes à s'impliquer dans l'enseignement ?

Dans la littérature il existe déjà quelques réponses issues d'études quantitatives⁽⁹⁻¹³⁾. Plusieurs de ces études s'attachent aux bénéfices induits par la maîtrise de stage. Ces bénéfices vont devenir des arguments pour promouvoir celle-ci. Beaucoup moins d'études sont orientées sur les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage. Pourtant ces travaux apportent tout autant d'informations précieuses. Les craintes des médecins généralistes peuvent être si importantes qu'aucune motivation, aussi bonne soit elle, ne pourra les compenser. Cependant tous ces résultats demeurent insuffisants car les données sources

sont obtenues à partir de questionnaires à choix fermés, les conclusions ne peuvent être que partielles. Plus récemment des enquêtes qualitatives ont été également faites au niveau de plusieurs régions^(14,15).

L'objectif de notre travail est donc d'étudier les freins déclarés par des médecins généralistes à devenir maîtres de stages universitaire en utilisant une méthode qualitative. Nos résultats seront ensuite comparés à ceux déjà présents dans la littérature. Puis des pistes d'évolution du système de recrutement seront présentées. Notre travail s'inscrit parfaitement dans une démarche d'amélioration de l'information permettant d'apporter de nouvelles pistes pour favoriser le recrutement.



I. Bibliographie

1.1. Etat des lieux en médecine générale : une situation de crise

Selon le conseil de l'ordre, la démographie médicale des médecins généralistes est en déclin. Certaines régions sont même dites désertées, la densité médicale étant inférieure à 30% de la densité moyenne nationale^(1,2,7). Au premier janvier 2015, il y a en France 281087 médecins en activité régulière recensés par le conseil de l'ordre. Seulement 58104 médecins généralistes sont répertoriés en « activité ambulatoire » ce terme regroupant les médecins installés et les remplaçants en activité libérale et ou mixte. Ce chiffre est en diminution de 10,3% depuis 2007 alors que les autres spécialités médicales et chirurgicales sont globalement en augmentation⁽³⁾. L'origine de cette crise est plurifactorielle.

1.1.1. Une diminution de l'offre globale

1.1.1.1 L'instauration du *numerus clausus*

Le *numerus clausus* a été instauré initialement afin de garantir la qualité de formation clinique et pratique des étudiants dans les services hospitaliers (nombre de patients insuffisants pour le nombre d'étudiants)⁽¹⁶⁾. Jusqu'en 1978 le *numerus clausus* appliqué à la sortie de la première année du cycle des études médicales était supérieur à 8000. A la fin des années 1980 il diminue à 4700 et atteint 3500 admis en 1993, ce qui explique en partie la diminution progressive du nombre d'inscrits à l'Ordre depuis 10 ans. Devant ce déficit programmé mais non anticipé, l'état a procédé à une augmentation progressive du *numerus clausus* à partir de 2001, ne permettant pas malgré tout de compenser la baisse des effectifs de médecins à court terme.

A l'issue des ECN (Epreuves Classantes Nationales) de 2004, sur 1841 postes ouverts en médecine générale, seulement 1232 internes s'étaient engagés dans la spécialité. En 2013 ce chiffre a triplé pour passer à 3601 internes.

1.1.1.2 La médecine générale : une spécialité moins choisie à l'ENC

En 2004, la médecine générale est devenue une spécialité qui doit être choisie, au même titre que les autres aux ECN⁽¹⁷⁾. Cependant, depuis la création de cette spécialité, on notait un désintérêt des étudiants pour cette discipline comme le montre le nombre important de postes non pourvus. Samuel Béhar souligne dans sa thèse de 2007 que la médecine

libérale est une profession dévalorisée à l'hôpital⁽¹²⁾. Dans l'idée de beaucoup de médecins actuels formés avant 2004, le médecin généraliste reste celui qui n'a pas passé le concours de l'internat ou qui n'a pas eu un bon classement. On constate néanmoins un regain d'intérêt pour la spécialité puisque seulement 5 % des postes de médecine générale n'ont pas été pourvus aux ECN de 2012, 2013 et 2014 (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des postes aux ENC de 2004 à 2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Général											
<i>postes ouverts</i>	3988	4803	4760	5366	5704	6186	6839	7592	7564	7903	8304
<i>postes non pourvus</i>	620	981	330	461	620	674	707	685	250	280	287
Médecine Générale											
<i>postes ouverts (*)</i>	1841	2400	2353	2866	3200	3333	3632	3961	3601	3799	3752
	46%	50%	49%	53%	56%	54%	53%	52%	48%	48%	45%
<i>postes pourvus</i>	1232	1419	2030	2414	2591	2733	2966	3328	3425	3609	3576
<i>postes restants (**)</i>	609	981	323	452	612	600	668	633	176	190	176
	33%	41%	14%	16%	19%	18%	18%	16%	5%	5%	5%
<i>Classement du 1er rang</i>	nc	nc	43	nc	96	NC	18	57	26	nc	25

(*) Pourcentage du nombre de postes de médecine générale sur le nombre de postes ouverts

(**) Pourcentage de postes restants sur le nombre de postes de médecine générale ouverts. Sources DREES, ANEMF, ONDPS, CNOM, Légifrance.

Ce bon résultat reste à modérer. La politique de revalorisation de la filière de médecine générale a effectivement permis à la spécialité d'être mieux perçue par les futurs internes. Mais la réforme officielle de 2011⁽¹⁸⁾ autorise également un réajustement des postes offerts à l'ENC en fonction des redoublements et des postes fléchés⁽¹⁹⁾. Il existe maintenant une adéquation quasi complète entre le nombre de postes proposés et le nombre de candidats.

I.1.1.3 Une installation en ambulatoire repoussée ou annulée

Au terme de ses études, un médecin peut exercer sa spécialité soit 9 ans pour les médecins généralistes. Il a le choix entre un exercice libéral, un exercice salarié hospitalier ou être remplaçant. Dans l'atlas démographique médical 2015, sur la population médicale des médecins généralistes et autres spécialistes diplômée chaque année en France, 25% ne s'inscrivent pas à l'ordre des médecins mais rentrent dans le journalisme ou l'administration au détriment du soin⁽³⁾.

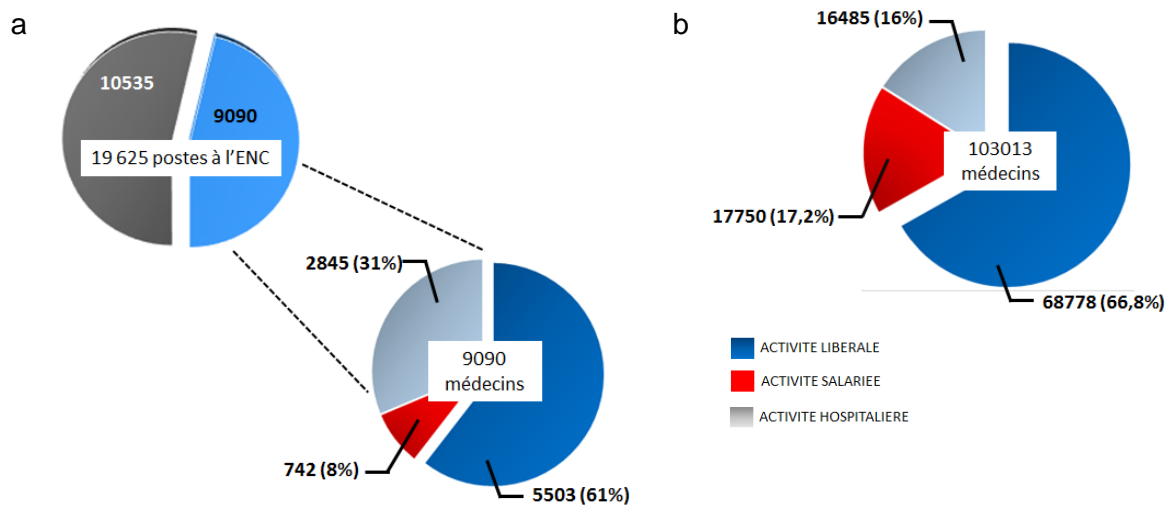


Figure 1 : Répartition de l'activité des médecins généralistes au 01/01/2014

- Chez les 9090 médecins généralistes diplômés sur les 19 625 postes de médecins généralistes ouverts à l'ENC entre 2004 et 2010⁽³⁾
- Dans la population totale des médecins généralistes (103 013 médecins généralistes)⁽³⁾

Au premier janvier 2014 dans la population des 9090 spécialistes en médecine générale qualifiés par la voie du D.E.S en France, 8 % sont salariés, 31 % hospitaliers et 61 % exercent en libéral, médecins remplaçants inclus (figure 1a). Cela correspond à seulement 28 % des postes de médecine générale ouverts aux ECN entre 2004 et 2010⁽²⁰⁾. S'il existe un désintérêt accru de la jeune génération pour l'exercice libéral, il est également visible dans la population globale (figure 1b), puisque seulement 66,7% des médecins généralistes installés ou remplaçants, exercent en ambulatoire⁽²⁰⁾.

Ces chiffres se retrouvent lors d'une analyse plus fine sur la population de médecins généralistes lors de leur première inscription et 5 ans plus tard (figure 2). S'il existe une proportion de 41% de remplaçants lors de la première inscription, 5 ans plus tard cette population va s'amenuiser pour alimenter l'une des trois autres activités représentées. Cette évolution est logique, le médecin remplaçant mature son projet professionnel lors de ses différentes expériences.

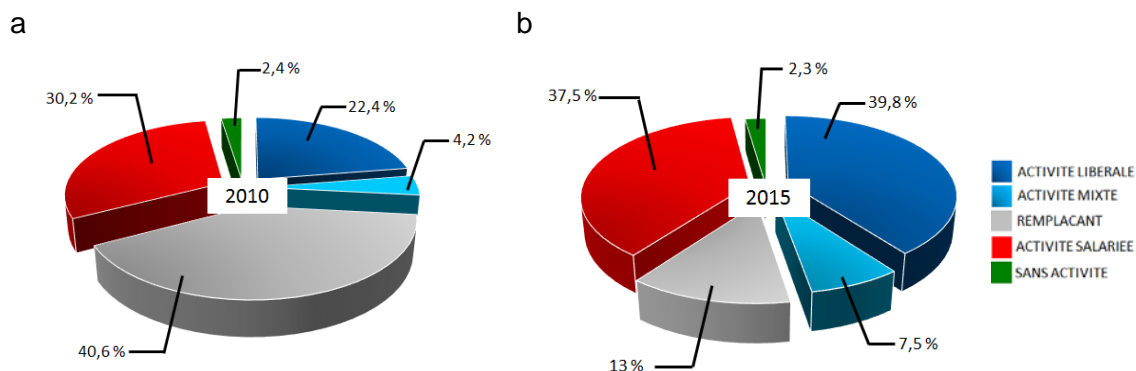


Figure 2 : Répartition des médecins généralistes lors de leur première inscription

a) En 2010 et 5 ans plus tard⁽³⁾

b) En 2015⁽³⁾

Cependant au final entre 30 et 40 % de la population des médecins généralistes ne s'installent pas⁽¹⁹⁾. Par ailleurs certains médecins généralistes libéraux non satisfaits de leur qualité de vie ou de la qualité de la médecine qu'ils exercent, décident de changer d'activité et de devenir salariés⁽¹⁹⁾.

I.1.1.4 Un âge moyen élevé

La population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis une vingtaine d'années passant d'un âge médian de 40 à 52 ans entre 1990 et 2015. Agés en moyenne de 52 ans les médecins généralistes sont représentés par 55% d'hommes et 45 % de femmes.

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France mais la population médicale est vieillissante avec près de 26,4% de la population de plus de 60 ans comparés aux 14,7% des effectifs ayant moins de 40 ans (figure 3). Cette constatation est encore plus frappante si le profil démographique est analysé en fonction du mode d'exercice. C'est encore les médecins généralistes libéraux qui ont la moyenne d'âge la plus élevée (figure 4).

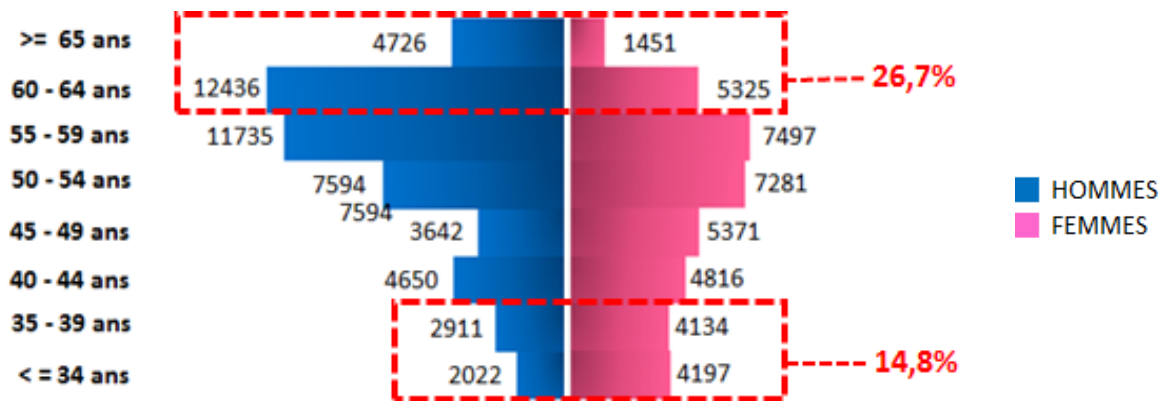


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière dans la France entière⁽³⁾

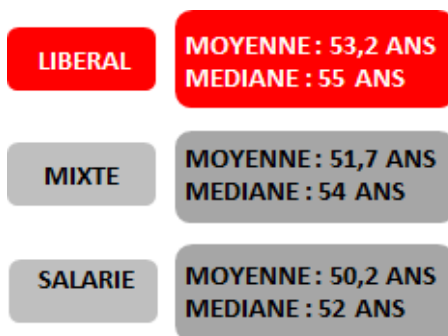


Figure 4 : Profil démographique selon le mode d'exercice⁽³⁾

I.1.2. Un changement des pratiques professionnelles

La première réponse à cette réduction démographique a été une augmentation du nombre d'étudiants. Elle était destinée à compenser le manque de médecins installés et la diminution de l'offre médicale notamment en zone rurale. Mais il ne faut pas seulement raisonner en nombre de médecins mais aussi en temps médical disponible.

I.1.2.1 La féminisation du corps médical

La féminisation du corps médical constitue un phénomène présent dans quasiment tous les pays occidentaux. En France, malgré quelques rares femmes dès la fin du XIX^{ème} siècle, le processus de féminisation s'est véritablement amorcé à partir des années 1970 sous l'influence directe de l'accès croissant des femmes aux études supérieures⁽²¹⁾ et de l'expansion

générale de la démographie médicale⁽²²⁾. Elles ne se substituent pas aux hommes, le nombre de médecins des deux sexes connaît une progression constante au cours de cette période. Au contraire elle accompagne « une expansion globale de nombre de praticiens »⁽²²⁾.

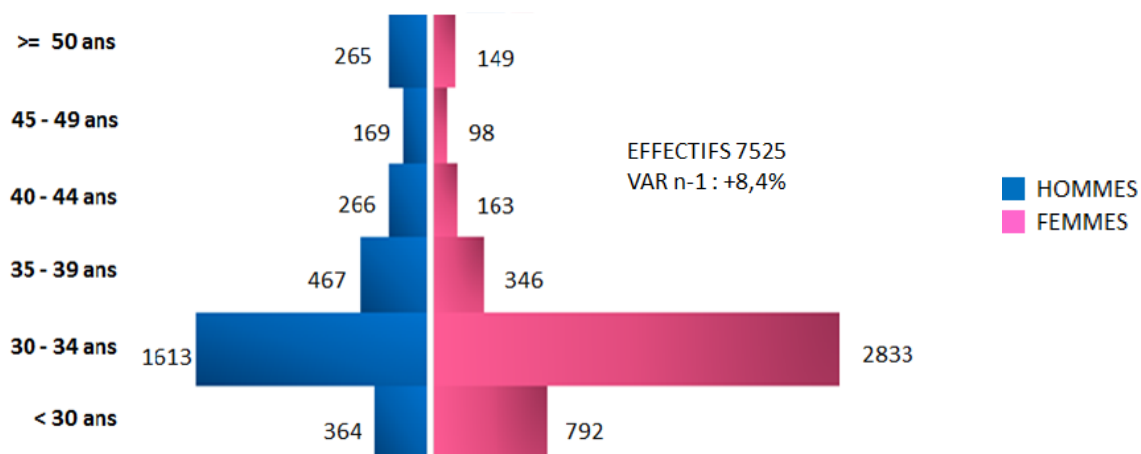


Figure 5 : Pyramide des âges lors de la première inscription à l'ordre des médecins 2014⁽²³⁾

De nos jours les femmes sont plus nombreuses à s'inscrire au conseil de l'ordre des médecins avec un effectif de 58% en 2014 (figure 5) contre 52% en 2007⁽³⁾.

La médecine générale (libérale /mixte) ne déroge pas à la règle. Elle est devenue un exercice attractif pour les femmes. Si dans la génération des médecins généralistes de plus de 60 ans la proportion est en faveur des médecins hommes (80%), la nouvelle génération féminine correspond à 60% des effectifs des moins de 40 ans (figure 6).

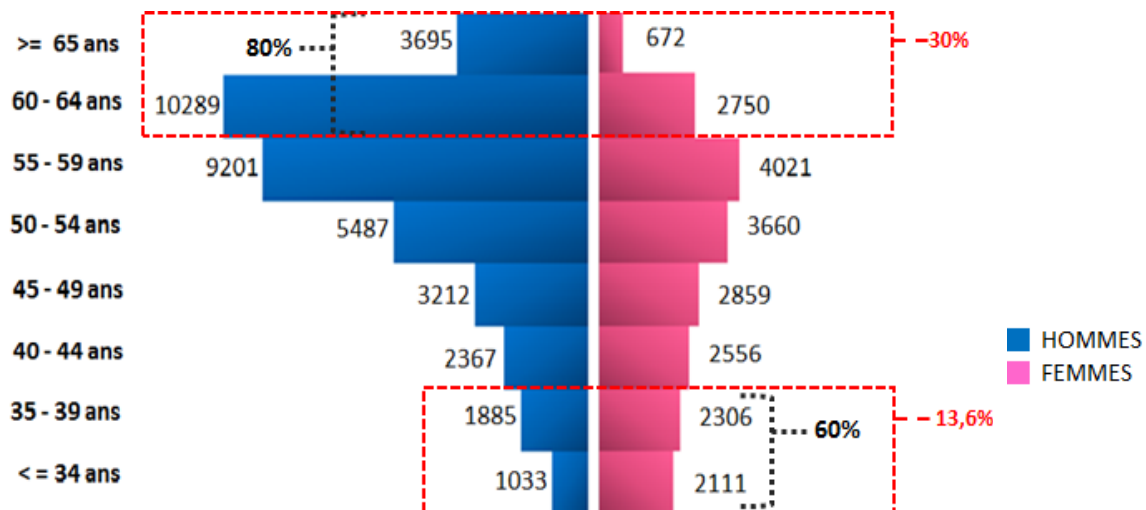


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes à activité libérale/mixte régulière en France⁽³⁾

La féminisation du corps médical est citée comme un des facteurs qui va influencer l'avenir de la profession médicale. En effet les femmes ne vont pas calquer leur mode d'exercice sur l'ethos professionnel défini et mis en œuvre par les générations précédentes de médecins, préférentiellement par des hommes⁽²²⁾. Elles tendent effectivement à adopter quelques pratiques spécifiques. Les femmes ont tendance à avoir une activité moyenne quantitativement moindre : elles effectuent moins d'actes que leurs confrères mais parce qu'elles consacrent plus de temps à chaque patient⁽²²⁾. Par ailleurs elles intègrent davantage que les hommes des générations précédentes les contraintes de l'interface travail famille. Elles délaissent de ce fait les modes d'exercice et les spécialités dites chronophages ou impliquant une organisation temporelle imprévisible à l'avance.

Toutefois de telles stratégies de limitation des débordements de l'exercice médical sur les autres domaines de la vie tendent progressivement à perdre de leur spécificité féminine. En effet les hommes n'échappent plus aux exigences de modification de leur propres rapports à l'exercice médical et à la sphère domestique et familiale.

I.1.2.2 Une diminution de la place accordée à la vie professionnelle

Actuellement la qualité de vie familiale et les loisirs sont privilégiés par les jeunes médecins quel que soit leur sexe⁽²⁴⁾. Les jeunes médecins veulent mieux concilier vie professionnelle et vie privée et réduisent leurs horaires par rapport à leurs aînés. A titre

d'exemple la nouvelle génération souhaite travailler 42,8 heures par semaine contre 60 à 70 heures actuellement⁽²⁵⁾. Ils souhaitent également prendre 7,3 semaines de congés par an⁽²⁵⁾. L'évolution des futurs médecins généralistes rejoint l'évolution sociologique générale, privilégiant la qualité de vie personnelle. Ce nouveau mode de pensée peut s'expliquer en partie par l'évolution globale sociétale, mais d'autres facteurs liés au travail en lui-même peuvent également intervenir dans ce changement.

La médecine générale connaît actuellement une crise de la vocation. 82 % des personnes interrogées déclarent être attachées au médecin généraliste, médecin de famille. Malheureusement cette grande popularité de la médecine générale en France contraste avec le vécu des praticiens. Alors que le nombre des professionnels de santé n'a jamais été aussi important en France, l'ensemble des acteurs disent rencontrer des difficultés dans leur exercice⁽²⁶⁾. L'épuisement émotionnel ou « burn out » des médecins est aujourd'hui plus élevé que celui des pompiers ou des infirmières. La profession connaît un taux de suicides 2 fois supérieur à celui de la population générale⁽²⁶⁾.

L'image que renvoient les médias de la vie des médecins généralistes n'a rien de plaisant. Entre les astreintes, les horaires extensibles, les salles d'attente bondées avec des patients de plus en plus quérulents et des tâches administratives qui augmentent exponentiellement, il reste peu de temps pour une vie privée épanouie⁽²⁴⁾. Ces différents éléments poussent les jeunes confrères à prendre plus de temps pour leur vie personnelle.

I.1.3. Une augmentation de la demande

Avec ces 63 700 000 habitants au 1er janvier 2013, la France bénéficie d'une augmentation de sa population de 10 % en 20 ans mais cette population vieillit ; 33 % des français ont plus de 60 ans contre 26 % en 1993. L'âge élevé est un facteur de consommation de soins et le vieillissement de la population française va accentuer cette demande⁽⁷⁾.

L'attrait pour l'exercice libéral a diminué depuis plusieurs années majorant progressivement la désertification dans les soins de premiers recours. Les déserts médicaux tendent à s'amplifier sous l'effet conjugué d'une part de la baisse des effectifs médicaux et de l'augmentation des besoins de santé⁽⁷⁾.

Si la baisse des effectifs médicaux est inévitable avec un déficit maximum en 2017, l'augmentation du numerus clausus ne permettra un retour aux effectifs des années 2000 que vers 2030⁽⁷⁾. Par ailleurs l'augmentation des postes de médecine générale à l'ENC ne garantit pas, une augmentation de la disponibilité des médecins généralistes en ambulatoire puisque actuellement 31% des diplômés exercent en hospitalier⁽³⁾. Il s'avère alors essentiel d'assurer

une formation ambulatoire dès le début de l'externat d'abord pour favoriser le choix de la médecine générale à l'internat mais aussi en dehors de l'internat pour accompagner le futur médecin dans sa démarche d'installation.



I.2. Les études de médecine générale

I.2.1. Généralités

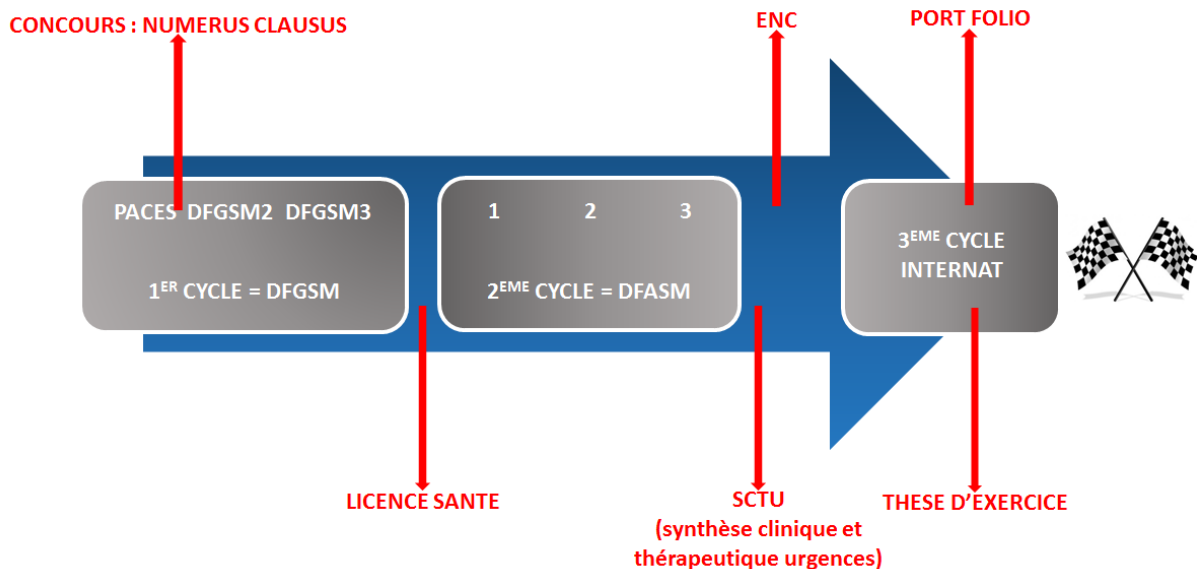


Figure 7 : Parcours des études médicales

A ce jour les études de médecine se composent de 3 cycles portant la durée des études de 9 à 11 ans selon la spécialité médicale choisie (figure 7).

Le concours de fin de première année permet de sélectionner les étudiants qui pourront poursuivre les études médicales. Suite à l'obtention de ce concours, les étudiants vont suivre un tronc commun de cinq années d'enseignement universitaire avec mise en pratique progressive des connaissances au cours de plusieurs stages hospitaliers et un unique stage ambulatoire. Ces stages permettent également de faire découvrir le panel de spécialités que pourraient exercer le futur médecin.

L'examen de 6^{ème} année appelé CSCT sanctionne la fin du tronc commun des études médicales.

Le concours de fin de 2^{ème} cycle aboutit à l'orientation des étudiants dans les différentes spécialités. Dans le cas de la spécialité de médecine générale, l'internat va durer 3 ans. Il comprend une formation pratique basée sur des stages et une formation théorique permettant de consolider les notions déjà apprises et de mettre en place les spécificités de la médecine générale (figure 8).

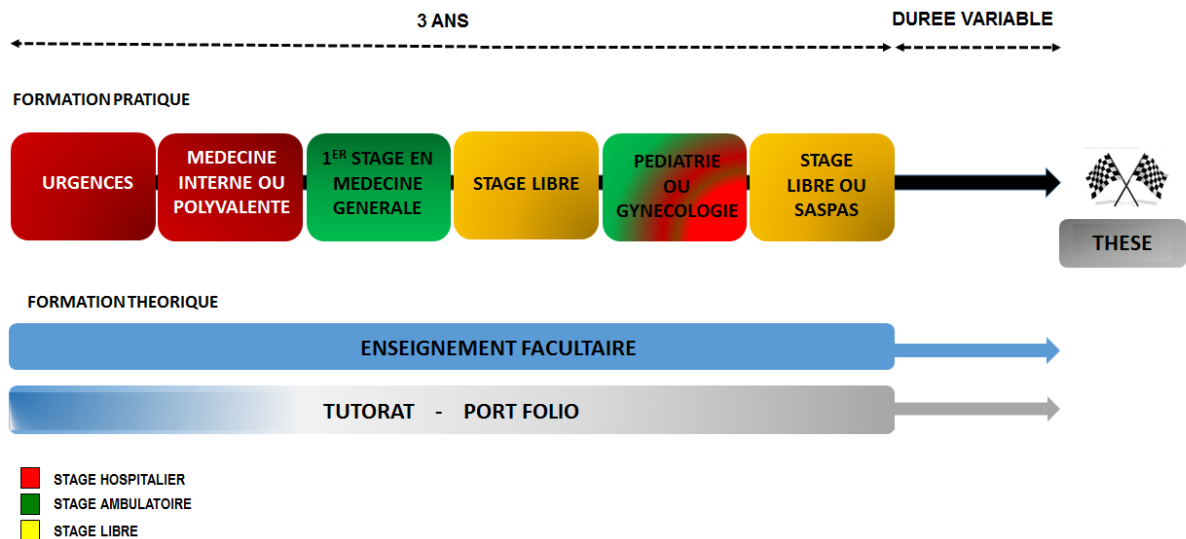


Figure 8 : Maquette du DES de Médecine Générale

La maquette du DES de MG comprend, depuis aout 2010⁽²⁷⁾, 6 stages de 6 mois dont un socle commun de 4 stages obligatoires, dont un obligatoire au CHU, constitué par :

- Un stage dans un service d'urgence hospitalier
- Un stage de médecine adulte hospitalier
- Un stage de pédiatrie ou de gynécologie, hospitalier ou en ambulatoire
- Un stage de MG ambulatoire ou stage de niveau 1

Les deux autres stages sont des stages dits libres. Il peut s'agir d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Un 2^{ème} SASPAS peut parfois être réalisé selon le souhait de l'interne et les terrains de stage disponibles. Le SASPAS ou stage de niveau 2, est possible exclusivement en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre.

L'enseignement facultaire comprend un minimum de 200 heures d'enseignement durant le DES de Médecine Générale⁽²⁸⁾. Chaque faculté est responsable de l'organisation et du contenu des enseignements délivrés aux internes⁽²⁹⁾. Les formations proposées par chaque faculté sont hétérogènes en termes de méthodes pédagogiques utilisées⁽³⁰⁾ et de travaux facultaires demandés. Elles peuvent comprendre des cours magistraux, des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS), des Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques (GEAP) ou encore des Tests de Concordance de Script (TCS).

Le tutorat consiste en une supervision de l'étudiant par « un tuteur », désigné en début de cursus, qui a pour rôle de le suivre et de l'accompagner dans ses apprentissages. Le tuteur est un médecin-enseignant dont le rôle est d'aider un interne à développer une pratique réflexive et à construire son expertise professionnelle⁽³¹⁾.

La validation du cursus nécessite la validation de stages pratiques, la réalisation d'un mémoire de DES et d'un document de synthèse⁽²⁹⁾. La thèse d'exercice basée sur un travail de recherche est nécessaire pour la validation du doctorat. Une partie de la thèse fait le plus souvent office de mémoire⁽²⁸⁾. Le document de synthèse ou *port folio* compile les travaux scientifiques réalisés par l'étudiant, sa participation à des congrès ou colloques et toute autre expérience complémentaire qu'il souhaite y inclure. C'est un outil pédagogique de formation, traçant l'évolution du cursus personnel de l'étudiant en DES de MG⁽³²⁾. Il est utilisé dans une approche pédagogique centrée sur l'acquisition de compétences; la supervision de l'étudiant est alors nécessaire d'où le rôle du tuteur.

I.2.2. Une formation de plus en plus centrée sur l'ambulatoire

Si cette formation apparaît comme quelque chose d'acquis, elle est en fait le fruit de l'investissement des médecins généralistes qui se sont impliqués au cours du temps pour la faire évoluer au mieux.

L'ouverture des études de médecine vers les soins primaires s'est faite progressivement depuis les années 1970. Il faudra attendre la réforme des études médicales de 1984 pour la création d'un programme spécifique dédié. Il instaure l'allongement de la formation spécifique à 2 ans, la mise en place de structures et de moyens et l'implication de médecins généralistes dans la formation théorique et pratique. Elle attribue aussi aux étudiants de fonctions hospitalières à plein temps. La première mouture du projet fut cependant timide : durant son résidanat l'interne devait effectuer un stage de trente demi-journées seulement dans un cabinet de médecine générale. Il faut attendre 1997⁽³³⁾ pour que la réalisation d'un semestre entier au cabinet devienne obligatoire. Ce stage permet aux jeunes médecins de se confronter aux patients avant leur premier remplacement ou leur installation comme cela a été le cas pendant de nombreuses années.

La médecine générale est reconnue comme spécialité à part entière par la loi du 17 janvier 2002⁽¹⁷⁾ qui instaure aussi les Epreuves Nationales Classantes⁽¹⁷⁾. La création du Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale en 2004⁽²⁸⁾, consacre cette discipline comme une spécialité à part entière, prolonge la formation à 3 ans (6 semestres) et légitime une filière universitaire spécifique.

L'insuffisance d'information et de formation pratique à la médecine générale au cours des études médicales était unanimement reconnue. 83% des internes estimaient ne pas avoir été suffisamment sensibilisés à la médecine générale pendant leurs études. 94% d'entre eux regrettaient même de ne pas avoir été correctement informés sur l'exercice de cette spécialité⁽²⁶⁾. La prise de conscience de cette carence permet l'organisation d'une formation

plus adaptée. C'est dans ce but que les stages ambulatoires ont été créés pour préparer les futurs médecins généralistes à l'exercice libéral et gérer des situations qu'ils ne pouvaient pas rencontrer en hospitalier. Ces stages se déroulent chez des médecins généralistes, praticiens agréés maîtres de stage des universités, qui vont leur apprendre les spécificités de ce métier. Apprendre c'est interagir et élaborer un sens. Comme dans le compagnonnage traditionnel, les professeurs transmettaient le savoir mais aussi une certaine expérience. Ils forment leurs élèves, en les faisant partager leur démarche clinique personnelle et en plaçant le patient au cœur de l'apprentissage⁽³⁴⁻³⁶⁾. La formation pratique « en stage » est maintenant reconnue comme une part pédagogique indispensable et a des répercussions sur la future carrière professionnelle de l'étudiant⁽³⁷⁻³⁹⁾. Actuellement, un étudiant en médecine se voit donc proposer plusieurs stages en médecine ambulatoire durant son cursus.

I.2.2.1 Le stage de découverte : une présentation avant l'internat

Durant l'externat, un stage de six semaines en médecine générale ambulatoire est obligatoire auprès de maîtres de stage agréés. Il permet à l'étudiant de découvrir la pratique de la médecine hors des murs de l'hôpital et se familiariser avec la démarche de soin en médecine générale libérale.

