

Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 février 2019

Par TESTE Marie

Né(e) le 30 juin 1988 à Guéret, Creuse

FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN MILIEU HOSPITALIER : AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de
la Faculté de Médecine de Limoges en 2018

Thèse dirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER Présidente du Jury
M. le Professeur Daniel BUCHON Juge
M. le Professeur Philippe NUBUKPO Juge
Mme. le Docteur Karen RUDELLE Juge et Directrice de Thèse



Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 février 2019

Par TESTE Marie

Né(e) le 30 juin 1988, à Guéret, Creuse

**FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN MILIEU
HOSPITALIER : AVANTAGES ET INCONVENIENTS**

**Enquête menée auprès des internes et jeunes médecins
généralistes de la Faculté de Médecine de Limoges en 2018**

Thèse dirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER Présidente du Jury
M. le Professeur Daniel BUCHON Juge
M. le Professeur Philippe NUBUKPO Juge
Mme. le Docteur Karen RUDELLE Juge et Directrice de Thèse



Le 11 Octobre 2018

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

ASSESEURS : Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine (CS)	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François (CS)	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT (en disponibilité jusqu'au 31-12-2018)
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien (CS)	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François (CS)	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud (CS)	HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian (CS CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION (en détachement jusqu'au 04-11-2020)
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE (surnombre jusqu'au 31-08-2019)
MOUNAYER Charbel (CS)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
(CS) (faisant fonction de CS en CANCEROLOGIE)	
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe (CS)	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES (surnombre jusqu'au 31-08-2019)
YARDIN Catherine (CS)	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël (du 01-09-2018 au 31-08-2019) CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2019
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2017 au 31.08.2019
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2019

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} Novembre 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER) 31/10/20 1 ^{er} contrat
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A

BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GHANEM Khaled	ORL
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES

LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
ORSONI Xavier	UROLOGIE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
 <u>CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE</u>	
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

SEVE Léa

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

“La médecine, c'est un art qu'on exerce, en attendant qu'on le découvre.”

Emile Deschamps

“A vouloir enseigner trop de médecine, on n'a plus le loisir de former le médecin.”

Jean Hamburger

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur Universitaire de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste à Limoges.

Merci pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant la présidence de mon jury. Je souhaitais également vous remercier pour l'engagement dont vous faites preuve envers les internes en médecine générale.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON, Professeur Universitaire de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste à Bugeat.

Je tenais à vous remercier pour l'honneur que vous m'avez fait en ayant accepté de siéger à mon jury de thèse. Je tenais également à vous remercier pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours de mon internat.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO, Professeur Universitaire en addictologie à la faculté de médecine de Limoges et psychiatre au centre hospitalier Esquirol à Limoges.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci de vous être rendu disponible.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Karen RUDELLE, chef de clinique en médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste à Saint Yrieix la Perche.

Je te remercie d'avoir accepté la direction de mon travail de thèse. Je te remercie pour ta patience, ton écoute et tes précieux conseils. Sans ton aide, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Je tenais à t'exprimer ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Cyril KAHFUJIAN, responsable des internes de médecine, pharmacie et biologie médicale de la faculté de médecine de Limoges.

Je tenais à vous remercier tout particulièrement pour votre disponibilité, vous m'avez été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

Je tenais à vous exprimer ma reconnaissance.

A mes parents, Patrick et Josette, merci pour votre soutien tout au long de ce parcours qui n'a pas toujours été évident. Merci pour votre amour et votre éternelle confiance en moi ; sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Je vous aime.

A Pierre-Clément, mon confident, mon compagnon, mon pilier. Je te remercie de me supporter malgré mes défauts. Merci pour ton constant soutien. Merci de m'épauler dans mes moments de doute. Merci de m'accompagner dans les bons mais aussi les moments les plus douloureux. Merci de faire partie de ma vie. Je t'aime.

A ma sœur, merci de ton soutien. Même si on ne se le dit pas souvent, je t'aime.

A ma Pauline, tu es comme une sœur pour moi, merci pour ta présence durant ces longues années d'études.

J'ai également une pensée toute particulière pour **mes grands-mères**, vous n'êtes plus là aujourd'hui si ce n'est dans mon cœur. J'espère vous rendre fières.

Merci à ma maman, à **Christophe, Marielle** et **Ludovic** pour la relecture de ce travail.

Aux médecins que j'ai côtoyés pendant mes années d'internat : merci pour vos conseils et l'aide que vous avez pu m'apporter.

Un grand merci tout particulièrement aux **docteurs PAROT et NOINSKI** pour leur soutien lors de mon internat et mes premiers pas de médecin généraliste. Je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui sans vos enseignements. Je souhaite vous témoigner ma sincère reconnaissance et gratitude.

Merci au **Dr DEVESA-MANSOUR**, sans ta passion pour ton métier, je crois que je ne me serais jamais lancée dans cette aventure. Merci pour tes conseils, ton soutien et ton enseignement.

Aux équipes paramédicales avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et de me former durant tout mon internat. Merci pour ces moments de joie et de convivialité qui m'ont permis de surmonter les moments les plus difficiles. J'ai découvert parmi vous de belles personnes. Je suis fière d'avoir pu travailler à vos côtés.

Aux copains de l'externat et de l'internat, merci pour votre soutien durant toutes ces années d'études, merci pour les longues heures de révisions à la bibliothèque, merci pour les parties de rigolades, et les soirées endiablées.

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/>



SOMMAIRE

Remerciements	15
Droits d'auteurs	17
SOMMAIRE.....	18
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	21
LISTE DES ABREVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	23
I. RAPPEL HISTORIQUE	24
I.1. LA MEDECINE AU XX ^{ème} SIECLE.....	24
I.1.1. UN BOND EN AVANT	24
I.1.2. EXERCER LA MEDECINE	24
I.1.3. 1958 : LA REFORME DEBRE	25
I.1.3.1. UNE PROFONDE MODIFICATION DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS ...	25
I.1.3.2. CONSEQUENCES POUR LA MEDECINE GENERALE	25
I.1.4. LA CREATION DU RESIDANAT	26
I.2. LES ANNEES 2000 : VERS LA CREATION DE LA SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE.....	26
I.2.1. ETAT DES LIEUX.....	26
I.2.2. 2004 : NAISSANCE D'UNE SPECIALITE	27
I.2.3. ... ET LA RECONNAISSANCE DE SES SPECIFICITES.....	27
I.3. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN 2004	30
I.3.1. OBJECTIF DU DES.....	30
I.3.2. LA MAQUETTE DU DES.....	31
I.3.2.1. FORMATION THEORIQUE	31
I.3.2.2. FORMATION PRATIQUE	31
I.4. 2017 : LE NOUVEAU DES DE MEDECINE GENERALE.....	32
I.4.1. LE RAPPORT COURAUD – PRUVOT	32
I.4.1.1. ETAT DES LIEUX	32
I.4.1.2. UN CONSTAT PLUTOT NEGATIF	33
I.4.1.3. LES PROPOSITIONS	33
I.4.2. NAISSANCE DE LA REFORME.....	34
I.4.2.1. CE QUI NE CHANGE PAS	34
I.4.2.2. LES NOUVEAUTES.....	34
I.4.2.2.1. LA PHASE SOCLE	35
I.4.2.2.1.1. LES COMPETENCES A ACQUERIR.....	35
I.4.2.2.1.2. LES STAGES.....	35
I.4.2.2.1.3. L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE.....	36
I.4.2.2.1.4. L'EVALUATION	36
I.4.2.2.2. LA PHASE D'APPROFONDISSEMENT	37
I.4.2.2.2.1. LES COMPETENCES A ACQUERIR.....	37
I.4.2.2.2.2. LES STAGES.....	37
I.4.2.2.2.3. L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE.....	38
I.4.2.2.2.4. L'EVALUATION	38
I.4.2.2.3. LES CRITERES D'AGREMENT DE STAGE	38
I.4.3. UN TOURNANT VERS L'AMBULATOIRE.....	39

I.4.3.1. UN SOUHAIT DES INTERNES.....	39
I.4.3.2. UN DESIR D'AMELIORER LA FORMATION.....	40
I.4.3.3. UNE REPONSE A UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DIFFICILE.....	40
II. UNE ETUDE QUALITATIVE A LA BASE DE NOTRE TRAVAIL.....	43
II.1. SYNTHESE DES RESULTATS.....	43
II.2. LE CHOIX D'UNE ETUDE QUANTITATIVE.....	45
III. LE QUESTIONNAIRE.....	46
III.1. OBJECTIF.....	46
III.2. MATERIEL ET METHODE.....	46
III.2.1. TYPE D'ETUDE.....	46
III.2.2. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE.....	46
III.2.3. POPULATION INTERROGEE.....	47
III.2.4. RECUEIL DES DONNEES.....	47
III.2.5. ANALYSE DES RESULTATS.....	47
III.3. RESULTATS.....	48
III.3.1. NOMBRE DE REPONSES.....	48
III.3.2. PROFIL DE LA POPULATION INTERROGEE.....	48
III.3.3. SECONDE PARTIE DU QUESTIONNAIRE : LES AFFIRMATIONS.....	53
III.3.3.1. UNE PORTE D'ENTREE SUR L'HOPITAL.....	53
III.3.3.2. LE RECRUTEMENT DES PATIENTS.....	54
III.3.3.3. UNE EXPERIENCE DANS DES DOMAINES PRECIS.....	55
III.3.3.4. LA FORMATION.....	56
III.3.3.5. LE RECOURS AUX AVIS SPECIALISES.....	57
III.3.3.6. LA DIVERSITE DES PATHOLOGIES.....	58
III.3.3.7. LA GESTION DU TEMPS.....	59
III.3.3.8. L'ADAPTATION AUX POSSIBILITES DE LA VILLE.....	60
III.3.3.9. LE RECOURS A LA BIOLOGIE.....	61
III.3.3.10. LE RECOURS AUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	62
III.3.3.11. LE RAPPORT AU PATIENT.....	63
III.3.3.12. LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES.....	64
III.3.3.13. LA PREVENTION.....	65
III.3.3.14. AVIS SUR LA FORMATION HOSPITALIERE.....	66
III.3.3.15. QUESTION OUVERTE.....	67
IV. DISCUSSION.....	68
IV.1. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON.....	68
IV.1.1. CENTREE SUR LE GENRE.....	68
IV.1.2. CENTREE SUR LE MODE D'EXERCICE.....	68
IV.1.3. PARTICULARITES DE NOTRE POPULATION : LE PARCOURS UNIVERSITAIRE.....	68
IV.2. SYNTHESE DES RESULTATS.....	69
IV.2.1. LES AVANTAGES DES STAGES HOSPITALIERS.....	69
IV.2.2. LES INCONVENIENTS DES STAGES HOSPITALIERS.....	70
IV.2.3. LES ASPECTS « INTERMEDIAIRES ».....	71
IV.2.4. AVIS GENERAL SUR LA FORMATION HOSPITALIERE.....	71
IV.3. LES FORCES DE NOTRE ETUDE.....	72
IV.3.1. L'EFFECTIF ET LE TAUX DE PARTICIPATION.....	72
IV.3.2. UNE POPULATION VARIEE.....	72

IV.3.3. UN THEME ORIGINAL	72
IV.3.4. UNE PREMIERE ETUDE QUANTITATIVE SUR LE SUJET	72
IV.4. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	72
IV.4.1. L'ETUDE PORTE SUR L'ANCIEN DES	72
IV.4.2. UN ECHANTILLON RESTREINT	73
IV.4.3. LES DESC NON IDENTIFIES	73
IV.5. LE STAGE HOSPITALIER « IDEAL »	74
IV.5.1. UNE IMPLICATION PLUS IMPORTANTE DES FORMATEURS	74
IV.5.2. DES LIEUX DE STAGES PLUS EN ADEQUATION AVEC LA PRATIQUE FUTURE	74
IV.5.3. DIMINUER LA DUREE DES STAGES HOSPITALIERS	74
IV.5.4. IMPLIQUER L'INTERNE AUTREMENT	74
IV.5.5. FIXER DES OBJECTIFS DE STAGES CLAIRS	75
IV.5.6. RENFORCER LE LIEN VILLE – HOPITAL.....	75
CONCLUSION	76
Références bibliographiques	77
Annexe : LE QUESTIONNAIRE	80
Serment d'Hippocrate.....	85

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Marguerite des compétences des médecins généralistes, d'après le CNGE	29
Figure 2 : Le DES de médecine générale en 2017, d'après le CNGE.....	35
Figure 3 : Répartition des répondants centrée sur le sexe.....	48
Figure 4 : Répartition des répondants centrée sur l'âge.....	49
Figure 5 : Répartition des répondants selon le mode d'exercice	49
Figure 6 : Maquette de stage du DES des répondants	50
Figure 7 : Première expérience en médecine générale libérale	51
Figure 8 : Nombre de stages en médecine libérale.....	52
Figure 9 : Intérêt des stages hospitaliers comme porte d'entrée sur l'hôpital	53
Figure 10 : Intérêt des stages hospitaliers dans le recrutement des patients	54
Figure 11 : Intérêt des stages hospitaliers pour l'acquisition d'expérience dans des domaines précis	55
Figure 12 : Intérêt des stages hospitaliers pour la formation.....	56
Figure 13 : Intérêt des stages hospitaliers dans la constitution de son réseau de consultants	57
Figure 14 : Intérêt d'un éventail de pathologie plus restreint en milieu hospitalier.....	58
Figure 15 : Une dynamique temporelle différente en structure hospitalière, intérêt pour la pratique future	59
Figure 16 : Prises en charge « idéales » et adaptation aux possibilités de la ville, intérêt pour la pratique future	60
Figure 17 : Intérêt pour la pratique future du recours quasi systématique à la biologie en milieu hospitalier.....	61
Figure 18 : Intérêt pour la pratique future d'un recours facilité aux examens complémentaires en milieu hospitalier.....	62
Figure 19 : Le rapport au patient	63
Figure 20 : Le suivi des pathologies chroniques	64
Figure 21 : La prévention.....	65
Figure 22 : Avis des répondants sur la formation hospitalière des internes de médecine générale	66

LISTE DES ABREVIATIONS

- A.R.P.** : Apprentissages par **R**ésolution de **P**roblèmes
- C.E.S.** : Certificats d'**E**tudes **S**pécialisées
- C.H.U.** : Centre **H**ospitalier **U**niversitaire
- C.N.G.E.** : Collège **N**ational des **G**énéralistes **E**nseignants
- C.N.I.P.I.** : Commission **N**ationale de l'**I**nternat et du **P**ost-Internat
- C.N.U.** : Conseil **N**ational des **U**niversités
- D.E.S.** : Diplôme d'**E**tudes **S**pécialisées
- D.E.S.C. I** : Diplômes d'**E**tudes **S**pécialisées **C**omplémentaires de type **I**
- D.E.S.C. II** : Diplômes d'**E**tudes **S**pécialisées **C**omplémentaires de type **II**
- D.U.M.G.** : Département **U**niversitaire de **M**édecine **G**énérale
- E.C.N.** : Epreuves **C**lassantes **N**ationales
- F.S.T.** : Formations **S**pécialisées **T**ransversales
- G.E.P.** : Groupes d'**E**changes de **P**ratique
- I.G.A.E.N.R.** : Inspection **G**énérale de l'**A**dministration de l'**E**ducation **N**ationale et de la **R**echerche
- I.G.A.S.** : Inspection **G**énérale des **A**ffaires **S**ociales
- I.S.N.A.R.-I.M.G.** : Inter **S**yndicale **N**ationale **A**utonomie **R**épresentative des **I**nternes de **M**édecine **G**énérale
- M.S.U.** : Maitre de **S**tage **U**niversitaire
- R.S.C.A.** : Récit de **S**ituation **C**omplexe **A**uthentique
- R.S.D.** : Récit de **S**ituation **D**ifficile
- S.A.S.P.A.S.** : Stage **A**utonomie en **S**oins **P**rimaires **A**mbulatoires **S**upervisé
- S.F.M.G.** : Société **F**rançaise de **M**édecine **G**énérale
- S.F.T.G.** : Société de **F**ormation **T**hérapeutique du **G**énéraliste
- S.S.R.** : Soins de **S**uite et de **R**éadaptation
- W.O.N.C.A.** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

INTRODUCTION

Pour ce travail de thèse, j'ai choisi de m'intéresser à la formation des internes en médecine générale et plus particulièrement aux stages hospitaliers qui font partie intégrante de notre cursus.

La médecine générale a connu depuis un siècle de nombreux bouleversements : de son apogée au début du XX^{ème} siècle, a connu un profond déclin dans les années 1950 - 1960 où elle s'est vue mise à l'écart du système de soins français. Depuis, de nombreuses générations de médecins généralistes tentent de redonner ces lettres de noblesse à cette discipline médicale si singulière. Avec la reconnaissance en tant que spécialité médicale à part entière en 2004, la médecine générale rejoint le champ des autres spécialités médicales. Mais il reste encore beaucoup à faire pour rendre cette discipline attractive pour les générations futures.