A Tours, l'expérience est positive pour plus de 95% des étudiants et après ce stage 85% d'entre eux ne repoussent pas l'idée d'exercer la médecine générale⁽²⁶⁾. Dans la thèse de Coralie Braun-Neves, l'idée d'un stage en médecine générale au cours du 2^{ème} cycle est réellement plébiscitée par les internes. Plus de 85% y sont favorables (quelque soient leur projet professionnel), certains ajoutant des commentaires expliquant l'intérêt et l'importance d'un stage d'initiation de la médecine générale pendant l'externat⁽²⁶⁾. Dans l'étude de Bertrand Boutillier⁽⁴⁰⁾, 77 % des externes de quatrième année demandent un stage ambulatoire avant l'entrée de 3^{ème} cycle. Ce malaise est également présent chez les médecins installés, 58% estimant avoir été mal préparés à l'exercice libéral⁽²⁶⁾.

Ce stage de découverte destiné aux étudiants de second cycle des études médicales est inscrit dans la loi depuis 1997. Pourtant il n'a été mis en application qu'après l'arrêté du 23 novembre 2006 et devient obligatoire en 2008⁽¹³⁾. Cependant cette initiation reste dans la pratique le plus souvent optionnelle malgré un réel bénéfice⁽³⁹⁾, faute de financement et d'un nombre de maîtres de stages insuffisants⁽¹³⁾. En 2012 seuls 40% des étudiants de second cycle réalisaient un stage de 6 semaines en médecine ambulatoire⁽¹⁰⁾.



I.2.2.2 Le stage de niveau 1 : pas à pas vers l'autonomie

Ce stage de 6 mois est obligatoire depuis 1997 et se déroule pendant l'internat de médecine générale. Il se déroule dans un ou plusieurs sites d'exercice, à raison de neuf demi-journées par semaine puis huit demi-journées depuis la réforme sur le temps de travail⁽⁴¹⁾. Conçu comme un stage clinique à part entière, il permet à l'interne de médecine générale d'acquérir les compétences nécessaires à son futur exercice. Le médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage, dispense une formation qui va mener les étudiants vers l'autonomie. Il se partage en 3 phases pédagogiques. Maître de stage et interne décident d'un commun accord des durées respectives des 3 phases :

- phase d'observation : l'interne, placé à côté médecin, assiste à la consultation.
- phase de supervision directe : l'interne conduit l'interrogatoire et pratique l'examen clinique devant le maître de stage.
- phase de supervision indirecte : l'interne est seul avec le patient pour mener la consultation. Une relecture des dossiers vus seuls par l'interne est ensuite effectuée avec le maître de stage.

Un article paru dans la Revue du Praticien confirme que même si l'exercice futur ne sera pas forcément similaire à celui du maître de stage, la réalité de la médecine ambulatoire marque un tournant dans la formation et permet à l'interne d'esquisser son propre projet professionnel⁽³⁷⁾. L'étude de Munch *et coll.*⁽⁴²⁾ met tout particulièrement en évidence l'influence positive des trinômes de maîtres de stage (comparativement au maître de stage unique) sur l'appropriation du projet d'installation. La diversité des terrains de stage permettent de multiplier les opportunités professionnelles et de découvrir les différents lieux d'exercice⁽⁴³⁾.

I.2.2.3 Le stage Mère Enfant

Sur la même base de stage en autonomie précoce, depuis 2012, un stage Ambulatoire Femme Enfant (SAFE) permet à des internes ayant déjà réalisé 3 semestres dont le stage praticien de niveau un, de réaliser leur semestre spécifique « gynécologie – pédiatrie » en médecine ambulatoire. L'organisation et le déroulement du stage sont les mêmes que pour le stage de niveau un. Il s'effectue avec un trinôme de médecins pratiquant une majorité de consultations de pédiatrie et de gynécologie. Ce stage permet à l'interne d'assimiler des situations cliniques et des gestes techniques spécifiques à ces deux disciplines (pose de stérilet, suivi de grossesse). Ce stage a été créé suite à l'augmentation du nombre d'internes pour pallier le manque de terrain de stage pôle mère-enfant, stage obligatoire dans la maquette d'un interne de MG⁽¹⁰⁾.

I.2.2.4 Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie supervisée (SASPAS)

Les internes ont enfin la possibilité d'effectuer au cours de leur cinquième ou sixième semestre un deuxième stage, professionnalisant, en structure ambulatoire dans plusieurs terrains de stage⁽⁴⁴⁾. L'interne y exerce en autonomie supervisée, c'est-à-dire qu'il consulte seul et en fin de journée, fait un bilan avec son maître de stage.

I.2.3. La réforme du DES

En 2013 le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont demandé la mise en place d'un groupe de travail sur cette réforme, mené par les professeurs Pruvot et Couraud⁽⁴⁵⁾. Il met en place un DES en 3 phases comportant une phase socle, une phase intermédiaire et une phase de mise en responsabilité pendant laquelle l'interne aurait un statut un peu différent à cheval entre l'interne et le senior.

Dans un premier temps la réforme du DES concerne la maquette de stages avec une mise en place dès novembre 2016 :

- en première année le stage ambulatoire de niveau 1 (et le stage aux urgences).
- en seconde année le stage de médecine adulte (hospitalier) et le stage mère/enfant (hospitalier ou ambulatoire).
- en dernière année un SASPAS pour tous les internes et un stage libre selon le projet professionnel.

L'exposition plus précoce à la médecine générale lors du DES permet une meilleure identification professionnelle avec un projet d'installation de 16,3% sans stage ambulatoire, 26,2% après le stage de niveau 1 et 28,6% après le SASPAS⁽²⁵⁾. Les internes sont plutôt favorables à la mise en place d'un stage ambulatoire plus rapidement dans le cursus⁽⁴⁶⁾. Plus de 60% des internes voudraient favoriser la formation ambulatoire en y incluant un 3ème stage ambulatoire^(31,47). La généralisation du SASPAS est également plébiscitée^(31,46,47).

Le CNGE travaille également sur la mise en place d'une 4^{ème} année qui se veut ambulatoire avec mise en responsabilité de l'interne⁽⁴⁸⁾. Cependant les résultats récents de l'étude menée par le CNGE ont montré que si 63,8% des internes de médecine générale ne souhaitaient pas laisser la maquette du DES de MG telle quelle, ils ne souhaitaient pas non plus augmenter la durée du DES^(31,47). Dans le contexte de pénurie de MSU et d'enseignants, est-il envisageable d'allonger le DES ?

L'étude récente du CNGE aborde par ailleurs la formation théorique. La disparité de l'enseignement rend plus difficile l'évaluation de la formation au sein des différentes facultés. Une augmentation du panel des MSU associée à une uniformisation de leur formation

permettrait peut-être d'unifier les méthodes d'enseignement et améliorer la formation universitaire au cours du DES^(31,47).

Les internes sont demandeurs de stages en ambulatoire convaincus qu'ils représentent la formation la plus adaptée à leur futur exercice professionnel. C'est souvent aussi le premier contact des futurs médecins généralistes avec une nouvelle manière d'exercer alors que la formation est hospitalo-centrée. Les internes peuvent s'inspirer des pratiques variées qui leurs sont présentées afin de construire leur propre identité professionnelle. Cette méthode leur permet d'acquérir progressivement leur entière autonomie dans la prise en charge des patients et la gestion des problématiques du cabinet.



I.3. Les Maîtres de Stage Universitaires (MSU)

Avec la mise en place d'une filière universitaire de médecine générale et l'augmentation du nombre de stages en ambulatoire, le maître de stage universitaire est devenu un acteur indispensable de la formation des étudiants en médecine. C'est un pilier de cette spécialité. La principale ressource nécessaire au développement de la discipline médicale est donc humaine.

I.3.1. Les critères pour devenir MSU

La World Organization of National Colleges Academies and Academies Associations of General Practitioners and Family Physicians (WONCA) a défini un certain nombre de critères auxquels les médecins doivent répondre s'ils souhaitent devenir maîtres de stage des universités⁽⁴⁾.

- Etre médecin généraliste libéral installé depuis 3 ans au moins ou 2 ans pour l'accueil des externes ou en collaboration
- Ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie ou acupuncture).
- Demander son agrément à devenir Enseignant Clinicien Ambulatoire (ECA) qui sera soumis au coordinateur du département de médecine générale, au doyen de médecine de la faculté dont dépend la localisation géographique d'exercice, au conseil de l'ordre départemental et enfin à la commission d'agrément régionale.
- Se former à la pédagogie en suivant le cursus de maîtrise de stage
- Accepter le règlement ou la charte des enseignants de la faculté concernée, accepter le principe d'une évaluation et d'une formation régulière, être informatisé
- Participer à la vie de l'association locale et nationale des enseignants cliniciens ambulatoires maîtres de stage des universités et aux actions du département de médecine générale.

L'agrément est attribué pour un an s'il manque certains éléments au dossier sinon il est donné pour cinq ans par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale après avis du département de médecine générale et du conseil départemental de l'ordre des médecins. Renouvelé par tacite reconduction, il peut être à tout moment suspendu voir supprimé en cas de non-respect de la charte des enseignants cliniciens ambulatoires.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a déterminé quinze compétences génériques requises pour devenir maître de stage⁽⁴⁹⁾:

- Prendre en charge un problème de santé non différencié
- Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage



- Etablir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage dans l'instant et dans la durée
- Prendre une décision fondée sur les données actuelles de la science adaptée aux besoins et à la situation négociée et acceptée par le patient et acceptable pour le médecin
- Prendre une décision en contexte d'urgence
- Savoir réaliser les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire
- Entreprendre et participer à des actions de prévention et de santé publique
- Eduquer le patient à la gestion de son capital santé
- Travailler en équipe et ou en réseau
- Assurer la continuité des soins pour tous les types de patients
- Appliquer les textes règlementaires en tenant compte des principes éthiques
- Assurer la gestion administrative financière humaine structurelle de l'entreprise médicale
- Choisir, organiser et tenir le dossier médical dans toutes les fonctions
- Organiser et maintenir sa formation professionnelle
- Evaluer sa pratique

I.3.2. Un nombre insuffisant de MSU pour les besoins de formation

En 2011, le nombre de MSU était de 5388 (4793 dans le troisième cycle, 1479 dans le deuxième cycle, certains cumulant les deux) alors qu'il en aurait fallu environ 3000 de plus pour former les 10146 internes en médecine générale alors en poste⁽⁵⁰⁾.

En 2012, les effectifs progressent avec 6638 MSU agréés avec une augmentation des lieux de stages ambulatoires : 73% pour le stage de 2ème cycle et 13,7% pour les stages de niveau un, 17% pour le SASPAS et 54% pour le SAFE⁽⁵¹⁾. Malheureusement le manque de MSU pour encadrer les étudiants reste important même s'il tend à se corriger discrètement aussi bien pour le stage de 2^{ème} cycle (1 MSU/ 5,31 étudiants en 2010-2011 contre 1MSU/3,5 étudiants en 2012-2013) que pour les stages de 3^{ème} cycle avec une baisse du ratio à 16,7% (1/18 en 2010-2011, contre 1/15 en 2012-2013)⁽⁵¹⁾.

Pour l'année 2013 - 2014, il y était recensé 14326 internes de médecine générale en formation et plus de 22000 externes et seulement 7666 MSU agréés sur le territoire national avec un besoin de formation bien supérieur⁽⁵¹⁾.

En effet l'augmentation du *numerus clausus* et la priorité donnée aux postes de médecine générale aux ENC impose un nombre croissant de maîtres de stages. Ainsi le *numerus clausus* des étudiants reçus en première année des études médicales a augmenté depuis 2002 pour atteindre 7043 en 2010. La moitié de ces étudiants sont ou seront internes de médecine générale. Cependant pour les former et leur donner le goût de la médecine générale,

le gouvernement préconisait un nombre de 9000 MSU⁽⁸⁾. Devant les besoins de formation actuels cet objectif semble trop limité et devrait plutôt être fixé à un peu plus de 10 000⁽⁵¹⁾. A court terme dans certaines régions, il existe un risque que les internes de médecine générale n'aient pas la possibilité d'effectuer leur stage en ambulatoire et donc que les DES de médecine générale ne soient pas validés. Par ailleurs il ne faut pas oublier les stages obligatoires pour les étudiants de 2^{ème} cycle de médecine.

L'engagement comme MSU est essentiel car il y aura d'ici quelques années un certain nombre de ces MSU qui partira à la retraite, en suivant logiquement la démographie médicale basée sur une moyenne d'âge des médecins. L'effort de recrutement doit se poursuivre.

I.3.3. Le recrutement

En 2010 la mission de concertation du Dr Hubert dénombrait seulement 7% de médecins généralistes maîtres de stages universitaires⁽⁵²⁾. Si le pourcentage de médecins généralistes impliqués dans l'enseignement a augmenté depuis ce premier constat, devant le manque actuel persistant de MSU se pose légitimement la question du recrutement et des moyens à mettre en œuvre pour assurer la pérennité de cette formation indispensable. C'est eux qui en second cycle permettent l'enseignement et la découverte de la MG pouvant faire naître des vocations, et c'est encore eux qui en troisième cycle, donnent aux internes les clés pour parfaire les compétences nécessaires à leur exercice futur.

Les médecins sont-ils assez informés sur la maîtrise de stage ? Dans la thèse de Camille Louzeau Houly plus d'un tiers des médecins non MSU déclarent ne pas avoir été informés sur la maîtrise de stage⁽¹²⁾. Beaucoup de médecins non MSU ne savent pas que le stage est obligatoire pour les internes ou ne connaissent pas les modalités et les démarches pour devenir MSU⁽⁵³⁾. Certains même souhaiteraient recevoir des informations sur la maîtrise de stage^(12,53).

Comment faire pour motiver plus de médecins généralistes à s'impliquer dans cette maîtrise de stage? Des sources d'informations répétitives et variées sembleraient nécessaires pour que l'idée de la maîtrise de stage fasse son chemin ou du moins suscite un intérêt et des questions.

I.3.3.1 Un recrutement dans les médias

Plusieurs campagnes nationales de recrutement ont été menées conjointement par les syndicats d'externes et d'internes de médecine générale et par le ministère de la santé⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

Les médecins généralistes reçoivent ainsi des messages les encourageant à devenir acteurs dans la filière pédagogique de médecine générale.

Ces messages sont transmis sous la forme d'articles dans des revues médicales, d'ateliers lors de congrès, des affichettes distribuées lors de rencontres de médecins généralistes, des liens sur les sites web. Un CD rom a été également réalisé en partenariat avec le CNGE regroupant des expériences de stagiaires de médecins MSU et non MSU⁽¹²⁾. Y sont évoqués un effet anti-burn out, une opportunité d'échanger et d'améliorer leurs pratiques, un enrichissement mutuel, une image valorisante auprès des patients, une expérience de coopération entre professionnels. On leur présente aussi ce compagnonnage comme l'une des solutions aux problèmes de la démographie médicale, de nature à susciter des vocations, et comme un moyen de transition d'une génération à une autre en évitant le phénomène de rupture.

I.3.3.2 Un recrutement de proximité

Ainsi les médecins déjà MSU peuvent proposer un confrère issu de leur réseau de connaissance et qui leur paraît apte à prendre part à la formation des futurs médecins généralistes. Le recrutement de confrères fait d'ailleurs parti des missions du MSU⁽⁴⁹⁾. La FMC et les séminaires de MG, où sont conviés les médecins non MSU, sont aussi des lieux privilégiés de recrutement.

L'avenir de la Médecine Générale et de l'accès aux soins dépend de la capacité à former les étudiants en Médecine et à leur donner envie de faire ce métier. Les stages en Médecine Générale sont alors décisifs dans le cursus des étudiants : il est indispensable que des Médecins Généralistes soient recrutés et formés pour cette fonction d'Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage des Universités (ECAMSU). L'ensemble des acteurs de la formation doit poursuivre la politique de recrutement. Pour cela, il faut comprendre ce qui freine les médecins généralistes et les informer de façon adaptée.



II. Matériel et Méthode

II.1. Objectif

L'encadrement des nouvelles générations d'internes de médecine générale est un élément crucial pour conserver l'offre en soins primaires et sauvegarder ce qui fait la qualité du système de soins français.

Mais pourquoi tous les médecins généralistes installés ne semblent pas adhérer à ce type de compagnonnage ? Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage ?

Si plusieurs travaux à l'échelle régionale ont déjà apporté des réponses dites quantitatives, il n'y a pas eu de répercussion notable sur le recrutement des maîtres de stages. Les objections des médecins généralistes sont multiples et parfois plus subtiles que des propositions sur des questionnaires à choix multiples. Une démarche qualitative est donc plus séduisante avec la possibilité d'explorer plus en profondeur les représentations et les craintes de chaque médecin dans différentes situations.

II.2. Matériel

II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude mixte qualitative et quantitative de type séquentiel exploratoire. Cette approche consiste à recueillir des données qualitatives qui vont secondairement être mises en relation avec des données quantitatives afin d'augmenter la validité de l'interprétation initiale, si l'échantillon recruté est représentatif de la population générale.

II.2.2. Population étudiée

Nous avons étudié l'ensemble des informations concernant les participants inscrits entre juin 2013 et octobre 2014 au programme de DPC intitulé « Initiation à la maîtrise de stage séminaire S1 », soit 30 séminaires comprenant de 10 à 20 participants. La population étudiée sur 15 mois était considérée comme représentative de la population générale des participants au séminaire S1. Les participants, avant leur séminaire S1, devaient remplir en ligne sur le site du CNGE un recueil sous forme de commentaires libres : leurs 3 principales motivations et craintes à devenir MSU ainsi que leurs 3 principales attentes concernant le

séminaire. Il leur était aussi demandé des informations concernant leur âge, leur sexe, le nombre d'années d'installation, leur lieu d'exercice (adresse, rural ou urbain) et leur type d'exercice (en groupe, seul). L'ensemble de ces données était compilé en format Excel © par l'organisateur de chaque programme et fourni à CNGE Formation. Nous avons extrait une table de données concernant les 547 participants de cette période comptant 30 séminaires. Elle comprenait des informations qualitatives sous forme de 3 phrases courtes résumant leurs craintes et, d'autre part, des données quantitatives anonymisées sur le lieu de la formation mais conservant les informations démographiques : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, le type d'exercice (en groupe ou en individuel, l'installation en milieu rural ou urbain).

II.2.3. Analyses

Pour les informations qualitatives, une analyse de contenu était réalisée dans une approche par théorisation ancrée à l'aide du logiciel QSR Nvivo10[®]. Les deux premières étapes de la théorisation ancrée étaient respectées :

- **L'analyse descriptive** : cette première partie de l'analyse a été réalisée par un codage ouvert c'est-à-dire que les codes n'ont pas été prédéfinis. La labellisation des phrases a été faite selon leur fréquence, intensité et répartition. L'analyse a été réalisée par un seul investigateur après étalonnage d'un premier fichier en double aveugle pour limiter la subjectivité.
- **L'analyse axiale** : Les codes descriptifs extraits étaient ensuite catégorisés en thèmes plus généraux dans une optique interprétativiste et permettant de répondre à la question de thèse. Cette deuxième étape était décisive dans l'analyse qualitative. Elle permet de mettre en évidence des axes de réflexion dans lesquels seraient ensuite développés et interconnectés les codes descriptifs

Concernant les informations quantitatives, une analyse descriptive préliminaire était réalisée. Les caractéristiques étaient ensuite implémentées dans Nvivo10[®] après encodage automatique. Elles étaient croisées avec les données qualitatives (codes ou catégories) à l'aide de la fonction d'encodage matriciel « ET ».

III. Résultats

III.1. Présentation des caractéristiques de la population source

Le tableau 2 comporte le résumé les données statistiques de l'étude collectées sur quinze mois. A titre comparatif, les données statistiques collectées sur les douze premiers mois⁽⁵⁸⁾ et les valeurs statiques de la population globale des médecins⁽³⁾ sont également représentées sur ce tableau.

Au total sur les 15 mois, 547 médecins ont participé à l'étude, 300 hommes et 247 femmes. Le *sex ratio* est de 1,2. L'âge moyen des médecins hommes est de 49,7 années, l'âge moyen des médecins femmes est de 43,7 années, l'âge moyen médian est de 47,02 années. Près de 75% des médecins de l'échantillon exercent en groupe. L'exercice rural et urbain est bien équilibré (tableau 2).

Tableau 2 : Récapitulatif des données démographiques.

	POPULATION ETUDIEE SUR 15 MOIS			POPULATION ETUDIEE SUR 12 MOIS			POPULATION GENERALE		
	HOMMES	FEMMES		HOMMES	FEMMES		HOMMES	FEMMES	
NOMBRE	300 (54,80%)	247 (45,20%)	547	215 (55,10%)	175 (44,90%)	390	55%	45%	
MOYENNE D'AGE	49,7	43	47,02			47,02	54,5	47,8	51,6
MODE D'EXERCICE									
SEUL	89 (16,30%)	48 (8,80%)	137 (25,10%)			103 (26,5%)			27,40%
GROUPE	211 (38,50%)	199 (36,40%)	408 (74,90%)			287 (73,5%)			72,60%
LIEU D'EXERCICE									
RURAL	158 (29%)	113 (20,70%)	271 (49,70%)			185 (47,5%)			30,90%
URBAIN	141 (25,80%)	134 (24,50%)	274 (50,30%)			205 (52,5%)			69,10%

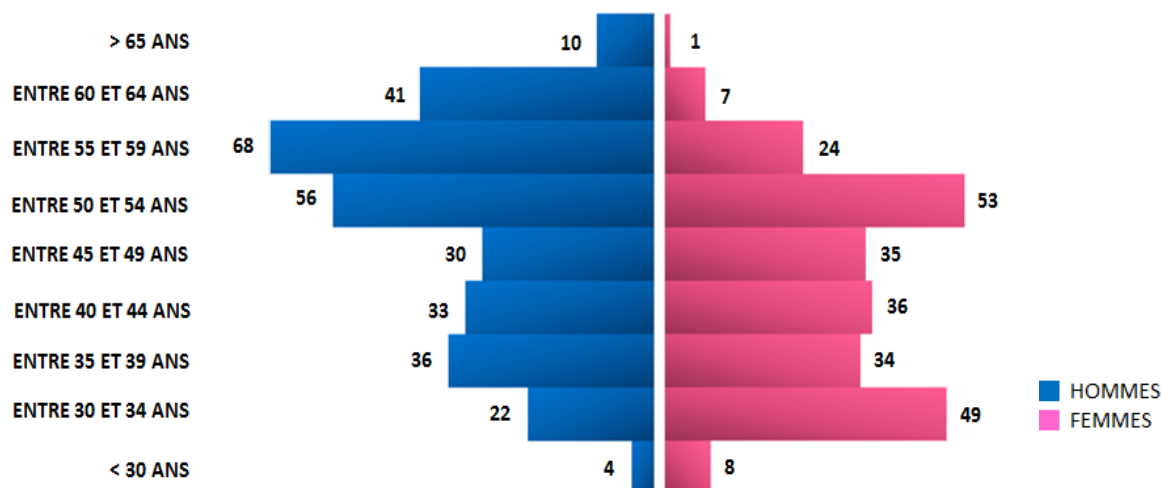


Figure 9 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge et du sexe.

L'âge des participants de l'étude s'échelonne de 27 à 73 ans Il est à noter 2 pics majoritaires dans la pyramide des âges chez les femmes : entre 30 et 34 ans puis entre 50 et 54 ans. Chez les hommes le pic majoritaire se situe entre 50 et 59 ans (figure 9).

La répartition régionale des 547 médecins de la population de l'étude n'est pas totalement homogène (figure 10). Les régions majoritairement représentées sont l'Auvergne-Rhône Alpes, l'Île de France et l'Aquitaine, Limousin, Poitou Charente. Par contre, la Corse et la région Languedoc, Roussillon et Midi Pyrénées ne sont pas ou très faiblement représentées (figure 10). Les *sex ratio* pour chaque région apparaissent sur la figure 10a.



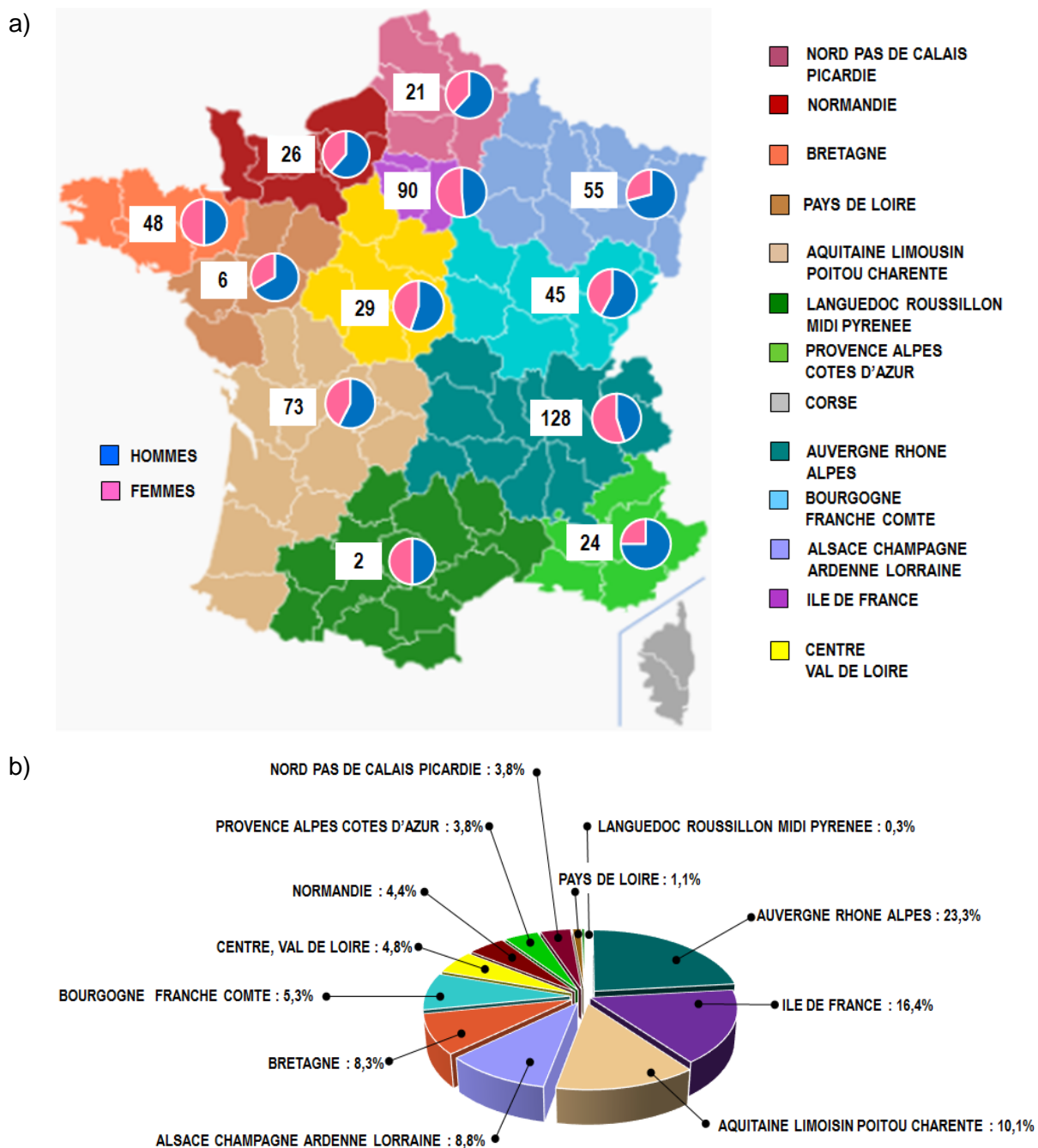


Figure 10 : Répartition de la population d'étude en fonction de la région et du *sex ratio*.

Répartition en fonction de la région (a et b) et du *sex ratio* (a)

Enfin, l'analyse de la répartition de la population en fonction du nombre d'années d'installation montre des représentations différentes selon les sexes (figure 11). Les jeunes installées femmes semblent plus favorables à la maîtrise de stage. Dans le cas des hommes, l'inscription pour la maîtrise de stage se fait chez les jeunes installés et chez des médecins installés depuis 20 et 34 ans.

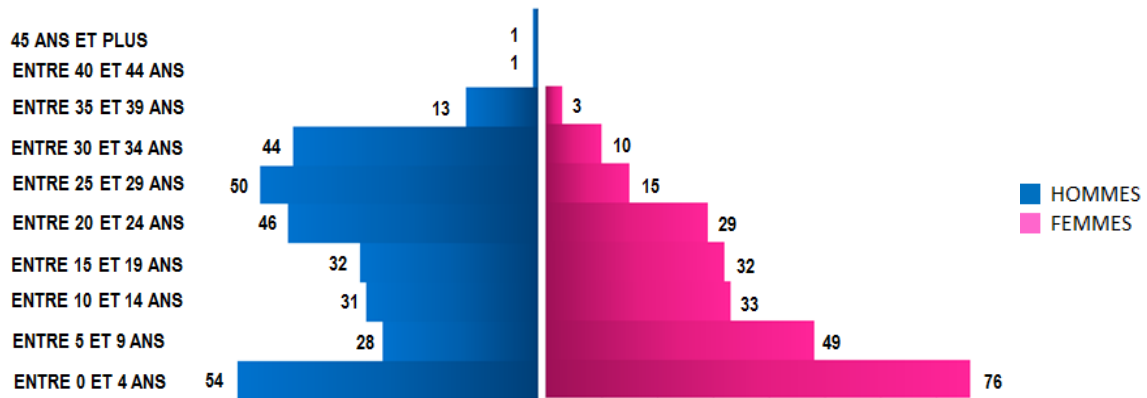


Figure 11 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'années d'installation.



III.2. Analyse descriptive

Dans notre étude un « recueil » correspond à l'ensemble des données obtenues lors d'une session « Initiation à la maîtrise de stage séminaire S1 ». 30 sessions ont été réalisées sur 15 mois soit 30 recueils à disposition.

Sur les 30 recueils, 146 codes sources ont été extraits (tableau 3), illustrant chacun une crainte liée à la maîtrise de stage. L'analyse des réponses de la population inscrite à la formation permet de déterminer 3 catégories d'individus :

- Des médecins déjà MSU depuis plusieurs années mais qui n'avaient pas eu de formation spécifique et qui souhaitent en bénéficier.
- Des médecins généralistes installés qui souhaitent devenir MSU
- Des médecins remplaçants

L'analyse des données montrent que 15 % des médecins participant à l'étude et donc à la formation, sont installés depuis moins de 3 ans soit 58 % de femmes et 42 % d'hommes. Ce chiffre cumule en réalité les médecins installés récemment et les remplaçants non installés.

L'ouverture des formations de maître de stage à des médecins autres que généralistes libéraux transparait dans l'étude puisque l'analyse des réponses montre au moins 2 praticiens qui interviennent en PMI.



Tableau 3 : Noms extraits des 30 recueils, nombre de sources et de références.

NOM	SOURCES	REF	NOM	SOURCES	REF
Absence de soutien si difficultés	2	2	Incompétence de l'étudiant	6	9
Acceptation de l'étudiant par l'entourage professionnel	2	2	Informar la patientèle	1	1
Acceptation de la patientèle	21	29	Installation inappropriée	3	4
Activité faible	5	5	Intendance	5	5
Activité spécifique	7	7	Intérêt de la médecine générale	8	9
Addiction à être MSU	1	1	Etudiant formaté par la médecine hospitalière	4	4
Age incompatible	1	1	Etudiant non motivé	25	56
Aspect juridique	5	6	Journée plus longue	7	8
Aspect rédactionnel	1	1	Jugement de l'étudiant	16	30
Attente de l'étudiant	18	32	La cohabitation au quotidien	7	8
Attitude modifiée	3	3	La crainte de l'inconnu	1	1
Augmentation du nombre de stagiaires	2	2	La gestion du je ne sais pas	16	25
Barrière de la langue	3	4	La remise en question	16	20
Bien être des patients	4	7	Le renouvellement rapide des étudiants	3	3
Bonnes pratiques	5	7	L'échec	4	5
Burn out	5	6	les objectifs	2	2
Ce qu'il faut transmettre	13	17	Local inadapté	5	5
Charge administrative	19	32	Lourdeur de l'engagement	6	6
Charge de travail existante	17	33	Manque d'expérience	15	23
Charge de travail fluctuante	2	3	Manque de disponibilité	28	69
Choix par défaut de l'étudiant	7	7	Manque de diversité	1	1
Chronophage	29	114	Manque de patience	1	1
Compétences globales	24	68	Manque de temps	25	70
Compétences informatiques	1	1	Manque d'espace	7	7
Compétences pédagogiques	28	70	Mauvaise communication avec l'étudiant	5	5
Compétences relationnelles	2	2	Mauvaises habitudes	2	2
Compétences techniques	4	4	Mésentente avec les autres maitres de stage	2	2
Concilier le role de MSU avec d'autres activités	2	2	Mésentente avec l'étudiant	23	63
Conduite exemplaire	7	9	Modalités de contrôle du MSU	1	1
Confiance des patients vis-à-vis de l'étudiant	6	6	Modalités de travail	1	1
Confiance du MSU en l'étudiant	3	4	Ne pas aimer l'enseignement	1	1
Confusion du patient	1	1	Ne pas avoir d'étudiant	1	1
Connaissances théoriques	24	55	Ne pas savoir intégrer l'interne dans la consultation	4	4
Consultation à trois	26	64	Ne pas savoir quoi apporter	4	4
Consultations plus longues	14	20	Obligation de formation	5	7
Consultations inappropriées	5	7	Organisation	20	49

NOM	SOURCES	REF
Contraintes	2	2
Coopération des patients	4	4
Critique de l'étudiant	4	5
De la théorie à la pratique	5	7
Dégouter l'étudiant de la médecine générale	9	11
Déléguer	16	27
Déséquilibrer l'activité libérale	3	3
Déshumaniser les patients	1	2
Diminution du nombre des consultations	2	2
Disponibilité de l'étudiant	2	2
Du temps pour soi	2	2
Durée de l'engagement	2	2
Durée du stage	1	1
Eloignement	7	8
Erreur médicale	3	3
Ethique	1	1
Etre moins à l'écoute	3	3
Etre MSU et médecin	11	12
Etre pris en défaut	4	4
Exercer sous le regard de l'autre	13	24
Expérience précédente mauvaise	2	2
Fardeau de l'étudiant	11	15
Formatage des MSU	1	2
Formation à l'encadrement	4	4
Formation en milieu rural	1	1
Formation initiale à l'étranger	2	2
Formation inutile	1	1
Formations chronophages	7	10
Genre de l'étudiant	1	1
Gerer un étudiant difficile	8	10
Gérer la formation pratique de l'interne	2	2
Gestion de la formation personnelle	2	2
Gestion de l'emploi du temps	8	9
Habitude de travailler seul	6	6
Horaires inappropriés	1	1
Impatience des patients	1	1
Implications de présence	5	5
Incertitude par rapport à l'avenir de la médecine générale	3	3

NOM	SOURCES	REF
Organisation des consultations	14	18
Organisation des locaux	9	12
Organisation du temps	18	24
Organisation en patientèle	2	2
Pas de crainte	23	136
Perdre sa liberté	3	3
Personnalité de l'étudiant	7	8
Perte d'argent	4	5
Perte de concentration	2	2
Perte de motivation du MSU	3	3
Perte de patientèle	5	6
Perte de temps	21	44
Perte de la relation privilégiée médecin patient	21	38
Réaction de la patientèle	23	49
Refus des patients	15	26
Regard des pairs	2	2
Relation élève maître	4	4
Relations avec la faculté	2	2
Rémunération du MSU	4	5
Répercussions personnelles	3	3
Responsabilité	7	7
Ressenti du patient	15	20
Retard dans les consultations	10	13
Réticences des patients	18	30
Savoir évaluer	6	7
Savoir faire	7	9
Savoir transmettre	14	32
Se justifier devant l'étudiant	5	5
Se justifier devant les patients	5	5
Secret médical	4	4
Spécificités de la médecine générale	5	5
Supervision de l'étudiant	19	40
Surcharge de travail	17	30
Transmettre des erreurs	2	3
Travail à mi-temps	3	3
Travail de soignant	5	6
Tutorat du MSU	1	1

III.3. Analyse axiale

Les codes ont été regroupés en 6 grandes thématiques qui représentent les différents types de crainte associés au fait de devenir MSU.

Ces 6 codes axiaux ou thèmes correspondent aux titres des chapitres à venir. Les codes sources ou nœuds sont représentés en gras et les citations issues des recueils sont mises en italiques et placées entre guillemets

III.3.1. Le MSU

Les médecins qui font la démarche de s'inscrire à cette formation sont bien conscients que devenir MSU induit une **responsabilité** importante, même si **les objectifs** de la formation semblent vagues. C'est « **un engagement lourd** » qui est même qualifié d'« *excessif* » par un des médecins de l'étude.

Devenir MSU va engendrer de nouvelles **contraintes**. Les médecins soulignent **l'obligation de formation régulière, chronophage** et même **inutile**. Les médecins parlent également d'**obligation de présence** aux réunions d'enseignement alors que parfois le cabinet est très éloigné du lieu de réunion ou que le temps disponible du médecin est limité. La peur des « *paperasses* » et des **charges administratives** supplémentaires est également citée. **La durée de l'engagement** fait aussi parti du questionnement parmi les inscrits notamment certains qui ont un « *projet de médecine générale libéral* » encore imprécis : « *au moins de deux ans après je ne sais pas* ». Il existe une vraie « **incertitude sur l'avenir de la médecine générale** ».

La population de l'étude comprend également des très jeunes installés qui attendent « *une conjoncture favorable* » pour commencer l'encadrement effectif d'un étudiant. En effet il faut exercer thésé depuis plus de 3 ans pour pouvoir prétendre à devenir MSU.

Concernant le stage initial, les médecins attendent des clés pour la prise en charge pédagogique de l'interne, ils ont peur que la **formation à l'encadrement** soit « *trop courte* » et « *insuffisante* ». Certains médecins sont même demandeurs **d'un tutorat** pour les accompagner dans leurs premières armes de MSU et pouvoir les guider. Deux médecins redoutent cependant **le formatage** pour l'étudiant, un stage « *manquant de spontanéité* » et risquant de devenir alors « *trop protocolaire* » et uniformisé. Enfin, certains médecins s'inquiètent **des modalités de contrôle de leur travail de MSU**.

Les médecins qui vont être formés redoutent **le regard de leurs confrères** sur leurs compétences mais aussi **les relations avec la faculté** qui semblent parfois mal vécues. La

prise en charge d'un interne se fait par un trinôme de MSU. Le risque de **mésentente avec les autres maîtres de stage** déstabilise les futurs MSU qui craignent alors des difficultés dans la **disponibilité** et « *la gestion de l'agenda* » de l'étudiant.

La crainte initiale concerne la formation en elle-même et les contraintes qu'elle va engendrer. Les **modalités de travail** restent également vagues. Les médecins s'interrogent sur leur capacité à effectuer une « *nouvelle mission alors que les autres missions du médecin généraliste sont difficiles* » déjà « *à mener de front* ». Ils pensent avoir des « *difficultés à réaliser l'examen du patient et la prise de décision face au patient* », « *avec l'explication au stagiaire* » : les « *questions de diagnostics différentiels, des différentes options et conduite à tenir* » et la « *prise en charge* ». Vont-ils pouvoir **être à la fois MSU et médecin** ? Ils craignent de **perdre leur concentration**, qu'il existe des répercussions sur leur **activité de soignant** et que cette nouvelle activité se développe « *au détriment du patient* ». Le **manque d'expérience** majore cette inquiétude. Un médecin se demande même s'il ne risque pas de développer une véritable « **addiction** » pour l'enseignement au dépend de ses autres fonctions.

Cette nouvelle activité va avoir des répercussions sur la pratique. Les médecins peuvent-ils **concilier le rôle de MSU, avec d'autres activités** ? Un médecin évoque « *une activité syndicale très dense* » un autre le « *montage d'une maison de santé pluridisciplinaire* ». Certains s'interrogent aussi sur leur capacité à **gérer leur formation personnelle** et pouvoir « *programmer une formation de longue durée diminuant le temps de présence au cabinet* ». Enfin les médecins se demandent s'ils peuvent encore disposer de **temps pour eux**. Dans le panel de médecins interrogés, certains craignent de **déséquilibrer l'activité libérale** et d'induire **des répercussions sur leur vie personnelle** en devenant MSU. L'une des praticiennes évoque la possibilité d'« *avoir un arrêt de longue durée* » en rapport avec un « *congé maternité* », une autre craint l'impossibilité de s'organiser « *par rapport aux périodes de vacances* ».

Les médecins craignent que leur profil ne corresponde pas aux références fixées par la maîtrise de stage et donc soit incompatible avec l'accueil d'un étudiant.

Certains pensent que leur **formation initiale à l'étranger** ou la **barrière de la langue** soit un frein à l'encadrement. La contrainte d'**âge** est également citée par un médecin qui est âgé de plus de 60 ans.

Quelques médecins ont une **activité faible** soit parce qu'ils travaillent à « **temps partiel** » ou parce qu'ils font « *des consultations plus longues* ». D'autres médecins évoquent le **manque de diversité** de leur pratique ou leur **activité spécifique** : des médecins ont favorisé une activité particulière couplée à leur activité de généralistes comme la « *psychothérapie* », « *l'ostéopathie* », « *l'acupuncture* » ou « *l'hospitalisation à domicile* ». Les **horaires** sont

parfois **inappropriés** certains médecins travaillant « *tôt le matin et en soirée* » ou encore « *à temps partiel* ».

La localisation des cabinets est par ailleurs évoquée : certains médecins exercent **en milieu rural**, « *loin du CHU* ». **L'éloignement** du cabinet va obliger l'étudiant à « *faire beaucoup de route* » pour effectuer le stage ce qui risque « *de décourager les futurs stagiaires de venir* » et donc « *le non développement de la formation des IMG dans un milieu (semi) rural* ». De même « **le manque d'espace** » peut être un frein pour recevoir le stagiaire dans de bonnes conditions. Un médecin annonce que son « *cabinet* » est « *exigu* » mais temporise en ajoutant « *on s'arrangera* ».

La notion d'une **installation inappropriée** apparaît aussi. Parmi les médecins qui font la formation, l'une dit « *je n'aurai pas d'interne car je suis remplaçante* », un autre annonce que son « *projet de médecin généraliste libéral est d'au moins deux ans* » mais qu'après « *il ne sait pas* » un autre est dans l' « *attente d'une conjoncture favorable* » pour s'installer.

D'autres freins sont également cités. Si certains médecins parlent du « **manque d'expérience** » comme une crainte majeure, d'autres redoutent au contraire que « *la lassitude* » et la routine de l'encadrement puisse leur faire **perdre leur motivation**. Ils ont « *peur de ne pas avoir toujours le même entrain* » pour prendre en charge un étudiant. **L'absence de soutien** de la part du DUMG si le médecin « *décroche du peloton* » ainsi que la « *crainte d'être seul* » font également parti des objections. Un médecin craint « *d'être poussé par la fac à enchaîner les stagiaires par manque de MSU disponibles* ». **L'augmentation du nombre de stagiaires et leur renouvellement rapide** diminue **la durée des stages** alors qu'il serait nécessaire « *d'accueillir un étudiant au long cours pour que la clientèle s'habitue et ne le boude pas* ». Paradoxalement si le fait d'avoir trop d'étudiants est délétère, le fait de ne pas être choisi et de « **ne pas avoir d'interne** » du tout l'est tout autant pour ces praticiens.

Au niveau financier les remarques concernent la **perte d'argent** liée à la perte de temps car le médecin va prendre du temps pour faire de l'enseignement au lieu de faire des consultations. Un médecin écrit « *je prends du temps pour l'interne et pendant ce temps je perds des clients* ». Un autre encore évoque la « *mise en danger de sa trésorerie* » ou « *des difficultés financières* ». Si la notion de perte d'argent est citée, l'un d'entre eux concède qu'en réalité il n'a « *aucune idée de la rémunération des MSU* » en contrepartie de l'enseignement un autre parle seulement « *de rémunération au lance pierre* » ou « *avec retard* ».

III.3.2. L'impact sur le quotidien

- Le temps

Les praticiens interrogés se rejoignent sur un frein commun à la maîtrise de stage, le temps et sa gestion. La connotation associée au mot temps est variable selon les médecins généralistes. Beaucoup de participants de l'étude parlent du **manque de temps** « *pour concilier le temps de consultation et le temps d'enseignement à l'étudiant en stage* » et pour sa « *prise en charge rigoureuse* ». D'autres évoquent « *l'aspect **chronophage** de l'encadrement* ». Ces termes restent cependant relativement neutres. Par contre pour certains, la signification est plus négative avec « ***la perte de temps, liée à la présence de l'interne*** », liées « *aux formations* » pour « *encadrer l'interne* » ou encore liées aux « *charges administratives supplémentaires* ». Les médecins parlent de « **consultations plus longues** », de « **retard dans les consultations** ». Ils ont « *peur que la présence du stagiaire* » crée un « *ralentissement de la cadence de travail* » « **des journées plus longues** » et « *de ce fait des fins de journées encore plus tardives* ». Ils évoquent la possibilité de « **diminuer le nombre de consultations** » pour alléger leur journée lorsque l'étudiant est présent.

- Du travail en plus

Si le temps prend une place importante dans les résultats de l'étude, le travail est également beaucoup cité. Il faut non seulement assurer « **la charge de travail** » existante mais également prendre en charge la « **surcharge de travail liée à l'encadrement de l'interne** ». Certaines expressions sont même hyperboliques en parlant « *d'aggravation de la surcharge* ». En effet si le médecin diminue le nombre de consultations le jour de présence de l'étudiant, il y aura « *donc potentiellement plus de patients la veille et le lendemain* ». Un autre médecin parle du « *surcroît de temps de travail supplémentaire apporté par cette fonction sur des journées qui font déjà 12H* ». La notion de **burn out** est également évoquée avec son corollaire « *la fatigue* », « *la perte d'énergie* » et « *le surmenage* ».

Cette **charge de travail est fluctuante** particulièrement liée aux « *périodes d'endémie* ». Il faut souligner que la charge de travail sera cependant variable. « *Avec l'acquisition de l'autonomie de l'interne sur les gestes techniques, les tâches seront partagées* » ce qui permettra de rattraper le retard.



- Des contraintes d'organisation

L'impact de l'étudiant sur le quotidien du médecin est multiple. Il va nécessiter plus de temps et de travail et donc va se répercuter sur l'organisation de sa pratique. **L'organisation du temps** sur la journée doit être modifiée pour y inclure la formation théorique et pratique du stagiaire. Il implique aussi **la gestion du carnet de rendez-vous** et des consultations : leur rythme, leur durée, leur nombre avec une « *incidence sur les horaires* ». L'un des médecins interrogés parle du réaménagement de l'« *agenda* » avec « *une restriction volontaire du nombre de consultations* » le jour de venue de l'étudiant. Cette réorganisation du « *carnet de rendez-vous très chargé* » est déjà problématique mais peut-être encore plus épineuse dans le cas d'un exercice « *à temps partiel* » ou avec « *des consultations libres* ». Une **organisation de la consultation et de la patientèle** en elle-même est nécessaire pour faire de la place à l'étudiant.

L'évaluation de l'ampleur de la réorganisation est différente selon les intervenants. Si **l'organisation** est « *à penser et à repenser* » car l'arrivée du stagiaire va créer une « *perturbation des habitudes* » et « *du quotidien* » des « *difficultés* » des « *contraintes* » ou même des « *lourdeurs* », certains des médecins reconnaissent qu'ils doivent « *modifier leur désorganisation* » ou encore « *s'améliorer* ».

Il existe aussi des problèmes liés à **l'intendance**. L'un des médecins souligne « *le problème du repas de midi avec l'interne* ». Un autre explique qu'il est dans « *l'impossibilité actuellement de fournir un lieu de repos voir une chambre à l'étudiant* » car les locaux sont « *déjà sur occupés* ». Et il ne pourra pas proposer « *de logement pour l'étudiant* » même si « *le cabinet est éloigné de la fac* ». Cela impose à l'étudiant de multiplier « *les trajets* ». Une **réorganisation des locaux** est aussi à prévoir. En effet certains **locaux** sont décrits comme « *trop petits* » ou **inadaptés** à recevoir une personne supplémentaire. Le médecin a « *des difficultés à trouver sa place* » « *les journées où l'interne est aux commandes* ». Néanmoins malgré le manque d'espace dans le bureau ou dans le cabinet, le MSU doit être « *dans les locaux et sollicitable à tout moment* ». Ainsi dans le cas d'un médecin de l'étude travaillant en collaboration avec 2 autres médecins soit 3 médecins pour seulement 2 bureaux il faudra « *tenir compte du planning de chacun pour choisir le meilleur jour pour l'interne* ».

Ces contraintes sont manifestes mais un des médecins positive la situation en soulignant que « *la nécessité de changer son mode de fonctionnement* » « *sera compensée par l'intérêt de l'échange avec l'étudiant* »

III.3.3. La consultation

La relation humaine aux patients est un point fort inéluctable du métier. Si la présence de l'étudiant a un impact sur le quotidien et nécessite un ajustement de l'organisation matérielle du MSU, il va également intervenir sur la relation médecin malade. Dans l'étude les médecins notent la difficulté de réaliser une **consultation à trois**. Les médecins craignent d' « *oublier le patient dans les relations triangulaires* ». « *Introduire un tiers dans la relation médecin malade qui s'établit au cours d'une consultation* » crée une « *perturbation du colloque singulier* ». Ces difficultés se situent à plusieurs niveaux.

Le premier plan concerne « **la réaction** » et « **le ressenti du patient vis-à-vis de la présence d'une tierce personne** ». Les médecins ne savent pas comment **informer leur patientèle** et **justifier la présence de l'étudiant** devant elle. Les médecins interrogés craignent de « *gêner* » de « *perturber* » ou de mettre « *en difficulté* » « *certain patients* » et induire « **le refus du patient** » à la présence de l'interne pendant une consultation. Par contre si cette présence est tolérée, « **l'acceptation de la patientèle** » peut être difficile. Les patients peuvent faire un « *accueil réservé* » à l'étudiant et ne pas échanger « *de la même manière* » que seul à seul avec le médecin. Ce simple « *parasitage* » lié à une mauvaise « **coopération** » peut favoriser **les erreurs médicales** car l'étudiant va « *passer à côté* » du diagnostic par manque d'informations. Lorsque l'interne est en autonomie, les médecins semblent également redouter le **manque de confiance** que peuvent avoir les patients et **leur réticence** à venir consulter. « *Les patients viennent moins facilement en consultation quand c'est l'interne* » car ils craignent « *d'être consultés par un néophyte* ». Il peut également y avoir **une confusion**, les patients ne sachant plus « *identifier* » qui est « *leur médecin traitant* » entre le médecin et l'interne.

Il peut aussi exister un problème lié au **genre de l'étudiant**. Que dire de « *la gêne des patientes spécifique à la gynécologie* » devant un stagiaire garçon ou « *la réticence que pourraient avoir certains patients à la présence d'une interne en consultation* ». Toutes les **consultations** doivent-elles être accessibles au stagiaire ou certaines sont-elles **inappropriées** pour l'enseignement.

La présence de l'interne nécessite du temps pour le former, favorisant ainsi le retard. Le patient peut **perdre patience** dans la salle d'attente et ne plus revenir. Le médecin risque de **perdre** de la patientèle. Pour éviter ce dernier inconvénient certains médecins choisissent alors de faire une « *restriction volontaire du nombre de consultations* » le jour de venue de l'interne cependant « *diminuer les plages horaires des consultations journalières pour libérer du temps pour l'étudiant* » correspond à « *augmenter le délai d'obtention de rendez-vous pour les patients (actuellement de 8 à 10 jours)* »

Sur un second plan les médecins ont l'impression de **perdre le lien privilégié** qui les unit à leurs patients et faire disparaître « *la relation personnelle* » et « *l'intimité* » de la consultation. Certains praticiens craignent que la seule présence de l'interne **modifie leur attitude** vis-à-vis du patient. Ils ont peur d'avoir « *un manque de franchise* » et « *de ne plus exercer exactement comme* » « *avant* ». Le **bien être des patients** peut être altéré car ils ne se sentent plus « *écoutés* » comme auparavant et il existe une **gêne pour le médecin** qui a « *des difficultés à garder le même rapport avec le patient* ». Il a l'impression de ne pas effectuer correctement son « **travail de soignant** ». Un médecin en particulier évoque sa « *peur que l'homme soit déshumanisé au prix d'une hégémonie de la science* ». Les patients sont alors des modèles d'étude et d'entraînement pour l'étudiant plutôt que des individus à part entière.

Le troisième plan concerne l'interaction entre le médecin et le stagiaire dans la consultation. La principale difficulté est d'arriver à **intégrer l'étudiant** à la consultation sans laisser le patient de côté lors du partage d'informations techniques et petit à petit lui permettre de prendre la main.

L'arrivée de l'étudiant ne va pas que perturber la relation patient-médecin, dans le contexte de pratique en groupe, il interagit avec tous les membres du groupe. Dans l'étude, un médecin redoute que l'étudiant **ne soit pas accepté par le personnel médical** de la PMI dans lequel il consulte et un autre médecin redoute « *la réaction de ses associés* » qui ne sont pas eux-mêmes MSU.

III.3.4. La relation médecin étudiant

Une crainte fortement exprimée par les non encore maîtres de stage est une relation compliquée avec l'étudiant qu'ils vont accueillir. Ils ont **peur de l'inconnu** qui va arriver. Certains médecins interrogés utilisent même le terme de « *boulet* ». Le stagiaire devient un « **fardeau** » pour le MSU. En effet ils redoutent de rencontrer un étudiant **non motivé** pour la médecine générale ou **choisissant par défaut** et manquant d'investissement dans le stage, « *certains voulant devenir chirurgiens ou dermato* ». Ils craignent tout autant un **étudiant** « **incompétent** » ou au contraire déjà « **formaté par la médecine hospitalière** » « *trop sûr de lui* » ou « *trop intrusif* ».

Le manque de compétence ou de motivation ne sont pas les seules craintes mises en évidence par l'étude, **la personnalité de l'étudiant** peut également **être difficile à gérer** au

quotidien. Il peut manquer de maturité, d'une certaine éducation : il « *oublie de venir* », se comporte de façon « *inadapté mettant les patients mal à l'aise* », « *coupe la parole inopportunément* ». Il peut aussi manquer de bon sens et dire devant le patient : « *ça peut être un cancer cette masse* ». Si un stagiaire avec une personnalité extravertie sera problématique, le contraire « *un étudiant trop effacé* » est également compliqué.

Tous ces comportements inadaptés sont souvent à l'origine d'une **mésentente entre l'étudiant et son maître de stage** et d'une « *ambiance* » de travail non sereine rendant le stage « *très ou trop long* ». Le souvenir amer d'une **mauvaise expérience précédente** va encore majorer les appréhensions du futur tuteur qui réagira alors par anticipation.

Il peut exister aussi des difficultés à travailler à deux : Les médecins sont attachés à leur pratique solitaire car **ils sont habitués à travailler seuls**. Ils s'imaginent difficilement partager leur intimité de travail et introduire une autre personne dans leur quotidien et ont besoin **de temps pour eux-mêmes** lorsqu'ils prennent en charge l'étudiant. Ils peuvent même associer sa présence à une **perte de liberté** dans leur exercice. L'une des médecins dit avoir « *besoin pour mon équilibre personnel d'être seule à certains moments de la journée sans devoir m'occuper d'un étudiant toujours avec moi* ». Un autre dit : « *parfois on a besoin de faire une pause surtout que contrairement aux confrères hospitaliers les étudiants sont en permanence avec nous* ». La **cohabitation au quotidien** avec un étudiant qui « *par sa présence peut parfois se révéler pesant* » peut devenir un « *vrai enfer* » si l'entente n'est pas cordiale.

Le traitement des données de l'étude met en évidence également la difficulté des maîtres de stage à **exercer sous le regard de l'autre**. Ils peuvent **être observés et jugés** dans leur pratique. La **critique de l'étudiant** et la possibilité **d'être pris en défaut** et « *contredit devant le patient* » sont des termes cités à plusieurs reprises. Le médecin encadrant est complexé car le stagiaire bénéficie « *d'un savoir universitaire récent* » alors que le médecin n'est *plus* « *dans l'actualité des références médicales* ». La présence d'un jeune médecin auprès du médecin expérimenté risque de **remettre en cause** sa pratique et l'obliger à **se justifier en permanence sur ses prescriptions** aussi bien **avec l'étudiant** qu'avec le patient.

Enfin le médecin peut « *avoir des difficultés à laisser l'étudiant faire les examens médicaux* » sans « *avoir un regard immédiat sur sa pratique* ». **Faire confiance** et **déléguer** est parfois moins simple qu'il n'y paraît.



III.3.5. Etre enseignant

L'introduction de l'interne dans la consultation et la responsabilité qui en découle provoque une grande angoisse chez les médecins interrogés. **La supervision de l'étudiant** concerne la sphère professionnelle mais le MSU craint de « *ne pas trouver le bon positionnement qui ne soit pas qu'amical* ». Il est indéniable que **la relation entre maître et élève** va se répercuter sur l'apprentissage. En effet une mésentente va induire **une mauvaise communication avec l'étudiant**. Il s'agit parfois pour le MSU de « *faire la part entre l'aspect personnel et professionnel* » pour mener à bien sa mission de formateur.

Les médecins ont beaucoup de doutes concernant **leurs compétences globales**. Ils craignent de « *ne pas être à la hauteur* » devant « *l'ampleur de la tâche* » et l'importance de « *la mission* » qu'il leur a été attribué. Ils ont peur de « *ne pas atteindre les objectifs escomptés* » et surtout de ne pas répondre aux « **attentes des étudiants** » et « *des formateurs* ». Ces doutes touchent tous les aspects de la prise en charge du médecin généraliste : la réalisation **des gestes techniques**, l'expérience professionnelle et **le savoir-faire** qui en découle ainsi que les **connaissances théoriques**. A cela s'ajoute les **qualités relationnelles** et la **maîtrise de l'informatique** qui font également parti des compétences que doit développer le médecin.

Le plus grand nombre d'objections se réfère aux **compétences pédagogiques**. Le fait de « **ne pas aimer l'enseignement** » est seulement cité deux fois dans l'étude, mais les médecins craignent de **ne pas savoir quoi apporter** ou de « *mal faire* ». Enseigner est également affaire de **patience** même si quelques médecins prétendent en manquer. **Le besoin d'exemplarité** et de performance transparait dans les résultats de l'étude car les médecins vont exercer sous le regard d'un autre.

Ce sentiment concerne d'abord **la façon de transmettre** : le futur MSU craint de ne pas savoir enseigner de façon efficace. Même si la formation du MSU inclue un enseignement du « *comment transmettre* ». Pour un des médecins interrogés, les « *stages sont rapides* » et il est « *difficile de tout assimiler* ».

La notion de « *mal faire* » concerne également **ce qui doit être transmis**. « *L'ampleur des connaissances* » à enseigner est une source d'inquiétude pour les médecins. Il faut expliquer également les **bonnes pratiques** de soin de la médecine générale. Il faut aussi « *faire référence à des recommandations nouvelles et solides pour toutes « les » décisions* » face à des internes dont « *les cours de médecine sont plus frais dans leurs jeunes têtes* » (que « *dans le vieux crâne* » de l'un des médecins interrogés) et ont « *un savoir universitaire tout frais* » « *théoriquement étendu* ». Les médecins instructeurs savent cependant qu'il existe une différence entre la **théorie et la médecine pratique** et qu'il y aura « *un décalage entre la*



pratique de terrain et la formation universitaire de l'interne ». Ils craignent le regard du stagiaire par rapport à leur pratique qui « *parfois obéit plus aux contingences de la vie qu'aux consensus médicaux* »

L'aspect technique avec la transmission des gestes est proportionnellement peu évoqué par les médecins de l'étude. **Gérer la formation pratique de l'interne** est difficile car il existe « *un appauvrissement technique* ». « *La pratique n'est justement pas suffisamment pratique pour un étudiant avide d'apprendre des gestes techniques* » Les médecins ont peur « *de ne pas savoir faire* ».

« *L'aspect médico-légal* » est également cité par les futurs MSU. Entrer dans l'intimité du patient, implique d'avoir des notions sur **l'éthique, le secret médical** et les **aspects juridiques** : responsabilité civile, professionnelle et ordinaire qui en découlent. Il appartient encore au médecin tuteur de transmettre ces valeurs à l'interne.

Durant les phases de rétroaction, le « **je ne sais pas** » semble être insupportable pour plusieurs médecins. Ils assimilent cela à des situations **d'échec**. Même si pour l'un d'entre eux « *avoir des questions qui désarçonnent* » « *serait aussi remettre en question une démarche qui ne doit pas être figée et finalement* » « *serait aussi profitable* ». Dans d'autres cas l'impossibilité de répondre à toutes les questions des étudiants est surtout liée à un **manque de disponibilité** du médecin.

Si les médecins doutent de pouvoir transmettre les connaissances théoriques et les capacités pratiques, ils craignent également de ne pas transmettre **les compétences relationnelles** et « *ne pas rendre compétents les étudiants à se connaître eux-mêmes* » ou de « *maîtriser les attitudes d'aidant de la personne* ».

Les médecins craignent de ne pas transmettre ce qui fait **les spécificités de la médecine générale** ou pire, ont peur de **transmettre des mauvaises habitudes** ou **des erreurs**. Globalement Ils redoutent de ne pas convaincre de **l'intérêt de la médecine générale** et d'en « *donner une mauvaise image* ». Dans le contexte actuel de désertification médicale il ne faudrait pas **dégouter les étudiants de la médecine générale** et « *empêcher leur installation ultérieure* ».

Enfin un enseignant ne doit pas seulement transmettre les informations mais aussi vérifier si les informations sont assimilées. Il faut **savoir évaluer** le stagiaire. Que peut-on « *exiger* » de lui au fur et à mesure du stage ? Comment correctement « *évaluer ses progrès* » au cours du stage ? Ce sont des questions auxquelles les futurs maîtres de stage ne savent

pas encore répondre. Un des médecins évoque également l'**aspect rédactionnel** en précisant sa « *difficulté à lire les mémoires et surtout à les corriger* »

III.3.6. L'absence de crainte

Parmi les candidats à la formation du CNGE pour la maîtrise de stage, certains ne présentent **pas de crainte** et n'ont « *même pas peur* ». Ces médecins sont « *déjà maître de stage* » et tiennent à « *continuer à être maître de stage des universités* ». D'autres ont « *déjà bénéficié de cette formation en tant qu'interne* ». Enfin un médecin dit qu'il n'a pas de crainte car il a « *envie de faire cette formation* ». Une femme médecin résume sa démarche ainsi : « *Je n'ai aucune crainte, j'ai attendu d'avoir élevé mes enfants pour ne pas gaspiller mon temps précieux à l'époque, j'accepte les critiques, mes malades sont informés de mon désir de trouver un successeur dans les 5 à 10 ans qui viennent et plutôt ouverts à l'idée d'avoir un stagiaire* ».

D'autres médecins interrogés nuancent la notion de crainte. Ils n'ont « *pas vraiment de crainte* » mais, tout au plus « *conscience qu'avoir un interne demande à dégager du temps pour lui en dehors des consultations mais c'est juste une question d'organisation* ». Un praticien modère le débat en évoquant le vécu positif de certains de ses confrères : je n'ai « *pas de crainte importante puisque je vois au quotidien comment se passe le stage avec mes associés* » et « *leur patientèle* ». Un autre encore cite le fait que la consultation à deux pourrait « *gêner* » le médecin « *face au patient* » ou que le patient pourrait être gêné « *par la perte d'une confidentialité ou d'intimité* » mais selon ses dires « *cette crainte ne tient pas dès la première journée de présence d'un interne en stage* »

Enfin certains autres ne précisent aucune réponse au questionnaire. Est-ce qu'ils n'ont pas de crainte ou pas d'idée tout court ?



III.4. Analyse matricielle

En croisant les codes extraits lors de l'analyse descriptive, les données démographiques et d'exercice des médecins une matrice est obtenue. Les chiffres représentent le nombre de références associées à un code et énoncées par une catégorie de médecin.

Sur les 146 nœuds identifiés (tableau 3) chacun des 20 codes ouverts les plus fréquents ont été croisés à l'aide de la requête complexe d'encodage matriciel du logiciel Nvivo10 © avec les caractéristiques de la population afin d'observer des différences de discours en fonction des caractéristiques étudiées. Une analyse univariée est effectuée entre chacun de ces codes pour les caractéristiques démographiques associées en utilisant un test d'association de deux variables qualitatives indépendantes à l'aide du Chi 2. La détermination des tranches d'âge s'est faite en fonction des résultats de la pyramide des âges et des pics de population déterminés dans notre étude (figure 10). Le choix des durées d'installation s'est également faite en fonction de la pyramide des âges d'installation de notre étude (figure 11), et en accord avec l'étude de Jean Sébastien Cadwallader⁽⁵⁸⁾.



Tableau 4 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon le genre du médecin interrogé, son lieu d'exercice ou son mode d'exercice.

	TOTAL	HOMME	FEMME	H/F		URBAIN	RURAL	U/R		SEUL	GRUPE	S/G	
chronophage	114	59	55	1,07	NS	66	48	1,38	NS	25	89	0,28	NS
pas de crainte	71	40	31	1,29	NS	35	36	0,97	NS	16	55	0,29	NS
manque de temps	70	42	28	1,50	NS	30	40	0,75	NS	18	52	0,35	NS
compétences pédagogiques	70	34	36	0,94	NS	29	41	0,71	NS	19	51	0,37	NS
manque de disponibilité	69	39	30	1,30	NS	31	38	0,82	NS	12	57	0,21	NS
compétences globales	68	31	37	0,84	NS	34	34	1,00	NS	19	49	0,39	NS
consultation à trois	64	33	31	1,06	NS	28	36	0,78	NS	18	46	0,39	NS
mesentente avec l'étudiant	63	32	31	1,03	NS	31	32	0,97	NS	15	48	0,31	NS
étudiant non motivé	56	23	33	0,70	NS	36	20	1,80	S	8	48	0,17	NS
connaissances théoriques	55	31	24	1,29	NS	30	25	1,20	NS	13	42	0,31	NS
organisation	49	33	16	2,06	S	24	25	0,96	NS	20	29	0,69	S
reaction de la patientele	49	30	19	1,58	NS	22	27	0,81	NS	11	38	0,29	NS
perte de temps	42	22	20	1,10	NS	16	26	0,62	NS	14	28	0,5	NS
supervision de l'étudiant	39	18	21	0,86	NS	27	12	2,25	S	10	29	0,34	NS
perte de la relation privilégiée	38	22	16	1,38	NS	22	16	1,38	NS	9	29	0,31	NS
charge de travail existante	33	20	13	1,54	NS	15	18	0,83	NS	9	24	0,38	NS
charge administrative	32	19	13	1,46	NS	19	13	1,46	NS	4	28	0,14	NS
savoir transmettre	32	13	19	0,68	NS	12	20	0,60	NS	8	24	0,33	NS
attentes de l'étudiant	32	19	13	1,46	NS	20	12	1,67	NS	4	28	0,14	NS
surcharge de travail	30	16	14	1,14	NS	17	13	1,31	NS	6	24	0,25	NS

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un code ouvert. Pour les colonnes homme/ femme, urbain rural et seul et groupe un rapport est calculé pour faciliter la comparaison avec le ratio initial : H/F : 1,14, U/R : 0,96, S/G : 0,34. L'analyse statistique avec le test du Chi 2 permet d'évaluer si le rapport est statistiquement significatif (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

Les analyses mettent en évidence des différences statistiquement significatives :

Les hommes de notre étude sont plus nombreux à craindre une modification de leur « organisation ».

Les médecins exerçant en urbain craignent plus que leurs confrères ruraux « la supervision de l'étudiant » ainsi que l'« étudiant non motivé »

Enfin les médecins seuls semblent avoir plus de difficultés concernant l'« organisation » à mettre en place avec l'arrivée du stagiaire.

Tableau 5 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon l'âge des médecins de l'étude.