En novembre 2013, lorsque j'ai débuté mon internat, la maquette de stage n'imposait qu'un seul semestre en médecine générale au cours de nos trois années de formation. Il y avait malgré tout, la possibilité de renouveler l'expérience de la médecine générale une à deux fois au cours de notre cursus ; mais ceci était très dépendant des postes disponibles et du classement de chacun. Depuis la réforme du troisième cycle des études médicales de 2017, l'internat de médecine générale se veut au plus près de la pratique des médecins généralistes et pour cela les stages en ambulatoire se sont multipliés.

Malgré ce tournant pris en faveur de la formation en médecine libérale, j'ai tout de même choisi de m'interroger sur les stages hospitaliers : autrefois, ils constituaient le socle de la formation des médecins généralistes ; aujourd'hui, ils sont délaissés pour les stages ambulatoires qui se veulent plus proches de la réalité de l'exercice du médecin généraliste. Toutefois, les stages hospitaliers continuent de faire partie de la maquette de formation des futures générations de médecins généralistes.

Notre travail de recherche a pour but de déterminer les avantages mais aussi les inconvénients des stages hospitaliers pour la formation des futurs médecins généralistes. Et grâce à ces éléments nous tenterons de déterminer le stage hospitalier « idéal » pour la formation des futurs médecins généralistes.

I. RAPPEL HISTORIQUE

I.1. LA MEDECINE AU XX^{ème} SIECLE

I.1.1. UN BOND EN AVANT

La fin du XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle sont marqués par des progrès médicaux considérables du fait d'une évolution importante des sciences fondamentales, des techniques thérapeutiques et diagnostiques. De nouvelles disciplines scientifiques comme la virologie, l'immunologie et la génétique vont naître. Les techniques d'investigation sur le corps humain vont également émerger, telles que la radiologie ou l'échographie et vont permettre aux médecins de faciliter la démarche diagnostique (1) (2). Ces transformations se font en faveur d'une spécialisation croissante des compétences médicales. Ces différentes compétences médicales vont se développer à l'hôpital et s'organiser « autour d'organes » ou de techniques particulières. Le haut niveau de spécialisation qui caractérise la médecine contemporaine est la résultante d'un processus de différenciation des activités médicales qui ne cesse de se développer, encore à l'heure actuelle. Le nombre de spécialités médicales a augmenté régulièrement jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, et ces mêmes spécialités ont à présent tendance à se diviser en sous-spécialités en faisant appel à des compétences toujours de plus en plus spécifiques.

I.1.2. EXERCER LA MEDECINE

Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, l'exercice de la médecine est plutôt un exercice individuel où le praticien profite d'une grande autonomie. Les médecins sont des omnipraticiens : la pratique de la médecine se confond avec la médecine générale (à l'exclusion de la chirurgie). L'exercice libéral prédomine.

Avant la seconde guerre mondiale, les médecins sont majoritairement installés en cabinet de ville : 70 % des médecins diplômés avant 1925 étaient installés en milieu urbain et seulement 24 % en milieu rural. Cette tendance va régresser après la création de la Sécurité Sociale en 1945. En effet une partie de la population, la population rurale, qui n'était pas solvable jusque-là va le devenir ; ainsi les diplômés après 1945 n'étaient que 59 % à s'installer en ville pour 33 % en milieu rural (3).

Avec l'essor des progrès médicaux et la naissance des spécialités, l'exercice de la médecine va se compartimenter et par conséquent le périmètre d'action des omnipraticiens va se restreindre.

La spécialisation des médecins n'a été précisément codifiée qu'à partir de 1949, date à laquelle un arrêté établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance.(4)

La voie « royale » pour accéder à la spécialité se fait par la voie sélective du concours d'internat des hôpitaux. Il existe également une voie « accessoire » par l'intermédiaire des CES. Créés en 1948, ils ont pour but de pallier le manque dans certaines spécialités alors peu prisées lors du concours de l'internat. Ces enseignements étaient proposés après le doctorat et avaient pour but d'améliorer la formation des omnipraticiens dans certains domaines. Ils seront supprimés en 1982.(5) (6)

I.1.3. 1958 : LA REFORME DEBRE

Avant 1958, il existait deux hiérarchies distinctes au sein du monde médical (5) (7):

- Les universitaires : assistants, chefs de clinique, agrégés et professeurs
- Les hospitaliers : externes, internes, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, chefs de service et adjoints. Cette carrière était basée sur un enseignement clinique au lit du malade ainsi que sur les concours hospitaliers.

I.1.3.1. UNE PROFONDE MODIFICATION DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

En 1958, la réforme de l'hôpital initiée par Robert Debré va permettre la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il s'agissait des centres hospitaliers des villes qui possédait une faculté de médecine. Le but des CHU était de rapprocher les fonctions universitaires de la médecine (recherche et enseignement) et l'hôpital. Les enseignants de la faculté et les enseignants des hôpitaux publics se fondent alors dans un même corps ; la réforme instaure le temps plein universitaire, prévoyant que chaque hospitalo-universitaire exerce sa triple activité de soins, d'enseignement et de recherche dans le cadre hospitalier.(6)

Le système hospitalo-universitaire devient alors l'épicentre du système de soins et tend à créer une élite médicale(8).

Avant cette réforme, l'hôpital était réservé aux personnes les plus pauvres. Les soins apportés n'étaient pas forcément qualifiés et l'installation en ville restait pour les médecins la voie d'exercice la plus prestigieuse. La médecine générale bénéficiait alors de la même aura que la médecine spécialisée. Après la réforme, les pensées vont évoluer en lien avec les nouvelles technologies et l'essor des spécialités ainsi la voie hospitalo-universitaire tend à devenir beaucoup plus prestigieuse que la simple installation (6).

I.1.3.2. CONSEQUENCES POUR LA MEDECINE GENERALE

La mise en place des CHU consacre la domination intellectuelle et sociale de la médecine spécialisée et plus particulièrement de la médecine hospitalière. Il en résulte un manque de reconnaissance de la médecine générale au sein de ce système de soins hospitalo-centré. Il est de plus en plus difficile pour la médecine générale de trouver sa place, par rapport aux autres spécialités médicales.(8) Les généralistes souffrent d'une représentation qui les situe à la périphérie de l'institution médicale et ceci malgré leur supériorité numérique.

La spécialisation va petit à petit devenir un objectif commun à la majorité des étudiants en médecine et un sentiment d'infériorité et de non reconnaissance va s'installer chez les médecins généralistes(3).

Dans ce système de formation, les médecins généralistes sont les étudiants qui ont fait le choix de ne pas se présenter au concours de l'internat ou qui ont échoué à ce même concours. Ce sont également ceux qui ont fait le choix de ne pas prolonger leur apprentissage par un Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) (6) (9). Le médecin généraliste est alors celui qui n'a pas ces diplômes, la médecine générale va devenir une « non spécialité » et ceci jusqu'en 2004.

Dans les années 1970, les futurs médecins généralistes font six années de tronc commun aux côtés des futurs spécialistes. A l'issue de ce tronc commun, les étudiants qui ont fait le choix de la médecine générale vont prolonger leur formation par un « stage interne » dans des hôpitaux de proximité. Ce stage réalisé en septième année est non spécifique et ne possède pas de réel contenu théorique ou pratique, il se rapproche des stages cliniques réalisés les années précédentes (5). Concrètement, les futurs médecins généralistes sont ceux dont la formation s'arrête quand celle des autres continue ; ils ont assez de connaissances pour pratiquer la médecine générale.

I.1.4. LA CREATION DU RESIDANAT

En 1984, un troisième cycle spécifique à la médecine générale est créé et comprend :

- Un allongement de la formation spécifique à deux ans, soit 4 semestres à réaliser en milieu hospitalier
- L'introduction d'un stage obligatoire chez le médecin généraliste d'une durée de 20 demi-journées
- La mise en place de structures ainsi que de moyens
- L'implication de médecins généralistes dans la formation théorique

C'est la naissance de l'internat de médecine générale, mais malgré ces avancées les étudiants en médecine générale ne sont pas sur le même pied d'égalité que leurs confrères spécialistes et l'internat de médecine générale sera rapidement rebaptisé, le résidanat (5). Le troisième cycle des études médicales comprend donc alors deux filières : le résidanat, qui est une filière de préparation à la médecine générale, ainsi que l'internat qui est une filière de préparation à la spécialisation.

En 1997, un stage de six mois chez le médecin généraliste devient obligatoire, il porte alors la durée du résidanat à 5 semestres (9) (10) .

Pour obtenir la qualification en médecine générale, qui donnait le droit d'exercer, les étudiants devaient alors avoir validé leur troisième cycle et avoir soutenu une thèse en médecine.

I.2. LES ANNEES 2000 : VERS LA CREATION DE LA SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

I.2.1. ETAT DES LIEUX

Au cours des années 1970, quelques pionniers persuadés de l'importance de la médecine générale, ont commencé à innover et ont investi le domaine de la recherche avec la création des premières sociétés scientifiques de médecine générale (11) comme la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1973, puis la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en 1977 (5). Ils ont également initié la réflexion sur les méthodes pédagogiques nécessaires à la formation des futurs médecins généralistes.

Ces réflexions font écho à des courants de pensée européens. Dès 1974, le groupe LEEUWENHORST avait proposé une description de l'activité du médecin généraliste (6). Fort de ces réflexions, un groupe de médecins issus de ce mouvement a fait le pari que la médecine

générale, étant indispensable pour la santé de la population française, devait pour exister, intégrer l'université et y fonder son avenir. Malgré le scepticisme voire l'opposition de beaucoup de ses propres décideurs, la médecine générale universitaire devient un projet matérialisé par la création en 1983 du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (8). Ce dernier œuvre depuis sa création pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique et pour qu'elle possède un statut universitaire. Sa contribution sera essentielle dans la mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale (12).

Au début des années 2000, la réforme de 1984 était toujours d'actualité et le troisième cycle de médecine générale ou résidanat était toujours en place. Rappelons que ce dernier était ouvert aux internes qui se destinaient à la médecine générale mais aussi à ceux qui avaient échoué au concours de l'internat. La médecine générale était donc toujours en marge du cursus de spécialisation.

De plus, il était largement convenu tout au long des années d'apprentissage que la médecine générale constituait le socle des connaissances médicales minimales de tout médecin. Ceci était une profonde erreur, les spécificités de cette discipline médicale étant effectivement totalement niées. Ces modalités de choix et cette image de « médecine au rabais » avaient pour conséquences de sélectionner les futurs médecins généralistes par l'échec, ce qui n'aidait pas à rendre la discipline attractive et majorait le manque de considération dont elle était déjà victime.

Au fil des années et des réflexions l'évidence s'impose : la revalorisation du métier de médecin généraliste doit passer par une profonde réforme du troisième cycle (9).

I.2.2. 2004 : NAISSANCE D'UNE SPECIALITE ...

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 prévoyait de remplacer le concours de l'internat par un concours national et d'élargir l'appellation « internes » aux résidents. Mais ce n'est qu'avec le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales que le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale a vu le jour (9).

Ce décret annonçait également la naissance des Epreuves Classantes Nationales (ECN) : tous les étudiants seront soumis à ce concours pour pouvoir accéder au troisième cycle des études médicales et donc à l'internat (6) (7) (11). Ce dernier comportait désormais comme choix la spécialité de « médecine générale ». La médecine générale est alors devenue une spécialité à part entière, la première promotion de spécialistes en médecine générale conclue sa formation en 2007. Un nouveau corps de médecins a vu le jour : les spécialistes en soins primaires.

I.2.3. ... ET LA RECONNAISSANCE DE SES SPECIFICITES (13)

Avec la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité à part entière, il ne fallait surtout pas que la réforme conduise à noyer cette dernière au sein des autres spécialités. Au contraire, il s'agissait de mettre en évidence les spécificités propres à l'exercice de cette discipline médicale. De nombreux travaux internationaux, depuis ceux du groupe européen d'enseignants de médecine générale réuni en 1974 à LEEUWENHORST jusqu'à la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) ont permis de préciser le champ de la médecine générale.

La WONCA définit la médecine générale comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (13).

La médecine générale comme discipline scientifique centrée sur la personne, peut être envisagée sous trois dimensions spécifiques qui doivent être considérées comme fondamentales (13) :

- Une dimension scientifique qui permet d'adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.
- Une dimension contextuelle qui prend en compte l'environnement de la personne, la famille, la communauté et la culture
- Une dimension comportementale basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.

La médecine générale, en tant que spécialité clinique orientée vers les soins primaires, possède les caractéristiques suivantes (13) :

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

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin généraliste spécialisé doit maîtriser. Ces capacités peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (13) :

- La gestion des soins de santé primaire
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale

- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

Ces six compétences peuvent être résumées sous le schéma suivant :

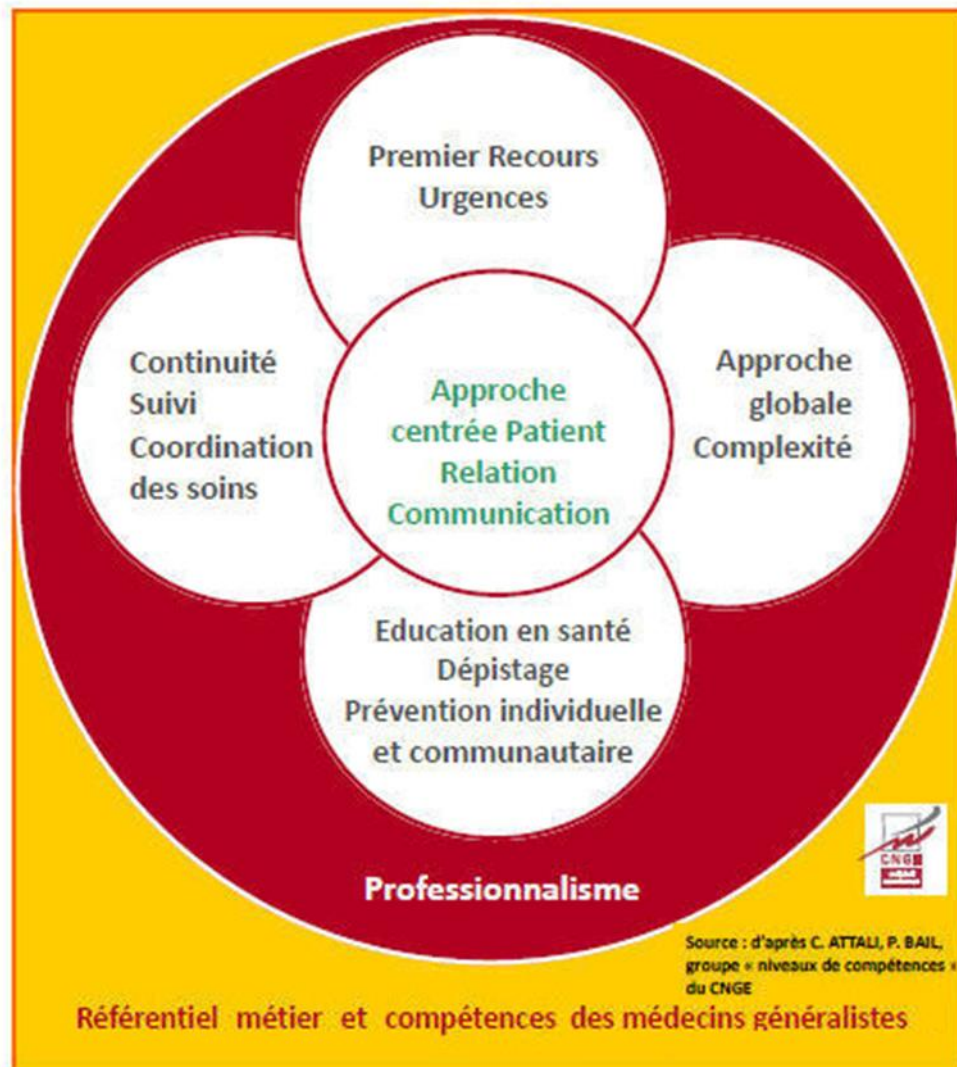


Figure 1 : Marguerite des compétences des médecins généralistes, d'après le CNGE

Le spécialiste en médecine générale applique ces six compétences dans trois champs d'activité que sont la démarche clinique, la communication avec les patients, et la gestion de l'outil professionnel ou cabinet médical.

L'interrelation entre les six compétences fondamentales, les trois champs d'activité et les trois dimensions scientifiques spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialité médicale (13).

Les médecins généralistes sont donc les médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline médicale si complexe. Ils sont alors le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de

leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (13).

I.3. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN 2004

Le DES de médecine générale a donc vu le jour en 2004 et avec lui l'internat de médecine générale dont la durée était portée à 3 ans.

I.3.1. OBJECTIF DU DES

Le DES de médecine générale devait permettre d'une part, l'acquisition de compétences fondées sur les savoirs acquis aux premiers et deuxièmes cycles des études médicales, et d'autre part, la mise en application de ces compétences dans le cadre d'une pratique ambulatoire.

Il était légitime que les futurs médecins généralistes soient formés à répondre de façon adaptée aux demandes des patients. Les étudiants en fin de formation devaient être capable de gérer la plupart des situations courantes rencontrées en médecine générale, y compris les situations complexes (14).

Pour assurer ses futures fonctions, le médecin généraliste devait acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales adaptées à l'exercice de ces missions. Ces compétences lui permettaient d'assurer les rôles et les tâches qui lui incombait. Les apprentissages du troisième cycle avaient donc pour objectif d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale (cf. Figure 1 : Marguerite des compétences du médecin généraliste), à savoir :

- Créer des relations, communiquer, adopter une approche centrée sur le patient
- Adopter une approche globale en prenant en compte la complexité de chaque situation
- Promouvoir et développer l'éducation en santé, le dépistage, la prévention, que ce soit en termes de santé individuelle ou de santé communautaire
- Gérer le premier recours, l'incertitude, les soins non programmés et l'urgence
- Assurer une continuité, un suivi et la coordination des soins autour du patient
- Le professionnalisme qui intègre l'ensemble de ses compétences et qui sous-entend la capacité à assurer l'engagement envers la société et les personnes et à répondre à leurs attentes, ainsi que la gestion de son outil de travail.

I.3.2. LA MAQUETTE DU DES (15) (16) (17)

I.3.2.1. FORMATION THEORIQUE

La durée prévue pour les enseignements théoriques était d'environ 200 heures. On distinguait deux types d'enseignement : les enseignements généraux et les enseignements spécifiques.

Les enseignements généraux comprenaient alors :

- De la méthodologie pour l'évaluation des pratiques de soins et pour la recherche clinique en médecine générale
- De l'épidémiologie et de la santé publique
- Des cours portant sur l'organisation, la gestion, l'éthique, le droit et la responsabilité médicale en médecine générale, l'économie de la santé.

Les enseignements spécifiques comportaient les thèmes suivants :

- La médecine générale et son champ d'application
- Les gestes et techniques en médecine générale
- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

I.3.2.2. FORMATION PRATIQUE

Elle comprenait six semestres répartis comme ceci :

- Trois semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale :
 - Un au titre de la médecine adulte : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
 - Un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - Un au titre de la médecine d'urgence.
- Un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé.
- Un semestre auprès de praticiens généralistes agréés.
- Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous

la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé ou SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Cette maquette sera modifiée par l'arrêté du 4 octobre 2011 qui rendra la réalisation du stage au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie possible en ambulatoire, auprès de maîtres de stage agréés.

I.4. 2017 : LE NOUVEAU DES DE MEDECINE GENERALE

Dès 2009 différents processus d'évaluations, de rapports et de concertations sont mis en place entre les différents acteurs de la santé, de l'éducation et les représentants étudiants pour élaborer ce qui deviendra la réforme du troisième cycle des études médicales.

Tout débute par la mission confiée à l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche). Le ministère de la santé, en la personne de Madame Marisol TOURRAINE, et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, représenté par Madame Geneviève FIORASO, ont confié à ces deux organismes le soin d'établir un rapport sur l'organisation du troisième cycle des études médicales et du post internat. Ce rapport conjoint avait alors préconisé une réforme d'ampleur pour le post internat et avait indiqué plusieurs pistes de réflexions concernant l'internat.

Ce rapport a été présenté à la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) en juin 2010. Cette commission a ensuite été chargée, par ces mêmes ministères, de constituer un groupe de travail afin de formuler une série de propositions concrètes pour la réforme du troisième cycle des études médicales (18). Après trois ans de réflexions et de concertations, les professeurs François COURAUD et François- René PRUVOT, qui dirigeaient ce groupe de travail, ont émis un premier rapport intitulé « Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales »

I.4.1. LE RAPPORT COURAUD – PRUVOT (19)

Ce rapport proposait une restructuration complète de l'organisation du troisième cycle des études médicales.

I.4.1.1. ETAT DES LIEUX

Le troisième cycle correspondait à la période de spécialisation après le tronc commun des premiers et deuxièmes cycles. Il était organisé autour de trois types de diplômes :

- Les Diplômes d'Etudes Spécialisées
- Les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires de type I (DESC I). Les DESC de type I attestent d'une formation spécifique, ne sont pas qualifiants et ne confèrent pas un exercice exclusif.
- Les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires de type II (DESC II). Les DESC de type II sont dits qualifiants et confèrent donc un exercice exclusif.

Il existait en plus des diplômes nationaux de formation continue tel que les Capacités.

Les DES assuraient la formation aux principales spécialités qualifiantes ; leur durée va de trois ans pour la médecine générale à quatre ou cinq ans pour les autres spécialités. Ils sont organisés dans chaque subdivision. Les médecins sont qualifiés « spécialistes » dans la spécialité correspondant au DES ou DESC de groupe II qualifiant qu'ils possédaient et exerçaient de manière exclusive dans cette spécialité au titre de laquelle ils étaient inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

Chaque formation DES ou DESC était sous la responsabilité locale d'un coordonnateur enseignant de la discipline. Le contenu de la formation était défini par arrêté conjoint des ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la santé. Les collèges de spécialistes et les sous-sections du Conseil National des Universités (CNU) étaient consultés sur ce contenu et son évolution.

Toutes ces formations, DES et DESC, constituaient des briques disciplinaires qui s'articulaient entre elles pour assurer chaque fois que c'est nécessaire la pluridisciplinarité.

Les contenus scientifiques et cliniques évoluant rapidement, la formation de troisième cycle médical s'est progressivement complexifiée par ajout de briques supplémentaires ce qui a eu pour effet collatéral d'allonger la durée des études.

I.4.1.2. UN CONSTAT PLUTOT NEGATIF

Le dispositif présentait plusieurs faiblesses, notamment :

- Une superposition de formations mono-disciplinaires sans organisation générale de la formation de troisième cycle,
- L'absence d'une articulation formalisée entre les DES et les DESC,
- Une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations,
- La quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences,
- Une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites,
- Une faible lisibilité.

De plus, il existait une grande disparité au niveau organisationnel, non seulement entre les différents DES ou DESC, mais aussi au sein d'un même diplôme d'une inter-région à une autre. Cette disparité était en partie liée au fait que les formations de santé n'étaient pas encore évaluées par l'agence nationale d'évaluation.

I.4.1.3. LES PROPOSITIONS

Fort de ce constat, des propositions de réforme du troisième cycle ont été élaborées pour pallier les faiblesses du troisième cycle des études médicales. Les principales étaient les suivantes :

- La reconnaissance du DES comme étant le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité
- La mise en place d'une progression dans le contenu pédagogique des DES sous la forme de trois phases successives : la phase socle, la phase intermédiaire et la phase de mise en responsabilité

- La mise en place d'une évaluation des compétences acquises tout au long du cursus
- L'intégration de la pluridisciplinarité au sein de la formation, chaque fois que cela est nécessaire, par la mise en place d'une équipe pédagogique pluridisciplinaire autour du coordonnateur
- La création d'options au sein des DES permettant ainsi des sur- spécialisations sans rupture et sans allongement de la formation
- La suppression des DESC II et la transformation des DESC I en Formations Spécialisées Transversales (FST)
- Une meilleure reconnaissance de la spécificité de la formation des hospitalo-universitaires (formation à la recherche) et une meilleure intégration à l'université des étudiants de troisième cycle des études médicales
- Concernant plus particulièrement la médecine générale, ce rapport préconise d'augmenter le nombre de stages en secteur ambulatoire.

I.4.2. NAISSANCE DE LA REFORME

À la suite de ce rapport et de ces propositions, les concertations avec les différents acteurs de la réforme se sont poursuivies. Ce travail de collaboration de longue haleine s'est finalement concrétisé par la parution de décrets et arrêtés entre la fin 2016 et le printemps 2017 donnant le jour à la réforme du troisième cycle des études médicales. Cette réforme est une ambitieuse réforme pédagogique dont les principes fondamentaux sont une mise en situation professionnelle progressive et un réinvestissement des enseignants dans le suivi et l'évaluation des étudiants (18).

La mise en œuvre de la réforme du troisième cycle a été effective à la rentrée de novembre 2017. Concernant la médecine générale, la réforme marque un important tournant vers la médecine générale de ville au détriment des stages hospitaliers.

I.4.2.1. CE QUI NE CHANGE PAS

Le DES de médecine générale est maintenu à six semestres. Ses objectifs généraux restent les mêmes que l'ancien DES à savoir l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

I.4.2.2. LES NOUVEAUTES

Le nouveau DES est composé de deux phases distinctes : la phase socle et la phase d'approfondissement. Chacune de ces phases possède une maquette et des objectifs qui lui sont propres.(20) (21)

Le D.E.S en 2017



Figure 2 : Le DES de médecine générale en 2017, d'après le CNGE

I.4.2.2.1. LA PHASE SOCLE (21)

Sa durée est de deux semestres et s'étend sur la première année d'internat.

I.4.2.2.1.1. LES COMPETENCES A ACQUERIR

A la fin de sa première année, l'interne doit pouvoir mettre en œuvre une démarche décisionnelle dans le cadre du premier recours ambulatoire. Cette démarche doit être fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude. L'interne doit être capable de développer une approche centrée sur le patient, mais il doit être aussi en mesure d'élaborer une approche globale dans le modèle biopsychosocial.

Il est donc attendu en fin de phase socle, un niveau de base requis sur les six compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

I.4.2.2.1.2. LES STAGES

Ils sont au nombre de deux, chacun ayant une durée de six mois :

- Un stage en médecine générale auprès d'un ou de plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s), appelé communément stage de niveau 1
- Un stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé

I.4.2.2.1.3. L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

Le volume horaire prévu par la loi est de deux demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie.

Les enseignements sont dispensés sous la forme :

- De travaux d'écriture clinique
- De groupes d'échanges de pratique (GEP)
- De méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- De groupes de formation à la relation thérapeutique
- De tutorats centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- D'ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

I.4.2.2.1.4. L'EVALUATION

La validation de la phase socle est soumise à plusieurs conditions :

- Obligation de présence en stage et en enseignement théorique
- Validation de la production personnelle de l'étudiant
- Évaluation du portfolio
- Argumentation orale des travaux personnels du portfolio

Une illustration de ces pratiques d'évaluation peut être l'exemple de la faculté de médecine de Limoges (22):

La présence en stage, ainsi que sa validation sont certifiées :

- par le référent pédagogique en ce qui concerne le stage aux urgences ;
- et par le coordonnateur et son collègue Maître de Stage Universitaire (MSU) pour le stage de médecine générale de niveau 1.

Ces évaluations sont réalisées avec le concours de l'interne concerné.

La présence lors des enseignements théoriques est vérifiée par appel lors de chaque séance.

Les travaux personnels, c'est-à-dire le portfolio, sont validés par le tuteur de chaque interne. Chaque étudiant doit produire au cours de cette première année deux Récits de Situation Complexe Authentique (RCSA) et deux Récits de Situation Difficile (RSD). De plus l'étudiant se doit de rencontrer son tuteur une fois par semestre au minimum. A la fin de cette première année, l'étudiant doit réaliser un bilan de ses compétences à l'aide d'une grille d'auto évaluation.

Au mois de septembre (fin de l'année universitaire), un jury composé d'un membre du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et d'un tuteur va se réunir pour vérifier la présence lors des enseignements théoriques, reprendre les évaluations de stage et le portfolio. Au terme de cette rencontre, une proposition de validation ou d'invalidation de la phase socle sera faite. Dans les suites, une commission locale de coordination va recevoir

individuellement tous les internes pour leur faire part de la décision du jury. Au terme de cette rencontre, la validation de la phase socle est acceptée ou non. En cas de validation, le passage à la phase suivante d'approfondissement est acté et un contrat de formation est rédigé. Ce contrat a pour but de définir les objectifs pédagogiques et le parcours de formation suivi au sein de la spécialité. Ce contrat peut faire l'objet d'évolutions, notamment pour y inclure une option ou une FST.

Ce dispositif de contrôle des acquis et des compétences au cours de l'internat est un dispositif encore jeune qui fait actuellement l'objet d'évaluation dans le but de le parfaire.

I.4.2.2.2. LA PHASE D'APPROFONDISSEMENT (21)

Pour la médecine générale sa durée est fixée à deux ans, soit quatre semestres ; elle constitue la deuxième et dernière phase de l'internat de médecine générale. L'étudiant peut y accéder après avoir validé la première phase dite phase socle.

I.4.2.2.2.1. LES COMPETENCES A ACQUERIR

Il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau avancé sur l'ensemble des six compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

I.4.2.2.2.2. LES STAGES

Ils sont au nombre de quatre, et ont une durée de six mois chacun :

- Un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.
- Un stage en santé de l'enfant ; idéalement en médecine ambulatoire auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) ou à défaut dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie
- Un stage en santé de la femme ; idéalement en médecine ambulatoire, auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) ou à défaut dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale.
- Un SASPAS, accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir un stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant idéalement en médecine de ville ou à défaut en secteur hospitalier et un stage libre.

I.4.2.2.2.3. L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

Sa durée est inchangée par rapport à la phase socle soit deux demi-journées par semaine : une demi-journée en enseignement supervisé et une en autonomie. La nature et les modalités d'enseignement restent également inchangées par rapport à la première phase.

I.4.2.2.2.4. L'EVALUATION

Les critères de validation de la phase d'approfondissement sont les suivants :

- Obligation de présence en stage
- Obligation de présence en enseignement théorique
- Validation de la production personnelle de l'étudiant
- Évaluation du portfolio
- Argumentation orale des travaux personnels du portfolio
- Validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

I.4.2.2.3. LES CRITERES D'AGREMENT DE STAGE (21)

Les stages doivent permettre d'acquérir des compétences relevant du champ d'intervention de la médecine générale. Ces stages ont donc pour but de préparer l'interne à la polyvalence, pour prendre en charge les patients quels que soient leur âge, leur sexe et leur culture, dans une démarche de soins primaires. Les stages qu'ils soient en médecine ambulatoire ou en médecine hospitalière doivent répondre à ces objectifs de formation. En milieu hospitalier le recrutement des patients, l'environnement médical, le plateau technique, les conditions de travail et la relation médicale ne correspondent pas toujours aux conditions de l'exercice ambulatoire au sein d'un cabinet de médecine générale. Il faut donc concilier les logiques de fonctionnement des services et les problématiques d'apprentissage. L'accréditation des sites de stage certifie l'adéquation aux critères exigés.

Lors de la phase socle, le jeune interne doit rencontrer les situations suivantes :

- Patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence
- Problèmes aigus non programmés fréquents et exemplaires
- Problèmes aigus non programmés dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- Problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- Problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques sont au premier plan
- Situations avec des patients difficiles et/ou exigeants

- Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- Situations avec des patients d'une autre culture

Pour qu'un terrain de stage soit agréé pour la phase socle du DES de médecine générale, ce dernier doit permettre à l'interne de rencontrer les situations citées précédemment. Il doit également permettre des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire.

En ce qui concerne la phase d'approfondissement, les stages agréés pour cette phase doivent permettre aux étudiants de se retrouver confrontés aux situations cliniques qu'ils auront à gérer dans l'exercice des soins premiers. Le stage, tout comme en phase socle, doit permettre des phases d'observation, de supervisions directes et indirectes des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire.

I.4.3. UN TOURNANT VERS L'AMBULATOIRE

Avec cette nouvelle maquette, on assiste à un véritable tournant vers l'ambulatoire pour le DES de médecine générale. Ce virage répond à plusieurs exigences.

I.4.3.1. UN SOUHAIT DES INTERNES

Dès les premières concertations en vue de la réforme du troisième cycle, des représentants du corps étudiant ont été intégrés dans le processus de réflexion. Parmi ces représentants, on retrouve des membres du bureau de l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) qui ont ainsi pu apporter leur regard concernant la formation de la médecine générale.

En 2013, pour formuler des propositions en adéquation avec les attentes des internes de médecine générale, l'ISNAR-IMG avait réalisé une enquête. Cette dernière intitulée « Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale » voulait évaluer le ressenti des internes de médecine générale concernant l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice du métier de médecin généraliste (23). Les résultats de cette étude ont mis en évidence que 45.9% des internes de médecine générale, ne souhaitant pas faire de D.E.S.C., souhaitaient faire trois stages ambulatoires et 17,3 % souhaitaient même pouvoir effectuer un quatrième stage en ambulatoire dans leur maquette de DES. Le nombre moyen de stages ambulatoires souhaité par les internes était de 2,88. Les résultats de cette enquête mettent donc en évidence un désir d'ambulatoire de la part des internes en médecine générale : ils souhaitaient donc être formés sur les lieux de leur exercice futur.