	AGE	AGE			AGE	AGE			AGE	AGE		
	25 à 39 ans	40 à 54 ans	rapport	NS	25 à 39 ans	> 55 ans	rapport	NS	40 à 54 ans	> 55 ans	rapport	NS
chronophage	33	49	0,67	NS	33	32	1,03	NS	49	32	1,53	NS
pas de crainte	17	32	0,53	NS	17	22	0,77	NS	32	22	1,45	NS
manque de temps	14	36	0,39	NS	14	20	0,70	NS	36	20	1,80	NS
compétences pédagogiques	16	37	0,43	NS	16	17	0,94	NS	37	17	2,18	NS
manque de disponibilité	14	35	0,40	NS	14	20	0,70	NS	35	20	1,75	NS
compétences globales	19	30	0,63	NS	19	19	1,00	NS	30	19	1,58	NS
consultation à trois	13	37	0,35	NS	13	14	0,93	NS	37	14	2,64	NS
mesentente avec l'étudiant	23	27	0,85	NS	23	13	1,77	NS	27	13	2,08	NS
étudiant non motivé	20	17	1,18	S	20	19	1,05	NS	17	19	0,89	NS
connaissances theoriques	14	23	0,61	NS	14	18	0,78	NS	23	18	1,28	NS
organisation	7	26	0,27	S	7	16	0,44	NS	26	16	1,63	NS
reaction de la patientele	15	21	0,71	NS	15	13	1,15	NS	21	13	1,62	NS
perte de temps	8	18	0,44	NS	8	16	0,50	NS	18	16	1,13	NS
supervision de l'étudiant	14	13	1,08	NS	14	12	1,17	NS	13	12	1,08	NS
perte de la relation privilégiée	6	19	0,32	NS	6	13	0,46	NS	19	13	1,46	NS
charge de travail existante	3	14	0,21	NS	3	17	0,18	S	14	17	0,82	NS
charge administrative	10	14	0,71	NS	10	8	1,25	NS	14	8	1,75	NS
savoir transmettre	6	18	0,33	NS	6	8	0,75	NS	18	8	2,25	NS
attentes de l'étudiant	6	19	0,32	NS	6	7	0,86	NS	19	7	2,71	NS
surcharge de travail	7	15	0,47	NS	7	8	0,88	NS	15	8	1,88	NS

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un code ouvert. Rapport à 0,61 entre la tranche de 25 à 39 ans, et la tranche d'âge de 40 à 54 ans. Rapport à 0,96 entre la tranche de 25 à 39 ans et la tranche d'âge supérieure ou égale à 55 ans. Rapport 1,65 entre la tranche d'âge de 40 à 54 ans et la tranche d'âge supérieure ou égale à 55 ans. Une analyse statistique est effectuée avec le test du Chi 2 pour évaluer si le rapport est statistiquement significatif (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

L'analyse statistique permet de mettre en évidence trois résultats validés.

Les médecins les plus jeunes sont ceux qui craignent les « internes non motivés » en comparaison avec la tranche d'âge intermédiaire.

La tranche des quarantenaires redoutent plus que les jeunes médecins des perturbations de leur « organisation ».

Les médecins les plus matures par rapport à leurs confrères de la tranche d'âge intermédiaire qui évoquent le frein de la « charge de travail déjà existante » avant même l'arrivée d'un étudiant.

Tableau 6 : Matrice de croisement : les 20 codes ouverts les plus fréquents selon la durée d'installation des médecins de l'étude.

	INSTALL 0 à 9 ans				INSTALL 10 à 24 ans				INSTALL 0 à 9 ans				INSTALL >25 ans				INSTALL 10 à 24 ans				INSTALL >25 ans			
	0 à 9 ans	10 à 24 ans	rapport	NS	0 à 9 ans	10 à 24 ans	rapport	NS	0 à 9 ans	>25 ans	rapport	NS	10 à 24 ans	>25 ans	rapport	NS	10 à 24 ans	>25 ans	rapport	NS				
chronophage	45	44	1,02	NS	45	25	1,80	NS	44	25	1,76	NS	44	25	1,76	NS	44	25	1,76	NS				
pas de crainte	22	27	0,81	NS	22	22	1,00	NS	27	22	1,23	NS	27	22	1,23	NS	27	22	1,23	NS				
manque de temps	21	28	0,75	NS	21	21	1,00	NS	28	21	1,33	NS	28	21	1,33	NS	28	21	1,33	NS				
compétences pédagogiques	25	31	0,81	NS	25	14	1,79	NS	31	14	2,21	NS	31	14	2,21	NS	31	14	2,21	NS				
manque de disponibilité	21	28	0,75	NS	21	20	1,05	NS	28	20	1,40	NS	28	20	1,40	NS	28	20	1,40	NS				
compétences globales	25	25	1,00	NS	25	18	1,39	NS	25	18	1,39	NS	25	18	1,39	NS	25	18	1,39	NS				
consultation à trois	19	30	0,63	NS	19	15	1,27	NS	30	15	2,00	NS	30	15	2,00	NS	30	15	2,00	NS				
mésentente avec l'étudiant	32	17	1,88	S	32	14	2,29	NS	17	14	1,21	NS	17	14	1,21	NS	17	14	1,21	NS				
étudiant non motivé	25	13	1,92	S	25	18	1,39	NS	13	18	0,72	S	13	18	0,72	S	13	18	0,72	S				
connaissances theoriques	18	19	0,95	NS	18	18	1,00	NS	19	18	1,06	NS	19	18	1,06	NS	19	18	1,06	NS				
organisation	17	16	1,06	NS	17	16	1,06	NS	16	16	1,00	NS	16	16	1,00	NS	16	16	1,00	NS				
réaction de la patiente	17	19	0,89	NS	17	13	1,31	NS	19	13	1,46	NS	19	13	1,46	NS	19	13	1,46	NS				
perte de temps	9	20	0,45	NS	9	13	0,69	NS	20	13	1,54	NS	20	13	1,54	NS	20	13	1,54	NS				
supervision de l'étudiant	17	12	1,42	NS	17	10	1,70	NS	12	10	1,20	NS	12	10	1,20	NS	12	10	1,20	NS				
perte de la relation privilégiée	8	18	0,44	NS	8	12	0,67	NS	18	12	1,50	NS	18	12	1,50	NS	18	12	1,50	NS				
charge de travail existante	6	14	0,43	NS	6	13	0,46	S	14	13	1,08	NS	14	13	1,08	NS	14	13	1,08	NS				
charge administrative	13	11	1,18	NS	13	8	1,63	NS	11	8	1,38	NS	11	8	1,38	NS	11	8	1,38	NS				
savoir transmettre	12	14	0,86	NS	12	6	2,00	NS	14	6	2,33	NS	14	6	2,33	NS	14	6	2,33	NS				
attentes de l'étudiant	13	14	0,93	NS	13	5	2,60	NS	14	5	2,80	NS	14	5	2,80	NS	14	5	2,80	NS				
surcharge de travail	7	16	0,44	NS	7	7	1,00	NS	16	7	2,29	NS	16	7	2,29	NS	16	7	2,29	NS				

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un code ouvert. Rapport à 0,97 entre les jeunes installés de moins de 10 ans et ceux installés entre 10 et 24 ans. Rapport à 1,46 entre les jeunes installés et les installés depuis 25 ans ou plus. Rapport 1,51 entre les médecins installés entre 10 et 24 ans et ceux installés depuis 25 ans ou plus. Une analyse statistique est effectuée avec le test du Chi 2 pour évaluer si le rapport est statistiquement significatif (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

Les données statistiquement validées sont :

La peur d'une « mésentente avec l'interne » touche plus les jeunes installés.

La crainte de travailler avec un « interne non motivé » est plus marquée chez les jeunes installés mais aussi chez les médecins installés depuis 25 ans et plus.

La « surcharge de travail » est plus citée par les installés depuis 25 ans ou plus.

Pour simplifier la lecture, un regroupement par thème de crainte a été effectué soit 6 thèmes. Pour chaque thème des sous-groupes ont été établis pour améliorer la lisibilité des résultats. (annexe 4).

Tableau 7 : Matrice de croisement comportant les 6 thèmes et les sous-groupes associés en fonction du genre, du lieu d'exercice et de mode d'exercice.

	TOTAL	HOMME	FEMME	H/F		URBAIN	RURAL	U/R		SEUL	GROUPE	S/G	
LE MSU	219	126	93	1,35	NS	105	114	0,92	NS	59	160	0,37	NS
modalités d'inscription	67	33	34	0,97	NS	29	38	0,76	NS	22	45	0,49	NS
formation	90	57	33	1,73	S	53	37	1,43	NS	12	78	0,15	S
repercussions	30	17	13	1,31	NS	11	19	0,58	NS	7	23	0,30	NS
aléas	20	12	8	1,50	NS	8	12	0,67	NS	11	9	1,22	S
aspect financier	12	7	5	1,40	NS	4	8	0,50	NS	7	5	1,40	S
L IMPACT SUR LE QUOTIDIEN	452	252	200	1,26	NS	221	231	0,96	NS	122	330	0,37	NS
le travail	72	41	31	1,32	NS	36	36	1,00	NS	18	54	0,33	NS
le temps	256	137	119	1,15	NS	125	131	0,95	NS	66	190	0,35	NS
l'organisation	124	74	50	1,48	NS	60	64	0,94	NS	38	86	0,44	NS
LA CONSULTATION	314	167	147	1,14	NS	150	164	0,91	NS	76	238	0,32	NS
la consultation avec l'étudiant	112	59	53	1,11	NS	54	58	0,93	NS	29	83	0,35	NS
le patient	179	95	84	1,13	NS	86	93	0,92	NS	37	142	0,26	NS
le médecin	23	13	10	1,30	NS	10	13	0,77	NS	10	13	0,77	S
RELATION MEDECIN ETUDIANT	308	162	146	1,11	NS	151	157	0,96	NS	68	240	0,28	NS
le regard de l'autre	87	54	33	1,64	NS	33	54	0,61	S	16	71	0,23	NS
travailler à deux	48	21	27	0,78	NS	25	23	1,09	NS	9	39	0,23	NS
l'étudiant	173	87	86	1,01	NS	93	80	1,16	NS	43	130	0,33	NS
ETRE ENSEIGNANT	517	256	261	0,98	NS	259	258	1,00	NS	133	384	0,35	NS
compétences	291	148	143	1,03	NS	136	155	0,88	NS	68	223	0,30	NS
transmission	96	44	52	0,85	NS	46	50	0,92	NS	30	66	0,45	NS
encadrement	130	64	66	0,97	NS	77	53	1,45	S	35	95	0,37	NS
SANS CRAINTE	71	40	31	1,29	NS	35	36	0,97	NS	16	55	0,29	NS
TOTAL	1881	1003	878	1,14		921	960	0,96		474	1407	0,34	

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un thème ou un de ses sous- groupes. Pour les colonnes homme /femme, urbain/ rural et seul et groupe un rapport est calculé pour faciliter la comparaison avec les ratio initiaux. L' analyse statistique avec le test du Chi 2 permet évaluer si le rapport est significatif (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

L'analyse statistique confirme une différence homme/femme dans le thème « le MSU » pour la « formation ». Les hommes et les médecins exerçants en groupe craignent plus de faire des formations pour devenir MSU. La crainte des « aléas » et de « l'aspect financier » est plus marquée chez les médecins exerçant seuls.

Dans le thème « consultation », les médecins exerçant seuls craignent d'altérer leur image de médecin plus que les médecins exerçant en groupe.

Les médecins ruraux ont davantage peur du « regard de l'autre ».

Enfin au niveau du thème « être enseignant » les médecins urbains craignent plus que leurs confrères ruraux d'encadrer des étudiants.

Tableau 8: matrice de croisement comportant les 6 thèmes et les sous-groupes associés en fonction des différentes tranches d'âge.

	TOTAL	AGE			AGE			AGE		
		25 à 39 ans	40 à 54 ans		25 à 39 ans	> 55 ans		40 à 54 ans	> 55 ans	
LE MSU	219	72	86	0,84 NS	72	61	1,18 NS	86	61	1,41 NS
modalités d'inscription	67	28	26	1,08 S	28	13	2,15 S	26	13	2,00 NS
formation	90	24	39	0,62 NS	24	27	0,89 NS	39	27	1,44 NS
répercussions	30	13	9	1,44 S	13	8	1,63 NS	9	8	1,13 NS
aléas	20	5	7	0,71 NS	5	8	0,63 NS	7	8	0,88 NS
aspect financier	12	2	5	0,40 NS	2	5	0,40 NS	5	5	1,00 NS
L IMPACT SUR LE QUOTIDIEN	452	114	200	0,57 NS	114	138	0,83 NS	200	138	1,45 NS
le travail	72	12	32	0,38 NS	12	28	0,43 S	32	28	1,14 NS
le temps	256	60	118	0,51 NS	60	78	0,77 NS	118	78	1,51 NS
l'organisation	124	42	50	0,84 NS	42	32	1,31 NS	50	32	1,56 NS
LA CONSULTATION	314	76	163	0,47 NS	76	75	1,01 NS	163	75	2,17 S
la consultation avec l'étudiant	112	20	59	0,34 S	20	33	0,61 NS	59	33	1,79 NS
le patient	179	52	92	0,57 NS	52	35	1,49 S	92	35	2,63 S
le médecin	23	4	12	0,33 NS	4	7	0,57 NS	12	7	1,71 NS
RELATION MEDECIN ETUDIANT	308	103	120	0,86 S	103	85	1,21 NS	120	85	1,41 NS
le regard de l'autre	87	29	35	0,83 NS	29	23	1,26 NS	35	23	1,52 NS
travailler à deux	48	14	22	0,64 NS	14	12	1,17 NS	22	12	1,83 NS
l'étudiant	173	60	63	0,95 S	60	50	1,20 NS	63	50	1,26 NS
ETRE ENSEIGNANT	517	130	244	0,53 NS	130	143	0,91 NS	244	143	1,71 NS
compétences	291	71	141	0,50 NS	71	79	0,90 NS	141	79	1,78 NS
transmission	96	24	47	0,51 NS	24	25	0,96 NS	47	25	1,88 NS
encadrement	130	35	56	0,63 NS	35	39	0,90 NS	56	39	1,44 NS
SANS CRAINTE	71	10	18	0,56 NS	10	43	0,23 S	18	43	0,42 S
TOTAL	1881	505	831	0,61	505	545	0,93	831	545	1,52

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un thème ou à un de ses sous-groupes. Une analyse statistique est effectuée avec le test du Chi 2 pour évaluer si la différence de rapport est statistiquement significatif (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

Dans le thème « le MSU » « les modalités d'inscription » et « les répercussions » sont pointées par les médecins jeunes. La génération intermédiaire est plus inquiétée par « l'impact sur le quotidien » et surtout l'impact de maîtrise de stage sur le sous-groupe « le travail ».

Les médecins d'un âge intermédiaire se réfèrent plus à « la consultation » avec une différence statistique. L'analyse du sous-groupe « la consultation avec l'interne » corrobore les résultats du thème. L'impact sur « le patient » et ses réactions semblent être des freins plus forts pour les médecins des deux premières tranches de la population étudiée. Les

répercussions sur « le médecin » et son mode de fonctionnement ne sont significatives pour aucune des trois tranches de la population.

La plus jeune tranche de la population pointe la « relation médecin étudiant » concernant « l'étudiant » avec le risque d'avoir un étudiant peu compétent ou peu motivé.

Les médecins les plus âgés présentent moins de crainte au sujet de la maîtrise de stage.

Tableau 9 : Matrice de croisement comportant les six thèmes et les sous-groupes associés en fonction des différentes tranches d'installation.

	TOTAL	INSTALL			INSTALL			INSTALL		
		< 10 ans	10 à 24 ans		< 10 ans	> 25 ans		10 à 24 ans	> 25 ans	
LE MSU	219	90	74	1,22 S	90	55	1,64 NS	75	55	1,36 NS
modalités d'inscription	67	37	17	2,18 S	37	13	2,85 S	17	13	1,31 NS
formation	90	32	34	0,94 NS	32	24	1,33 NS	35	24	1,46 NS
répercussions	30	14	7	2,00 NS	14	9	1,56 NS	7	9	0,78 NS
aléas	20	6	8	0,75 NS	6	6	1,00 NS	8	6	1,33 NS
aspect financier	12	1	8	0,13 NS	1	3	0,33 NS	8	3	2,67 NS
L IMPACT SUR LE QUOTIDIEN	452	151	182	0,83 NS	151	119	1,27 NS	182	119	1,53 NS
le travail	72	15	35	0,43 S	15	22	0,68 S	35	22	1,59 NS
le temps	256	81	109	0,74 NS	81	66	1,23 NS	109	66	1,65 NS
l'organisation	124	55	38	1,45 S	55	31	1,77 NS	38	31	1,23 NS
LA CONSULTATION	314	102	134	0,76 NS	102	78	1,31 NS	134	78	1,72 NS
la consultation avec l'étudiant	112	29	50	0,58 S	29	33	0,88 S	50	33	1,52 NS
le patient	179	66	77	0,86 NS	66	36	1,83 NS	77	36	2,14 NS
le médecin	23	7	7	1,00 NS	7	9	0,78 NS	7	9	0,78 NS
RELATION MEDECIN ETUDIANT	308	136	96	1,42 S	136	76	1,79 NS	96	76	1,26 NS
le regard de l'autre	86	38	30	1,27 NS	38	18	2,11 NS	30	18	1,67 NS
travailler à deux	48	23	15	1,53 NS	23	10	2,30 NS	15	10	1,50 NS
l'étudiant	174	75	51	1,47 S	75	48	1,56 NS	51	48	1,06 NS
ETRE ENSEIGNANT	517	191	202	0,95 NS	191	124	1,54 NS	202	124	1,63 NS
compétences	287	99	112	0,88 NS	99	76	1,30 NS	112	76	1,47 NS
transmission	100	38	42	0,90 NS	38	20	1,90 NS	42	20	2,10 NS
encadrement	130	54	48	1,13 NS	54	28	1,93 NS	48	28	1,71 NS
SANS CRAINTE	71	22	27	0,81 NS	22	22	1,00 NS	27	22	1,23 NS
TOTAL	1881	692	715	0,97	692	474	1,46	716	474	1,51

Chaque nombre correspond au nombre de références associées à un thème ou à un de ses sous-groupes. Une analyse statistique est effectuée avec le test du Chi 2 pour évaluer si la différence de rapport est statistiquement significative (S) ou pas (NS) avec $p < 0,05$.

Dans le thème « le MSU » les jeunes installés ont les craintes les plus importantes. Le sous-groupe « modalités » confirme cette crainte plus marquée chez les jeunes installés par rapport aux populations dont la durée d'installation est plus longue.

Dans le thème « l'impact sur le quotidien », le « travail » est un frein beaucoup plus cité par les médecins installés depuis 10 ans ou plus. La tendance est identique pour « le temps » même si les résultats ne sont pas statistiquement validés. Par contre « l'organisation » semble plus être un problème pour les jeunes installés.

Dans le thème « la consultation », « la consultation avec l'étudiant » est considérée comme un frein plus important par les médecins dont la durée d'installation est égale ou supérieure à 10 ans

Dans la catégorie « relation médecin interne » ce sont encore les jeunes installés qui ont les objections les plus importantes ce qui se retrouve dans le sous-groupe « l'étudiant »



IV. Discussion

IV.1. Caractérisation de la population d'étude

Les MG participant à la maîtrise de stage avaient un profil légèrement différent de la population générale des MG exerçant en France.

- Ils sont plus jeunes (47,02 ans versus 51,6 ans).

L'analyse plus fine de la répartition selon l'âge et le nombre d'années d'installation met en évidence deux tendances :

La maîtrise de stage se fait préférentiellement chez les jeunes praticiens : 28 % des médecins de l'étude ont moins de 40 ans (contre 10,8% ayant plus de 60 ans). L'engouement est plus important chez les femmes jeunes soit 59,5 % de cette tranche d'âge. Les femmes médecins s'installent rapidement après leur thèse et effectuent « dans la foulée » la maîtrise de stage. Cet aspect est un peu moins sensible dans la tranche d'âge masculine. Cependant il est probable que l'installation des médecins hommes s'échelonne sur plusieurs années après une période de remplacement plus ou moins longue avant l'installation.

Dans l'article de Jean Sébastien Cadwallader⁽⁵⁸⁾, la plupart des MG étaient motivés par l'idée de transmettre leur expérience professionnelle, leur savoir-faire et leur savoir-être spécifiques à la médecine générale. La jeune génération semble schématiquement plus ouverte à une dynamique de partage de l'information probablement parce qu'elle a bénéficié de cette formation auparavant. Cependant dans la thèse de Camille Lanote, si les jeunes médecins interrogés font spontanément le lien entre l'apport du stage et la facilité de débiter la vie professionnelle, certains se montrent frileux quant à la question de devenir eux même maître de stage. Cette dichotomie entre la reconnaissance de l'intérêt et le refus d'endosser la fonction pose question⁽¹⁴⁾.

Il existe également un pic du recrutement entre 50 ans et 60 ans avec 36,5% de la population et près de 62 % d'hommes de la tranche d'âge.

Cette seconde augmentation de la demande de formation correspond à des médecins installés depuis de nombreuses années, surtout des hommes. Si beaucoup de ces médecins généralistes installés depuis plus longtemps, souhaitaient échanger avec des étudiants leurs connaissances et leurs compétences dans une relation de pairs, ils y voient également un moyen efficace de trouver des remplaçants, associés ou successeurs⁽⁵⁸⁾.



- Ils sont plus souvent installés en zone rurale (49,7% versus 30,9%).

Il est possible d'expliquer cette différence par le fait que les MG ruraux en devenant maître de stage entament une démarche de promotion de leur lieu d'exercice, en espérant favoriser une installation en zone rurale⁽⁵⁸⁾.

Si certaines données démographiques diffèrent, en revanche le *sex ratio* est identique et reflète parfaitement la féminisation de la profession (45,2% versus 45%). La répartition entre l'installation en groupe et l'installation en cabinet individuel reste relativement similaire à la population générale (25,10% versus 27,4%)

Il est à noter par ailleurs que les valeurs obtenues sur la population de 547 médecins est cohérente avec celle initiale de 390 médecins ce qui montre bien que cette population caractérise la population des maîtres de stages universitaires.

La population de l'étude est issue de toute la France même si la répartition n'est pas totalement homogène. L'absence de médecins venant de Corse est cohérente avec le fait qu'il n'existe pas de faculté de médecine dans l'île. La formation des maîtres de stage exerçant aux Antilles françaises ne se fait pas en métropole.



IV.2. Validation interne de l'étude

Ce travail est issu de la première étude qui évalue un questionnaire pré-séminaire d'une formation délivrée par CNGE Formation en utilisant une approche mixte. Les critères d'inclusion étaient simples. Ils correspondent à tous les médecins qui ont participé en 2013 et 2014 au programme de DPC intitulé « Initiation à la maîtrise de stage séminaire S1 ».

Cette étude présente les avantages et les biais inhérents aux études qualitatives. L'approche qualitative est la méthode la plus appropriée au sujet, dans la mesure où elle permet par la liberté d'expression accordée à l'informateur de faire émerger des idées nouvelles dans un domaine en pleine explosion. Les données collectées sont associées à un phénomène précis et contextualisé : il y a un ancrage de proximité. Par ailleurs, elles concernent des événements qui surviennent dans le quotidien des médecins dans un contexte naturel. Enfin ces données sont diversifiées et permettent une description dense et colorée ancrée dans un contexte réel avec une résonance de vérité⁽⁵⁹⁾.

La question posée aux médecins de l'étude concerne les freins à devenir maître de stage. Or la population de l'étude a accepté d'effectuer la formation à la maîtrise de stage. Cela sous-entend donc que les participants de l'étude sont déjà convaincus de l'utilité de participer à la formation de l'interne et qu'ils ont déjà surmontés leurs craintes de devenir maîtres de stage. Il existe donc un biais de sélection. Néanmoins, leurs objections initiales constituent une vraie source d'information pour établir de grands axes et permettre de conduire ensuite des études plus ciblées.

Le biais de recrutement est proportionnellement mineur. La méthode de recrutement des médecins répondants a permis de limiter le nombre de refus ou de non réponses sur la population totale incluse. Seulement 13 personnes n'ont pas rempli le questionnaire à choix ouvert fourni au début de la formation. Malheureusement les causes de non remplissage du questionnaire n'ont pas été précisées. La représentativité de la population cible, comparée à l'échantillon, semble bonne, l'augmentation d'échantillon ayant montré le maintien d'une cohérence dans les caractéristiques globales entre la première partie de l'étude déjà publiée⁽⁵⁸⁾ et la population globale à la fin de l'inclusion.

L'analyse des questionnaires démontre que les consignes concernant le remplissage du questionnaire n'ont probablement pas été clairement énoncées ou comprises. Certains médecins n'ont pas pu tous donner trois réponses différentes concernant leurs craintes. Parfois plusieurs freins étaient explicités dans la même réponse ou le même frein était

mentionné plusieurs fois. Par ailleurs certaines réponses ont été inutilisables car non contributives à la question posée. De ce fait il peut exister un problème dans la standardisation du recueil des données. La procédure de recueil des données reste donc à standardiser pour l'optimiser.

Des biais d'information sont présents également. Toutes les informations sont déclaratives avec les conséquences habituelles. La garantie d'anonymat a permis une certaine honnêteté de la part des médecins interrogés. La plupart des idées sont apparues dans les différents groupes. Une part de mensonge ou d'omission est cependant possible. Le politiquement correct peut apparaître parfois dans les réponses notamment concernant l'aspect financier qui reste globalement peu cité. Est-ce que les médecins ne souhaitent pas évoquer ce point épineux de crainte de paraître intéressés ou simplement ne coïncideraient-ils pas avec ce frein insurmontable ?

Enfin il existe des biais d'interprétation : l'essence même de la méthodologie qualitative est l'interprétation de données avec des biais qui sont indissociables. La subjectivité a été limitée par le codage de la première partie des données par deux investigateurs à l'aveugle. La corrélation des codages était bonne. Un codage ouvert permet de s'affranchir des idées reçues. L'interprétation du recueil est donc libre de tout cadre. L'important est de bien garder à l'esprit que les données sont qualitatives et non quantitatives. Les résultats sont des tendances et non des données statistiques.

Par ailleurs dans le cadre d'une analyse qualitative à grande échelle des focus groupes n'étaient pas envisageables. Le mode de collecte des données était donc basé sur 3 réponses écrites ouvertes. Cependant le mode d'expression écrit a poussé de nombreux médecins à s'exprimer de façon extrêmement concise. L'essentiel de la réponse était présente, mais certaines informations complémentaires ont été perdues.

Enfin si les résultats d'une analyse qualitative n'ont pas de valeur statistique, le couplage de ce type d'étude avec le recueil de certaines données démographiques des 547 médecins répondants a permis de mettre en évidence des tendances statistiques. L'analyse mixte des données est intéressante dans le contexte d'informations qualitatives et quantitatives recueillies simultanément : l'utilisation du logiciel QSR Nvivo® représente un avantage dans cette démarche.

Au final, si la standardisation du recueil des données reste encore à optimiser, ce type d'approche permet d'accéder à de multiples données sans a priori, tout en se dédouanant du

manque de validité statistique spécifique de l'analyse qualitative. La limitation du nombre de réponses par individu interrogé permet de faciliter l'analyse et conserve l'essentiel du discours. Cette méthodologie alliant analyse qualitative et caractéristiques de la population est un bon compromis pour l'exploitation d'informations à grande échelle et la mise en évidence de nouveaux axes d'étude.

Néanmoins pour chaque nouvelle idée et dans une perspective de modélisation des données, des études complémentaires par entretiens semi-directifs ciblés seront indispensables pour valider ces résultats.



IV.3. Validation externe de l'étude

L'analyse qualitative des données a permis de mettre en évidence 146 craintes différentes concernant la maîtrise de stage. Elles sont répertoriées en 6 thèmes : le MSU, l'impact sur le quotidien, la consultation, la relation médecin-interne, L'enseignant et l'absence de crainte. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans la littérature^(5,10-12,14,53).

IV.3.1. Le MSU

Avec les modifications de la maquette de DES de médecine générale, le maître de stage universitaire est devenu un pivot central dans la formation de ces futurs praticiens. Les médecins qui s'inscrivent à la formation MSU de niveau 1 sont parfaitement au courant de la responsabilité qu'ils vont prendre et présentent de multiples inquiétudes concernant toutes les étapes permettant de devenir MSU.

IV.3.1.1 Une formation mal connue

Dans notre étude les médecins connaissent cette formation à devenir maître de stage car ils y participent. Mais ils se posent de nombreuses questions sur la compatibilité de leur exercice avec l'accueil d'un étudiant. Ils citent des « *horaires inappropriés* » ou « *une activité à temps partiel* », un nombre de consultations par jour peu important. D'autres craignent que leur activité ne soit pas le reflet de la fonction d'un médecin généraliste car ils pratiquent une activité spécifique comme « *l'ostéopathie* », « *l'acupuncture* » ou « *la médecine du sport* ». Un médecin précise également qu'il fait de l'hospitalisation à domicile et s'implique beaucoup à la maison de retraite. D'autres à l'opposé craignent que leur activité soit trop routinière et pas assez diversifiée pour accueillir un étudiant.

Ils se demandent aussi s'il existe un âge limite pour devenir maître de stage car près de 11% de la population de l'étude a 60 ans ou plus, 2 % ont au moins 65 ans et 1 médecin a 73 ans en débutant la formation.

Enfin certains prétextent leur « *manque d'expérience* » car ils sont jeunes installés et ont besoin de s'entraîner. Certains médecins participant à la formation de MSU sont d'origine étrangère. Leur « *formation initiale* » ou « *la barrière de la langue* » peuvent également constituer à leurs yeux des freins à devenir MSU. Toutes ces interrogations montrent que les modalités d'inscription ne sont pas assimilées.

Les prérequis sont pourtant consultables facilement. Il suffit d'avoir exercé son activité professionnelle depuis au moins 3 ans pour accueillir un interne et deux ans pour un externe.

Le médecin doit avoir un exercice principal en médecine générale, justifier d'une activité minimale de 2500 actes par an et maximale de 7500 actes par an dont au moins 80% en activité allopathique⁽⁶⁰⁾. Chaque candidature doit être adressée au département de médecine générale pour validation et comporte un *curriculum vitae*, une lettre de motivation et les pièces appréciant l'aptitude et les critères de qualification⁽⁶⁰⁾. Dans la littérature, il existe aussi des freins concernant l'âge^(5,12), la pratique spécialisée⁽¹²⁾ et le manque d'expérience⁽¹⁴⁾.

Le contenu de la formation pédagogique et les objectifs sont également vagues. Les futurs maîtres de stage doivent suivre un séminaire initial de deux jours, commun aux 7 facultés franciliennes. Il permet une formation à la pédagogie grâce à différents groupes de travail. Ce séminaire est indemnisé. Dans certaines facultés, les médecins doivent également s'engager à participer à deux rencontres pédagogiques organisées par le DUMG de leur faculté de rattachement ou le collège des généralistes enseignants de la faculté⁽⁶⁰⁾.

Certains médecins s'inquiètent des modalités de contrôle du travail de MSU. S'il n'y a pas d'examen pour valider la formation et le travail au long cours, il existe une contrepartie : le MSU doit s'impliquer au sein de la faculté. Il peut être invité à animer des séminaires et réunions pédagogiques au sein de sa faculté de rattachement ou à être tuteur pour les étudiants⁽⁶⁰⁾.

Les médecins de notre étude craignent également que la formation à l'encadrement soit « *trop courte* » et « *insuffisante* » pour leur permettre d'assumer leur nouveau rôle. Certains sont tellement anxieux qu'ils sont demandeurs d'un tutorat pour les guider, ce qui révèle un souci de bien faire. Dans les jeunes générations des candidats il y en a qui ont déjà vécu des « *stages tabouret* » qui auraient pu être plus enrichissants si leurs anciens maîtres de stage avaient été mieux formés et encadrés^(5,14). Un des médecins a peur de ne pas être soutenu de la part du DUMG s'il « *décroche du peloton* ».

Paradoxalement les médecins qui vont être formés redoutent le jugement de leurs formateurs et les relations avec la faculté et le DUMG semblent parfois mal vécues. Un médecin craint « *d'être poussé par la fac à enchaîner les stagiaires par manque de MSU disponibles* ». Par ailleurs il existe une confusion entre les départements facultaires de médecine générale et l'hôpital. Un médecin parle de devoir « *rencontrer le doyen* » dans le cadre de sa formation de MSU, alors que celui-ci n'est absolument pas impliqué dans cette formation. Les médecins généralistes ne se sentent pas reconnus par les praticiens hospitaliers qui sont la plupart du temps injoignables⁽⁵⁾. Pour eux, le fonctionnement du département de médecine générale est calqué sur celui des hospitalo-universitaires, certains ne voient pas pourquoi ils s'impliqueraient dans une organisation qui les méprise. L'étude de

Camille Lanoote⁽¹⁴⁾ montre le même phénomène. Mais comment présenter l'université et la fonction pour qu'ils puissent y adhérer sans réserve ?

IV.3.1.2 Interférence dans la vie professionnelle

En dehors des craintes liées à la formation, les médecins de notre étude se demandent s'ils vont pouvoir gérer « *une nouvelle mission, alors que les autres missions de MG sont déjà difficiles à mener de front* ». Ils ont peur que la maîtrise de stage « *déséquilibre* » leur « *activité libérale* » et les conduisent à être de mauvais soignants alors qu'ils essaient de devenir des bons maîtres de stage. Chez les jeunes installés cette inquiétude est encore plus importante. Cette nouvelle activité peut également avoir des répercussions sur leurs autres activités professionnelles et leur temps de « *formation personnelle* ». Pourtant un médecin de l'étude de Maud Bufala considère que la maîtrise de stage constitue la meilleure des FMC⁽⁶¹⁾ par ailleurs cette activité est intégrée par l'HAS dans le DPC⁽⁵⁸⁾.

IV.3.1.3 Quelques aléas

Concernant les modalités de travail, il y a également plusieurs angoisses.

L'arrivée d'un étudiant induit de multiples changements dans les habitudes des médecins. Certains médecins qui participent à la formation redoutent le nombre important d'étudiants avec un renouvellement trop rapide qui empêcherait toute adaptation de lui-même ou de sa patientèle et induirait une fatigue supplémentaire. La durée du stage porte aussi à controverse; six mois c'est parfois « *trop long* » parfois « *trop court* » sachant que l'appréciation de la durée va en partie dépendre de la relation avec le stagiaire. Si le fait d'avoir trop d'étudiants est délétère pour l'organisation et la sérénité du médecin, celui de ne pas avoir d'étudiant est tout aussi problématique. En effet « *ne pas avoir d'interne* » signifie ne pas être choisi et dans ce cas c'est l'ego du médecin qui est froissé. Il faut cependant noter qu'actuellement le manque de MSU est tel que la rotation des stages de premier niveau se fait plutôt à flux tendu. Par contre dans le cadre du SASPAS, il peut exister une absence de pérennité chez certains praticiens⁽⁶²⁾.

La prise en charge de l'interne est faite par un trinôme de MSU ce qui va répartir les charges entre chaque praticien. Cependant les médecins de notre étude craignent une mauvaise relation avec les autres maîtres de stage ce qui peut induire des difficultés à prévoir la disponibilité de l'interne et organiser son emploi du temps, mais aussi le leur, par la même occasion.