Un travail de thèse conjoint, d'ampleur nationale, mené en 2014 par les docteurs LANDRY et CATHALAN, avec le concours de CNGE, avait également abouti aux mêmes conclusions : les internes en médecine générale souhaitent renforcer la part ambulatoire de leur formation. (24) (25).

I.4.3.2. UN DESIR D'AMELIORER LA FORMATION

Avant la réforme du troisième cycle, la maquette du DES de médecine générale ne comportait qu'un seul stage obligatoire en médecine générale ambulatoire. Ainsi, un interne de médecine générale pouvait ne passer que six mois, soit 17 % de son internat, à se former sur le terrain de sa future pratique. L'exercice ambulatoire et l'exercice hospitalier présentent de nombreuses différences que ce soit en termes d'organisation, de structure, de recrutement des patients, de moyens ... La Médecine Générale était la seule spécialité à n'avoir au cours de sa formation qu'un seul semestre obligatoire dans sa spécialité ! Cela ne pouvait être jugé qu'insuffisant au regard des nombreuses spécificités présentées par cette spécialité.

I.4.3.3. UNE REPOSE A UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DIFFICILE (26)

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 22 juillet 2009 repose sur le principe de la réponse graduée des soins. Avant elle, au nom de la liberté de choix, les patients avaient à leur disposition immédiate une offre de soins large et diversifiée (généralistes, spécialistes, centres hospitaliers généraux ou centres hospitalo-universitaires, etc.). Ils prenaient la décision de consulter tel ou tel professionnel en fonction de critères divers qui leurs étaient propres.

L'absence de coordination entre les différents acteurs soignants était source de désorganisation et cela au détriment du patient. Parallèlement on assistait à l'augmentation des coûts de prise en charge. Ceci était directement en lien avec l'utilisation d'outils et de techniques de plus en plus sophistiqués et par conséquent plus coûteux mais aussi à l'explosion du nombre de patients chroniques.

La réponse graduée des soins avait donc pour objectif d'apporter un premier élément de réponse à ces difficultés : elle garantissait aux malades une réponse appropriée à leurs besoins et autant que possible à leurs attentes. Elle permet à chaque soignant (ou structure soignante) de se positionner au sein d'une réponse logique et adaptée à la situation de chaque patient.

Cette approche garantissait également une utilisation efficiente des ressources humaines, technologiques et financières de santé.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours devient alors l'acteur principal de cette nouvelle approche de l'organisation des soins. C'est à lui qu'incombe la tâche d'évaluer la gravité de l'état de son patient, de juger la pertinence d'un avis complémentaire auprès d'un « spécialiste d'organe », de coordonner le parcours de soin du patient entre les différents intervenants ...

Malheureusement, alors que son rôle dans le système de soin ne cesse de se renforcer au cours de ces dernières années, on constate de réelles difficultés en termes de démographie médicale et celles-ci ne vont que s'accroître dans les années à venir. La situation démographique des médecins généralistes est la suivante : vieillissement des professionnels en activité, faible proportion d'installations parmi les jeunes diplômés, reconversion vers le salariat des médecins installés, diminution continue du temps médical disponible pour les professionnels en activité. Ces facteurs convergent vers un phénomène de désertification médicale de manière particulièrement prégnante dans les zones les plus fragiles, à savoir les secteurs ruraux et périurbains.

Pour tenter de comprendre les raisons de la désertification médicale, il faut certainement déterminer les freins à l'installation et les combattre. La structuration en équipes de soins représente une première réponse de fond : elle redonne du sens à l'engagement professionnel de chacun, ouvre des possibilités d'organisation qui intègrent les temps de repos et de formation, bouscule les modes et montants de rémunérations, permet une valorisation par l'identification du premier recours.

La réforme du troisième cycle avec son internat tourné vers l'ambulatoire peut également apporter une réponse : immerger l'interne de médecine générale très tôt au cours de son cursus, dans des structures telles que des pôles de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires dynamiques, ne peut que renforcer l'envie d'exercer cette spécialité.

Seulement, à mon sens, il faut avant tout redonner ses lettres de noblesse à la médecine générale, promouvoir ses spécificités tout au long des études médicales et ne plus la considérer comme une spécialité au rabais.

Cet exposé sur l'évolution de la médecine générale au cours de ces deux derniers siècles me semblait essentiel pour comprendre le malaise et le peu d'attractivité que cette discipline a connu au cours des dernières décennies. Heureusement, depuis bientôt une vingtaine d'années, la médecine générale regagne progressivement ses lettres de noblesse avec notamment sa reconnaissance en tant que spécialité à part entière à partir de 2004, avec une formation de ses futurs praticiens qui se veut plus proche de leur futur mode d'exercice depuis 2017.

La suite de notre exposé est une synthèse de l'étude qualitative qui a été la base de notre questionnaire puis dans un second temps, nous nous expliquerons sur le choix d'une étude quantitative.

II. UNE ETUDE QUALITATIVE A LA BASE DE NOTRE TRAVAIL

II.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

La genèse de ce travail m'a amenée à me questionner longuement sur la formation des internes en médecine générale. Dans la littérature, on retrouve de nombreux travaux sur le DES « idéal » de médecine générale. Ces travaux, réalisés par l'ISNAR-IMG ou encore par les Docteurs CATHALAN Tiphaine et LANDRY Cynthia (24) (25), ont été réalisés ces dernières années sous l'impulsion de la réforme du troisième cycle. Le point commun à l'ensemble de ces travaux était le désir des internes de médecine générale à être formés en secteur ambulatoire. La réforme du troisième cycle a répondu à cette demande.

Parallèlement, on retrouve peu de travaux dans la littérature sur l'intérêt des stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale. Certes, leur nombre diminue mais ils constituent encore aujourd'hui une part non négligeable dans la formation des futurs spécialistes en médecine générale. Il m'a donc paru légitime de m'interroger sur les stages hospitaliers : sont-ils adaptés à la formation des futurs médecins généralistes ? Quels sont leurs avantages pour la formation ? Quels sont leurs inconvénients ? Au fil de mes recherches, j'ai finalement trouvé une étude menée en 2011 intitulée « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale » (27). Cette étude qualitative a été réalisée selon la technique du focus group auprès de 21 internes en médecine générale en fin de cursus et de 3 remplaçants.

Les résultats de ce travail de recherche mettent en évidence l'intérêt des stages hospitaliers dans la formation malgré la présence de grandes disparités avec la médecine générale ambulatoire.

L'ensemble des internes interrogés s'accordait pour reconnaître que les stages hospitaliers étaient intéressants et nécessaires pour leur exercice futur.

Les arguments évoqués étaient les suivants :

- Connaître le fonctionnement du monde hospitalier est une condition indispensable pour assurer une prise en charge optimale de ses patients
- Assister aux gestes techniques pratiqués à l'hôpital permet de mieux les expliquer par la suite. Le médecin n'en sera que plus crédible et plus à même de rassurer ses patients.
- L'expérience hospitalière peut servir à négocier une prise en charge optimale pour les cas difficiles, savoir argumenter face à un spécialiste, apprendre à « évaluer d'un coup d'œil » l'état clinique d'un patient
- Les stages en service de médecine permettent de prendre en charge des patients « complexes » en général âgés
- Certains stages, comme la gériatrie, permettent l'apprentissage des prises en charge en réseau
- Les stages hospitaliers peuvent permettre d'acquérir une expérience dans des domaines précis par exemple l'addictologie, la douleur...
- Les stages hospitaliers peuvent aider à se créer des algorithmes applicables à chaque cas, à chaque pathologie en lien avec les dernières recommandations

scientifiques en vigueur. La mise en pratique et la maîtrise de ces « schémas » permet alors de renforcer la confiance en soi.

- Les urgences permettent de gérer des cas difficiles et permettent d'acquérir une certaine assurance pour la prise en charge des patients en ville
- Les stages hospitaliers permettent de s'approprier la thérapeutique.

Les internes qui ont participé à ces focus group ont également mis en évidence de nombreuses disparités entre la médecine générale dite de premiers recours et la médecine hospitalière. Les principales disparités relevées étaient les suivantes :

- Le recrutement des patients : les pathologies sont d'emblée graves ou compliquées en milieu hospitalier. La pathologie de premier recours n'est pas abordée en secteur hospitalier,
- Des emplois du temps très différents : en ville les consultations sont d'une durée courte par rapport à l'hôpital où l'interne est plutôt cantonné à la visite. Les internes n'assistent qu'exceptionnellement aux consultations,
- Le recours aux examens biologiques est beaucoup plus fréquent à l'hôpital et nécessite un réapprentissage du suivi en ville,
- Le recours aux examens complémentaires : leur obtention est plus difficile en ville alors qu'à l'hôpital on a « tout sous la main »,
- Les prises en charges sociales « idéales » apprises en hospitalisation ne sont pas toujours applicables en ville par manque de moyens ou à cause de situations trop complexes,
- Pour une raison de disponibilité et de moyens techniques, le bilan d'une même pathologie peut être organisé différemment en ville. Le critère de moindre gravité intervient dans les décisions des médecins de ville,
- Les internes trouvent difficilement des ressources fiables pour l'adaptation des prises en charge, sauf en échangeant avec les maîtres de stage mais sans pour autant acquérir des certitudes,
- Des difficultés à se former en ville,
- Le rapport au patient : les patients sont plus passifs et discutent moins les décisions médicales à l'hôpital. En ville, les patients mettent une pression beaucoup plus importante sur les médecins qui peuvent être tentés de céder sur une prescription. L'interne doit apprendre à négocier,
- Des aspects spécifiques à la ville avec notamment le rapport à l'argent, lié au paiement à l'acte, il faut savoir trouver le juste équilibre entre ses profits financiers et une médecine de qualité, ou encore la gestion de son planning de consultation.

II.2. LE CHOIX D'UNE ETUDE QUANTITATIVE

L'ensemble de ces éléments de réflexion était relativement cohérent avec notre propre expérience mais il n'était pas possible d'un point de vue scientifique d'en faire un constat général. C'est dans ce but que nous avons décidé de déterminer avec plus de fiabilité les avantages et les inconvénients à former les futurs médecins généralistes en milieu hospitalier. Pour ce faire, nous avons décidé de réaliser une étude quantitative à partir des résultats de l'étude qualitative menée à Rouen.

En effet, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Les résultats de telles recherches sont alors décrits comme subjectifs. La recherche quantitative quant à elle génère des données numériques ou des informations qui peuvent être converties en chiffres, les résultats ainsi exprimés sont objectifs.

Dans la recherche en soins primaires, il n'est pas rare qu'une recherche qualitative précède une recherche quantitative. La recherche qualitative est utilisée pour générer des hypothèses qui seront secondairement utilisées pour produire et tester des items d'un questionnaire quantitatif.

Nous étions exactement dans ce cas de figure : en effet, nous souhaitions déterminer si les sentiments et les impressions de ces internes étaient isolés ou représentaient un sentiment plus général. Le choix d'un questionnaire et donc d'une étude quantitative construite à partir des conclusions de l'étude qualitative s'est rapidement imposé.

Cette méthode d'investigation nous permettait d'interroger un plus grand nombre de personnes. De plus, l'analyse quantitative nous permettait d'apporter une certaine objectivité à nos résultats.

III. LE QUESTIONNAIRE

III.1. OBJECTIF

L'objectif principal de ce travail de recherche est de déterminer les avantages et les inconvénients de la formation hospitalière des futurs médecins généralistes. Ce travail ne traite pas la qualité de l'encadrement pédagogique dans les services hospitaliers qui est propre à chaque terrain de stage mais a pour but d'évaluer les points positifs et négatifs apportés par la formation hospitalière.

L'objectif secondaire de ce travail de recherche est de déterminer les conditions idéales de stage pour les futurs médecins généralistes.

III.2. MATERIEL ET METHODE

III.2.1. TYPE D'ETUDE

Pour ce travail de recherche nous avons réalisé une étude transversale, épidémiologique descriptive.

Notre recherche a été construite à partir d'un précédent travail de recherche, qui était alors une étude qualitative menée en 2011 sous la forme de Focus Group et soutenue en 2012 pour l'obtention du doctorat en médecine (27). L'intitulé de ce travail était le suivant : « Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale, enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen ». Cette étude a été effectuée par le Docteur Iulia CASAUX – VORONIC auprès d'internes en médecine générale de la faculté de médecine de Rouen. Ces internes étaient en fin de cursus, c'est-à-dire en troisième année de DES, il y avait également au sein de la population interrogée des jeunes médecins généralistes effectuant des remplacements.

III.2.2. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (cf. Annexe 1) que nous avons réalisé dans le cadre de cette étude est construit en deux parties. La première partie avait pour objectif de caractériser la population interrogée : âge, sexe, cursus et mode d'exercice. La seconde partie de notre questionnaire a été construite sous la forme de brèves affirmations. Les réponses à ces affirmations étaient formulées grâce à une échelle numérique de Likert à quatre items :

- 1 correspond à « n'a pas d'intérêt »
- 2 correspond à « peu d'intérêt »
- 3 correspond à « est intéressant »
- 4 correspond à « est très intéressant »

Les affirmations proposées dans ce questionnaire étaient toutes issues d'observations recueillies dans l'étude qualitative menée à la faculté de médecine de Rouen.

Le questionnaire a ensuite été rédigé sur l'application Google Forms afin de faciliter sa diffusion et l'analyse des réponses.

III.2.3. POPULATION INTERROGEE

Nous avons choisi d'interroger les internes en médecine générale en fin de cursus, c'est-à-dire en troisième année de DES, afin d'obtenir des réponses d'internes ayant déjà une expérience de la médecine générale en exercice libéral. Dans le but d'élargir notre échantillonnage, nous avons également choisi d'inclure les jeunes médecins généralistes remplaçants et les jeunes généralistes installés. Ainsi la population interrogée était composée des internes de médecine générale issus des promotions 2012, 2013, 2014 et 2015 de la Faculté de médecine de Limoges. L'ensemble de ces quatre promotions constituait un effectif total de 193 personnes.

III.2.4. RECUEIL DES DONNEES

La diffusion de notre questionnaire a été effectuée par l'intermédiaire du service de la scolarité de la faculté de médecine de Limoges. Ce service a transmis le questionnaire via leurs listes de diffusion de courrier électronique aux étudiants ciblés par notre étude.

Le questionnaire a été envoyé à trois reprises, à un mois d'intervalle soit le 22 janvier 2018, le 20 février et le 28 mars 2018. Les réponses ont été closes un mois après la dernière relance. L'étude a donc été menée sur une période de trois mois consécutifs.

III.2.5. ANALYSE DES RESULTATS

Le questionnaire était consultable en ligne via l'application Google Forms.

Les résultats ont été enregistrés et analysés grâce au logiciel Excel avec réalisation d'une analyse descriptive (effectif, pourcentage et moyenne).

Notre plan d'analyse a suivi le plan du questionnaire soit une analyse descriptive des caractéristiques des répondants (effectifs et pourcentages) suivie d'une analyse descriptive des affirmations (analyse faite à partir des échelles de Likert) et enfin d'une analyse qualitative des réponses recueillies à notre question ouverte facultative concernant l'opinion générale des répondants et les éventuelles pistes d'amélioration des stages hospitaliers.

III.3. RESULTATS

III.3.1. NOMBRE DE REPONSES

Les trois envois successifs du questionnaire ont permis d'obtenir 91 réponses sur 193 questionnaires envoyés soit un taux de réponse de 47%.

Parmi les 91 réponses obtenues, nous avons exclu 4 questionnaires.

Le questionnaire 45 a été supprimé car la réponse à la question 4 fait état d'un stage en CHU et en hôpital périphérique de manière simultanée pour le 4ème semestre, ce qui ne correspondait à aucun stage existant.

Les questionnaires 69, 82 et 88 ont été supprimés car leurs réponses à la question 4 ne correspondaient pas à la maquette obligatoire du DES de médecine générale. Pour plus de détails, les questionnaires 69 et 88 ne font état d'aucun stage en médecine générale libérale alors que le questionnaire 82 mentionne 4 stages en médecine générale libérale, ce qui est techniquement impossible.

Après l'exclusion de ces questionnaires erronés, il reste 87 questionnaires exploitables.

III.3.2. PROFIL DE LA POPULATION INTERROGEE

Parmi les répondants on note une majorité de Femme : elles sont 56 soit 64% contre 31 Hommes.

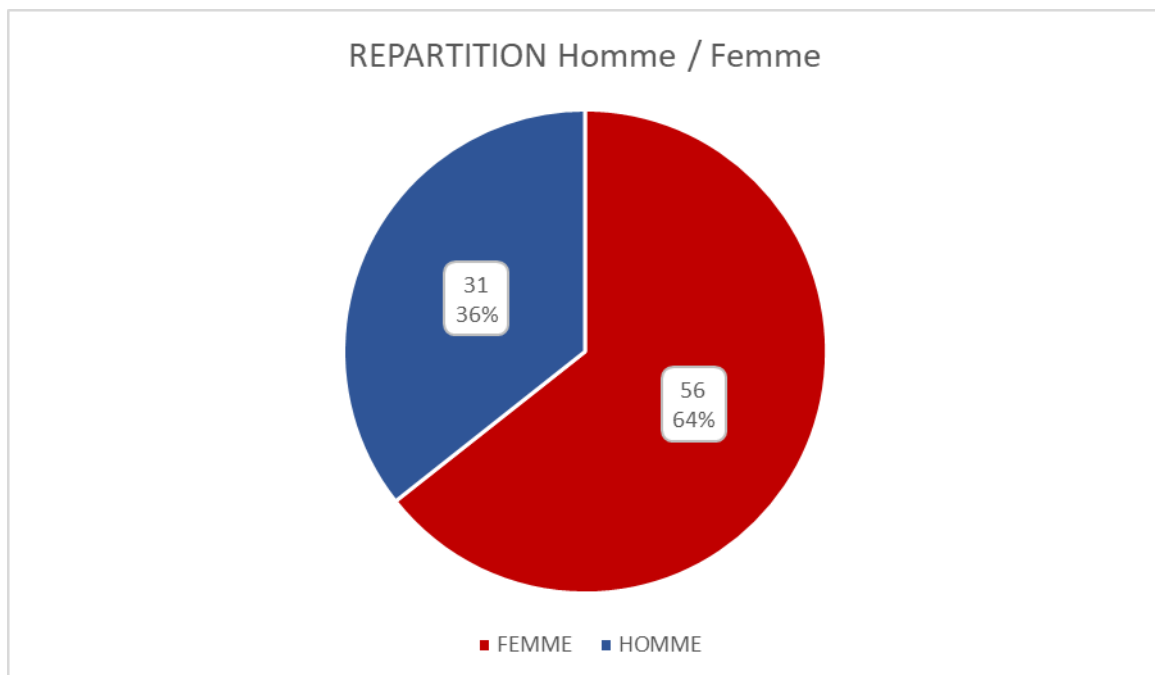


Figure 3 : Répartition des répondants centrée sur le sexe

La moyenne d'âge des répondants est de 29 ans.

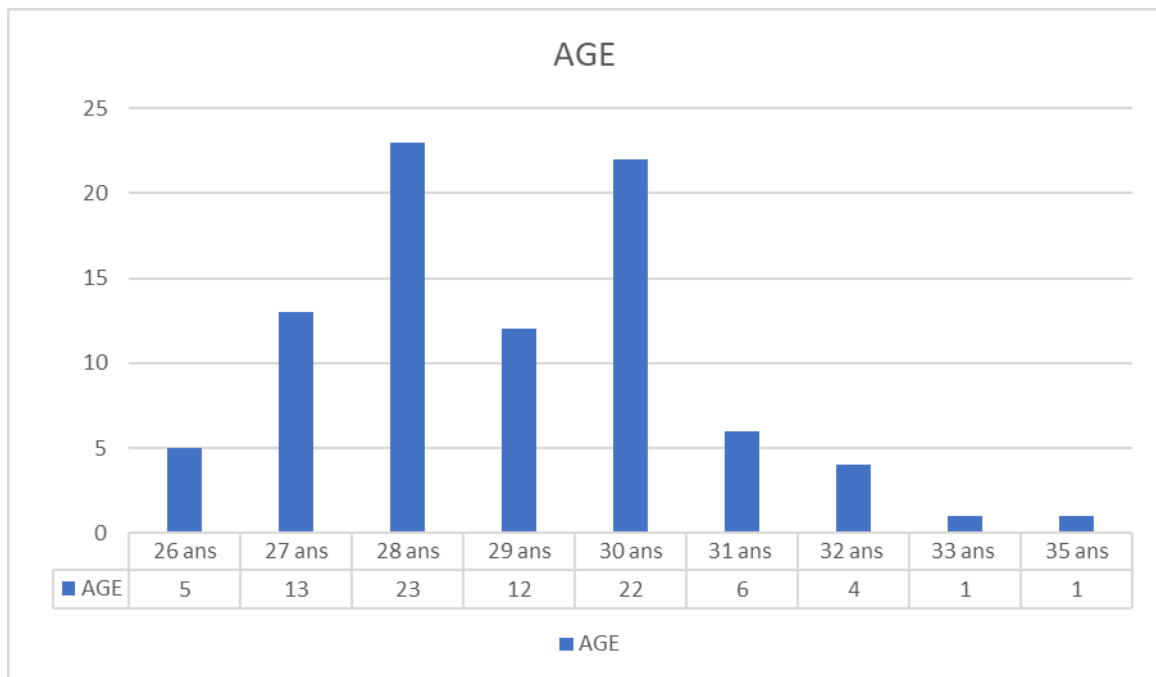


Figure 4 : Répartition des répondants centrée sur l'âge

Concernant le statut et le mode d'exercice des répondants, on note une prédominance des médecins généralistes à hauteur de 62%. Les 38 % des répondants restants étaient encore internes, parmi eux 8% effectuaient des remplacements en médecine générale.

Parmi les médecins généralistes qui ont répondu à notre questionnaire, 34 avaient une activité de médecin remplaçant (soit 39% de notre échantillon), 20 étaient installés en médecine générale (soit 23% de notre échantillon).

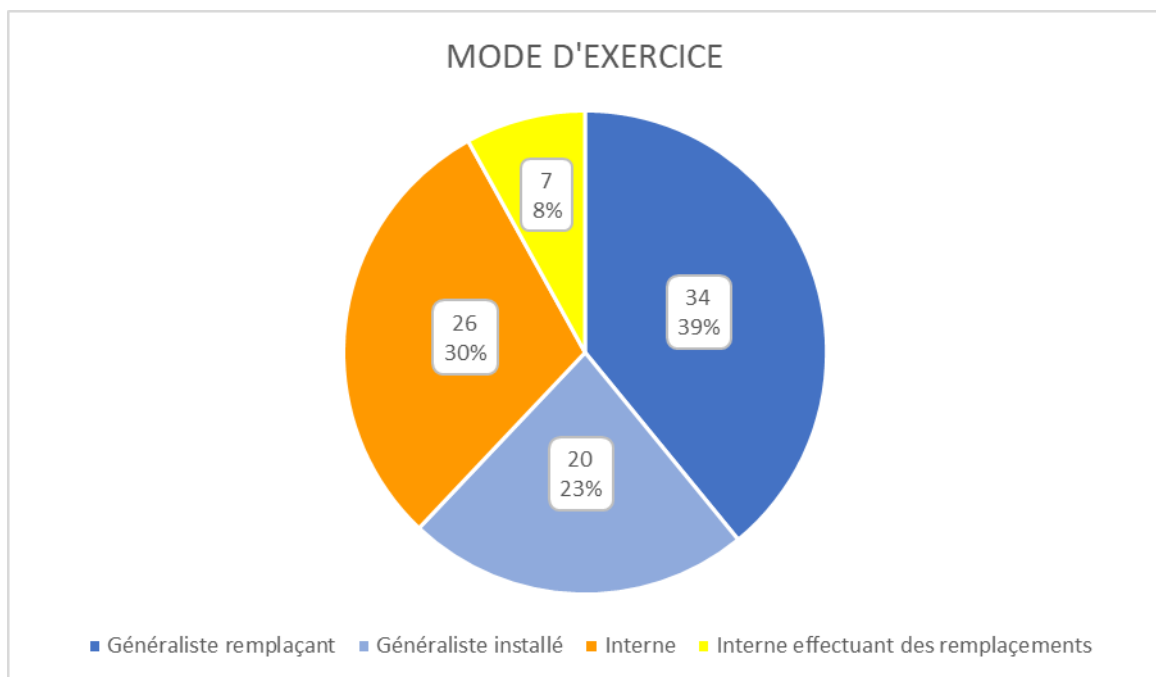


Figure 5 : Répartition des répondants selon le mode d'exercice

Concernant le cursus universitaire des répondants, on peut remarquer qu'aucun des répondants n'a effectué de stage en médecine libérale en premier semestre. Les stages en centre hospitalier périphérique étaient alors représentés à 67%, les 33% des répondants restants ont réalisé leur premier stage en CHU.

Au second semestre, les stages en hôpital périphérique concernaient 74% des répondants. Les stages en CHU concernaient 18% des répondants. On note également que 8% des répondants ont effectué leur premier stage en médecine libérale au cours de leur second semestre.

Au fil des semestres, la part des répondants effectuant des stages en médecine générale libérale a augmenté progressivement pour atteindre 29% en troisième semestre, 34% en quatrième semestre et 44% en cinquième semestre. On note toujours une part plus importante de stagiaires en centre hospitalier périphérique comparativement au CHU jusqu'au cinquième semestre.

Au dernier semestre, les différences s'estompent. 30% des répondants ont effectué leur dernier stage en médecine générale libérale, 23% étaient en CHU, 21% en centre hospitalier périphérique et 26% des interrogés n'avaient pas effectué leur dernier stage.

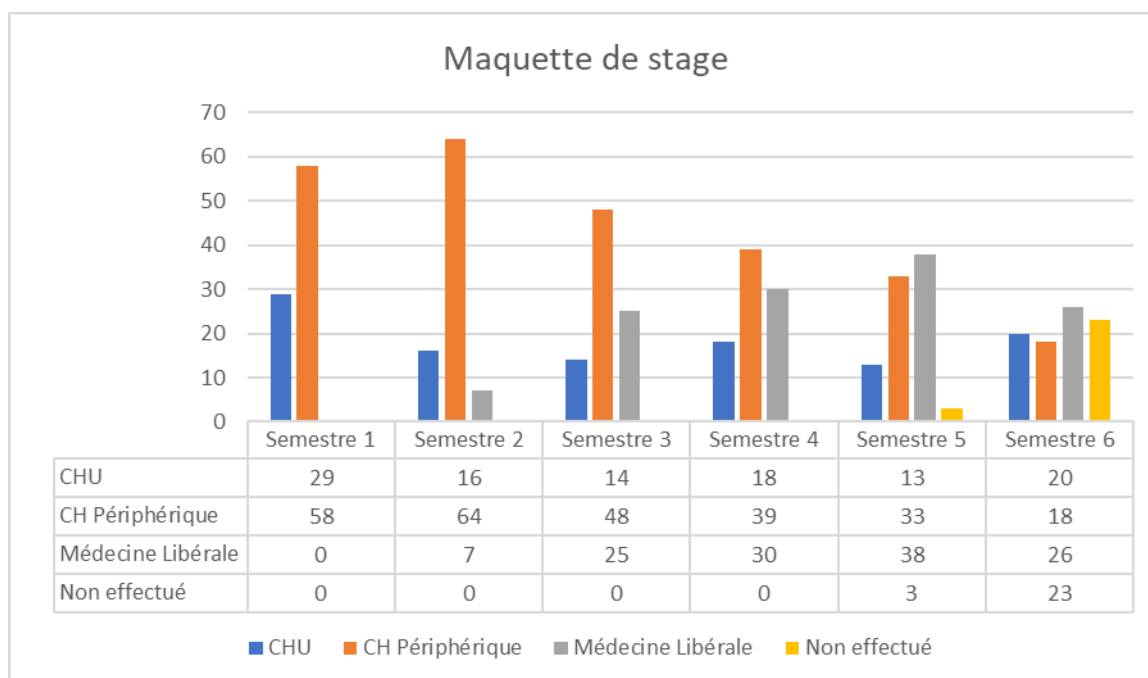


Figure 6 : Maquette de stage du DES des répondants

On constate que le premier stage en médecine libérale est effectué pour la plus grande partie des répondants lors du quatrième semestre. Aucun des répondants n'a effectué son premier stage en médecine libérale lors du premier semestre. Autre constat, 31% des répondants ont eu leur premier contact avec la médecine générale au cours de leur dernière année de DES : 29% en cinquième semestre et 2% en sixième semestre.

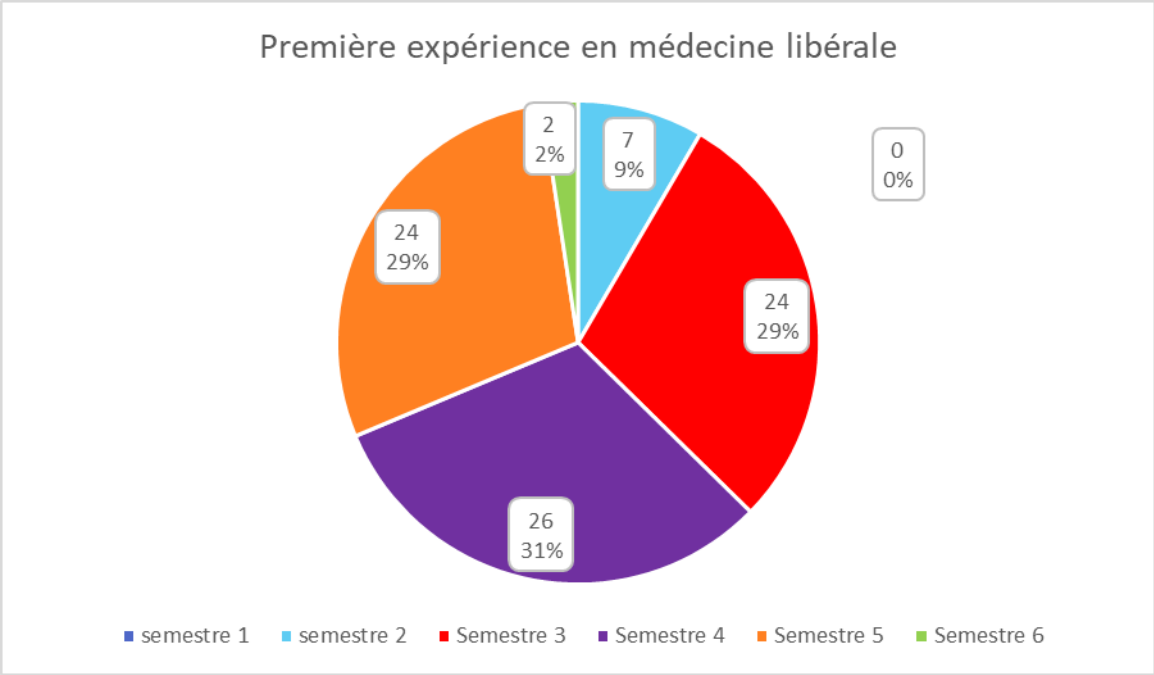


Figure 7 : Première expérience en médecine générale libérale

Parmi les 87 questionnaires, on remarque que 23 internes n'ont pas fini leur maquette de stage du DES soit 26% des répondants.

Parmi les 87 questionnaires recueillis, 47 font état d'un seul stage en médecine libérale. Parmi ces 47 répondants 15 n'avaient pas fini leur maquette et avaient donc théoriquement la possibilité de renouveler un stage dans cette discipline. On peut donc affirmer que parmi ces 47 personnes, 32 avaient terminé leur maquette et donc 37% des personnes interrogées ont effectué un seul stage dans leur spécialité.

33% des interrogés ont effectué 2 stages en médecine libérale et seulement 8% ont effectué 3 stages dans le secteur libéral.

On remarque également que 4 internes en dernière année de DES n'ont pas encore effectué de stage dans leur spécialité.