Enfin pour les médecins qui exercent en milieu rural, loin du centre hospitalier universitaire, la distance est également un frein comme dans l'étude de Geoffroy Troester⁽⁶²⁾ et de Sabine Lefebvre⁽⁵⁾. En effet l'éloignement du cabinet va imposer à l'étudiant de « *faire beaucoup de route* ». La distance et le coût des déplacements peuvent décourager les futurs stagiaires à effectuer ce type de stage, empêcher la découverte de la pratique en milieu rural et donc bloquer des installations futures. Pour un tiers des internes, les longs trajets effectués en cours de SASPAS sont ressentis comme un inconvénient non négligeable. Certains étudiants préféreraient même ne pas réaliser de SASPAS⁽⁶²⁾. Actuellement, il existe des indemnités kilométriques permettant un peu de compenser la perte financière des étudiants liée à un lieu de stage trop éloigné, mais le problème de la fatigue persiste.

IV.3.1.4 Le poids de l'administratif

Les médecins de notre étude se rejoignent concernant les « *lourdeurs administratives* » associées à la maîtrise de stage et le poids de la formation pédagogique, comme cela a été déjà cité dans une précédente enquête sur les médecins non maîtres de stage⁽⁶³⁾. Certains de nos praticiens ressentent ces démarches comme de « *la paperasse* » supplémentaire. D'autres admettent des difficultés à intégrer le temps de formation à la pédagogie dans leur emploi du temps chargé. Ils la considèrent « *inutile* » et la remettent en cause même si elle est obligatoire. Cela est d'autant plus perceptible quand le lieu de formation est éloigné du lieu d'exercice. La distance induit de la fatigue et de la lassitude. Les médecins non MSU interrogés dans les travaux de Camille Lanoote et de Camille Louzeau Houly se plaignent des « *obligations administratives* » qu'ils subissent déjà au quotidien et ne souhaitent pas s'en imposer davantage^(12,14). Par contre dans l'étude de Sabine Lefebvre l'opinion est plus divisée dans la population des non MSU. Si certains médecins estiment que les procédures pour devenir maîtres de stage sont très contraignantes, la majorité des médecins interrogés ont estimé que ces démarches et obligations ne paraissent pas insurmontables⁽⁵⁾.

Il est probable que ces freins sont bien moins importants qu'ils n'apparaissent puisque dans les travaux interrogeant des maîtres de stage, les médecins ne s'attardent pas sur ces deux notions, les minimisent ou ne les évoquent même pas^(10,15).



IV.3.1.5 Interférence dans la vie privée

De nombreux médecins de notre étude ont exprimé le risque d'interférence de l'activité de MSU avec leur vie personnelle, et la crainte des « *modifications organisationnelles à apporter sur le plan privé* » notamment « *par rapport aux périodes de vacances* ». Ils souhaitent préserver leur bien-être personnel et donc implicitement la qualité de vie au travail. Le travail du médecin généraliste est de principe parfois tellement important qu'il diminue indéniablement la disponibilité du médecin généraliste pour son entourage. L'organisation familiale s'avère alors particulièrement difficile lorsque le conjoint travaille également, des choix de carrière et des sacrifices professionnels sont parfois nécessaires, en fonction de l'activité de chacun. Si les femmes médecins sont particulièrement touchées par ce problème, l'évolution sociétale fait que les praticiens hommes y font également face⁽⁶⁴⁾.

Contrairement aux craintes des médecins de notre étude, les MSU de l'étude de Florence Nicolas sont 72 % à estimer que leur activité professionnelle n'interfère pas avec leur vie privée et 77% à ne pas avoir de difficulté à concilier vie personnelle et vie privée⁽¹³⁾. Un avis extérieur en l'occurrence ici l'entourage des MSU constatent aussi un impact bénéfique voir très bénéfique^(9,15,65,66). La maîtrise de stage va générer un épanouissement tant professionnel que personnel probablement dû à la possibilité de varier sa journée, de diversifier son activité et d'échanger avec l'interne. Par ailleurs des moyens de protection ont été décrits pour sauvegarder sa vie personnelle : optimiser son organisation pour gagner du temps en famille et limiter sa patientèle afin de réguler sa charge de travail. Il s'agit également de préserver des moments de détente afin de pleinement décompresser et de se ressourcer dans les instants de vie en famille. L'équilibre à trouver est surtout individuel⁽¹⁵⁾.

IV.3.1.6 Les indemnités d'enseignement : sujet tabou ou faux problème

La rémunération des MSU est forfaitaire. L'enveloppe financière de 3600 euros est simplement répartie entre les différents maîtres de stage, de manière proportionnelle au temps consacré au stagiaire commun⁽⁴⁹⁾.

L'aspect financier reste proportionnellement très peu évoqué. L'argent semble ne pas être une priorité pour la majorité des médecins de notre étude même si pour plusieurs médecins « *la patientèle* » est devenue « *la clientèle* ». La relation médicale a évolué vers la prestation de service. Un petit nombre ose tout de même parler des craintes de difficultés financières et de la « *mise en danger de leur trésorerie* » qui peuvent être liés soit à une indemnisation d'enseignement trop faible soit à une perte d'argent par baisse de productivité. Dans beaucoup d'autres études^(9,13,14,65), la grande majorité des MSU indique le peu d'intérêt

pour les variations de revenu, l'investissement étant plutôt motivé par l'enrichissement intellectuel⁽⁶⁵⁾. Mais la question est de déterminer si les médecins n'évoquent pas la rémunération pour ne pas paraître intéressés ou si c'est effectivement un problème mineur. Dans la thèse de Camille Lanootte basée sur une analyse qualitative, l'argent « ce n'est pas le problème » pour 13 des 19 médecins interrogés⁽¹⁴⁾. Mais c'est tout de même une perte de revenus pour 5 d'entre eux car ils « souhaiteraient « être rémunérés à la hauteur du service rendu »⁽¹⁴⁾. Une part importante des médecins interrogés affirment que la maîtrise de stage ne leur ferait pas perdre de l'argent et que l'indemnisation des maîtres de stage n'est pas la question, mais trois médecins après avoir pris connaissance du montant de l'indemnisation versée au maître de stage pensent qu'il faut mieux indemniser les médecins⁽¹⁴⁾. Il est intéressant de noter que sur ces trois médecins, l'un d'entre eux considérait justement que l'argent n'était pas un problème. Dans la thèse de Florence Nicolas, l'ensemble des médecins ne notent ni la perte d'argent ni la rémunération accordée aux médecins MSU comme des facteurs limitants. Les MSU considèrent leur revenu stable pour 56,6% d'ailleurs 75,3% des MSU estiment que leurs indemnités financières sont suffisantes⁽¹³⁾. D'autres études cherchant à évaluer l'influence de la maîtrise de stage sur des revenus ne démontrent pas de différence statistiquement significative. Elles tendent même à montrer une augmentation des revenus lorsque l'interne est en fin de formation⁽⁹⁾.

Même si le critère financier ne semble pas un frein majeur, le revenu reste la moins grande satisfaction générée par la maîtrise de stage^(13,14). Les médecins apprécieraient un retour financier plus important ils aimeraient aussi un règlement plus ponctuel. Dans notre étude, l'un des médecins parle d'un règlement en 2014 pour un encadrement en 2012. Les praticiens ont l'impression que leur activité n'est pas une priorité suffisante pour la faculté de médecine et que la reconnaissance est faible. « *Mieux vaut être maître de conférence ou prof associé !!!* » Ce coût pourrait même devenir prohibitif et dissuader les médecins de continuer à recevoir des stagiaires.

Les médecins de notre étude sont parfaitement conscients que devenir MSU va induire de nouvelles responsabilités. Ils se demandent comment s'organiser pour cumuler cette nouvelle activité avec toutes celles qui incombent déjà à leur profession sans empiéter sur leur vie privée. Beaucoup de leurs interrogations sont surtout liées au manque d'information et à une angoisse d'anticipation.



IV.3.2. L'impact sur le quotidien

L'impact de La maîtrise de stage sur le quotidien du médecin est multiple. Il va nécessiter plus de temps et de travail et influencer l'organisation de sa pratique^(5,9-11,13,65).

IV.3.2.1 Du temps en plus pour l'étudiant et des répercussions sur la journée

Le manque de temps et les contraintes de gestion du temps sont les difficultés qui sont le plus souvent rapportés par les médecins généralistes maîtres de stage quel que soit le pays où ils exercent : USA, Royaume uni, Australie, Afrique du sud, France^(9,65).

Notre étude ne déroge pas à cette règle. Une grande majorité des praticiens interrogés craignent de perdre ou de manquer de temps quand l'interne est présent. L'organisation du stage et le temps consacré au stagiaire s'ajoutent au temps médical habituel. Des nuances existent selon les médecins. Il y a les médecins perfectionnistes et anxieux qui craignent de « *manquer de temps* » pour mener tout à bien ; « *concilier le temps de consultation et le temps d'enseignement à l'étudiant en stage* » et pour sa « *prise en charge rigoureuse* ». D'autres sont plus pragmatiques et pensent à l'impact du stagiaire sur l'emploi du temps induisant des « *fins de journées plus tardives* ». Dans notre étude, les médecins ne s'avancent pas à quantifier un éventuel retard dans les consultations. Par contre si l'allongement du temps de travail en présence de l'étudiant fait consensus, la durée est discutée dans la littérature. Dans le travail de Florence Nicolas les MSU ajoutent de 30 à 60 minutes à leur journée de travail⁽¹³⁾. Dans celui d'Anna Jarno Josse les durées diffèrent selon les articles exploités. Chez les médecins les plus efficaces, le temps est allongé d'une minute par patient, mais peut aller jusqu'à plus d'une heure par jour⁽⁹⁾.

Les médecins de notre étude abordent également la crainte de consultations plus longues en présence de l'étudiant. Au minimum, le patient doit être interrogé, examiné et traité dans le temps d'une consultation de 15 à 20 minutes. Le plus souvent il faut également gérer le dépistage, l'éducation ou d'éventuels lettres ou certificats. L'étudiant doit apprendre à raisonner et agir dans un laps de temps court alors qu'il disposait jusque-là de patients hospitalisés pendant au moins 24 heures. Par ailleurs l'étudiant évolue dans un environnement qu'il ne connaît pas et donc ne maîtrise pas. L'adaptation prend du temps, parfois un peu trop de temps pour un agenda programmé à la minute près. L'allongement de la consultation est confirmé dans la bibliographie surtout au début du stage. Mais l'interne apprend rapidement le fonctionnement du cabinet et du médecin et devient une vraie aide pour le MSU⁽¹⁵⁾. L'étude de Worley et Kitto démontre qu'un étudiant en stage pendant au moins cinq mois chez le

même maître de stage a un effet positif sur son temps de consultation à partir du 4^{ème} mois de stage⁽⁶⁷⁾. En fin de stage de 1^{er} niveau ou pendant le SASPAS, l'interne peut consulter seul ou en parallèle avec le MSU et lui permettre de se libérer du temps⁽¹⁵⁾.

Si l'impact de la maîtrise de stage sur la durée du temps de travail est plutôt négatif l'impact sur la productivité n'est guère plus favorable, même si quelques résultats montrent que la productivité n'est pas toujours réduite et peut être stable⁽⁶⁵⁾. La majorité des études affichent une réduction de la productivité clinique. Elle est estimée à deux patients en moyenne par jour mais parfois plus⁽⁹⁾. Pour certains c'est le niveau du stagiaire et son implication qui va agir sur la productivité⁽⁹⁾. Cependant, si l'autonomie de l'interne permet au médecin de se libérer du temps, son expérience ne semble pas augmenter sa productivité dans la thèse de Florence Nicolas⁽¹³⁾. En effet dans cette étude, il n'y a pas de différence notable concernant la durée d'une consultation en supervision directe ou indirecte ou entre des stagiaires de 1^{er} niveau ou des SASPAS⁽¹³⁾. Mais ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les MSU prévoient des consultations plus longues quand ce sont les internes qui consultent qu'ils soient de premier niveau ou SASPAS.

Au final dès lors que les médecins généralistes souhaitent voir le même nombre de patients qu'habituellement, ils doivent allonger leur journée de travail.

IV.3.2.2 Une surcharge de travail

Il existe indéniablement une variation de la charge de travail liée à la maîtrise de stage et à la prise en charge de l'interne. Les médecins de notre étude sont inquiets devant cet augure car certains sont déjà *surchargés* avec « *des journées qui font déjà 12H* » sans qu'un tiers ne soit présent. Si le médecin adapte son exercice professionnel en diminuant le nombre de consultations pour alléger la journée quand l'étudiant est présent, il faudra rééquilibrer les consultations sur la semaine, ce qui va encore apporter travail supplémentaire et fatigue additionnelle. Dans la thèse de Bernadette Haspot, 52 % des MSU interrogés constatent une augmentation de leur charge de travail⁽⁶⁵⁾. Mais cette contrainte est surtout décrite pour les stages de 1^{er} niveau. Dès que l'interne de premier niveau passe en phase d'autonomie, cette surcharge de travail diminue et s'apparente même à celle du SASPAS⁽¹³⁾.

Au fil du temps l'interne devient autonome ce qui permet de partager le travail. Il reste encore à résoudre le problème de report des consultations décrit par Jeffroy Troester dans son travail sur le SASPAS. L'étudiant va exercer un jour fixe par semaine et progressivement la consultation de l'étudiant SASPAS peut être délaissée et l'activité augmenter significativement les autres jours quand le MSU consulte⁽⁶²⁾. Cette augmentation de travail va fluctuer et peut

se répartir soit de façon homogène dans la semaine ou intervenir sur la programmation de la veille et ou du lendemain de la journée du stagiaire⁽⁶⁵⁾. Un praticien constate un surcroît de patients chroniques le lendemain de la présence de l'interne. Les associés ou les secrétaires pâtissent aussi de cette nécessaire flexibilité : « les jours où l'interne est dans le cabinet, on met plus de RDV à mon associé et il gère les urgences »⁽¹³⁾. Pour Joeffrey Troester une des solutions à ce phénomène serait une rotation des jours « fixes » au cours du semestre empêchant les patients de s'organiser pour éviter le SASPAS⁽⁶²⁾. Cependant le but n'est pas non plus de piéger le patient qui pourrait alors avoir des réticences à venir consulter.

Malgré tout, les modifications de fonctionnement permettent généralement une répartition différente du travail. Le temps libéré par la présence de l'étudiant peut représenter une soupape dans un emploi du temps chargé et apporte un peu de sérénité au médecin qui en « profite pour caler les visites à domicile compliquées ou longues » ou pour faire « le tour de ses patients à la maison de retraite sans avoir un chronomètre dans le ventre ». Il permet de rajouter des consultations en cas d'épidémie. D'autres encore utilisent ce temps pour les rencontres de tutorat⁽¹⁵⁾.

Au total l'impact du stagiaire sur le temps de travail du maître de stage semble réel mais il pourrait être compensé par des bénéfices indirects. L'étudiant est une source d'un gain de temps notoire en phase d'autonomie complète, qui compense largement la surcharge de travail engendrée. La surcharge de travail sera cependant variable selon la personnalité du maître de stage. Si le médecin a des difficultés à faire confiance au stagiaire et à lui confier sa patientèle, il aura ainsi du mal à quitter le cabinet et vérifiera systématiquement l'ensemble du travail réalisé par le stagiaire. Ceci sera bien évidemment une source de travail supplémentaire pour le médecin qui ne s'autorisera pas alors à bénéficier de l'autonomie de l'étudiant.

IV.3.2.3 Un épuisement assuré

L'enthousiasme est quasi systématique au début de l'activité enseignante, mais il y a un risque de « *lassitude* » et surtout d'« *épuisement* » comme certains médecins de notre étude en font la remarque. Le tableau qu'ils semblent décrire est édifiant : l'arrivée de l'étudiant va générer une importante perte de temps dans un emploi du temps surchargé. En réponse les médecins vont s'imposer pression et stress pour maintenir une cadence de travail convenable et ne pas prendre trop de retard. Les maîtres de stage doivent non seulement prodiguer des soins mais également enseigner. L'enseignement en lui-même peut devenir un

facteur d'anxiété surtout quand les maîtres de stages ne se sentent pas à la hauteur. Sur un autre plan le fait de devoir s'adapter de semaine en semaine et de mois en mois à la présence ou l'absence du stagiaire peut générer une certaine appréhension. Enfin quand les pressions des autorités de santé et des patients sur les responsabilités cliniques s'accroissent, tout ce stress cumulé devient insoutenable et finit par les faire abandonner la maîtrise de stage ou parfois tomber en dépression ou en « *burn out* » maladie très actuelle qui touche de plus en plus de médecins généralistes.

Dans la littérature les données sont contradictoires. Des études confirment effectivement une augmentation du niveau de stress des médecins généralistes enseignants⁽⁹⁾. Pourtant dans d'autres articles, les praticiens maîtres de stage semblent moins stressés que les non maîtres de stage⁽⁹⁾. L'enseignement est alors vécu comme une valeur d'enrichissement du métier en améliorant la satisfaction et la motivation globale. Enseigner aux étudiants renforce la confiance en soi et le statut professionnel. Les médecins sont enfin reconnus par leurs pairs et ont une meilleure estime d'eux-mêmes. L'activité variée du généraliste maître de stage et le changement régulier d'étudiant permettent également de lutter contre l'ennui, de prévenir le stress et d'éviter l'épuisement professionnel⁽⁹⁾. Le travail qualitatif plus ancien d'Anne Gaëlle Le Gallo soulignait déjà le rôle bénéfique de l'étudiant dans la prévention de l'épuisement professionnel. Durant ses jours de présence il favorisait entre autres la distanciation du médecin par rapport aux patients, un repos émotionnel, et limitait le nombre de consultations⁽⁶⁸⁾. Mais faut-il encore que le médecin considère cela comme un avantage et accepte de ne pas rattraper « le retard ». L'étude d'Alice Regnault en 2014 confirme le fait que la maîtrise de stage semble protéger du burn out sans établir de causalité⁽⁶⁶⁾. De même, l'étude de Florence Vanecloo montre que le statut de MSU est un facteur protecteur mais sans lien confirmé avec la fonction⁽⁶⁹⁾. Dans sa thèse Alice Regnault a également élaboré l'hypothèse que la maîtrise de stage pourrait attirer spécifiquement certains types de « personnalités médicales » porteuses de facteurs protecteurs contre le burn out⁽⁶⁶⁾. Au final il se pourrait que ce ne soit pas le fait d'être MSU qui protège le médecin du burn out mais plutôt le fait d'être un médecin qui souhaite devenir MSU. Cette hypothèse est encore à vérifier.

IV.3.2.4 Des contraintes organisationnelles imposées

Quand l'étudiant est présent au cabinet, l'organisation de la consultation mais aussi de la journée entière sont à repenser pour y inclure son apprentissage en essayant de minorer l'incidence sur les horaires^(5,10-12). Paradoxalement dans notre étude si beaucoup de médecins

voient l'arrivée de l'étudiant comme un bouleversement négatif, certains médecins sont plutôt constructifs et considèrent que ce sera « *bénéfique pour leur pratique* ».

L'aménagement du carnet de rendez-vous est à envisager, mais l'aménagement des locaux est aussi à prévoir pour accueillir le stagiaire. Dans notre travail certains médecins opposent le fait que les locaux sont inadaptés et/ ou trop petits. Il est impossible de recevoir une personne supplémentaire dans de bonnes conditions. Ainsi « *les journées où l'interne est aux commandes* » le médecin a « *des difficultés à trouver sa place* » au propre comme parfois au figuré et peut avoir du mal à rester à disposition dans les locaux. Dans le travail de Camille Lanote réalisée en région parisienne le manque d'espace est un frein important. En effet dans Paris et sa banlieue les coûts de l'immobilier sont prohibitifs. Il est normal que les médecins réduisent les coûts en réduisant les mètres carrés⁽¹⁴⁾. Par contre dans notre étude, il n'y a aucune corrélation entre la référence à ce frein et un exercice urbain ou l'exercice dans une région où le foncier est particulièrement onéreux.

Dans notre étude il y a d'autres problèmes liés cette fois à l'intendance. Quand le cabinet est éloigné du CHU l'étudiant reste toute la journée sur son site de stage. Certains médecins ne souhaitent pas déjeuner avec le stagiaire ou fournir un lieu de repos et un hébergement. Ce point est également mentionné dans l'étude de Marion Pelletier⁽¹¹⁾. Ces médecins souhaitent probablement au cours de la journée préserver des moments de solitude ou de vie familiale et ainsi faire une pause.

Enfin un autre point est suggéré même si les médecins de l'étude ne l'évoquent pas clairement. Certains médecins non-maîtres de stage s'imaginent que le stage ne peut être formateur que dans un cadre choisi et entièrement maîtrisé d'où « *l'organisation des consultations* ». Ils devraient sélectionner, parmi leur patientèle, les patients les plus sociables, qui consulteraient au moment où le stagiaire est présent, et présenteraient des motifs de consultation intéressants. Or c'est une pression supplémentaire de vouloir s'imposer cette organisation et de la maîtriser entièrement alors que l'exercice libéral comporte toujours une part d'imprévisibilité. Par ailleurs ce n'est pas ce type d'organisation que les stagiaires attendent. Ils souhaitent au contraire être soumis de manière spontanée à la réalité du quotidien d'un médecin généraliste. Ils espèrent être confrontés à un maximum de situations, qu'elles mettent ou non en présence des patients coopérants, qu'elles surviennent ou non à un moment propice et qu'elles soient ou non intéressantes⁽⁶⁵⁾.

Au final si les médecins de notre étude craignent un bouleversement complet de leur organisation et de leur mode de vie, dans l'étude de Florence Nicolas, l'étudiant va faciliter la gestion informatique et administrative d'autant plus qu'il est autonome. La meilleure tenue des

dossiers permet également une synthèse plus aisée de la situation du patient. Les MSU notent de façon plus rigoureuse les antécédents, le diagnostic et la conduite à tenir afin d'aider l'interne quand il voit le patient seul^(9,65). L'organisation globale des praticiens accueillant des stagiaires semble donc meilleure⁽⁹⁾.

La maîtrise de stage est une fonction supplémentaire dans le travail du médecin généraliste. Mais si elle est librement choisie et volontairement intégrée à l'activité habituelle du médecin, elle peut s'avérer particulièrement épanouissante. Elle engendre des contraintes: un temps de travail quotidien propre, une organisation à repenser. Cependant ces contraintes sont variables, importantes au début de stage elles évoluent selon le degré d'autonomie du stagiaire et la personnalité de l'enseignant. Elles sont largement compensées par le gain de temps engendré par la phase d'autonomie.

IV.3.3. La consultation

IV.3.3.1 Quel retentissement pour les patients ?

Balint disait au sujet de la consultation que « la présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère »⁽⁷⁰⁾. La crainte d'un impact négatif du stagiaire sur la relation au patient est une appréhension universelle. Les médecins anticipent la difficulté de réaliser une consultation à trois. Ils ont l'impression qu'ils vont perdre le lien privilégié qui les unit à leurs patients et faire disparaître « *la relation personnelle* » qui existe depuis parfois de nombreuses années. Nos résultats sont similaires aux autres études sur ce sujet^(5,11,12,15).

En réalité le premier impact de l'étudiant se déroule bien en amont de la consultation. Former un étudiant surtout dans les premiers moments prend du temps. Il y a du retard dans les consultations, la salle d'attente va se remplir, le patient perd patience et rentrer chez lui pour revenir plus tard ou ne pas revenir du tout. Avant même la première rencontre avec l'étudiant, le patient peut avoir une impression négative. Le risque d'augmenter le temps d'attente avant une consultation et de prendre du retard quand un stagiaire est présent est confirmé dans la littérature⁽¹⁵⁾. Il faut tout de même souligner que si sa présence peut expliquer une partie du retard dans la journée de travail, les aléas des consultations, les appels téléphoniques ou les urgences y contribuent aussi largement.

Le praticien redoute « *la réaction* » et « *le ressenti du patient vis-à-vis de la présence d'une tierce personne* ». Pourtant la meilleure façon de gérer cette situation serait de l'anticiper en préparant sa venue. Le praticien qui reçoit un étudiant se doit d'avertir ses patients de la présence de l'étudiant au cours des consultations et tout patient a le droit de refuser cette présence⁽⁴⁹⁾. Or dans la littérature comme dans notre étude, les médecins ne savent pas comment informer leur patientèle et justifier la présence du stagiaire. Pourtant c'est bien le manque d'information qui va susciter de la méfiance et va constituer un premier accroc dans la relation médecin malade. L'étude de Mathilde Sass abordait les représentations et les attentes des patients dont le médecin était MSU. Les patients interrogés mettaient en lumière le fait que l'information n'était pas toujours clairement donnée, notamment au moment de la prise de rendez-vous. Ils avaient le sentiment d'être mis devant le fait accompli au moment de la consultation malgré les affichettes qui pouvaient être apposées dans les salles d'attente. Certains patients acceptaient donc la présence de l'interne par dépit, n'osant pas refuser devant lui⁽⁷¹⁾. Dans l'étude d'Antoine Lemercier, les patients mis devant le fait accompli correspondaient à 22% de la population interrogée⁽⁷²⁾. Ainsi si la présence de l'interne est seulement tolérée, le patient risque d'être moins spontané et la consultation peut être moins bénéfique et même conduire à des erreurs de diagnostic à cause de non-dits.

En phase de supervision indirecte les futurs MSU ont peur que « *les patients viennent moins facilement en consultation quand c'est l'interne* » car ils craignent « *d'être consultés par un néophyte* ». Dans l'étude de Mathilde Sass encore, les patients semblaient n'avoir qu'une notion approximative de ce qu'est un interne. Le fait de n'être vu «que par l'interne» était difficile à accepter, quand bien même l'interne leurs semblait plus disponible et prendre plus de temps que le médecin référent. Ces patients pouvaient accepter la présence d'un étudiant mais ne leur accordaient leur confiance que pour des actes simples ou des pathologies aiguës⁽⁷¹⁾. Au final encore une fois le problème vient de l'information délivrée au patient. Les patients ne savent pas ce qu'est un interne. Parfois le discours du médecin tuteur ne va pas non plus aider à sécuriser le patient : étudiant, stagiaire, bébé docteur sont des qualificatifs souvent utilisés pour qualifier l'interne. Ils ne définissent pas ses compétences et ne peuvent pas donner confiance aux patients.

Au final, certaines règles élémentaires sont à respecter pour permettre l'intégration de l'interne dans le colloque singulier. La présentation de l'étudiant et la valorisation de son travail aux yeux des patients sont indispensables pour que ceux-ci se sentent en confiance et puissent attendre de lui une qualité de travail similaire à celle de leur médecin habituel. Tout commence par une bonne information.

La première règle est de prévenir la patientèle de la présence d'un étudiant en formation. Une affiche peut être placée dans la salle d'attente. Le secrétariat doit informer les patients lors de la prise de rendez-vous. Enfin, la manière dont le médecin enseignant présentera le stagiaire

sera déterminante. Le fait de présenter le stagiaire comme un « docteur » et de valoriser son travail aux yeux des patients, permettra à ces derniers d'attendre de l'étudiant une certaine compétence, identique à celle de leur médecin habituel.

La deuxième règle consiste à toujours laisser le libre choix au patient de consulter ou non en présence du stagiaire. L'acceptation de l'étudiant est renforcée par le fait qu'il n'est pas imposé au sein de la relation, mais librement accepté. Il faut également rester attentif aux quelques patients qui souhaiteraient consulter leur médecin en toute intimité, devant le caractère très personnel ou délicat du motif de leur consultation. Les patients peuvent ressentir une réticence à être vus soit par l'interne seul soit par le duo MSU interne pour certaines pathologies portant sur la sphère intime, familiale, psychologique⁽⁵⁾. Le genre de l'interne peut également être une autre raison de refus surtout chez les femmes évoquée dans notre étude avec la « *gêne des patientes spécifique à la gynécologie* » et repris dans la thèse d' Antoine Lemercier⁽⁷²⁾.

La troisième règle repose sur une supervision permanente du stagiaire, de manière directe ou indirecte. Cette supervision est rassurante pour le patient qui se sentira alors en toute sécurité avec l'étudiant, puisqu'il sera encadré en permanence.

Mais parfois pour quelque motif que ce soit, et en dépit de toute information, la relation médecin malade est tellement forte, que les patients préfèrent ne pas venir en consultation les jours où ils savent que c'est l'interne qui consulte^(5,15,62).

Une objection présente également dans notre étude est le risque de « *déshumaniser le patient* » en faisant de lui un objet d'entraînement pour l'étudiant. Cette vision de l'interne peut évidemment créer un mal être du patient. Les travaux de recherche de Valériane Komly et d'Antoine Le Tourneur mettent en effet l'accent sur le fait qu'au cours des années d'apprentissage hospitalières, il existe une réification du patient à hauteur de 34% chez les internes⁽⁷³⁾. Ainsi le patient est effacé au bénéfice de l'organe malade. Les internes parlent de l'infarctus de la chambre 5 ou de la colique nephretique du bout du couloir. Au début du stage en cabinet, il peut exister une restitution du schéma hospitalier, mais le médecin MSU en sa qualité de formateur, va pouvoir agir sur ce mode de fonctionnement et rétablir le patient dans sa globalité. Au final c'est la pratique au cabinet de ville qui permet petit à petit à l'étudiant d'appréhender le patient dans sa globalité⁽⁷³⁾. C'est donc une étape indispensable pour son évolution.

En filigrane de toutes les craintes citées précédemment par les médecins de notre étude, il y a le risque de décevoir le patient, altérant suffisamment la relation pour que le patient finisse par changer de médecin traitant. Mais si la perte de patients est réelle pour tout médecin, dans la thèse de Marie Eve Vivot, le lien s'avère non significatif avec la maîtrise de stage ;

l'ensemble des médecins perdant en moyenne 10% de leur patientèle au cours de leur carrière⁽¹⁵⁾. Par contre dans le travail d'Anne Gaëlle Le Gallo, les médecins associent la perte de certains patients difficiles à la maîtrise de stage. Il semble que la présence du stagiaire ait fini par chasser ses patients qui s'épanouissaient exclusivement dans une relation soignant/soigné pathologique. Mais ces départs étaient plutôt considérés comme un soulagement par ces maîtres de stage et qui souhaitaient le rester⁽⁶⁸⁾.

Le fait d'accepter un stagiaire implique chez les praticiens de notre étude des interrogations sur les réactions de leurs collaborateurs habituels médicaux ou paramédicaux. Comme avec leur patientèle ils craignent d'imposer un nouvel intervenant qui risque de perturber les relations et les habitudes. Dans la littérature les données sont plutôt positives. Certains maîtres de stages ont décrit un réel bénéfice sur la vie du cabinet. Les échanges pédagogiques sur l'étudiant et son rôle au sein du cabinet renforcent la communication entre associés⁽¹⁵⁾. L'essentiel est avant tout comme pour les patients, de prendre le temps de présenter le nouveau venu aux différents intervenants.

La consultation à trois n'est pas identique à une consultation traditionnelle avec seulement deux protagonistes mais les craintes des répercussions négatives ne sont pas confirmées dans la pratique. Les trois protagonistes se trouvent ainsi enrichis de cette consultation triangulaire qui s'avère plaisante pour tous. A l'ère d'une dégradation relationnelle avec les patients, la consultation est indéniablement améliorée par la maîtrise de stage et la présence d'un étudiant.

IV.3.3.2 La relation médecin patient

La présence de l'étudiant est plutôt vécue comme positive sur la relation entre le MSU et le malade pour 43,4% des MSU interrogés⁽¹³⁾. Les MSU ont le sentiment du meilleur contrôle de leur décision et de mieux gérer le patient sans restreindre le temps dévolu à la prescription⁽⁹⁾. Par ailleurs l'étudiant apporte son regard neuf et les dernières connaissances reçues sur les protocoles et les recommandations de bonnes pratiques.

Au final la consultation est plus approfondie. Le MSU fait un effort de synthèse des dossiers des patients et un récapitulatif plus fréquent de l'histoire et des antécédents du patient⁽¹³⁾. Il existe également un impact sur les prescriptions de bilans biologiques à hauteur de 15% en présence de l'étudiant^(67,68). Si la présence de l'interne « altère » la relation personnelle, elle permet cependant de recentrer la consultation sur les questions médicales. La consultation est « plus empathique que sympathique »⁽⁶⁸⁾. Elle permet au médecin de conserver « sa



blouse blanche » de gagner en professionnalisme et de se détacher de la relation émotionnelle parfois étouffante et culpabilisante. La communication globale est également améliorée : le médecin écoute et observe plus attentivement le patient. Il adapte son langage. Il y a même un changement de la communication non verbale chez 34% des maîtres de stage en présence de leur stagiaire⁽⁹⁾. Les patients bénéficient aussi de plus d'explications et le discours éducatif et préventif est renforcée ^(9,13,68).

Ainsi la majorité des MSU pensent qu'enseigner aux étudiants a une influence positive sur la relation avec leurs patients ⁽⁷⁴⁾. 53,8 % des médecins notent une amélioration de la reconnaissance de leur travail par les patients quand il devient enseignant⁽¹³⁾. 36% des patients ont plus confiance en leur médecin généraliste MSU, car s'il fait de la formation reconnue par la faculté, il doit meilleur que les autres⁽¹³⁾. Néanmoins malgré cette reconnaissance officielle de la valeur du médecin, il ne semble pas qu'il y ait une augmentation de la patientèle chez les médecins MSU.

IV.3.3.3 La relation étudiant patient

Contrairement aux craintes formulées par les médecins de notre étude, les patients ne sont dans l'ensemble pas gênés par la présence de l'étudiant^(15,72). Ils ressentent que la contribution du stagiaire va améliorer leur prise en charge car il apporte un regard neuf.

Le patient apprécie l'approfondissement de la consultation. Il est alors beaucoup plus attentif aux explications et plus réceptif aux conseils fournis. La réflexion harmonieuse, partagée par deux médecins, renvoie au patient une impression rassurante de cohérence dans sa prise en charge⁽¹⁵⁾. Parfois même, le fait que l'interne soit du même sexe que le patient alors que le médecin est lui de sexe opposé, permet au patient d'aborder des sujets qu'il n'aurait sinon pas abordés⁽⁵⁾.