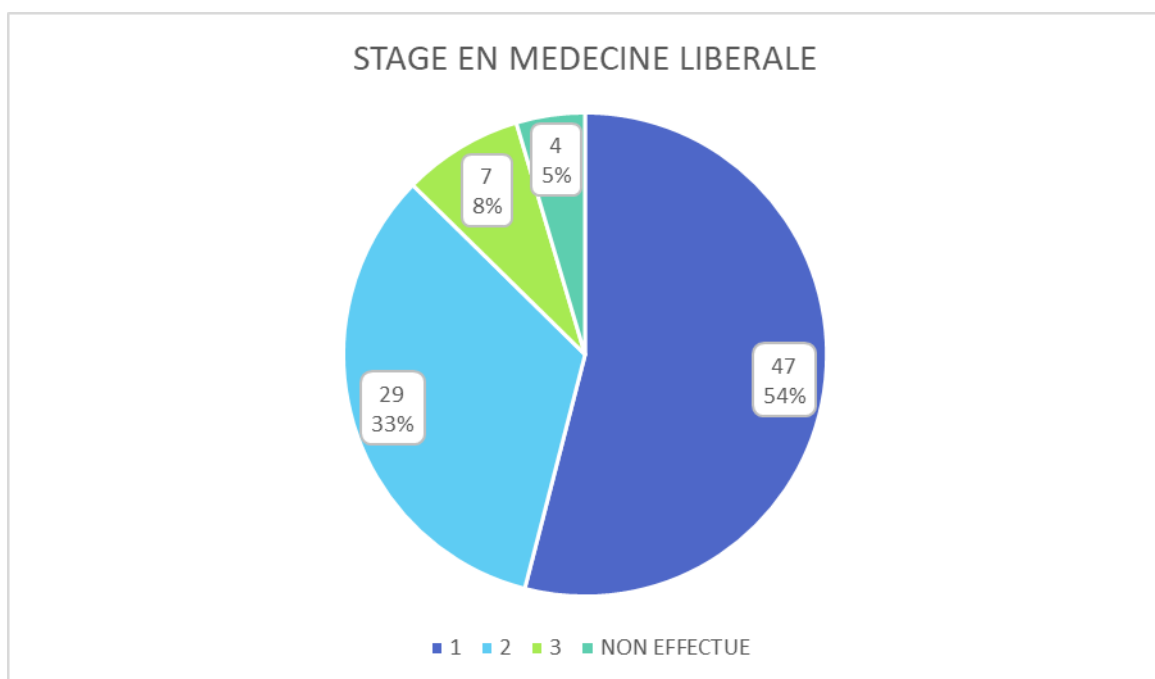


Figure 8 : Nombre de stages en médecine libérale

III.3.3. SECONDE PARTIE DU QUESTIONNAIRE : LES AFFIRMATIONS

III.3.3.1. UNE PORTE D'ENTREE SUR L'HOPITAL

La première affirmation de notre questionnaire concernait le monde hospitalier dans sa globalité. Effectuer des stages en milieu hospitalier permet aux futurs médecins généralistes d'appréhender l'univers de l'hôpital et son fonctionnement mais aussi d'assister à des procédures dont la réalisation ne peut s'envisager qu'au sein de cette structure. La question posée était donc la suivante : « Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste d'avoir une vision du monde hospitalier ? »

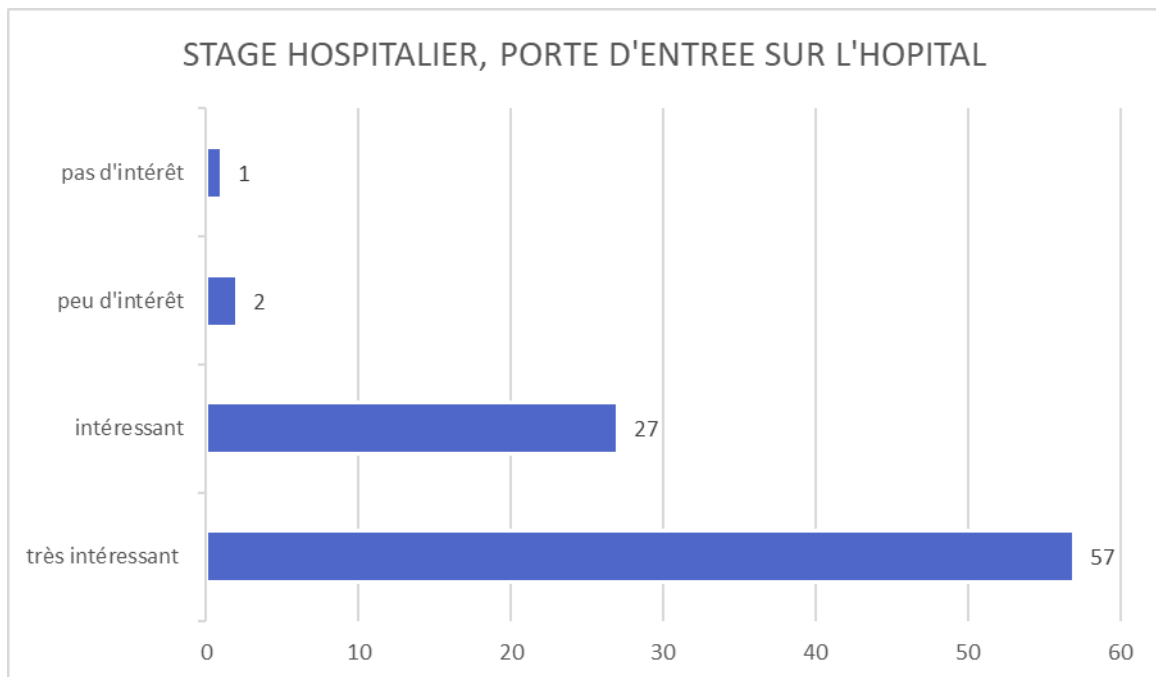


Figure 9 : Intérêt des stages hospitaliers comme porte d'entrée sur l'hôpital

A cette question les réponses recueillies étaient majoritairement positives à hauteur de 97%. 66% des répondants estimaient qu'avoir une vision du monde hospitalier était très intéressante et 31% des répondants estimaient qu'avoir cette vision était intéressante.

Seuls 3% des répondants estimaient qu'avoir une vision du monde hospitalier était peu intéressante voire pas du tout intéressante.

III.3.3.2. LE RECRUTEMENT DES PATIENTS

La seconde affirmation du questionnaire concernait le recrutement des patients. Lors des stages hospitaliers les internes sont confrontés à des patients dont la prise en charge est momentanément difficile au domicile, soit parce que les patients présentent des pathologies compliquées d'emblée, soit parce que ce sont des patients polyopathologiques fragiles. De ce fait, l'échantillonnage des patients rencontrés à l'hôpital ne reflète pas l'intégralité des patientèles rencontrées en médecine de ville. La question était donc la suivante : « Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste de prendre en charge des patients que l'on ne peut pas (théoriquement) gérer à domicile ? »

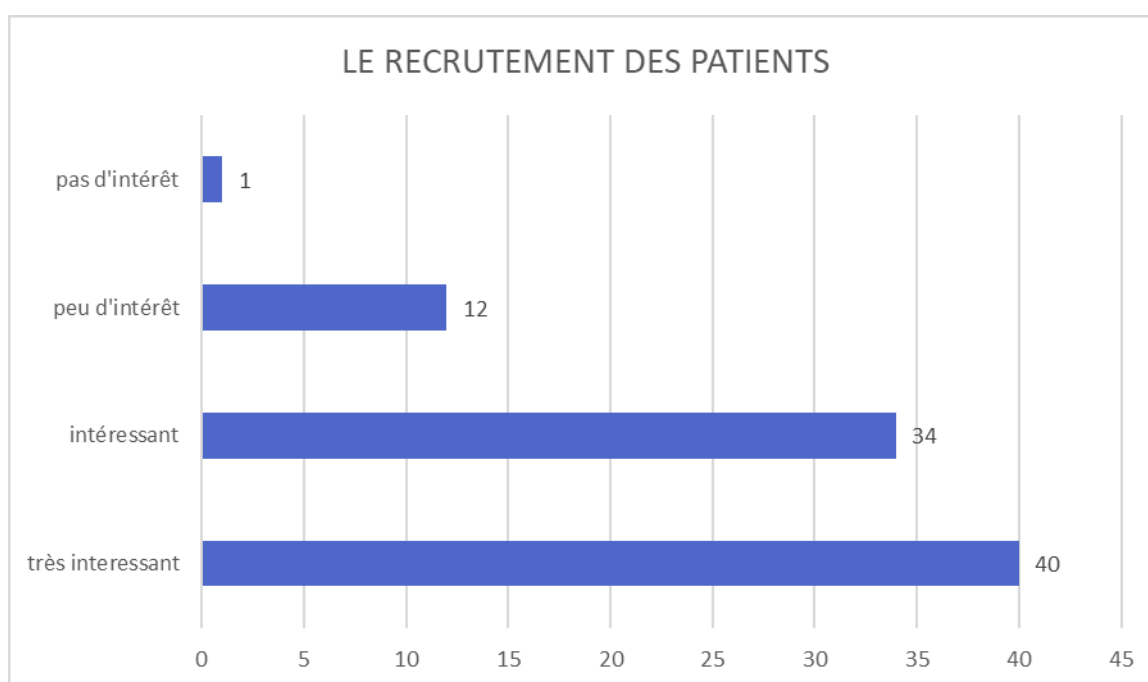


Figure 10 : Intérêt des stages hospitaliers dans le recrutement des patients

A cette question les répondants estiment que le recrutement spécifique des patients lié à l'activité hospitalière est très intéressant à hauteur de 46%. Ce recrutement est considéré comme intéressant pour 39% des répondants. Soit 85% de réponses positives.

14% des répondants ont estimé que le recrutement des patients spécifique à l'activité hospitalière avait peu d'intérêt et 1% a estimé que ce recrutement n'avait pas d'intérêt.

Les médecins généralistes répondants estiment à 83% ce recrutement comme intéressant voire très intéressant. Les internes répondants, quant à eux, estiment ce recrutement comme intéressant voire très intéressant à hauteur de 88%.

III.3.3.3. UNE EXPERIENCE DANS DES DOMAINES PRECIS

La troisième affirmation de ce questionnaire concernait la formation dans les services de médecine dits « spécialisés ». Les stages dans ces services dits « spécialisés » permettent aux futurs médecins généralistes d'approfondir leurs connaissances dans des domaines spécifiques au sein de certaines disciplines médicales. La question était donc la suivante : « Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste d'approfondir ses connaissances dans une (ou des) discipline(s) médicale(s) spécifique(s) ? »

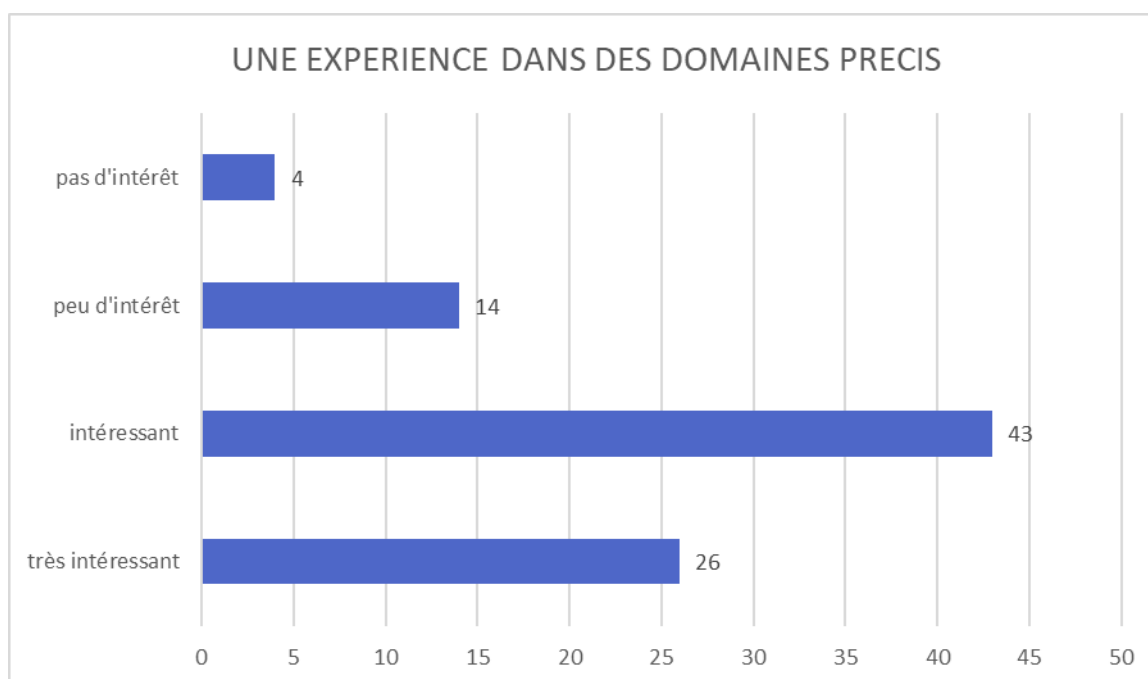


Figure 11 : Intérêt des stages hospitaliers pour l'acquisition d'expérience dans des domaines précis

La réponse à cette question est globalement positive. 49% des répondants ont estimé que l'expérience acquise au cours de stage dans des services de médecine « dits spécialisés » est intéressante et 30 % ont estimé que cette expérience était très intéressante. Soit 79% de réponses positives.

On note que 21% des répondants jugent que cette expérience est peu ou pas intéressante.

76% des médecins généralistes installés ou remplaçants répondants jugent comme intéressante ou très intéressante l'expérience acquise dans des domaines précis au cours des stages réalisés en services de médecine « dits spécialisés » contre 24% qui jugent cette expérience comme peu ou pas intéressante. Ce jugement est également partagé par les internes répondants, en effet 85% d'entre eux jugent l'expérience acquise dans les services de médecine dits « spécialisés » comme intéressante ou très intéressante.

III.3.3.4. LA FORMATION

La quatrième affirmation de notre questionnaire concernait la formation : les stages en milieu hospitalier permettent aux futurs médecins généralistes d'être au contact de nombreux spécialistes et de ce fait peut permettre de se tenir plus facilement « à jour » des dernières avancées médicales dans les spécialités concernées. La question était la suivante : « Le contact rapproché avec les spécialistes vous paraît-il être intéressant pour vous tenir à jour des dernières recommandations ? »

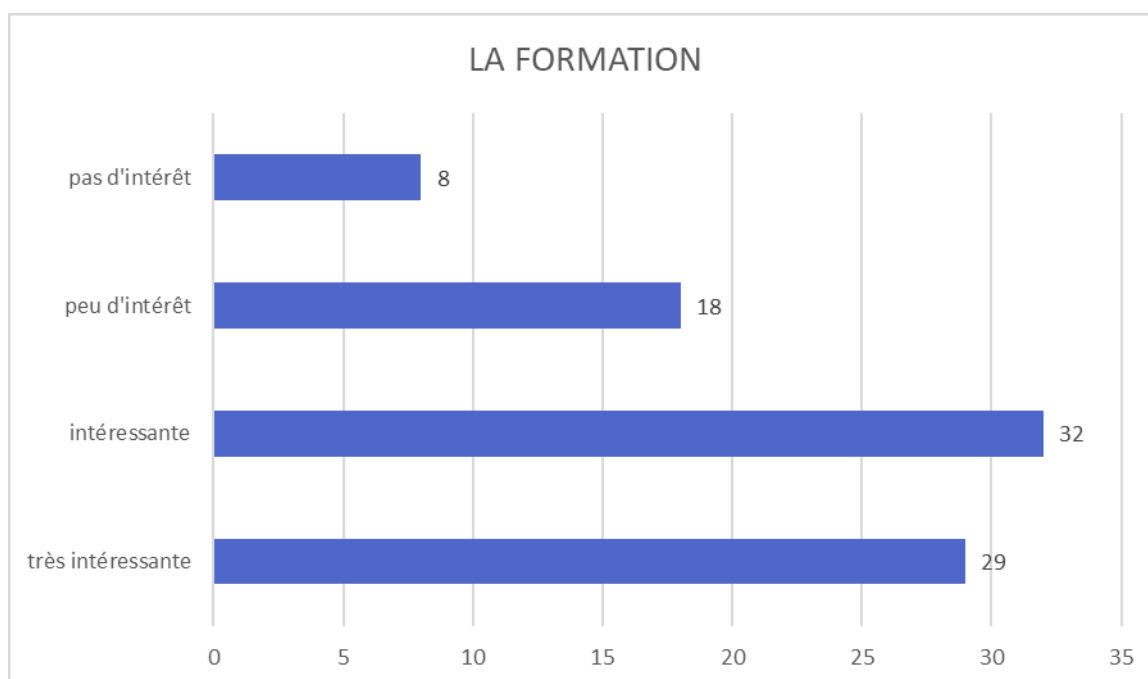


Figure 12 : Intérêt des stages hospitaliers pour la formation

Les réponses à cette question sont positives à hauteur de 70%. En effet 37% des répondants estiment qu'être au contact direct avec les spécialistes au sein des structures hospitalières est intéressant pour se tenir à jour des dernières connaissances médicales, 33% des répondants estiment même que ce contact est très intéressant.

On remarque tout de même que 21% des répondants estiment que le contact direct avec les spécialistes est peu intéressant en ce qui concerne la mise à jour de leurs connaissances médicales, ils sont même 9% à le juger sans intérêt.

Parmi les généralistes installés ou remplaçants répondants, ils sont 74% à juger le contact direct avec les spécialistes comme intéressant ou très intéressant pour la mise à jour de leurs connaissances médicales. Les internes répondants sont, quant à eux, 64% à juger ce contact comme intéressant ou très intéressant.

III.3.3.5. LE RECOURS AUX AVIS SPECIALISES

La cinquième affirmation du questionnaire concernait le recours aux avis spécialisés. Les stages en milieu hospitalier permettent aux futurs médecins généralistes d'être au contact des spécialistes. Ils permettent également de se créer un réseau de consultants. La question posée était donc la suivante : « La possibilité de se créer un réseau de spécialistes est-elle intéressante pour votre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste ? »

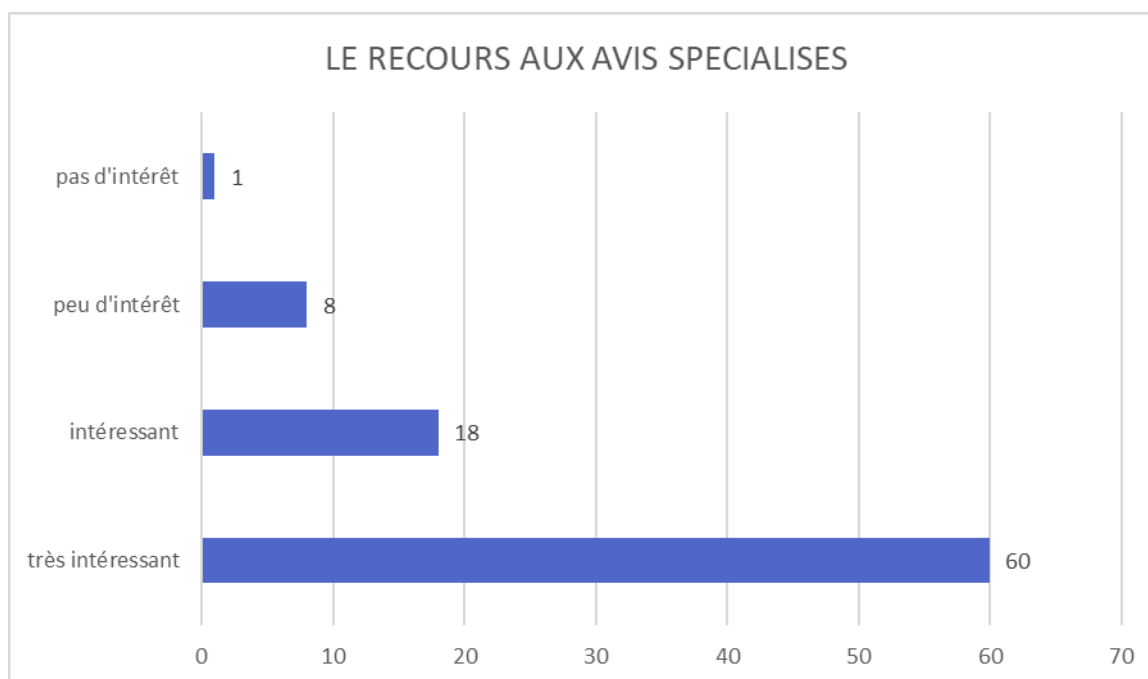


Figure 13 : Intérêt des stages hospitaliers dans la constitution de son réseau de consultants

La réponse à cette question est majoritairement positive et ce à hauteur de 90%. En effet, 69% des répondants jugent que le contact avec les spécialistes au cours des stages hospitaliers est très intéressant pour la constitution de leur réseau de consultants et 21% le jugent comme intéressant.

Seulement 10% des répondants estiment que le contact avec les spécialistes lors des stages hospitaliers n'a pas ou peu d'intérêt pour se constituer son réseau de consultants.

91% des généralistes répondants, installés ou remplaçants, estiment que le contact avec les spécialistes est intéressant voire très intéressant pour constituer leur réseau de consultant. 88% des internes répondants partagent cet avis.

III.3.3.6. LA DIVERSITE DES PATHOLOGIES

La sixième affirmation de notre questionnaire concernait la diversité des pathologies rencontrées lors des stages hospitaliers. Dans les services de médecine dits « spécialisés », l'éventail des pathologies rencontrées par les futurs médecins généralistes peut s'avérer plus restreint en comparaison à la variété de patients et de pathologies rencontrées en médecine générale. La question était donc la suivante : « L'éventail plus restreint des pathologies rencontrées en milieu hospitalier vous paraît être intéressant pour votre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste ? »

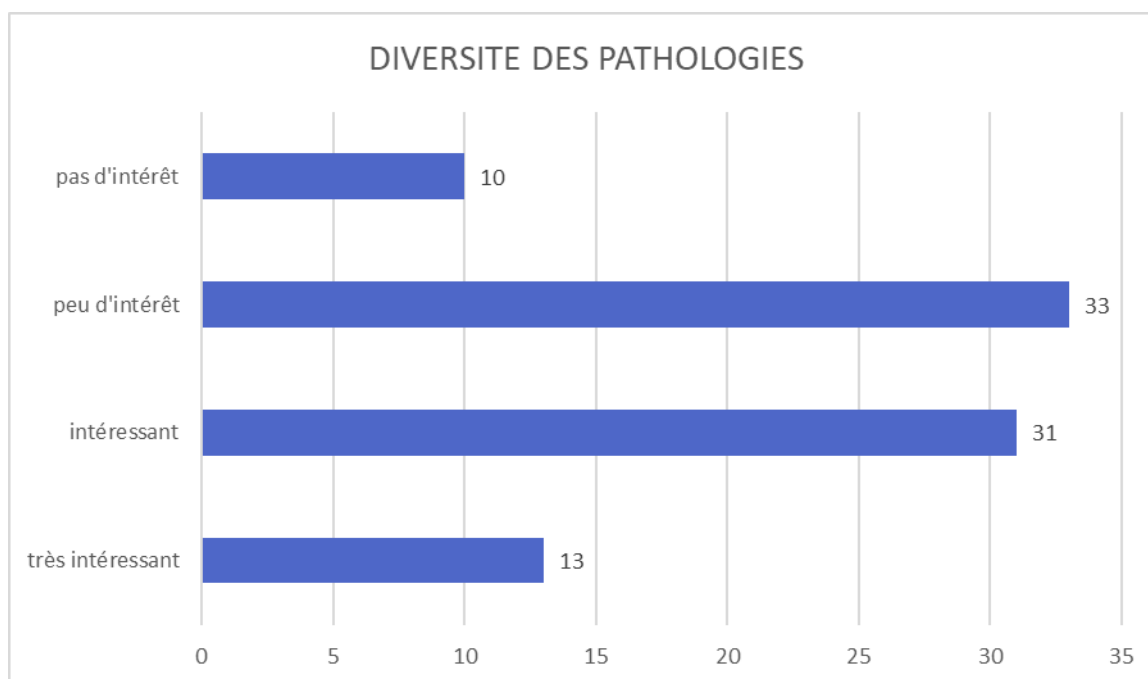


Figure 14 : Intérêt d'un éventail de pathologie plus restreint en milieu hospitalier

Les réponses à cette question sont nettement moins tranchées : 51% des répondants ont un avis plutôt favorable contre 49% qui possèdent un avis plutôt défavorable.

38% des répondants estiment que l'éventail de pathologies plus restreint rencontré lors des stages hospitaliers est peu intéressant. Mais ils sont également 36% à juger cet éventail plus restreint comme intéressant.

Cette similitude se retrouve également au niveau des réponses plus extrêmes puisque 11% des répondants estiment que cet éventail restreint de pathologie n'a pas d'intérêt et 15% le considère comme très intéressant.

Parmi les généralistes installés ou remplaçants répondants, la tendance est plutôt favorable. En effet 57% jugent cet éventail de pathologie plus restreint comme intéressant ou très intéressant contre 43%.

Chez les internes répondants, la tendance est plutôt défavorable. 61% estiment que l'éventail restreint de pathologie rencontré en milieu hospitalier n'est peu voire pas intéressant alors que 39% l'estiment intéressant voire très intéressant.

III.3.3.7. LA GESTION DU TEMPS

La septième affirmation de notre questionnaire concernait l'organisation et la gestion du temps. En cabinet de médecine générale, l'emploi du temps est régi par les consultations dont la durée est en général brève alors que dans les services d'hospitalisation conventionnelle, la journée s'articule entre la visite et les entrées du jour. Cette organisation hospitalière permet de s'accorder des temps de réflexion plus longs. La question était donc la suivante : « La dynamique temporelle du milieu hospitalier vous paraît-elle être intéressante pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

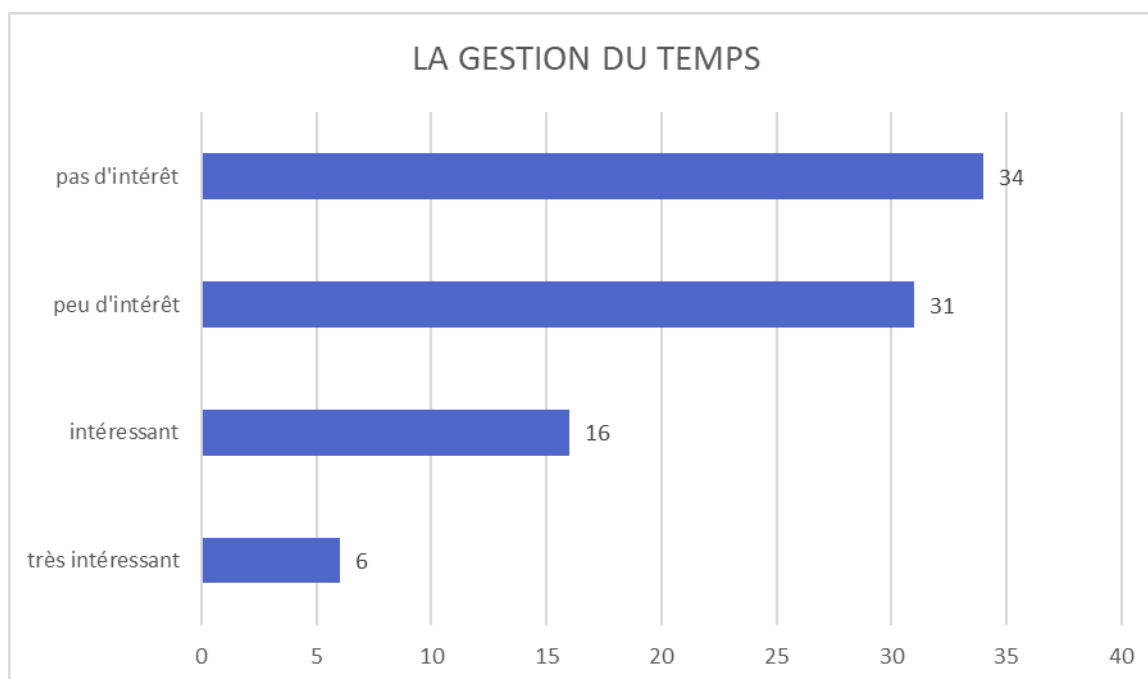


Figure 15 : Une dynamique temporelle différente en structure hospitalière, intérêt pour la pratique future

A cette question 75% des répondants jugent que l'organisation hospitalière concernant la gestion du temps n'a pas ou peu d'intérêt pour l'exercice des futurs médecins généralistes. En détails, ils sont 39% à estimer que la gestion du temps imposée par le rythme hospitalier n'a pas d'intérêt, 36% estiment que cela a peu d'intérêt.

Ils sont 18% à estimer que la gestion du temps imposée par l'activité hospitalière est intéressante et 7% la jugent très intéressante, soit 25% à avoir un avis plutôt favorable.

Parmi les 33 internes qui ont répondu à notre questionnaire, ils sont 73% à estimer que la gestion du temps imposée par l'activité hospitalière n'a pas ou peu d'intérêt pour la pratique de leur activité future. Cette tendance est également retrouvée chez les médecins généralistes remplaçants ou installés répondants. Ils sont en effet 76% à estimer que la gestion du temps imposée par l'activité hospitalière n'a pas ou peu d'intérêt pour leur pratique.

III.3.3.8. L'ADAPTATION AUX POSSIBILITES DE LA VILLE

La huitième affirmation de notre questionnaire concernait les capacités d'adaptation et de transpositions des acquis. Les stages dans les structures hospitalières permettent aux futurs médecins généralistes de se construire des prises en charges médicales et sociales « idéales ». Malheureusement, les moyens mis à disposition en ville ne sont pas toujours les mêmes que dans les structures hospitalières et ces prises en charge « idéales » ne sont pas toujours applicables. La question posée était donc la suivante : « L'apprentissage de modèle de prises en charge « idéales » vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

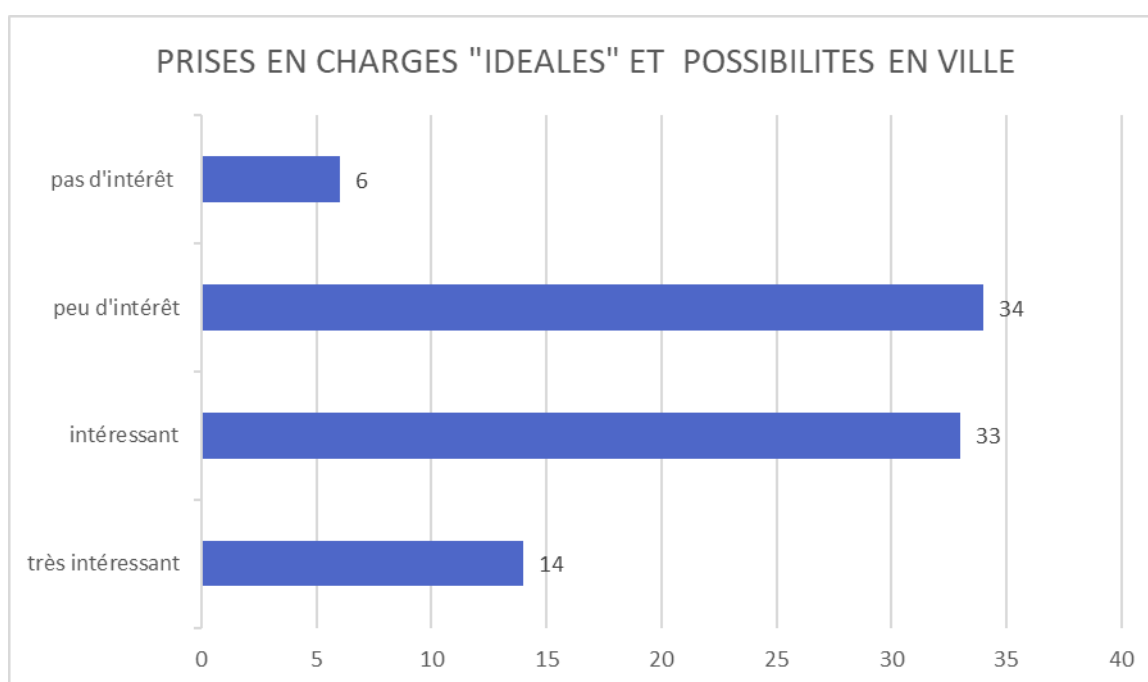


Figure 16 : Prises en charge « idéales » et adaptation aux possibilités de la ville, intérêt pour la pratique future

La réponse à cette question est peu tranchée. En effet, 54% des répondants estiment que l'apprentissage de prises en charge « idéales » est intéressant voire très intéressant même si ces prises en charge ne sont pas toujours applicables en ville ; contre 46% qui jugent cet apprentissage comme n'ayant peu ou pas d'intérêt pour leur pratique future.

Parmi les généralistes installés ou remplaçants répondants, 52% estiment que l'apprentissage de ces prises en charge « idéales » pas toujours applicables en ville est intéressant voire très intéressant contre 48% qui estiment cet apprentissage comme n'ayant peu ou pas d'intérêt.

Chez les internes répondants, les chiffres sont globalement similaires : 58% estiment que cet apprentissage est intéressant voire très intéressant contre 42%.

III.3.3.9. LE RECOURS A LA BIOLOGIE

La neuvième affirmation de notre questionnaire concernait l'utilisation de la biologie : en milieu hospitalier il est quasi constant, en ville il est de réalisation plus difficile et de ce fait il devient moins fréquent. L'exercice hospitalier apprend au futur médecin généraliste à construire son raisonnement, poser son diagnostic et déterminer sa conduite thérapeutique sur une clinique associée dans la grande majorité des cas à une biologie. La question était donc la suivante : « Le recours systématisé à la biologie en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

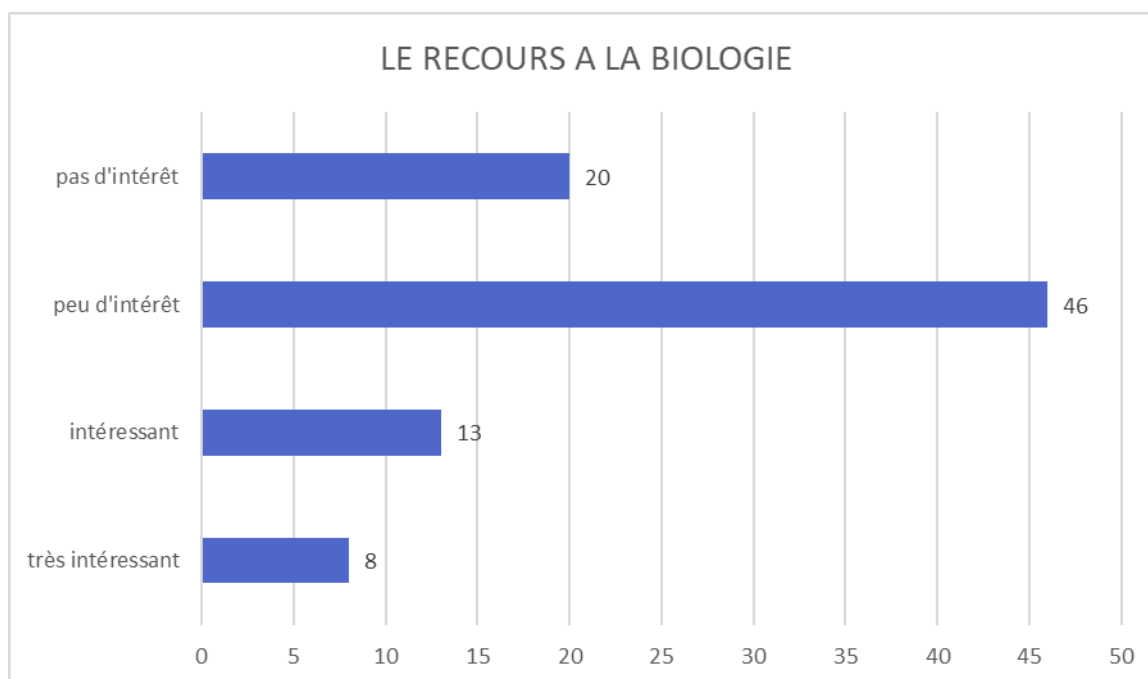


Figure 17 : Intérêt pour la pratique future du recours quasi systématique à la biologie en milieu hospitalier

La réponse à cette question montre à hauteur de 76% que le recours quasi systématique à la biologie est un inconvénient pour la pratique future en médecine générale. 53% des répondants estiment que le recours quasi systématique à la biologie en milieu hospitalier est peu intéressant pour la pratique de la médecine générale. Ils sont même 23% à estimer que ce recours à la biologie quasi systématique n'a pas d'intérêt pour leur pratique future.