Le stagiaire bénéficie spontanément d'un capital sympathie du fait de son jeune âge, de ses débuts dans la profession et de son côté novice⁽¹⁵⁾. La satisfaction du patient à pouvoir participer à sa formation est une affirmation validée par 87,7% des médecins dans le travail de Florence Nicolas⁽¹³⁾. Certains patients se sentaient même investis d'une mission dans le fait d'accepter la présence de l'interne : ils avaient le sentiment de pouvoir participer indirectement à la formation des futurs médecins⁽⁵⁾. Par ailleurs, en ruralité, les patients pensent que la maîtrise de stage peut favoriser des vocations chez les jeunes internes dans ses zones désertées⁽⁶⁵⁾. Ainsi dans une étude, 95% des patients ayant consulté l'interne seul

déclarent que la consultation qu'ils avaient eu avait répondu à leurs attentes soit complètement ou en grande partie⁽¹³⁾. Dans une autre, 95% des patients acceptent de revoir l'étudiant lors d'une prochaine consultation. Certains le préfèrent même à leur médecin habituel⁽¹³⁾.

Les craintes des médecins interrogés concernant la présence d'un étudiant ne sont pas sans fondement. L'intervention d'une tierce personne modifie indéniablement la relation médecin-patient. Mais ces craintes concernant un impact négatif sont en réalité excessives. Au contraire les maîtres de stage sont convaincus que la présence du stagiaire est une plus-value sur la consultation médicale. Avec l'expérience ils décrivent la présence du stagiaire comme délétère seulement de façon exceptionnelle. L'intimité peut être parfois rompue et certaines informations perdues, mais ces inconvénients sont mineurs aux côtés des bénéfices retirés et peuvent être en partie contrôlés par le médecin. La gêne des patients doit être anticipée en fournissant une information claire en amont de la consultation. Les intérêts perçus par les médecins à la présence d'un étudiant peuvent servir d'arguments pour l'acceptation de celui-ci par sa patientèle. L'attitude et l'expertise du médecin se trouvent renforcées par l'étudiant qui lui apporte, de surcroît, plus de poids dans les négociations. Au profit du patient, les recommandations de bonnes pratiques semblent appliquées de manière plus stricte en présence du stagiaire, le maître de stage étant toujours soucieux de montrer le bon exemple. Intronisation du stagiaire, libre choix du patient de sa présence à la consultation et supervision permanente sont les garants d'un stage bénéfique pour les trois protagonistes de la relation triangulaire.

IV.3.4. Relation médecin étudiant

IV.3.4.1 L'arrivée de l'étudiant : la crainte de l'inconnu

C'est un fait, le MSU ne peut pas choisir l'étudiant qui viendra en stage. Le choix d'un terrain de stage se faisant selon le nombre de semestres validés, la maquette déjà réalisée et le rang de classement aux ECN. Bien que l'on puisse concevoir que cela soit un frein à s'engager dans la maîtrise de stage, l'organisation actuelle de la formation médicale ne permet pas de modifier cet état de fait.

Les médecins inscrits dans la formation de niveau 1 craignent que la relation au stagiaire soit difficile, en cas de différence de personnalité et d'incompatibilité. Cette relation peut même être une source d'investissement pédagogique supplémentaire éprouvant et surtout peu productif surtout si la communication est impossible. L'invalidation éventuelle d'un

stage et le signalement de ces étudiants défaillants représentent alors une responsabilité supplémentaire, souvent culpabilisante.

La compétence de l'étudiant est également mise en avant. Les médecins sont tendus à l'idée de confier leur patientèle. Ils redoutent un stagiaire formaté par la médecine hospitalière et qui travaille plutôt sur l'organe et pas sur le patient entier. Ils redoutent également celui qui va effectuer son stage en dilettante.

Parfois plus que la personnalité, c'est le manque de maturité de l'étudiant et sa façon d'appréhender les patients qui sont à mettre en cause. La pédagogie médicale reste une discipline peu apprise sur les bancs de la faculté principalement par manque de temps. La problématique du relationnel difficile est une variable qui ne se maîtrise pas a priori. L'étudiant peut devenir un fardeau car il n'a ni la modération ni le tact nécessaire à la communication avec des patients. Si un étudiant timide est problématique, un autre manquant de retenu ou très extraverti peut également créer de nombreux incidents « diplomatiques ».

Cette dimension de la relation potentiellement difficile était aussi abordée dans le travail d'Eve-Marie Vivot où la crainte des médecins non MSU était corroborée par les médecins MSU. Il semble difficile de pouvoir apaiser cette crainte tant pour les médecins non MSU que pour que les médecins MSU puisque la relation entre le maître de stage et son stagiaire est à chaque fois une nouvelle composante à intégrer⁽¹⁵⁾. Le problème est identique dans la thèse de Jeffrey Troester qui concerne le SASPAS. Les maîtres de stage appréhendent de devoir confier leur patientèle à un stagiaire qu'ils ne connaissent pas. Pour cette raison, les maîtres de stage aimeraient que la faculté leur transmette au minimum le cursus de l'étudiant au cours de son internat, et dans l'idéal les grilles d'évaluation des stages précédents⁽⁶²⁾. Ce qui dans la pratique est bien sur impossible.

Un autre risque évoqué dans notre étude est le manque de motivation de l'étudiant que les médecins vont recevoir. La maîtrise de stage permet de recevoir différents types d'étudiants : l'externe peut considérer ce stage inutile car il a d'autres projets professionnels et se destine à devenir médecin hospitalier. L'interne peut également manquer d'intérêt pour le stage car il a choisi cette spécialité par dépit n'ayant pas pu obtenir un meilleur classement. Pourtant pour ce qui est de « tomber » sur un étudiant non motivé, des nuances sont possibles. Cette crainte a pour origine la mauvaise publicité qu'a pu avoir la médecine générale pendant de nombreuses années. Cette publicité était véhiculée par un système universitaire hospitalo-centré. Il était de bon ton de vouloir embrasser une spécialité et la carrière hospitalière dans le même temps. Le médecin généraliste était celui qui ne pouvait pas avoir de spécialité. Dans la vie professionnelle du médecin généraliste, ce sentiment de dévalorisation peut se manifester par la crainte du jugement par un tiers, l'étudiant qui vient justement de ce milieu

hospitalier. Cette vision rétrograde de la médecine générale évolue d'une part grâce aux dispositions gouvernementales qui font que la médecine générale est une spécialité à part entière depuis 2004 et d'autre part par la mise en place de stage de découverte plus tôt dans le cursus avant le choix crucial de l'examen national classant. Actuellement, les internes qui ont accès aux stages ambulatoires de médecine générale sont des internes de médecine générale. Même s'il est vrai qu'un interne peut réaliser un internat de médecine générale sans avoir le projet d'exercer la médecine générale par la suite, deux enquêtes consécutives montrent que la majorité des internes de médecine générale avaient le projet de pratiquer leur spécialité après leur internat, quel que soit le mode d'exercice⁽²⁵⁾. On peut donc espérer que la grande majorité des internes de médecine générale soit motivée par le stage ambulatoire de médecine générale. Néanmoins malgré une nette amélioration de l'image de la médecine générale, il persiste un petit groupe d'internes qui semblent parfois insatisfaits de leur futur projet professionnel et qui réintègrent le système hospitalier par l'intermédiaire de DESC⁽⁴⁶⁾.

IV.3.4.2 L'arrivée de l'étudiant : une entrave à l'indépendance.

Dans notre étude les médecins craignent l'arrivée d'un stagiaire. Ils sont habitués à travailler seuls depuis parfois de nombreuses années. Les médecins généralistes sont très attachés à leur indépendance. Chacun a le libre choix de son activité, de son lieu d'exercice, de sa patientèle, de sa pratique et de son orientation de carrière. Le praticien bénéficie également d'une certaine liberté dans l'organisation de sa journée de travail. Il peut programmer son emploi du temps, ajuster sa charge de travail et l'adapter à sa vie personnelle, tout en modulant sa capacité financière. Cette liberté contribue de manière significative à la satisfaction professionnelle par le sentiment de maîtrise de son outil de travail. Recevoir un étudiant correspond à bouleverser tout leur mode de vie professionnel et renoncer à la maîtrise toute relative de son exercice. Mais même avec l'étudiant, les médecins restent les seuls détenteurs de leur outil de travail. Ils sont donc libres d'organiser leur activité habituelle et d'y intégrer la maîtrise de stage comme ils le souhaitent.

Par ailleurs les médecins évoquent la nécessité de garder du temps pour eux car ils ont besoin de faire une pause pour maintenir leur « *équilibre personnel* ». En effet chez certains médecins notamment ceux qui sont éloignés, l'étudiant est en permanence avec le médecin sur la journée sans aucun répit. La cohabitation au quotidien peut devenir un « *vrai enfer* » si médecin et étudiant ne s'entendent pas. Cependant sa présence est également une façon de rompre la routine et la lassitude. Rencontrer de nouvelles personnes tous les 6 mois donne une dynamique à l'activité professionnelle⁽¹⁵⁾ et un moyen de lutter contre le burn out⁽¹⁵⁾.

La notion de « *vivre six mois* » avec une autre personne est aussi à nuancer. Les terrains de stage ambulatoire sont composés au moins de binôme voire de trinôme de médecins généralistes⁽⁴⁹⁾. Le temps de stage de six mois est ainsi partagé entre les différents maîtres de stage⁽⁴⁹⁾. De plus, l'étudiant a également des obligations universitaires au cours desquels il n'est pas présent en stage. Le médecin peut donc se ménager des moments de travail solitaire. Enfin lors des phases d'autonomie, l'étudiant va libérer du temps pour le praticien même s'il doit rester disponible à tout moment pour l'étudiant⁽⁵⁾. Cette crainte évoquée par certains médecins de devoir vivre avec l'étudiant en permanence à leurs côtés pendant six mois démontre encore une fois le manque d'information sur le déroulement des stages et sur la formation actuelle des futurs médecins généralistes.

Pour être bien vécue, la maîtrise de stage doit être envisagée comme un travail de collaboration et non comme une corvée qui apporte des contraintes. Ceci va particulièrement dépendre de la personnalité du médecin. Ainsi une personnalité solitaire aura du mal à partager son quotidien de travail avec autrui. Mais finalement la présence du stagiaire n'est pas source d'un bouleversement radical, elle nécessite certaines adaptations, librement consenties, ainsi que quelques conciliations, comme dans tout travail d'équipe.

IV.3.4.3 Exercer sous le regard d'un autre

Selon les données de notre étude beaucoup de médecins craignent d'avoir des difficultés à exercer sous le regard de l'autre. Les praticiens sont censés donner l'exemple, mais ils sont complexés car leurs connaissances théoriques sont devenues obsolètes en comparaison de celles des étudiants « *qui sortent de la faculté* ». Ils ont peur d'être jugés et remis en cause dans toutes leurs décisions, leurs pratiques et leurs prescriptions. Paradoxalement certains médecins de notre étude relativisent en expliquant que cela va les faire progresser. S'il existe une certaine ambivalence des médecins à ce sujet dans ce travail, ce constat ressort également des différentes études ayant porté sur des MSU^(12,15,58,75). En effet, la crainte de « *la remise en cause* » et la nécessité de se justifier apparaissent comme un des freins à la maîtrise de stage mais également comme un des intérêts⁽⁵⁸⁾. La présence du stagiaire permet d'apporter une discussion sur le dossier. Le fait de devoir se justifier implique que le praticien fasse un effort de réflexion sur la pathologie. Cela l'oblige à aller au-delà des automatismes et remettre à jour ses connaissances^(9,61,65,75,76). On peut aussi parler d'une analyse de la pratique qui permettra de mieux transmettre⁽⁷⁷⁾. La réflexion porte plus loin sur la propre pratique du médecin. Le praticien réfléchit pendant l'action et prend la décision. Il réfléchit aussi après sur la prise en charge et se construit ainsi une expérience qui va lui permettre d'argumenter ses prochaines décisions dans l'action⁽⁹⁾. Cela rejoint la notion

d'amélioration de la démarche⁽⁹⁾ et d'amélioration de la pratique^(65,75). Ainsi la maîtrise de stage améliore de façon significative le professionnalisme^(61,78).

Au final cette crainte exprimée dans notre étude peut être transformée en moteur. Il faut savoir parfois accepter la critique et la discussion et consolider ses connaissances par une formation continue régulière pour améliorer sa pratique.

La tâche d'encadrer un étudiant n'est pas anodine et engendre des responsabilités qui peuvent être lourdes. C'est pour cela qu'il n'y a pas un seul mais plusieurs maîtres de stage pour encadrer un étudiant. Mais si l'idée de travailler ensemble peut faire peur, le fait de collaborer favorise des interactions précieuses avec des collègues qui partagent le même intérêt et renforce le statut professionnel et personnel du maître de stage.

IV.3.5. Etre enseignant

Devenir enseignant est un nouveau défi pour les médecins qui vont entreprendre la formation à la maîtrise de stage. Les médecins vont participer au développement des connaissances et des techniques des jeunes professionnels et former la prochaine génération des médecins généralistes. En tant que représentants de la médecine générale ils devront aussi donner l'exemple, promouvoir leur discipline et favoriser le recrutement⁽⁴⁹⁾. Les résultats de notre étude reflètent bien l'angoisse des médecins concernant ces futures « *obligations* » et leur peur de « *ne pas atteindre les objectifs* » et d'être en situation d' « *échec* ». La remise en question est majeure. Ils doutent de toutes les compétences qu'ils ont déjà acquises, aussi bien celles venant de leur formation initiale ; les « *connaissances théoriques* » et les « *gestes techniques* », que celles qu'ils ont pu développer au cours de leur exercice : l'expérience professionnelle, le savoir-faire et le savoir être. L'obligation d'avoir un cabinet informatisé pour être MSU et le fait de maîtriser cet outil peut également générer une petite appréhension notamment pour des médecins plus traditionnels qui vont recevoir des étudiants issus d'une génération très connectée.

Enfin plus encore que le reste, les médecins de notre étude craignent de « *ne pouvoir rien apporter* » à l'étudiant. Ils ont peur que le stage au cabinet soit inintéressant voire ennuyeux. En effet certaines activités du métier sont jugées par les médecins eux-mêmes comme inintéressantes, comme la gestion de l'administratif ou l'aspect financier^(5,65). Or les étudiants sont demandeurs de stage en médecine générale, car ils souhaitent se familiariser

avec ce nouveau mode d'exercice jusqu'alors inconnu. Ils sont donc ravis de découvrir tout ce qui peut paraître, de prime abord, inintéressant pour le médecin installé, mais qui s'avèrera d'une grande utilité par la suite comme le remplissage d'une demande de prise en charge à 100%, la cotation des actes ou encore la gestion de la comptabilité⁽⁵⁾.

La fonction d'enseignant nécessite également de nouvelles compétences. **Enseigner c'est transmettre.** Ne pas savoir comment procéder pour bien former l'étudiant est particulièrement stressant pour les praticiens de notre étude d'autant plus qu'ils sont perfectionnistes. La peur de « *mal faire* », de « *transmettre des erreurs* » ou pire de « *dégouter l'interne de la médecine générale* » est particulièrement perceptible dans leurs propos. Cette crainte est compréhensible mais il est simple d'y répondre. En effet une partie de la formation à être MSU consiste à donner des techniques spécifiques pour l'enseignement. Mais pour certains médecins la crainte est tellement forte qu'ils pensent que cette formation sera insuffisante car ils manquent de patience, qu'ils n'aiment pas l'enseignement ou qu'ils ont vécu eux-mêmes en tant qu'internes une mauvaise expérience d'enseignement. Ces craintes se retrouvent dans la littérature⁽⁵⁾. Tous ces éléments présagent d'une exigence de qualité de l'enseignement de la part des médecins généralistes éligibles à la maîtrise de stage universitaire.

Si la méthode de transmission est un point épineux pour les médecins de l'étude, ce qu'il faut transmettre est tout aussi problématique pour eux. D'un part il y a le savoir théorique mais les stagiaires qu'ils vont prendre en charge sont certainement plus au fait des dernières recommandations qu'eux-mêmes. En effet au début de l'internat, les étudiants sont censés être à l'apogée des connaissances médicales car ils viennent de passer le concours national classant. Le fait de ne plus être à jour est aussi un argument récurrent dans la littérature^(5,10-12). D'autre part les médecins évoquent également la « *transmission de gestes techniques* » qu'ils ne maîtrisent plus. Si en hospitalier la pratique de certains gestes techniques est fréquente, le réseau de soins fait que maintenant en dehors des médecins ruraux, beaucoup de médecins ne les pratiquent plus. Certains médecins vont jusqu'à limiter volontairement leur activité, notamment dans les gestes techniques, devant la judiciarisation croissante⁽⁵⁾. Dans le même répertoire et devant l'augmentation des responsabilités médicales, les aspects médico-légaux, mais également éthiques prennent de plus en plus d'importance dans la pratique. Il est indispensable pour l'étudiant d'assimiler ces concepts pour pouvoir se préserver dans sa pratique ultérieure.

Enseigner c'est également prendre du temps pour discuter sur les décisions prises à posteriori et partager son expérience. Cette étape se fait pendant les phases de rétroaction. Celle-ci est généralement informelle mais la maîtrise de stage la rend plus

systématique et explicite. Encore une fois les médecins de notre étude ont peur de ne rien apporter et de décevoir, comme dans les précédentes études concernant les non MSU^(5,11,12) mais aussi certaines études concernant les MSU⁽¹⁰⁾. Pourtant la pratique de la médecine générale diffère très souvent de la médecine théorique. Il existe des spécificités. Le patient ne subit pas les décisions médicales comme il est obligé de le faire à l'hôpital et reste seul maître de sa santé. Le médecin traitant doit savoir tenir compte non seulement la pathologie du patient mais aussi de son histoire et de ses croyances pour le prendre en charge globalement. Les médecins craignent également de ne pas savoir répondre aux questions de l'étudiant et dire « *je ne sais pas* ». Ils redoutent que l'échange ne soit pas constructif et qu'il ne réponde pas « *aux attentes de l'interne* ». Pourtant en présence de l'étudiant, le maître de stage passe du temps à partager avec son stagiaire. Chacun progresse par sa rencontre avec l'autre. Le MSU apporte son vécu avec les patients, ses conseils et sa vision de la médecine générale tandis que l'étudiant apporte ses connaissances fraîches et un nouveau regard sur la pratique médicale. Il existe un transfert des compétences et des attitudes du MSU vers l'étudiant mais aussi un contre transfert de l'étudiant vers le MSU par l'ouverture sur une autre pratique. Ces dialogues sont synonymes de remise en question, d'évaluation et de réflexion et finalement d'amélioration^(5,15). Certains praticiens regrettent même l'absence de l'étudiant quand ils n'ont pas la possibilité de leur enseigner ce qu'ils ont vu dans certaines consultations particulièrement formatrices^(9,15). Par contre si du temps est nécessaire pour revenir sur les points importants et répondre aux interrogations des stagiaires, la disponibilité du médecin est réduite : des horaires lourds et une fatigue importante peut empêcher le médecin d'exploiter en fin de journée ce temps pédagogique. Il s'agit encore une fois d'apprendre à organiser son agenda pour laisser de la place à l'étudiant.

Enseigner c'est aussi savoir contrôler la progression de l'étudiant. L'évaluation est un temps important de l'apprentissage et fait partie de la fonction du MSU. Encore une fois les médecins de notre étude ne se sentent pas à la hauteur de la tâche aussi bien concernant l'aspect rédactionnel que sur l'évaluation des progrès de leur élève. Lors de la formation pédagogique ils vont apprendre également à « *encadrer l'interne* » et pouvoir « *évaluer sa progression* » au cours du temps.

Si les médecins de notre étude pointent tous les écueils liés à l'enseignement, à l'opposé pour les médecins généralistes maîtres de stage c'est un plaisir et une chance de faire découvrir le monde de la médecine de famille aux étudiants. Ils sont heureux de leur montrer la diversité de la pratique et décrivent même une satisfaction spécifique liée à la médecine générale. « Un des plaisirs de la médecine de famille est de transmettre les connaissances de la médecine de famille »⁽¹⁵⁾. Il semble que les maîtres de stage se sentent plutôt valorisés à travers la fonction de supervision. Ils sont des références pour les étudiants

qu'ils encadrent. Ils gagnent également la reconnaissance de la faculté qu'ils considèrent comme très importante⁽⁹⁾. Enfin leur statut est renforcé auprès des patients du fait de la présence de l'étudiant au cabinet^(9,15). Ils ont ainsi l'impression d'être comparés « aux professeurs du CHU »⁽⁶⁵⁾. Enfin les maîtres de stage universitaires éprouvent un sentiment de fierté de contribuer à former les étudiants. Ce sentiment est encore renforcé par le retour positif des étudiants et quand l'un exprime le désir de devenir généraliste⁽¹⁵⁾.

Si dans notre étude le fait d'être enseignant est un frein plusieurs fois cité à réaliser la maîtrise de stage, l'analyse de la bibliographie déjà existante montre que c'est une des plus grandes motivations des médecins déjà MSU à le rester^(9,13,15,65). Certains vont même jusqu'à confier que les récompenses de l'enseignement compensent leur perte de satisfaction dans la pratique médicale⁽¹⁵⁾. Ainsi leur prise de conscience et leur réflexion sur l'enseignement participent au développement de leur identité et peuvent alors satisfaire leur rôle naturel de « docteur » c'est-à-dire enseignant^(5,15).

IV.3.6. L'absence de crainte

La dernière catégorie concerne l'absence de crainte. Certains des médecins de notre étude ne présentent « aucune crainte ». Parmi ceux-ci quelque uns sont déjà maîtres de stage depuis plusieurs années et souhaitent continuer cette expérience. Ils ne font qu'officialiser leur statut en suivant cette formation. Pour eux s'il existait des freins à devenir maître de stage, ceux-ci se sont estompés quand ils ont endossé la fonction. D'autres précisent qu'ils ont déjà « bénéficié de cette formation en tant qu'interne ». Si cette expérience leur a simplement donné l'envie de devenir eux-mêmes encadrants, ils estiment peut être aussi que devenir maître de stage est un juste retour à rendre à la profession. Pour d'autres encore, l'idée a été mûrie et ils se sentent maintenant prêts à devenir enseignants et peut être aussi à trouver un remplaçant, un associé ou un successeur⁽⁵⁸⁾.

Il existe également une catégorie de médecins dans notre étude qui ne présentent pas de craintes mais uniquement « quelques appréhensions ». Enfin comme dans toute étude certains des médecins ne donnent aucune réponse. Est-ce que ces individus n'avaient pas de crainte ou seulement pas d'idée précise qui pouvait être en relation avec une certaine inquiétude.

La thèse d'Anna Jarno Josse compile les résultats d'une revue systématique et méthodique de la littérature sur l'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel



dans un contexte de soins primaires. Les résultats de cette étude reflètent la satisfaction globale des médecins à être MSU même si le niveau de robustesse de certains articles est moindre⁽⁹⁾. Chez Latessa, 93% des médecins généralistes MSU sont satisfaits ou très satisfaits de leur expérience d'enseignement et 90 % pensent poursuivre au cours des 5 prochaines années⁽⁷⁴⁾. De même l'ensemble des MSU interrogés de l'étude de Florence Nicolas sont globalement satisfaits de leur expérience et 96,9% des médecins de l'étude souhaitent poursuivre, 4 médecins ne souhaitent pas poursuivre et 1 n'a pas répondu⁽¹³⁾. Il est cependant regrettable que l'auteur de cette étude n'ait pas demandé les raisons de cet arrêt.

Au final les maîtres de stage ne se décrivent pas du tout fatigués par la maîtrise de stage, bien au contraire ! Si la maîtrise de stage est effectivement un rôle supplémentaire auquel il convient de consacrer un certain temps complètement indépendant du temps consacré aux patients, cette fonction si elle est librement choisie s'avère plutôt agréable. Ceci dépend de la personnalité du médecin⁽¹⁵⁾. Pour un médecin individualiste qui entretient une relation fusionnelle avec sa patientèle, partager son quotidien avec autrui représentera une source d'angoisse supplémentaire. Il ne sera donc pas le candidat idéal pour cette expérience de coopération dont il ne ressortira pas forcément enrichi⁽¹⁵⁾. Pour être bien vécue et non assimilée à une entrave à la liberté individuelle dans le travail, la maîtrise de stage doit pouvoir être envisagée par le médecin comme un travail de collaboration dont il retirera des bénéfices et non comme une simple corvée.

IV.3.7. Des spécificités liées aux caractéristiques de la population

Si tous les résultats ne sont pas tous statistiquement validés, il existe des tendances liées aux caractéristiques de la population de l'étude.

Devenir **MSU** soulève globalement beaucoup plus d'objections chez les jeunes médecins et les jeunes installés. « Les modalités d'inscription » ainsi que « les répercussions » de la maîtrise de stage sont des freins plus importants pour cette population. Ils craignent de ne pas remplir les critères permettant de rentrer dans la formation pour être maître de stage. Le manque d'information développant les prérequis peut expliquer ce résultat. Par ailleurs les jeunes installés sont souvent investis dans de multiples activités et craignent que la maîtrise de stage ne puisse pas leur permettre de poursuivre ce qu'ils avaient déjà mis en place.

Par contre ce sont les hommes médecins, plus âgés et travaillant en groupe qui citent préférentiellement « la formation » comme un frein important. Ces résultats trouvent écho dans la littérature. Dans l'étude de Sabine Lefebvre, les médecins estimant la formation trop contraignante sont en majorité des hommes. Cinq sur six avaient 55 ans ou plus et étaient installés depuis plus de 15 ans⁽⁵⁾.

L'obligation de formation est un frein plus fréquemment cité par les hommes. Peut-être ont-ils plus de mal à se former ou sont-ils moins disciplinés pour des directives qu'ils estiment abusives. Certains des critères peuvent également être interdépendants. En effet, l'âge et le temps d'installation sont corrélés entre eux. Par ailleurs si la jeune génération comprend une grande proportion de femmes, la génération précédente comportait une grande majorité d'hommes. Il n'est donc pas étonnant que la formation soit un frein pour les hommes, puisqu'elle l'est pour des médecins globalement plus âgés et installés depuis plus longtemps. « La formation » est également une plus grande crainte exprimée par les médecins exerçant en groupe. Si ces médecins ont choisi l'activité à plusieurs c'est probablement pour mieux organiser leur temps de travail et allouer plus de temps pour leur vie privée. Ils peuvent supposer que ces formations imposées vont empiéter sur leur temps personnel déjà si chèrement gagné.

Les médecins évaluant la formation moins pesante sont plus jeunes⁽⁵⁾. Pour la jeune génération se former serait une activité indispensable pour une remise à jour des connaissances, gage de compétence. Par ailleurs la jeune génération a été en stage, connaît déjà les obligations liées à la maîtrise de stage et ne les trouvent pas gênantes⁽¹⁰⁾. Le fait que la jeune génération effectue moins de consultations dans la semaine peut aussi expliquer cette disparité de points de vue⁽¹²⁾.

« Les aléas » associés à la maîtrise de stage et « l'aspect financier » sont plus cités chez les médecins qui exercent seuls. Ces résultats sont cependant à prendre avec précaution car il y a peu de médecins ayant évoqué ce frein. Dans les travaux de Julien Allainmat, Mathilde Foulques et Aurélie Tardy, ce sont également les médecins travaillant seuls qui mentionnent le plus le risque de mise en danger de la trésorerie⁽¹⁰⁾.

« **L'impact sur le quotidien** » regroupe 3 grands axes : le temps, le travail et l'organisation qui sont des notions étroitement connectés.

« L'organisation » est un point clé. Elle correspond à la 11^{ème} crainte dans cette étude. Les freins liés à l'organisation touchent plutôt des hommes dont l'âge se situe entre 40 et 55 ans. Les hommes sont plus soucieux des modifications de leur fonctionnement liées à la

maîtrise de stage, ce qui correspond également aux résultats du sous-groupe « formation ». Ces médecins travaillent seuls comme dans l'étude de Julien Allainmat, Mathilde Foulques et Aurélie Tardy⁽¹⁰⁾. L'arrivée d'un nouvel intervenant avec de nouvelles obligations et responsabilités va perturber l'organisation qui est parfois établie depuis de nombreuses années pour des médecins qui travaillent seuls et ont des habitudes « *de vieux garçon* ». Il existe également une différence statistique dans le sous-groupe « 'organisation » mais cette crainte est plus formulée par les jeunes installés. La notion d' « organisation » est multiple et regroupe les codes concernant aussi bien l'aspect administratif, temporel que matériel. Si le code générique « organisation » est plus évoqué par les médecins entre deux âges, les codes ouverts associés à l'aspect matériel semblent plus être des préoccupations chez les médecins de moins de 40 ans⁽¹⁰⁾.

« Le travail » est également une objection mainte fois citée. Ce sont préférentiellement les médecins les plus expérimentés qui y font référence : les médecins de plus de 55 ans et /ou installés depuis 25 ans évoquent « la charge de travail existante » qui risque de s'accroître avec la maîtrise de stage. Dans l'analyse globale les données ne sont pas aussi tranchées pour mais la tendance liée à la pratique persiste, et est statistiquement validée. Ce sont les médecins qui ont plus de 40 ans ou qui sont installés depuis au moins 10 ans qui accordent le plus d'importance à ce frein.

L'aspect « chronophage » occupe la première place dans les freins cités par les médecins puis vient « le manque » et « la perte de temps ». Le temps est la préoccupation majeure mais nos résultats ne permettent pas de mettre en évidence de différence statistique en fonction des différentes caractéristiques de notre population. « Le temps » semble donc être une préoccupation similaire pour tous les médecins dans notre étude. « Temps » et « travail » sont deux notions associées et interdépendantes. Dans la littérature les médecins de moins de 40 ans redoutent moins la perte de temps associée à la maîtrise de stage⁽¹⁰⁾, ce sont plutôt les médecins installés, ayant déjà une clientèle complète et des activités réglés qui vont redouter cet impact sur leur quotidien. Par contre cette crainte est similaire pour les hommes et les femmes médecins selon Marion Pelletier⁽¹¹⁾.

Certains freins se référant à « **la consultation** » sont également présents. Ce sont les médecins d'âge intermédiaire qui font le plus référence à ce thème. Ces résultats sont cohérents avec les données bibliographiques. Ainsi la gêne dans la relation avec le patient est une crainte moins forte chez les plus de 60 ans pour Marion Pelletier⁽¹¹⁾ et elle est maximum chez les 40-50 ans pour Julien Allainmat, Mathilde Foulques et Aurélie Tardy⁽¹⁰⁾.

Par ailleurs « les réactions de la patientèle » font partie des 20 craintes les plus cités, même s'il n'y a aucune différence statistique retrouvée selon les caractéristiques de la population.

Le sous-groupe « la consultation avec l'interne » corrobore les résultats du thème global. Les médecins d'âge intermédiaire ainsi que ceux dont la durée d'installation est égale ou supérieure à 10 ans accordent plus d'importance à ce frein. Par contre l'impact sur « le patient » et ses réactions semblent être des craintes plus fortes pour les médecins des deux premières tranches d'âge.

Les objections apparaissent différentes selon l'âge. Les médecins plus jeunes sont plus soucieux du ressenti de la patientèle. Peut-être redoutent-ils plus le départ de patients ? Les médecins plus âgés, sont plus gênés par la présence d'une autre personne dans leur pratique qui va perturber leur fonctionnement et « *le colloque singulier* ».

Les répercussions sur « le médecin » et son mode de fonctionnement ne sont significatives que pour le mode d'exercice. Dans notre étude, les médecins exerçant seuls sont plus soucieux d'altérer leur image car ils vont changer d'attitude avec le patient en présence de l'interne. Dans la littérature ce sont plutôt les médecins ruraux qui ont peur de gêner la relation avec le patient⁽¹⁰⁾. Comme il existe un lien fort entre ruralité et exercice seul, nos résultats ne sont pas contradictoires avec ceux de la littérature mais plutôt complémentaires.

L'arrivée de l'étudiant ne fait pas que perturber la consultation et la relation entre le patient et le médecin. Il se crée également une **relation médecin étudiant** spécifique. Le médecin craint « le regard » de l'autre sur sa pratique, le fait de « travailler à deux » et également une relation compliquée avec « l'étudiant ». Dans ce thème ce sont les plus jeunes installés qui expriment le plus de doutes. L'analyse bibliographique souligne que ce sont les médecins de plus de 60 ans qui redoutent le moins cet aspect⁽¹¹⁾.

« Le regard de l'autre » est plus redouté chez les médecins ruraux probablement parce qu'ils doivent encore plus s'adapter à la vie en campagne et négocier avec les patients. La médecine rurale est spécifique et « *doit s'adapter aux contingences de la vie* ». Ce résultat se retrouve chez Marion Pelletier ou les médecins exerçant en milieu rural formulent plus de craintes sur ce frein⁽¹¹⁾.

Une relation compliquée avec « l'étudiant » est très souvent citée par les jeunes médecins et les jeunes installés mais sans différence statistique. Les médecins citent uniquement l'aspect relationnel et le risque de « mésentente ». Parfois il n'y a pas de compatibilité entre le médecin et le patient ce qui peut perturber l'enseignement.

« L'interne non motivé » est également une crainte plus importante pour les médecins jeunes installés mais aussi pour les médecins installés depuis le plus longtemps. Dans les deux cas le but est de participer à la formation de l'interne mais de façon différente : le jeune installé va partager le savoir et le médecin plus expérimenté va transmettre l'expérience. Ces notions se

retrouvent aussi dans l'étude de Jean Sébastien Cadwallader⁽⁵⁸⁾. Cependant si l'étudiant n'est pas à l'écoute, le stage de 6 mois va être « *très long* ».

Concernant les spécificités liées au lieu d'exercice, les médecins urbains sont plus craintifs au sujet des étudiants non motivés. Le fait d'avoir un étudiant qui choisit par défaut la médecine peut diminuer l'enthousiasme du médecin surtout si le stagiaire reste statique ou peu investi dans la fonction. Cette passivité va rendre les consultations pénibles pour le médecin, pour l'étudiant, mais aussi pour le patient qui pourra alors choisir de partir. L'offre de soins étant plus importante en ville il est plus facile de trouver un nouveau médecin traitant.

Dans le thème « **etre enseignant** » les médecins urbains craignent plus que leurs confrères ruraux d'encadrer des étudiants. La « supervision de l'interne » est un frein beaucoup plus cité par les médecins urbains qui semblent moins confiants. Le médecin rural doit souvent faire face à des impondérables et être moins anxieux avec l'arrivée d'un nouveau challenge pour lequel il n'a pas été encore préparé. Peut-être relativise-t-il simplement les choses. Pourtant dans une autre étude, les médecins urbains présenteraient plutôt moins d'apprehension à enseigner⁽¹⁰⁾. L'hypothèse avait été faite que le nombre moins important de consultations diminuait l'anxiété face à l'enseignement et à la maîtrise de stage en général⁽¹⁰⁾. Ce facteur n'a pas été pris en compte dans notre étude.

Cette objection semble plus spécifiquement féminine même si le rapport homme/femme est non significatif. Cette tendance est cohérente avec les résultats des travaux précédents où la crainte d'une difficulté à enseigner son art crée plus d'apprehension dans la population féminine^(10,11). Les femmes paraissent plus scrupuleuses dans la prise en charge des patients. Elles ont des temps globaux de consultation plus longs que leurs confrères car elles font des consultations plus longues⁽²²⁾. Le médecin femme est probablement « plus maternelle » pour ses étudiants comme pour ses patients. Elle est également plus perfectionniste. Ainsi elles craignent plus souvent que les hommes de ne pas être à la hauteur pour enseigner comme cela se retrouve dans d'autres études^(5,10,11). Cette crainte est également plus importante chez les médecins exerçant en groupe. Enfin si cette crainte n'est pas spécifique d'un âge particulier dans les travaux de Marion Pelletier⁽¹¹⁾, elle est prépondérante dans l'étude de Julien Allainmat, Mathilde Foulques et Aurélie Tardy pour des médecins d'un âge inférieur à 40 ans⁽¹⁰⁾. Dans notre travail ces tendances se confirment mais sans validation statistique. La crainte liée à l'enseignement est plutôt féminine, chez des médecins jeunes, jeunes installés et exerçant en groupe. Ces derniers résultats peuvent correspondre et des critères interdépendants et refléter la féminisation du corps médical et ses conséquences : la jeune génération comporte plus de femmes et s'installe plus volontiers en urbain en cabinet de groupe.

Enfin l'absence de crainte est majoritairement plus exprimée par les médecins plus âgés et ayant plus d'expérience. Ces médecins sont à la recherche de remplaçants ou de successeurs⁽⁵⁸⁾. Pour eux aucun frein ne va les empêcher de devenir maître de stage.

Au final la jeune génération des médecins ne redoutent pas vraiment l'impact de la maîtrise de stage sur leur activité quotidienne, peut être aussi parce qu'elle n'est pas encore bien fixée ou qu'ils sont encore flexibles. Ils craignent surtout de ne pas correspondre aux critères pour devenir maîtres de stage, accordent beaucoup d'importance à l'aspect relationnel aussi bien avec le patient qu'avec l'étudiant et ont peur de ne pas être à la hauteur en tant qu'enseignant.

Les médecins plus expérimentés sont plus gênés par les obligations imposées par la maîtrise de stage : la formation, l'aspect administratif, les modifications de quotidien sont des éléments qui perturbent leur routine bien huilée et peuvent modifier leur image aux yeux des patients.

La séparation de genre est en partie liée à l'aspect générationnel. La féminisation de la profession est plus importante ces dernières années. Il est logique de voir que les craintes de la jeune génération sont plutôt exprimées par des médecins femmes alors que celles des médecins hommes sont associées à la génération plus ancienne. Le lieu et le mode d'exercice vont s'harmoniser avec cette féminisation. Ainsi dans notre étude les craintes des médecins exerçant en urbain et en groupe sont souvent aussi celle de la jeune génération.

IV.3.8. Recrutement : d'autres raisons expliquent le manque d'engouement.

Les médecins interrogés de notre étude, ou des autres études sur le même sujet, reconnaissent parfaitement les bénéfices que vont apporter le stage chez le praticien aux internes^(12,14). Ils font également spontanément le lien entre l'apport du stage et la facilité à débiter la vie professionnelle par des remplacements^(12,14). Par ailleurs s'il existe de multiples freins évoqués dans cette étude, il existe des solutions pour beaucoup de ces objections. Même les arguments concernant la perte de temps et la charge de travail quotidienne supplémentaire ne tiennent pas si l'organisation et la conduite du stage sont bien menées, la preuve en est la satisfaction globale des MSU à être et à le rester^(9,13). Malheureusement le nombre de candidatures à la maîtrise de stage reste insuffisant pour répondre aux besoins de formation, d'autres facteurs limitants semblent exister.



IV.3.8.1 Une morosité ambiante

Suite aux concours et à l'internat les nouveaux praticiens sont exténués et souhaitent s'éloigner du monde des études et de la faculté. Ils ont le sentiment d'avoir payé leur dû à la société et de pouvoir enfin légitimement profiter d'un espace de liberté. Si dans les années 70, le monde médical considérait la médecine salariée avec répugnance, les médecins s'orientent maintenant préférentiellement vers le salariat pour conserver cette liberté⁽²⁶⁾. L'enfer de l'installation est également relayé par la presse. La gestion d'un cabinet en médecine libérale est problématique⁽²⁶⁾ d'autant plus que la faculté ne donne aucune formation dans ce domaine⁽⁵⁾. Certains médecins installés déconseillent même l'exercice de la médecine générale⁽¹²⁾. En effet les obligations autres que cliniques se multiplient, les rapports avec la sécurité sociale se dégradent⁽¹⁴⁾ et ce qui fait la spécificité de la médecine générale c'est-à-dire la qualité de la relation avec les patients, se détériore⁽¹⁵⁾. Ces mêmes médecins attendent la retraite avec impatience⁽¹²⁾. Au final, il règne un climat négativiste qui crée un effet pernicieux concernant l'installation. Cette morosité est perceptible dans notre étude. Plusieurs médecins évoquent d'ailleurs « *leur incertitude sur l'avenir de la médecine générale* » et prévoient leur futur seulement à court terme, n'envisageant qu'une installation transitoire avec un « *projet de médecine libérale que pour 2 ans* » et ne sachant pas ce qu'ils vont faire après.

IV.3.8.2 Privilégier en premier sa vie personnelle

La grande majorité de jeunes médecins aspirent désormais à une meilleure qualité de vie que celle de leurs aînés^(26,79). Si dans les générations précédentes l'épouse ne travaillait pas, de nos jours il est nécessaire dans les couples de faire coexister deux carrières et d'articuler ces carrières avec une vie de couple et de famille⁽⁶⁴⁾. Hommes et femmes médecins prennent de la distance par rapport à l'ethos professionnel classique marqué par la disponibilité permanente et diminuent leur temps de consultation au profit de la vie familiale. Mais si les jeunes médecins ont une moindre disponibilité temporelle pour leur travail elle ne se traduit pas par une diminution de l'implication ou de la qualité des soins qui restent au centre de leurs préoccupations. Les généralistes interrogés dans l'étude de Camille Lanootte aspirent également à plus de confort d'exercice⁽¹⁴⁾. Mais ce palier atteint, la progression de carrière pourrait poursuivre d'autres objectifs dont notamment l'investissement dans l'enseignement de la médecine générale après maturation. Ainsi dans notre étude une des médecins le résume ainsi « *j'ai attendu d'avoir élevé mes enfants pour ne pas gaspiller mon temps précieux à l'époque, j'accepte les critiques, mes malades sont informés de mon désir*

de trouver un successeur dans les 5 à 10 ans qui viennent et plutôt ouverts à l'idée d'avoir un stagiaire »

IV.3.8.3 Un manque d'information et des préjugés

La grande majorité des médecins non MSU ont des connaissances approximatives, incomplètes, voire erronées sur la maîtrise de stage universitaire. Il existe un manque d'information évident sur la façon dont il faut s'y prendre pour devenir MSU^(5,12,53). Près d'un tiers des médecins non MSU interrogés dans l'étude de Camille Louzeau Houly déclarent ne pas avoir été sollicités ou même informés concernant la maîtrise de stage⁽¹²⁾. 74,4% des médecins non MSU interrogés par Lecoq ne savent pas que le stage est obligatoire pour les internes. La moitié ne connaît pas les conditions et démarches à entreprendre pour être MSU⁽⁵³⁾. Le seul praticien pour lequel il n'a pas été relevé de manque d'information dans l'étude de Sabine Lefebvre sort de l'internat et a des proches médecins généralistes MSU⁽⁵⁾.

Dans toutes ces études les connaissances provenaient de sources d'information diverses, notamment de collègues MSU, au sein d'une même structure dans un groupe de pairs, ou au sein de leur entourage personnel^(5,12,53). On aurait tendance à penser que ce mode d'information via des collègues ayant l'expérience de la maîtrise de stage serait, si ce n'est le meilleur, au moins un mode d'information efficace permettant d'avoir des informations correctes et complètes. Ce n'est finalement pas certain, au vu du manque de connaissances constaté sur le sujet chez les médecins interrogés.

En réalité le problème ne vient pas uniquement que des informations données mais aussi de comment les médecins non MSU les assimilent et visualisent par la suite la maîtrise de stage. Ainsi les travaux de psychologie sociale de Serge Moscovici sur les représentations sociales permettent de comprendre un peu mieux le mode de construction de cette représentation⁽¹⁵⁾. Il comporte 2 phases.

- La phase d'objectivation : Elle consiste à rendre concret un objet inconnu et abstrait en faisant le tri des informations apportées par la société et correspondant aux critères et système de valeur du sujet.
- La phase d'ancrage : Cette phase permet d'intégrer ce nouvel objet concret à un système de valeur connu et préexistant. Ce faisant, l'objet est transformé pour être congruent au système de pensée de l'individu.

Au final la représentation du MSU idéal tient de la construction personnelle d'un «personnage MSU » répondant à leurs attentes personnelles de ce que doit être un MSU. Certaines croyances ou perceptions à l'origine de freins à la maîtrise de stage peuvent

s'expliquer par un manque d'information mais aussi par une mauvaise interprétation des informations.

La modification du cursus de médecine générale nécessite le recrutement de formateurs pour encadrer les étudiants. Cependant il existe des difficultés pour recruter. Si certains des freins sont directement liés aux obligations de la fonction de maîtrise de stage, d'autres sont simplement liés au changement de priorités des médecins. Par ailleurs les médecins non installés ne peuvent pas être recrutés. Enfin le manque d'information induit des représentations et des croyances pouvant être en désaccord avec la réalité, mais à l'origine d'objections bien réelles à devenir MSU.

IV.4. Comment améliorer le recrutement

Malgré une augmentation des sollicitations et une communication estimée importante par les différents organismes investis dans la formation des futurs médecins, l'information ne passe pas. Notre travail illustre ce phénomène. Ainsi même des médecins inscrits à la formation pour devenir maîtres de stage semblent ignorer précisément à quoi ils s'engagent et les obligations qu'ils devront remplir. Alors que penser des connaissances des autres médecins sur ce sujet ? Comment procéder pour améliorer l'information sur la maîtrise de stage et favoriser le recrutement ?

IV.4.1. Une information sur la maîtrise de stage plus adaptée à la population cible.

L'élément clé est la qualité de l'information à apporter aux médecins pour les convaincre de devenir MSU. Une étude menée par Jean Sébastien Cadwallader, basée sur la même population que celle de notre travail s'est intéressée aux motivations des médecins à devenir maîtres de stage⁽⁵⁸⁾. Dans ce travail il est cité en priorité le fait de partager et transmettre son expérience et son savoir-faire, se remettre en cause et pouvoir se perfectionner en mettant à jour ses connaissances. Pour ces mêmes médecins, trouver un remplaçant ou un successeur, promouvoir la médecine générale et favoriser une installation dans le milieu rural sont également des objectifs qu'ils espèrent atteindre en s'impliquant plus dans l'enseignement universitaire⁽⁵⁸⁾. Mettre en relief les bénéfices de la maîtrise de stage est indispensable pour valoriser cette activité auprès des médecins à recruter. Cependant à cette nouvelle fonction sont rattachées des obligations qui, selon la perception des médecins, altèrent, ou même suppriment l'attractivité de cette fonction. Ce travail de thèse s'inscrit dans

cette démarche d'amélioration de l'information. Cette étude a permis d'identifier des freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage. Plusieurs catégories ont pu être ainsi déterminées : l'impact sur le quotidien et sur la consultation, la relation entre le médecin et son étudiant, le fait d'enseigner ou encore les obligations du maître de stage universitaire. Mieux connaître les craintes des médecins va permettre d'apporter des arguments et des solutions pour modérer ces réticences et les rassurer.

IV.4.2. Une méthode de communication plus modulable

Le recrutement de nouveaux MSU se fait encore trop souvent par les connaissances Cette seule pratique mettait à l'écart des praticiens qui auraient pu être intéressés s'ils avaient été au courant. Depuis plusieurs années afin de promouvoir la maîtrise de stage, les acteurs politiques, les DUMG et les syndicats de médecins juniors ou seniors ont encouragé des recrutements de grande envergure. Des campagnes locale, régionale ou nationale se sont déclinées sous plusieurs formes en utilisant tous les supports d'informations disponibles⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾. Certains étudiants se sont aussi emparés de la problématique du recrutement de MSU pour améliorer leur formation : les internes de médecine générale de Nantes envoyaient chaque année des cartes de vœux à l'attention des médecins généralistes intitulées «Adoptez un interne !»⁽¹²⁾. Les externes de troisième année d'Amiens recrutaient directement leur médecin de famille pour effectuer le stage ambulatoire chez eux⁽⁸⁰⁾. Beaucoup plus récemment, on peut citer le mémoire de Olivier Hanriot⁽⁵⁾ ou le travail de thèse d'Emma Zarrad⁽⁸⁰⁾. Mais jusqu'à présent aucune méthode prise individuellement n'a prouvé une efficacité suffisante pour se passer des autres méthodes.

Il n'y a pas de «méthode miracle» pour communiquer et promouvoir la maîtrise de stage, mais plutôt une suite de méthodes complémentaires. Chaque méthode permet au médecin de se familiariser progressivement avec la fonction de maître de stage universitaire et finalement de le convaincre de le devenir.

Les articles dans des revues spécialisées et les communications dans les congrès sont des méthodes à grande échelle. Elles sont valides pour toucher le plus grand monde. L'apparition récente d'outils standardisés, évalués et plébiscités comme la vidéo et le site web d'Emma Zarrad favorise l'intérêt d'actions collectives et partagées. Ce type de méthode permet surtout de recruter les médecins qui ont une affinité pédagogique ou ceux qui se sentent suffisamment stables dans leur fonction pour se confronter à de nouvelles responsabilités sans crainte des contraintes.



Mais l'information à grande échelle ne suffit pas. Dans la plupart des cas elle ne fait que semer la graine du recrutement dans la tête des médecins. Certains bruits de couloir, le bouche à oreille ou une discussion avec un confrère ayant vécu une mauvaise expérience peuvent véhiculer des fausses idées sur la maîtrise de stage et au final décourager les vocations naissantes. Ainsi une information plus ciblée ou effectuée en plus petit comité sécurise le médecin et permet de lutter contre certaines idées reçues, ou de modérer les points négatifs qui existent. Dans ce cadre, les réunions d'information à effectif réduit ou les démarchages téléphoniques ciblés peuvent être utiles. Ainsi on peut citer le travail d'Olivier Hanriot dans le cadre de son mémoire de DES de médecine générale. Il a organisé des sessions d'information sur la maîtrise de stage universitaire. En fin de session sur les onze médecins présents, neuf d'entre eux ont fait une demande de maîtrise de stage, grâce à des formulaires pré-remplis à leur disposition. Un des médecins avait déjà fait la demande de maîtrise de stage avant la session d'information et un seul a préféré réfléchir avant de faire la demande⁽⁵⁾. De même le démarchage téléphonique personnalisé en Franche-Comté par une personne dédiée et employée par l'Agence Régionale de Santé recrute deux fois plus de MSU que la moyenne nationale⁽⁵⁾. Il faut cependant veiller à ce que cette méthode ne soit pas trop intrusive dans une époque où le démarchage augmente et rebute tout le monde.

Malheureusement plus la méthode de recrutement est individuelle, plus elle est chronophage. Elle nécessite alors une personne référente, motivée et disposant d'un temps dédié.

IV.4.3. D'autres pistes

De nouvelles pistes émergent également pour favoriser le recrutement des médecins.

La maîtrise de stage est déjà valorisée comme un moyen de formation continue dans le cadre du DPC. Certains MSU la considèrent d'ailleurs comme la meilleure méthode de remise à jour des connaissances et des compétences⁽⁶¹⁾. Des suggestions ont été aussi faites pour intégrer la maîtrise de stage dans la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique⁽⁸¹⁾.

Certains auteurs proposent de simplifier le travail des médecins libéraux qui souhaiteraient devenir MSU en apportant un soutien logistique⁽⁵⁾. Mais comment et dans quelle proportion cela peut-il se mettre en place ? Est-ce que cela peut être suffisant pour convaincre de nouveaux médecins dans ce contexte de surcharge de travail de quête de temps personnel et surtout de morosité ambiante ?



L'expérience est reconnue comme étant un facteur de modification des représentations. Certains médecins considèrent que « l'engagement » est un frein à devenir maître de stage. On peut se demander l'intérêt de proposer aux médecins intéressés mais craignant le poids de l'engagement, de faire l'expérience de l'accueil d'un interne sur une courte durée ou de venir participer à une consultation chez un confrère accueillant un interne⁽¹⁵⁾. Une étude de la faisabilité réglementaire et assurantielle se pose encore.

D'autres encore proposent de prendre modèle sur les autres pays et de restructurer le système en créant des établissements dédiés aux soins ambulatoires à vocation universitaire. Le modèle d'exercice de la médecine générale évolue actuellement vers les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé⁽⁸⁰⁾. Ces structures seraient – elles plus favorables à l'accueil d'un étudiant ? Malheureusement ces centres de santé sont actuellement plus présents en Île de France qu'en province ce qui limite beaucoup l'impact de cette proposition.

Enfin certaines cibles pourraient être à favoriser pour un futur recrutement. À Poitiers, un questionnaire évaluant la motivation des jeunes médecins généralistes soutenant leur DES, révèle un vivier important de futurs MSU⁽⁸⁰⁾. Par ailleurs il faut également compter sur les IMG qui sont les futures générations de médecins. Les étudiants sont de plus en plus sensibilisés à la maîtrise de stage, permettant à terme l'acculturation de cette notion qui deviendrait une caractéristique comme les autres de la profession⁽⁸⁰⁾. Cependant il a été déjà montré que si le bénéfice de la maîtrise de stage est reconnu par les jeunes générations pour faciliter la transition vers les remplacements elle ne favorise pas pour autant l'engagement vers la maîtrise de stage⁽¹⁴⁾. Comment peut-on changer les mentalités ? Pour se faire il faudrait conserver le lien avec les jeunes médecins généralistes tout en sachant que pour que cette population puisse devenir maître de stage il faut attendre 3 ans de pratique après la thèse.



Conclusion

La maîtrise de stage est un élément clé de la formation en médecine générale. Elle permet durant le cursus universitaire de faire connaître aux médecins généralistes en devenir, l'exercice libéral. Afin d'encourager les vocations et d'assurer le cursus le plus adapté, il est indispensable d'avoir un nombre suffisant de terrains de stage et d'encadrants. Cela passe obligatoirement par l'incitation et le recrutement de maîtres de stage. Pourtant devenir maître de stage ne va pas de soi, comme l'illustre notre étude.

Les freins mis en évidence dans notre thèse se retrouvent dans d'autres travaux concernant le même thème. Ils concernent les modalités et les formations nécessaires pour devenir MSU, mais aussi l'impact sur le quotidien avec la gestion du temps, de la charge de travail ou encore les problèmes d'organisation. La présence de l'interne est également un point clé car il va « modifier » la consultation, la relation médecin malade, mais aussi le médecin lui-même. Enfin un autre frein concerne l'enseignement en lui-même. L'obligation de formation citée comme une angoisse majeure des médecins de notre étude ne trouve pas d'écho chez les maîtres de stage qui n'en font même pas mention. L'impact du stagiaire sur le quotidien est indéniable mais le changement n'est pas forcément négatif et peut même dynamiser une activité devenue trop routinière. Par ailleurs il existe une réelle « plus-value » pour l'ensemble des protagonistes de la relation triangulaire. Enfin concernant l'activité d'enseignant les craintes paraissent surestimées car le médecin, à travers ses missions de soins dispense déjà un enseignement à ses patients.

Néanmoins si pour beaucoup des objections des médecins il existe des réponses, il reste encore des impondérables ou les cas exceptionnels. Certains étudiants ne sont effectivement pas motivés pour faire de la médecine générale et une mauvaise expérience peut détruire toute la bonne volonté et la motivation du médecin encadrant.

Dans notre travail il existe un autre frein mal identifié par les futurs maîtres de stage : le manque de connaissances et d'informations sur la formation actuelle des internes de médecine générale et la maîtrise de stage universitaire. Ce manque d'information déjà cité dans d'autres études est en lui-même un frein pour connaître et donc entreprendre les démarches car il est à l'origine de croyances souvent erronées. Il semble que malgré les importants moyens mis en place pour communiquer sur la maîtrise de stage, l'information ne se diffuse pas aussi bien que l'on pourrait le croire dans un monde pourtant très médiatisé.

Les différentes méthodes de recrutement individuelles et collectives pourraient s'appuyer sur notre étude pour argumenter en répondant aux craintes identifiées des médecins généralistes. Peut-être que ces démarches seraient alors plus efficaces ?



De futurs maîtres de stage ont été interrogés et ont partagé leurs inquiétudes. Mais cela ne reflète que l'information à un temps T que nous avons comparé avec les données de la littérature concernant d'autres médecins non maîtres de stage ou des médecins maîtres de stage et qui souhaitent le rester. Cependant il serait bon de suivre cette population de maîtres de stage en devenir et d'effectuer à 5 ou 10 ans une nouvelle étude pour évaluer la pérennité de la fonction et déterminer combien de ces médecins continuent à y trouver leur avantage.



Références bibliographiques

1. Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2013 annexe 1. Programme de qualité et d'efficacité maladie. [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss_2013_annexe1_1_maladie.pdf
2. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2015 annexe 1. Programme de qualité et d'efficacité maladie. [Internet]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Article-publie-1-Annexe-1-du-PLFSS-2014-PQE-Maladie-Document-integral>
3. RAULT J-F. Faits marquants de l'atlas démographique [Internet]. juin 2015; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie_faits_marquants.pdf
4. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002; Disponible sur: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
5. LEFEBVRE S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
6. HOLUE C. Maîtres de stage en Médecine Générale : la profession a besoin de vous. Bull Inf Ordre Natl Med. 2012;(26):10-2.
7. MAUREY H. Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. 2013.
8. Instruction DGOS/RH1 n° 2011-101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-04/ste_20110004_0100_0039.pdf
9. 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.
10. ALLAINTMAN J, FOULQUES M, TARDY A. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage : étude auprès de 382 médecins du Maine et Loire de la Mayenne et de la Sarthe. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine]: Université d'Angers; 2014.
11. PELLETIER M. Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Bordeaux]: Université Ségalen Bordeaux 2; 2013.
12. LOUZEAU-HOULY C. Médecins généralistes non maîtres de stage : mieux les connaître pour mieux les recruter. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Nantes; 2013.
13. NICOLAS F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaires en Médecine Générale en Haute Normandie. [Thèse d'Exercice]. [Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen]: Faculté de Rouen; 2014.

14. LANOOTE C. La maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire : points de vue de médecins n'ayant jamais reçu de stagiaire, analyse du manque d'attractivité de la fonction. Etude qualitative par entretiens semi dirigés en Ile de France. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine Paris Descartes]: Université Paris Descartes (Paris V); 2013.
15. 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]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
16. MARCHAND M, PESTIAU P. Le Numerus Clausus en médecine : pourquoi et comment ? Reflets Perspect Vie Économique. 1 mars 2003;Tome XLII(1):59-70.
17. Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2004/1/29/SANH0420335A/jo>
18. Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales [Internet]. 2011-954 août 10, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024463271&categorieLien=id>
19. BACHELET M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/24799>
20. BOUET P. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>
21. CROMPTON R, ANDERSON K. Credentials and careers: some implications of the increase in professional qualifications amongst women. *Sociology*. févr 1986;(20):25-42.
22. LAPEYRE N, LE FEUVRE N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):59-81.
23. Avec sa nouvelle édition des atlas régionaux, le conseil national de l'ordre des médecins crée un outil de repérage des territoires en tension. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1665>
24. GAUTHIER-FAURE M. Les jeunes médecins veulent mieux concilier vie professionnelle et vie privée. *Le Monde* [Internet]. 20 juin 2013; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/06/20/les-jeunes-medecins-veulent-mieux-concilier-vie-professionnelle-et-vie-privee_3433384_1651302.html
25. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Réalisée par l'ISNAR-IMG Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf
26. BRAUN-NEVES C. Etre ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine René Descartes PARIS V]: Université René Descartes (PARIS V); 2005.
27. B.O. n°39 du 28 octobre 2004 - Ministère de l'éducation nationale [Internet]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/default.htm>
28. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id>

29. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2004-67 janv 16, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
30. CHAMBE J, MAISONNEUVE H, LERUSTE S, RENOUX C, HUAS C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *Exercer*. 2014;(113):123-31.
31. CATHALAN T. Formation des internes de médecine générale : opinions et attentes des internes vis à vis du DES de médecine générale «idéal» [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine Paris Est Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2015.
32. NACCACHE N, SAMSON L, JOUQUAN J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé: un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*. avr 2006;7(2):110-127.
33. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [Internet]. 97-495 mai 16, 1997. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381745>
34. JOUQUAN J, BAIL P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie Médicale*. aout 2003;4(3):163-75.
35. BERNARD J-L, REYES P. Apprendre en médecine (1re partie). *Pédagogie Médicale*. 2001;2(3):163-169.
36. BERNARD J-L, REYES P. Apprendre en médecine (2e partie). *Pédagogie Médicale*. 2001;2(4):235-241.
37. BOISSY C. Interne chez un maître de stage : une expérience unique. 2012;
38. BOUTON C, RICHARD I, BELLANGER W, HUEZ J-F, GARNIER F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? Une étude qualitative. *Pédagogie Médicale*. févr 2013;14(1):17-26.
39. BOUTON C, LEROY O, HUEZ JF. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 2015;27(1).
40. BOUTILLIER B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Picardie; 2004.
41. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. 2015-225 févr 26, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>
42. MUNCK S, MASSIN S, HOFLIGER P, DARMON D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2015;27:49-58.
43. SEPTIER-GUELFF J, FANELLO S, CONNAN L, PARE F, BOUTON C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. 2014;
44. A. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 [Internet]. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/page/textes-reglementaires#circulaireDGS>
45. COURAUD F, PRUVOT F-R. Rapport Couraud Pruvot [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>

46. ISNAR-IMG. Propositions de l'ISNAR-IMG. Adoptées par le Conseil d'Administration. Octobre 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/141028_isnarimg_propositions_tcem_ca_clermontferrand.pdf
47. LANDRY C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis à vis du DES de médecine générale actuel. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine de Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2015.
48. CNGE. Conseil d'administration du CNGE 07 mars 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_com_mars_15.pdf
49. CNGE. La charte des MSU les fondamentaux [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamentaux_1.pdf
50. CAZARD S, RENARD V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011 [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine Paris Est Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2014.
51. LEROUGE J, TAHA A, RENARD V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Paris Est Creteil; 2014.
52. HUBERT E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.fregif.org/docs/institutions/rapport_hubert_medecine-de-proximite-170-298.pdf
53. GROBOZ-LECOQ D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
54. PERRENOT C. La médecine générale recrute : plus de 5 000 postes à pourvoir. Rev Prat Médecine Générale. mars 2010;24(838):257.
55. ROUSSEAU R. Recruter des maîtres de stage : une nécessité. Rev Prat Médecine Générale. mars 2011;25(858):258.
56. BOTALLA AS. Les internes recrutent.... Rev Prat Médecine Générale. avr 2012;26(879):302.
57. HERNANDEZ E. Prix Alexandre Varney : 2 lauréates ! Rev Prat Médecine Générale. janv 2014;28(914):84.
58. CADWALLADER J-S, VAILLANT-ROUSSEL H, BOULET P, PAUMIER F, BOTTET A, DUMOITIER N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités. Exercer. 2015;26(117):33-9.
59. MILES M, HUBERMAN A. Analyse des données qualitatives. 2ème édition. 2003. 626 p. (De boeck).
60. Guide du maitre de stage 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.senart.com/fileadmin/SENART/MEDIA/le_san/les_competences_du_san/Guide_du_maitre_de_stage-2013.pdf
61. 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. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
62. TROESTER J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2013.



63. URPS. Accueillir un interne ou un externe en stage à son cabinet: pourquoi pas? La Lettre de l'Union. mars 2012;8-9.
64. BLOY G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Rev Francaise Aff Soc. janv 2015;(1):101-25.
65. HASPOT B. Le SASPAS dix ans après sa création le point de vue des maîtres de stage universitaires. [Thèse d'Exercice]; [Faculté de Médecine]: Université d'Anger 2013
66. REGNAULT A, RENZO A. Etre maitre de stage universitaire protégé-t-il du Burn out ? [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université d'Anger; 2014.
67. WORLEY P, KITTO P. Hypothetical model of the financial impact of student attachments on rural general practicies. Rural Remote Health. mars 2001;(83).
68. LE GALLO A. Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet : enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maitres de stage du Finistère. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Brest; 2012.
69. VANECCLOO F. Le Statut de maitre de stage universitaire protégé-t-il les médecins généralistes du Limousin du Burn out ? [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Limoges; 2015.
70. BALINT M. Editions Payot & Rivages - Michaël Balint Le Médecin, son malade et la maladie (9782228890472) [Internet]. Disponible sur: http://www.payot-rivages.net/livre_Le-Medecin-son-malade-et-la-maladie--Michael-Balint_ean13_9782228890472.html
71. SASS M. La consultation Patient, Médecin, Interne en stage de Niveau 1 en médecine générale. Etude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes – Intégration de l'interne dans la relation médecin - patient. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine Paris Sud]: Université Paris XI; 2013.
72. LEMERCIER A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie. [Thèse d'Exercice]. [Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie]: Faculté de Rouen; 2013.
73. LE TOURNEUR A, KOMLY V. Burn out des internes en Médecine Générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2011.
74. LATESSA R, BEATY N, LANDIS S, COLVIN G, JANES C. The satisfaction, motivation, and future of community preceptors: the North Carolina experience. Acad Med. 2007;82(7):698–703.
75. PORTIER LECARPENTIER M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ? [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine]: Université Paris Diderot (PARIS VII); 2010.
76. DUBOIS E. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Recherche d'éventuels liens entre qualité d'actualisation des connaissances en médecine générale et choix en matière de formation médicale continue, fonction de maître de stage, appartenance à un groupe de pairs et organisation du cabinet. [Faculté de Médecine René Descartes (Paris V)]: Université Paris Descartes (Paris V); 2009.
77. DRUAIS P-L. L'enseignement du DES de Médecine Générale : Maître de stage en Médecine Générale, un nouveau métier, de nouvelles fonctions. Rev Prat Médecine Générale. nov 2003;17(632):1551-2.
78. WITORSKI R. Analyse de pratiques et professionnalisation: travail social et analyse de pratiques. In: Travail social et analyse des pratiques professionnelles [Internet].

L'harmattan, Savoir et Formation; 2003. p. 69-89. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/172718/filename/travail_social_et_analyse_de_pratiques.pdf.

79. COUTURE PAGES J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en Médecine Générale. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Bichat - Lariboisière]: Université PARIS VII Denis Diderot; 2010.
80. ZARRAD E. Evaluation d'une méthode de recrutement de maitres de stage des universités en Ile de France et création du site internet www.devenirMSU.com [Thèse d'Exercice]. [Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie]: Université Pierre et Marie Curie Paris VI; 2015.
81. DRUAIS P-L. Rapport Druais : la place et le rôle de la Médecine Générale dans le système de santé. [Internet]. 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf



Table des annexes

Annexe 1.Exemple de Recueil (fichier Word)	124
Annexe 2.Exemple d'organisation des références d'un codage Nvivo®.....	125
Annexe 3.Matrice complète détaillée	126
Annexe 4. Matrice complete - classement par thèmes.....	130



Annexes



Annexe 1. Exemple de Recueil (fichier Word)

[Crainte 1] Craintes

RO	Annie	les motivations de l'étudiant pour le choix d'un stage en PMI
CA	Anne	crainte de manquer de temps et de disponibilité ce qui va nécessiter un changement d'organisation
BE	olivier	transmettre mal le fonctionnement et la pratique de la médecine générale
RI	Chantal	Ne pas être assez disponible pour pouvoir être à l'écoute du stagiaire et répondre à toutes ces questions
CO	Guillaume	Suis-je légitime pour enseigner à des internes/externes ?
LA	André	difficultés à garder le même rapport avec le patient
LA	Blandine	Perte de la relation personnelle avec le patient
VI	Michel	Le manque de temps
SA	Audrey	manque de temps individuel avec ma patientèle

[Crainte 2] Craintes

RO	Annie	le niveau de compétences médicales et pédagogiques nécessaires à une bonne formation de l'étudiant
CA	Anne	organisation à étudier pour être dans les locaux et sollicitable à tout moment
BE	olivier	vouloir imposer ses vues; ne pas faire confiance pour laisser le stagiaire diriger seul les consultations sous ma supervision
RI	Chantal	Ne pas savoir répondre à toutes les questions du stagiaire
CO	Guillaume	Que faire si ça se passe mal avec un ou des étudiant(s) ?
LA	André	difficultés et tracas administratifs
LA	Blandine	Tracasseries administratives
VI	Michel	Le risque d'avoir des internes n'ayant pas envie de devenir généralistes
SA	Audrey	acceptabilité de la patientèle à voir un interne

[Crainte 3] Craintes

RO	Annie	Organisation pratique et temps nécessaire à accueillir l'étudiant dans de bonnes conditions
CA	Anne	saurais je rendre la stage attractif et enrichissant ? est ce que les étudiants recherchent un stage de médecine pédiatrique de prévention
BE	Olivier	limiter la parole de mes patients à cause de la présence du stagiaire
RI	Chantal	Ne pas savoir quelle attitude adoptée si le stagiaire ne répond pas à mes attentes
CO	Guillaume	Comment réagiront les patients ?
LA	André	adéquation avec le projet pédagogique universitaire
LA	Blandine	Difficultés relationnelles éventuelles avec le stagiaire
VI	Michel	Le manque de compétences pédagogiques
SA	Audrey	ras



Annexe 2. Exemple d'organisation des références d'un codage par Nvivo®

[<Eléments internes\1_AUDIÉRIER_1_15>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 0,66%]

Référence 1 - Couverture 0,66%

VE Primario manque d'espace

[<Eléments internes\14_FRARIER_253_269>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 0,57%]

Référence 1 - Couverture 0,57%

MO Marie-France Cabinet médical petit et peu adapté

[<Eléments internes\16_GIRARD_279_305>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 0,59%]

Référence 1 - Couverture 0,59%

BO Sabrina cabinet exigü mais on s'arrangera

[<Eléments internes\19_JUNG_349_366>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 1,29%]

Référence 1 - Couverture 1,29%

BO Maxime Manque un peu de place à mon cabinet

[<Eléments internes\23_MENER2013_420_439>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 1,33%]

Référence 1 - Couverture 1,33%

TA Benoit avant de déménager, c'était des petits locaux Maintenant on peut loger et avoir un 2ème bureau

[<Eléments internes\5_BALLY_77_107>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 0,35%]

Référence 1 - Couverture 0,35%

RE Patricia **la place ds la cabinet**

[<Eléments internes\7_BOUCHAUD_133_151>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 1,03%]

Référence 1 - Couverture 1,03%

WO Milly Manque de place dans mon cabinet



Annexe 3. Matrice complète détaillée

	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 29 ans	Âge : 30 à 34 ans	Âge : 35 à 39 ans	Âge : 40 à 44 ans	Âge : 45 à 49 ans	Âge : 50 à 54 ans	Âge : 55 à 59 ans	Âge : 60 à 64 ans	Âge : 65 à 69 ans	Âge ≥ 70 ans	install ≤ 5 ans	install : 5 à 9 ans	install : 10 à 14 ans	install : 15 à 19 ans	install : 19 à 24 ans	install : 25 à 29 ans	install : 30 à 34 ans	install : 35 à 39 ans	install : 40 à 44 ans	install ≥ 45 ans
absence de soutien si difficultés	2	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
acceptation de la patientèle	16	13	11	18	6	23	1	4	4	6	4	7	1	1	1	0	9	4	3	6	3	1	3	0	0	0
acceptation par l'entourage professionnel	0	2	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
activité faible	3	2	1	4	2	3	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0
activité spécifique	5	2	5	2	2	5	0	0	2	0	1	2	2	0	0	0	2	0	0	2	1	0	2	0	0	0
addiction à être MSU	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
age incompatible	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
aspect juridique	3	3	0	6	1	5	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0
aspect rédactionnel	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
attentes de l'étudiant	19	13	20	12	4	28	0	4	2	8	4	7	6	1	0	0	11	2	3	6	5	3	1	1	0	0
attitude modifiée	3	0	1	2	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
augmentation du nombre de stagiaires	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
barrière de la langue	1	3	1	3	1	3	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
bien être des patients	4	3	2	5	3	4	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
bonnes pratiques	3	4	2	5	2	5	0	0	2	2	2	0	0	1	0	0	0	2	3	1	0	0	1	0	0	0
burn out	4	2	4	2	1	5	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
ce qu'il faut transmettre	8	9	9	8	5	12	0	2	4	3	2	3	3	0	0	0	7	2	2	1	2	3	0	0	0	0
charge administrative	19	13	19	13	4	28	0	5	5	4	2	8	4	3	0	1	6	7	5	0	6	5	2	0	1	0
charge de travail existante	20	13	15	18	9	24	0	0	3	5	4	5	10	6	0	0	3	3	6	4	4	4	7	2	0	0
charge de travail fluctuante	1	2	0	3	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
choix par défaut	2	5	2	5	3	4	0	2	1	2	0	0	2	0	0	0	3	0	1	1	1	1	0	0	0	0
chronophage	59	55	66	48	25	89	3	11	19	21	11	17	21	8	3	0	28	17	15	13	16	8	12	5	0	0
cohabitation au quotidien	4	4	3	5	1	7	0	0	2	1	0	4	1	0	0	0	1	2	0	1	3	1	0	0	0	0
compétences globales	31	37	34	34	19	49	1	11	7	9	8	13	10	7	2	0	14	11	6	11	8	9	5	4	0	0
compétences informatiques	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
compétences pédagogiques	34	36	29	41	19	51	1	10	5	6	9	22	12	3	2	0	14	11	5	15	11	10	3	1	0	0
compétences relationnelles	1	1	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
compétences techniques	3	1	3	1	1	3	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0
concilier le rôle de MSU avec les autres activités	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
conduite exemplaire	3	6	6	3	3	6	1	2	0	2	0	1	1	1	1	0	4	0	1	0	1	1	1	1	0	0
confiance des patients	3	3	4	2	2	4	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0
confiance du MSU en l'étudiant	0	4	2	2	0	4	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
confusion des patients	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
connaissances théoriques	31	24	30	25	13	42	0	6	8	6	9	8	10	7	1	0	9	9	8	4	7	12	5	1	0	0
consultation à trois	33	31	28	36	18	46	0	3	10	10	8	19	7	4	3	0	7	12	10	6	14	6	9	0	0	0
consultation inappropriée	4	3	3	4	2	5	0	0	0	0	1	1	4	0	1	0	0	0	0	2	0	2	3	0	0	0
consultations plus longue	8	12	10	10	6	14	1	3	0	0	5	5	5	1	0	0	5	0	3	3	6	1	2	0	0	0
contraintes	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
coopération des patients	2	2	1	3	0	4	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0
critique de l'étudiant	4	1	2	3	2	3	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0

	homme	femme	rural	urbain	seul	Groupe	Âge ≤ 29 ans	Âge : 30 à 34 ans	Âge : 35 à 39 ans	Âge : 40 à 44 ans	Âge : 45 à 49 ans	Âge : 50 à 54 ans	Âge : 55 à 59 ans	Âge : 60 à 64 ans	Âge : 65 à 69 ans	Âge ≥ 70 ans	install ≤ 5 ans	install : 5 à 9 ans	install : 10 à 14 ans	install : 15 à 19 ans	install : 19 à 24 ans	install : 25 à 29 ans	install : 30 à 34 ans	install : 35 à 39 ans	install : 40 à 44 ans	install ≥ 45 ans
de la théorie à la pratique	4	3	4	3	0	7	0	0	0	1	1	3	1	1	0	0	0	0	2	3	1	0	1	0	0	0
dégouter l'étudiant de la médecine générale	4	7	6	5	3	8	0	1	1	2	1	0	3	3	0	0	2	0	3	1	1	1	2	1	0	0
déléguer	9	18	14	13	4	23	0	7	2	4	2	8	3	1	0	0	9	6	4	3	2	1	2	0	0	0
déséquilibrer l'activité libérale	2	1	2	1	1	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
déshumaniser les patients	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
diminution du nombre de consultations	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
disponibilité de l'étudiant	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
du temps pour soi	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
durée d'engagement	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
durée du stage	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
éloignement	6	2	0	8	4	4	0	0	1	0	2	2	0	3	0	0	1	0	0	3	1	0	2	1	0	0
erreur médicale	1	2	0	3	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
éthique	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
être moins à l'écoute	2	1	2	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
être MSU et médecin	7	5	5	7	3	9	0	3	3	1	0	1	3	1	0	0	4	3	0	1	0	3	1	0	0	0
être pris à défaut	3	1	1	3	2	2	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0
exercer sous le regard d'un tiers	16	7	7	16	4	19	2	2	2	4	4	4	4	1	0	0	7	2	4	3	3	1	1	1	0	0
fardeau de l'étudiant	13	2	11	4	7	8	0	1	4	1	3	1	4	1	0	0	5	1	1	2	1	4	1	0	0	0
formatage des MSU	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
formation à l'encadrement	4	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
formation chronophage	6	4	4	6	2	8	0	1	2	2	1	1	2	1	0	0	1	1	3	1	1	0	3	0	0	0
formation en milieu rural	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
formation initiale à l'étranger	0	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
formation inutile	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
genre de l'étudiant	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
gerer la formation pratique	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
gerer un étudiant difficile	5	5	2	8	3	7	0	1	2	2	2	3	0	0	0	0	3	0	3	1	2	1	0	0	0	0
gestion de la formation personnelle	1	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
gestion du planning médical	5	4	5	4	3	6	0	4	1	1	0	2	1	0	0	0	5	0	2	0	2	0	0	0	0	0
habitude de travailler seul	6	0	3	3	4	2	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	0
horaires inappropriés	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
impatience des patients	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
implication de présence	4	1	4	1	1	4	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0
incertitude par rapport à l'avenir	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
incompétence de l'étudiant	7	2	5	4	3	6	0	1	2	0	1	1	2	2	0	0	3	0	1	1	0	2	1	1	0	0
informer la patientèle	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
installation inappropriée	1	3	3	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0
intendance	3	2	2	3	2	3	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0
intérêt de la médecine générale	5	4	6	3	5	4	0	1	3	0	0	0	5	0	0	0	4	0	0	0	1	3	0	1	0	0
étudiant formaté par la médecine hospitalière	2	2	4	0	1	3	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0



	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 29 ans	Âge : 30 à 34 ans	Âge : 35 à 39 ans	Âge : 40 à 44 ans	Âge : 45 à 49 ans	Âge : 50 à 54 ans	Âge : 55 à 59 ans	Âge : 60 à 64 ans	Âge : 65 à 69 ans	Âge ≥ 70 ans	install ≤ 5 ans	install : 5 à 9 ans	install : 10 à 14 ans	install : 15 à 19 ans	install : 19 à 24 ans	install : 25 à 29 ans	install : 30 à 34 ans	install : 35 à 39 ans	install : 40 à 44 ans	install ≥ 45 ans
étudiant non motivé	23	33	36	20	8	48	2	8	10	7	3	7	11	5	2	1	17	8	6	3	4	11	4	2	1	0
journée plus longue	5	3	2	6	2	6	0	0	1	0	1	3	0	3	0	0	0	1	0	1	3	0	1	2	0	0
jugement de l'étudiant	18	12	10	20	3	27	1	7	6	5	2	3	4	2	0	0	11	7	2	1	4	3	1	1	0	0
la crainte de l'inconnu	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
la gestion du je ne sais pas	12	13	12	13	3	22	1	5	1	5	2	7	2	2	0	0	9	3	4	1	5	1	2	0	0	0
la remise en question	10	10	10	10	3	17	2	3	2	1	2	5	4	1	0	0	7	1	1	5	2	3	0	1	0	0
l'échec	1	4	3	2	4	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0
local inadapté	4	1	2	3	2	3	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0
lourdeur de l'engagement	5	1	4	2	0	6	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0
manque d'expérience	8	15	12	11	3	20	2	12	4	1	3	0	1	0	0	0	17	3	0	2	0	1	0	0	0	0
manque de disponibilité	39	30	31	38	12	57	0	9	5	11	9	15	10	8	2	0	15	6	9	10	9	5	10	5	0	0
manque de diversité	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
manque de patience	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
manque de temps	42	28	30	40	18	52	0	9	5	9	6	21	13	5	2	0	9	12	4	7	17	11	7	3	0	0
manque d'espace	3	4	2	5	4	3	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0
mauvaise communication avec l'étudiant	1	4	5	0	4	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
mauvaise expérience précédente	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
mauvaises habitudes	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
mésentente avec les autres MSU	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
mésentente avec l'étudiant	32	31	31	32	15	48	1	10	12	12	4	11	6	6	0	1	20	12	7	5	5	7	5	1	0	1
modalité de travail	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
modalités de contrôle du MSU	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ne pas aimer l'enseignement	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ne pas avoir d'étudiant	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ne pas savoir intégrer l'étudiant	2	2	2	2	1	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
ne pas savoir quoi apporter	1	3	1	3	1	3	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0
objectifs	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
obligation de formation régulière	3	4	5	2	1	6	0	2	1	3	0	0	1	0	0	0	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0
organisation	33	16	24	25	20	29	0	2	5	8	6	12	13	2	1	0	8	9	2	5	9	7	7	2	0	0
organisation des consultations	8	10	6	12	4	14	0	6	3	1	1	4	2	0	1	0	7	2	1	2	3	2	1	0	0	0
organisation du cabinet	8	4	5	7	3	9	0	3	3	0	2	2	1	1	0	0	6	1	1	1	1	0	1	1	0	0
organisation du temps	11	13	14	10	4	20	0	8	4	1	4	2	3	1	1	0	10	2	1	4	1	3	3	0	0	0
organisation en patientèle	2	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
pas de crainte	40	31	35	36	16	55	0	3	7	7	5	6	21	15	7	0	13	9	7	10	10	12	8	2	0	0
perdre sa liberté	2	1	3	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
personnalité de l'étudiant	3	5	1	7	2	6	0	0	3	0	2	1	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0
perte concentration	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
perte d'argent	4	2	3	3	3	3	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1	0	0	0
perte de la relation privilégiée médecin patient	22	16	22	16	9	29	3	2	1	5	3	11	7	3	3	0	7	1	5	5	8	5	6	1	0	0
perte de motivation du MSU	3	0	0	3	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0



	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 29 ans	Âge : 30 à 34 ans	Âge : 35 à 39 ans	Âge : 40 à 44 ans	Âge : 45 à 49 ans	Âge : 50 à 54 ans	Âge : 55 à 59 ans	Âge : 60 à 64 ans	Âge : 65 à 69 ans	Âge ≥ 70 ans	Install ≤ 5 ans	Install : 5 à 9 ans	Install : 10 à 14 ans	Install : 15 à 19 ans	Install : 19 à 24 ans	Install : 25 à 29 ans	Install : 30 à 34 ans	Install : 35 à 39 ans	Install : 40 à 44 ans	Install ≥ 45 ans
perte de patientèle	4	2	4	2	2	4	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0
perte de temps	22	20	16	26	14	28	0	3	5	4	5	9	10	5	1	0	5	4	7	6	7	5	6	2	0	0
réaction de la patientèle	30	19	22	27	11	38	0	8	7	4	8	9	10	2	1	0	12	5	6	5	8	8	5	0	0	0
refus des patients	14	12	15	11	3	23	1	4	3	4	6	4	3	1	0	0	5	5	8	4	1	1	2	0	0	0
regard des pairs	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
relation avec la faculté	2	0	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
relation eleve maitre	4	0	1	3	3	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0
remuneration des MSU	3	3	1	5	4	2	0	1	1	1	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	0	0	0
renouvellement rapide des étudiants	1	2	1	2	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
repercussions sur la vie personnelle	0	3	2	1	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
responsabilités	3	4	4	3	0	7	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	0	0
ressenti des patients	11	9	10	10	2	18	0	3	4	3	3	5	1	1	0	0	5	3	1	3	5	2	1	0	0	0
reticence des patients	11	19	16	14	7	23	1	3	2	7	6	5	3	3	0	0	6	3	5	5	4	3	3	1	0	0
savoir évaluer	3	4	2	5	2	5	0	2	1	0	1	1	2	0	0	0	3	2	0	0	0	2	0	0	0	0
savoir faire	4	5	3	6	2	7	0	0	1	2	2	1	2	1	0	0	0	2	0	3	1	2	1	0	0	0
savoir transmettre	13	19	12	20	8	24	0	2	4	7	7	4	8	0	0	0	4	8	3	8	3	6	0	0	0	0
se justifier devant l'étudiant	3	2	3	2	2	3	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0
se justifier envers les patients	2	3	4	1	1	4	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
secret médical	4	0	1	3	3	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
specificités de la medecine generale	4	1	3	2	4	1	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
supervision de l'interne	18	21	27	12	10	29	1	6	7	1	6	6	9	1	2	0	12	5	2	5	5	5	4	1	0	0
surcharge de travail	16	14	17	13	6	24	0	2	5	4	5	6	4	4	0	0	5	2	7	8	1	2	4	1	0	0
transmettre des erreurs	1	2	2	1	0	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
travail à mi temps	2	1	2	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
travail de soignant	4	2	1	5	1	5	0	2	0	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0
tutorat du MSU	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0



Annexe 4. Matrice complète - classement par thèmes

	total	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 39 ans	Âge : 40 à 54 ans	Âge ≥ 55 ans	install ≤ 9 ans	install : 10 à 24 ans	install ≥ 25 ans
LE MSU	219	126	93	105	114	59	160	72	86	61	90	74	55
MODALITES D INSCRIPTION													
manque d'expérience	23	8	15	12	11	3	20	18	4	1	20	2	1
éloignement	8	6	2	0	8	4	4	1	4	3	1	4	3
formation en milieu rural	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
manque de diversité	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0
activité faible	5	3	2	1	4	2	3	0	4	1	1	4	0
horaires inappropriés	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
manque d'espace	7	3	4	2	5	4	3	0	4	2	2	2	3
travail à mi temps	3	2	1	2	1	1	2	0	1	2	0	1	2
activité spécifique	7	5	2	5	2	2	5	2	3	2	2	3	2
formation initiale à l'étranger	2	0	2	1	1	1	1	0	2	0	2	0	0
barrière de la langue	4	1	3	1	3	1	3	1	3	0	4	0	0
age incompatible	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
installation inappropriée	4	1	3	3	1	2	2	3	0	1	3	0	1
	67	33	34	29	38	22	45	28	26	13	37	17	13
FORMATION													
formation inutile	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
formation chronophage	10	6	4	4	6	2	8	3	4	3	2	5	3
obligation de formation régulière	7	3	4	5	2	1	6	3	3	1	5	2	0
implication de présence	5	4	1	4	1	1	4	2	2	1	1	2	2
formation à l'encadrement	4	4	0	1	3	0	4	0	1	3	0	2	2
formatage des MSU	2	1	1	1	1	1	1	0	2	0	2	0	0
charge administrative	32	19	13	19	13	4	28	10	14	8	13	11	8
modalité de travail	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1
objectifs	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1
contraintes	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1
responsabilités	7	3	4	4	3	0	7	1	2	4	3	1	3
lourdeur de l'engagement	6	5	1	4	2	0	6	2	3	1	3	2	1
durée d'engagement	2	1	1	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0
relation avec la faculté	2	2	0	2	0	0	2	1	1	0	1	1	0
regard des pairs	2	1	1	0	2	1	1	0	1	1	0	1	1
tutorat du MSU	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
modalités de contrôle du MSU	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
absence de soutien si difficultés	2	2	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0
	90	57	33	53	37	12	78	24	39	27	32	34	24
REPERCUSSIONS													
concilier le rôle de MSU avec les autres activités du temps pour soi	2	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
gestion de la formation personnelle	2	1	1	0	2	0	2	0	2	0	0	1	1
répercussions sur la vie personnelle	2	1	1	0	2	0	2	1	1	0	1	1	0
travail de soignant	3	0	3	2	1	1	2	2	1	0	2	1	0
être MSU et médecin	6	4	2	1	5	1	5	2	0	4	2	0	4
déséquilibrer l'activité libérale	12	7	5	5	7	3	9	6	2	4	7	1	4
	3	2	1	2	1	1	2	1	2	0	1	2	0
	30	17	13	11	19	7	23	13	9	8	14	7	9
ALEAS													
renouvellement rapide des étudiants	3	1	2	1	2	2	1	2	1	0	2	1	0
ne pas avoir d'étudiant	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
augmentation du nombre de stagiaires	2	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	2	0
incertitude par rapport à l'avenir	3	2	1	1	2	2	1	0	0	3	0	1	2
addiction à être MSU	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
perte de motivation du MSU	3	3	0	0	3	2	1	1	0	2	1	0	2
durée du stage	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
disponibilité de l'étudiant	2	2	0	1	1	0	2	0	0	2	0	1	1
mésentente avec les autres MSU	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	0
mauvaise expérience précédente	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
	20	12	8	8	12	11	9	5	7	8	6	8	6
ASPECT FINANCIER													
perte d'argent	6	4	2	3	3	3	3	0	3	3	0	4	1
rémunération des MSU	6	3	3	1	5	4	2	2	2	2	1	4	2
	12	7	5	4	8	7	5	2	5	5	1	8	3

	total	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 39 ans	Âge : 40 à 54 ans	Âge ≥ 55 ans	install ≤ 9 ans	install : 10 à 24 ans	install ≥ 25 ans
L IMPACT SUR LE QUOTIDIEN	452	252	200	221	231	122	330	114	200	138	151	182	119
TRAVAIL													
surcharge de travail	30	16	14	17	13	6	24	7	15	8	7	16	7
burn out	6	4	2	4	2	1	5	2	1	3	2	2	2
charge de travail existante	33	20	13	15	18	9	24	3	14	17	6	14	13
charge de travail fluctuante	3	1	2	0	3	2	1	0	3	0	0	3	0
	72	41	31	36	36	18	54	12	32	28	15	35	22
TEMPS													
manque de temps	70	42	28	30	40	18	52	14	36	20	21	28	21
chronophage	114	59	55	66	48	25	89	33	49	32	45	44	25
perte de temps	42	22	20	16	26	14	28	8	18	16	9	20	13
journée plus longue	8	5	3	2	6	2	6	1	4	3	1	4	3
diminution du nombre de consultations	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
consultation plus longue	20	8	12	10	10	6	14	4	10	6	5	12	3
	256	137	119	125	131	66	190	60	118	78	81	109	66
ORGANISATION													
organisation	49	33	16	24	25	20	29	7	26	16	17	16	16
organisation des consultations	18	8	10	6	12	4	14	9	6	3	9	6	3
intendance	5	3	2	2	3	2	3	1	1	3	2	1	2
gestion du planning médical	9	5	4	5	4	3	6	5	3	1	5	4	0
local inadapté	5	4	1	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2
organisation du cabinet	12	8	4	5	7	3	9	6	4	2	7	3	2
organisation du temps	24	11	13	14	10	4	20	12	7	5	12	6	6
organisation en patientèle	2	2	0	2	0	0	2	0	2	0	1	1	0
	124	74	50	60	64	38	86	42	50	32	55	38	31
LA CONSULTATION	314	167	147	150	164	76	238	76	163	75	102	134	78
LA CONSULTATION AVEC L ETUDIANT													
consultation à trois	64	33	31	28	36	18	46	13	37	14	19	30	15
perte de la relation privilégiée médecin patient	38	22	16	22	16	9	29	6	19	13	8	18	12
consultation inappropriée	7	4	3	3	4	2	5	0	2	5	0	2	5
acceptation par l'entourage professionnel	2	0	2	0	2	0	2	1	1	0	2	0	0
genre de l'étudiant	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
	112	59	53	54	58	29	83	20	59	33	29	50	33
LE PATIENT													
refus des patients	26	14	12	15	11	3	23	8	14	4	10	12	3
reaction de la patientèle	49	30	19	22	27	11	38	15	21	13	17	19	13
acceptation de la patientèle	29	16	13	11	18	6	23	9	17	3	13	12	4
reticence des patients	30	11	19	16	14	7	23	6	18	6	9	14	7
confiance des patients	6	3	3	4	2	2	4	1	3	2	2	3	1
ressenti des patients	20	11	9	10	10	2	18	7	11	2	8	9	3
perte de patientèle	6	4	2	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2
cooperation des patients	4	2	2	1	3	0	4	1	2	1	2	2	0
impatience des patients	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
confusion des patients	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
bien etre des patients	7	4	3	2	5	3	4	2	3	2	2	3	2
	179	95	84	86	93	37	142	52	92	35	66	77	36
LE MEDECIN													
être moins à l'écoute	3	2	1	2	1	1	2	0	2	1	0	1	2
déshumaniser les patients	2	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2
se justifier envers les patients	5	2	3	4	1	1	4	2	2	1	2	2	1
attitude modifiée	3	3	0	1	2	0	3	0	2	1	1	1	1
informer la patientèle	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1
perte concentration	2	0	2	0	2	1	1	0	2	0	1	1	0
erreur médicale	3	1	2	0	3	1	2	2	1	0	3	0	0
secret médical	4	4	0	1	3	3	1	0	2	2	0	2	2
	23	13	10	10	13	10	13	4	12	7	7	7	9

	total	homme	femme	rural	urbain	seul	groupe	Âge ≤ 39 ans	Âge : 40 à 54 ans	Âge ≥ 55 ans	Install ≤ 9 ans	Install : 10 à 24 ans	Install ≥ 25 ans
RELATION MEDECIN ETUDIANT	308	162	146	151	157	68	240	103	120	85	136	96	76
LE REGARD DE L'AUTRE													
critique de l'étudiant	5	4	1	2	3	2	3	1	3	1	1	3	1
jugement de l'étudiant	30	18	12	10	20	3	27	14	10	6	18	7	5
exercer sous le regard d'un tiers	23	15	7	7	16	4	19	6	12	5	9	10	3
être pris à défaut	4	3	1	1	3	2	2	1	2	1	1	2	1
se justifier devant l'étudiant	5	3	2	3	2	2	3	0	0	5	1	0	4
la remise en question	20	10	10	10	10	3	17	7	8	5	8	8	4
	87	54	33	33	54	16	71	29	35	23	38	30	18
TRAVAILLER A DEUX													
déléguer	27	9	18	14	13	4	23	9	14	4	15	9	3
confiance du MSU en l'étudiant	4	0	4	2	2	0	4	3	1	0	4	0	0
cohabitation au quotidien	8	4	4	3	5	1	7	2	5	1	3	4	1
perdre sa liberté	3	2	1	3	0	0	3	0	1	2	0	1	2
habitude de travailler seul	6	6	0	3	3	4	2	0	1	5	1	1	4
	48	21	27	25	23	9	39	14	22	12	23	15	10
L'ETUDIANT													
la crainte de l'inconnu	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
gérer un étudiant difficile	10	5	5	2	8	3	7	3	7	0	3	6	1
mésentente avec l'étudiant	63	32	31	31	32	15	48	23	27	13	32	17	14
choix par défaut	7	2	5	2	5	3	4	3	2	2	3	3	1
étudiant non motivé	56	23	33	36	20	8	48	20	17	19	25	13	18
personnalité de l'étudiant	8	3	5	1	7	2	6	3	3	2	3	3	2
interne formé par la médecine hospitalière	4	2	2	4	0	1	3	0	0	4	0	2	3
fardeau de l'étudiant	15	13	2	11	4	7	8	5	5	5	6	4	5
incompétence de l'étudiant	9	7	2	5	4	3	6	3	2	4	3	2	4
	173	87	86	93	80	43	130	60	63	50	75	51	48
ETRE ENSEIGNANT	517	256	261	259	258	133	384	130	244	143	191	202	124
COMPETENCES													
aspect rédactionnel	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
aspect juridique	6	3	3	0	6	1	5	3	3	0	4	2	0
compétences globales	68	31	37	34	34	19	49	19	30	19	25	25	18
compétences techniques	4	3	1	3	1	1	3	0	3	1	1	1	2
compétences pédagogiques	70	34	36	29	41	19	51	16	37	17	25	31	14
connaissances théoriques	55	31	24	30	25	13	42	14	23	18	18	19	18
compétences informatiques	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
compétences relationnelles	2	1	1	1	1	0	2	2	0	0	2	0	0
savoir faire	9	4	5	3	6	2	7	1	5	3	2	4	3
manque de patience	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
ne pas aimer l'enseignement	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
manque de disponibilité	69	39	30	31	38	12	57	14	35	20	21	28	20
ne pas savoir intégrer l'étudiant	4	2	2	2	2	1	3	1	3	0	1	3	0
	291	148	143	136	155	68	223	71	141	79	100	115	76
TRANSMISSION													
ce qu'il faut transmettre	17	8	9	9	8	5	12	6	8	3	9	5	3
savoir transmettre	32	13	19	12	20	8	24	6	18	8	12	14	6
ne pas savoir quoi apporter	4	1	3	1	3	1	3	0	4	0	1	3	0
transmettre des erreurs	3	1	2	2	1	0	3	2	1	0	3	0	0
mauvaises habitudes	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
intérêt de la médecine générale	9	5	4	6	3	5	4	4	0	5	4	1	4
conduite exemplaire	9	3	6	6	3	3	6	3	3	3	4	2	3
bonnes pratiques	7	3	4	2	5	2	5	2	4	1	2	4	1
spécificités de la médecine générale	5	4	1	3	2	4	1	0	2	3	0	3	2
éthique	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
de la théorie à la pratique	7	4	3	4	3	0	7	0	5	2	0	6	1
	96	44	52	46	50	30	66	24	47	25	37	39	20
ENCADRER													
supervision de l'étudiant	39	18	21	27	12	10	29	14	13	12	17	12	10
gérer la formation pratique	2	2	0	1	1	2	0	0	0	2	0	1	1
savoir évaluer	7	3	4	2	5	2	5	3	2	2	5	0	2
attentes de l'étudiant	32	19	13	20	12	4	28	6	19	7	13	14	5
l'échec	5	1	4	3	2	4	1	1	2	2	2	3	0
la gestion du je ne sais pas	25	12	13	12	13	3	22	7	14	4	12	10	3
dégouter l'étudiant de la médecine générale	11	4	7	6	5	3	8	2	3	6	2	5	4
mauvaise communication avec l'étudiant	5	1	4	5	0	4	1	1	2	2	2	2	1
relation élève maître	4	4	0	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2
	130	64	66	77	53	35	95	35	56	39	54	48	28
PAS DE CRAINTE	71	40	31	35	36	16	55	10	18	43	22	27	22

Table des matières

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers	4
Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique	9
Remerciements	14
Droits d’auteurs	16
Plan	17
Table des illustrations	19
Table des tableaux	20
Table des abréviations	21
Introduction	23
I. Bibliographie.....	25
1.1. Etat des lieux en médecine générale : une situation de crise	25
1.1.1. Une diminution de l’offre globale.....	25
1.1.2. Un changement des pratiques professionnelles	29
1.1.3. Une augmentation de la demande.....	32
1.2. Les études de médecine générale	34
1.2.1. Généralités	34
1.2.2. Une formation de plus en plus centrée sur l’ambulatoire	36
1.2.3. La réforme du DES.....	39
1.3. Les Maitres de Stage Universitaires (MSU).....	41
1.3.1. Les critères pour devenir MSU	41
1.3.2. Un nombre insuffisant de MSU pour les besoins de formation.....	42
1.3.3. Le recrutement	43
II. Matériel et Méthode.....	45
II.1. Objectif	45
II.2. Matériel.....	45
II.2.1. Type d’étude.....	45
II.2.2. Population étudiée.....	45
II.2.3. Analyses.....	46
III. Résultats	47
III.1. Présentation des caractéristiques de la population source	47
III.2. Analyse descriptive	51
III.3. Analyse axiale.....	54
III.3.1. Le MSU	54
III.3.2. L’impact sur le quotidien	57
III.3.3. La consultation	59
III.3.4. La relation médecin étudiant.....	60
III.3.5. Etre enseignant	62
III.3.6. L’absence de crainte	64
III.4. Analyse matricielle	65
IV. Discussion	73
IV.1. Caractérisation de la population d’étude	73
IV.2. Validation interne de l’étude	75
IV.3. Validation externe de l’étude	78

IV.3.1. Le MSU	78
IV.3.2. L'impact sur le quotidien.....	84
IV.3.3. La consultation.....	89
IV.3.4. Relation médecin étudiant.....	94
IV.3.5. Etre enseignant.....	98
IV.3.6. L'absence de crainte	101
IV.3.7. Des spécificités liées aux caractéristiques de la population.....	102
IV.3.8. Recrutement : d'autres raisons expliquant le manque d'engouement.....	107
IV.4. Comment améliorer le recrutement.....	110
IV.4.1. Une information sur la maîtrise de stage plus adaptée à la population cible.....	110
IV.4.2. Une méthode de communication plus modulable	111
IV.4.3. D'autres pistes	112
Conclusion	114
Références bibliographiques	116
Table des annexes	122
Annexes	123
Annexe 1. Exemple de Recueil (fichier Word).....	124
Annexe 2. Exemple d'organisation des références d'un codage par Nvivo®.....	125
Annexe 3. Matrice complète détaillée	126
Annexe 4. Matrice complète - classement par thèmes.....	130
Table des matières.....	133
Serment d'Hippocrate.....	135



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaires ?

Contexte : Le stage de médecine ambulatoire est indispensable pour que les étudiants de médecine générale puissent devenir des professionnels compétents. Cependant les maîtres de stages manquent. Le recrutement des médecins généralistes est crucial. L'objectif de cette étude est de déterminer les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaires.

Matériel et méthodes : Cette étude mixte de type séquentiel exploratoire utilise les données de 30 séminaires réalisés entre juin 2013 et octobre 2015 et comporte 547 sujets. Les informations collectées étaient qualitatives (les trois principaux freins de chaque participant) et quantitatives (âge, genre, durée d'installation, lieu et type d'exercice). L'analyse descriptive a permis de déterminer des codes et de les associer par thème. Lors de l'analyse matricielle, ces thèmes ont été croisés avec les caractéristiques de chaque participant. Une analyse univariée par Chi2 a validé les liens entre les codes et les caractéristiques.

Résultats : 146 codes axiaux ont été identifiés et regroupés en 6 thèmes : le MSU, l'impact sur le quotidien, la consultation, la relation médecin interne, être enseignant et l'absence de crainte.

Discussion : Ces freins existent aussi dans la littérature. Les jeunes médecins craignent de ne pas remplir les critères pour devenir maîtres de stage, accordent de l'importance à l'aspect relationnel et ont peur de mal enseigner. Les médecins plus expérimentés sont gênés par les obligations liées à la maîtrise de stage : la formation, l'administratif, les modifications de quotidien. Les craintes des médecins exerçant en urbain et en groupe sont souvent celles de la jeune génération et sont plutôt exprimées par les femmes. Les craintes des hommes sont associées à la génération plus ancienne. Si ces freins sont réels, des solutions existent pour les diminuer. Nos résultats peuvent permettre d'affiner les arguments des pouvoirs publics pour faciliter le recrutement des maîtres de stage.

Mots-clés : Freins, médecine générale, maîtres de stage, recrutement, analyse qualitative

Which are GP's brakes to become academic training supervisors?

Introduction: Discovering and learning Family Medicine in a GP's Practice is fundamental for GP students. However internship supervisors are lacking. Recruiting GPs as preceptors becomes a real challenge. The aim of this study is to describe the brakes for GPs to become supervisors.

Method: This mixed method study uses an exploratory sequential design about 30 lectures with 547 participants between June 2013 and October 2014. The collected data were qualitative (the three main motivations for GPs) and quantitative (age, gender, duration, of practice, group or individual practice, rural or urban location). A thematic analysis was conducted. Main codes and categories were cross referenced with main characteristics and was followed by a univariate analysis by Chi2 to look for associations between codes and characteristics.

Results: 146 main codes concerning brakes were compiled in 6 themes: to be a GP trainee supervisor, the impact on everyday life, medical consultations, relationship between doctors and medical students, to be a teacher, the absence of fear.

Discussion: The result of this study are confirmed by the bibliography. Young GPs are afraid not to satisfy criteria to become supervisors and fear to be bad teachers, they would rather value relationship. Older GPs reject the obligations of a supervisor: courses, administration and daily work impact. Urban and working group GPs fears' are often similar to the younger or feminine GPs. Men worries are more linked to the older generation. If brakes exist, solutions too. This data allows public medical organisms to improve the argumentation for future recruitments of GP trainee supervisors.

Keywords : brakes, general medicine, recruitment, internship supervisors, qualitative study