Seuls 24% des répondants ont un avis favorable sur la question : 15% estiment que ce recours quasi systématique à la biologie peut être intéressant ; 9% le jugent même comme très intéressant.

74% des médecins généralistes répondants ont un avis défavorable concernant l'utilisation quasi systématique de la biologie lors des stages en milieu hospitalier ; les internes répondants partagent cet avis à hauteur de 79%.

III.3.3.10. LE RECOURS AUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La dixième affirmation de notre questionnaire concernait le recours aux examens complémentaires. En ville, l'accès aux examens complémentaires (imagerie notamment) est plus difficile et la question du délai d'obtention se pose régulièrement. A l'hôpital, du fait de la proximité, l'accès aux examens complémentaires est facilité et de ce fait la question du délai d'obtention s'atténue quelque peu. La question posée était donc la suivante : « L'accessibilité aux examens complémentaires en milieu hospitalier vous paraît-elle être intéressante pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

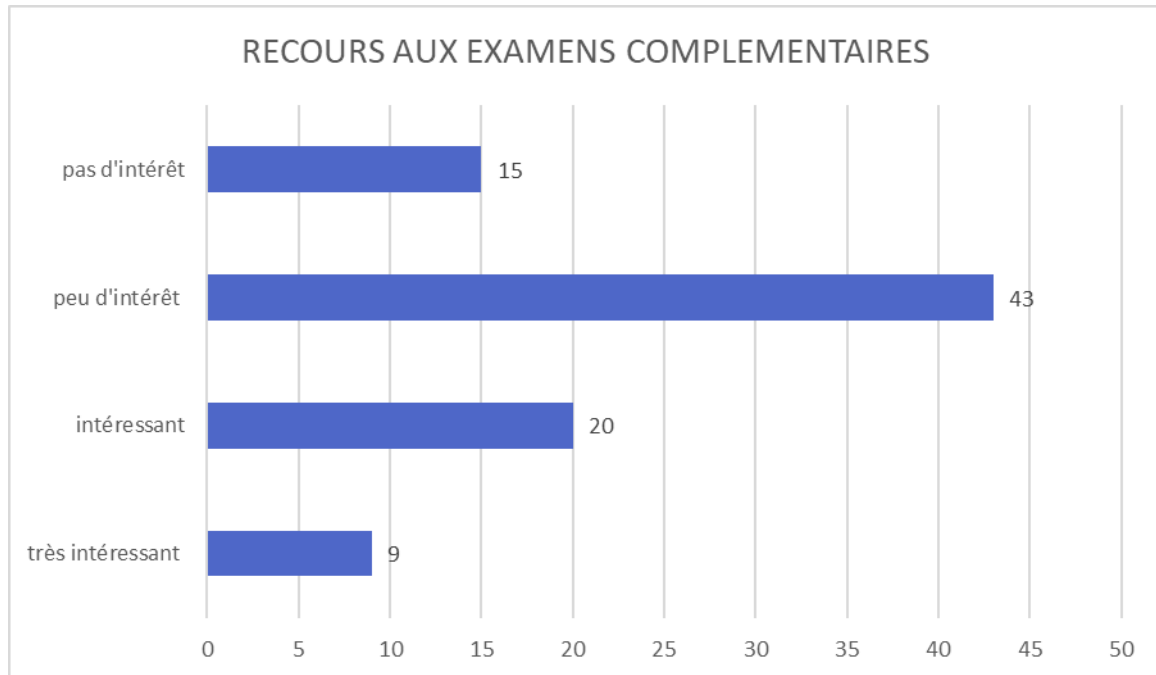


Figure 18 : Intérêt pour la pratique future d'un recours facilité aux examens complémentaires en milieu hospitalier

Les réponses à cette question sont défavorables à hauteur de 67%. En détail, 49% des répondants jugent que l'accès facilité aux examens complémentaires en milieu hospitalier a peu d'intérêt pour leur pratique future en médecine générale et ils sont 17% à estimer que ceci n'a aucun d'intérêt.

23% des répondants estiment, au contraire, que cet accès facilité peut avoir un intérêt pour leur pratique future ; ils sont même 10% à le juger comme très intéressant.

70% des médecins généralistes installés ou remplaçants répondants considèrent cet accès facilité aux examens complémentaires lors des stages hospitaliers comme un inconvénient pour leur pratique future. 61% des internes répondants jugent également cet accès facilité aux examens complémentaires lors des stages hospitaliers comme un inconvénient pour leur pratique future.

III.3.3.11. LE RAPPORT AU PATIENT

La onzième question de notre questionnaire concernait le rapport avec le patient : les patients hospitalisés sont plus souvent passifs, il se retrouvent « écrasés par la structure hospitalière », ils discutent peu les décisions médicales. Alors qu'en ville, le dialogue est plus présent notamment pour faire accepter une nouvelle thérapeutique, modifier un traitement mis en place depuis plusieurs années ou faire accepter un avis spécialisé ou un examen complémentaire ... La question posée était donc la suivante : « Le rapport au patient en structure hospitalière vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

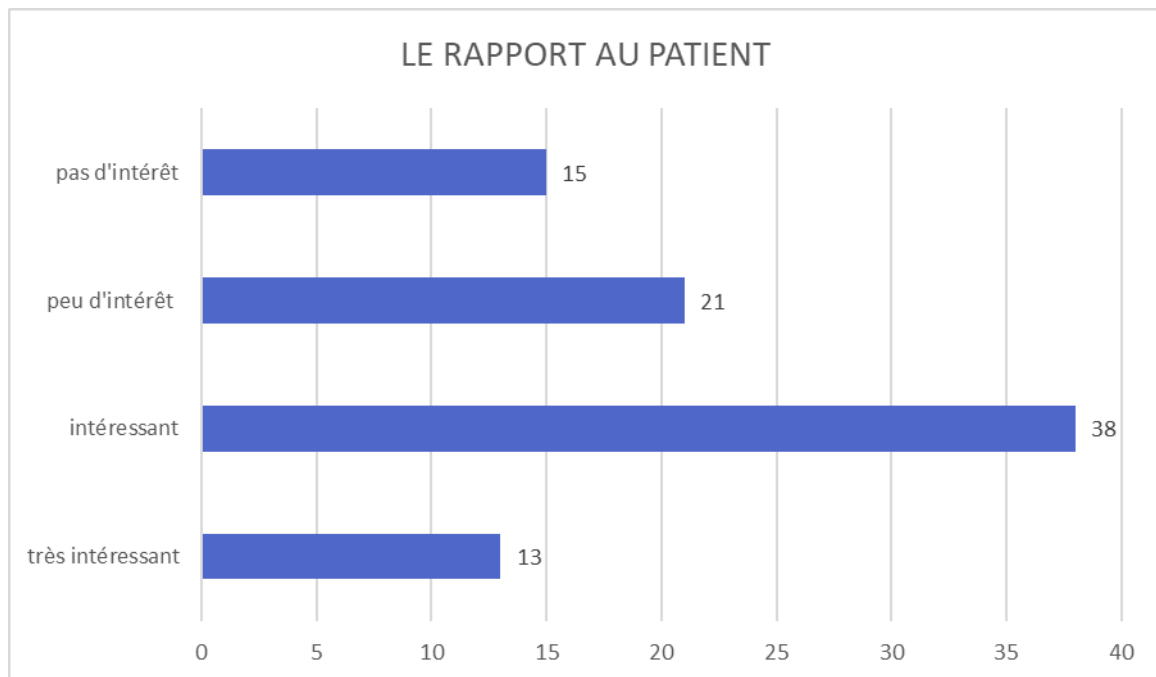


Figure 19 : Le rapport au patient

Les réponses à cette question sont plutôt favorables à hauteur de 59%. 44% des répondants estiment que le rapport au patient en milieu hospitalier est intéressant pour leur pratique future, ils sont même 15% à juger ce rapport comme très intéressant.

A l'inverse, 41% des répondants ont un avis plutôt défavorable : 24% estiment que le rapport au patient tel qu'il est abordé en milieu hospitalier est peu intéressant pour leur pratique future, ils sont 17% à le juger comme sans intérêt.

55% des internes répondants jugent que le rapport au patient en milieu hospitalier est intéressant voire très intéressant pour leur pratique future ; 61% des médecins généralistes installés ou remplaçants répondants partagent cette opinion.

III.3.3.12. LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

La douzième affirmation de notre questionnaire concernait le suivi des pathologies chroniques. Les futurs médecins généralistes rencontrent en milieu hospitalier des patients présentant des pathologies aiguës ou des décompensations de pathologies chroniques. Le suivi des patients présentant des pathologies chroniques stables ou nécessitant de minimes adaptations thérapeutiques est peu abordé dans les services hospitaliers. La question posée était donc la suivante : « Le suivi global des pathologies chroniques tel qu'il est abordé en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

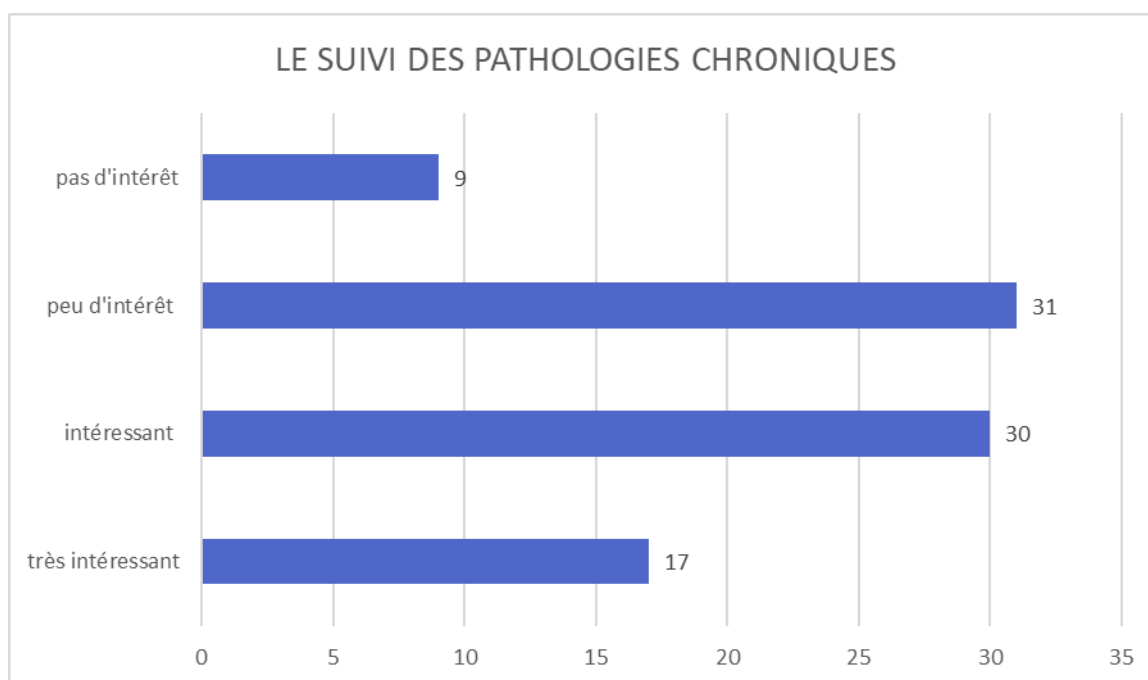


Figure 20 : Le suivi des pathologies chroniques

La réponse à cette question est assez partagée. 46% des répondants estiment que le suivi des pathologies chroniques tel qu'il est abordé en milieu hospitalier n'a pas ou peu d'intérêt pour leur pratique future. 54% des répondants le jugent au contraire comme intéressant voire très intéressant.

Les chiffres sont similaires que ce soit dans la catégorie internes ou médecins généralistes. 54% des médecins généralistes ou remplaçants répondants estiment que le suivi des pathologies chroniques tel qu'il est abordé en milieu hospitalier est intéressant voire très intéressant contre 46% qui ont un avis plutôt défavorable. Chez les internes 55% des répondants ont un avis plutôt favorable sur le suivi des pathologies chroniques tel qu'il est abordé en milieu hospitalier contre 45% qui ont un avis plutôt défavorable.

III.3.3.13. LA PREVENTION

La treizième question concernait la prévention. La prévention fait partie intégrante du travail de médecin généraliste et dans les années futures elle sera même amenée à prendre une place encore plus importante. La place de la prévention en milieu hospitalier semble moins importante, notamment en ce qui concerne la prévention primaire. La question posée était donc la suivante : « L'abord de la prévention en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ? »

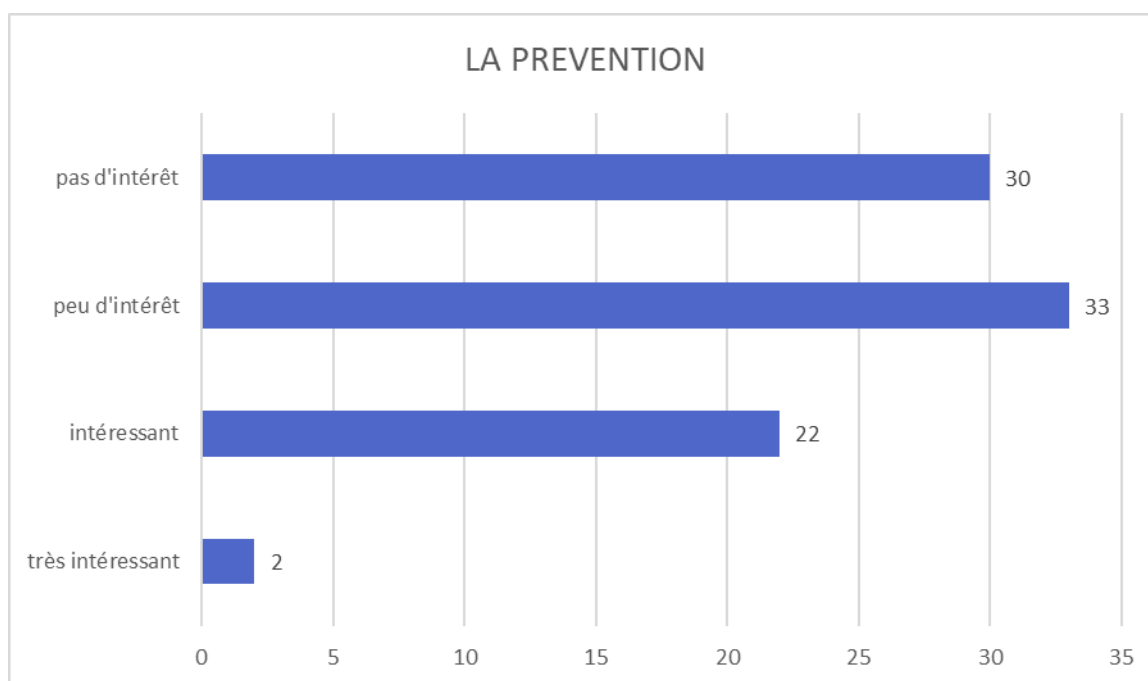


Figure 21 : La prévention

Les réponses à cette question sur la prévention sont négatives à hauteur de 72%.

38% des répondants estiment que la prévention telle qu'elle est abordée lors des stages hospitaliers a peu d'intérêt pour leur pratique future et 34% estiment qu'elle n'a aucun intérêt.

Ils sont seulement 28% à estimer que la prévention telle qu'elle est abordée en milieu hospitalier peut être intéressante voire très intéressante.

79% des internes répondants ont un avis défavorable concernant la prévention telle qu'elle est abordée lors des stages hospitaliers, 69% des généralistes répondants partagent cet avis.

III.3.3.14. AVIS SUR LA FORMATION HOSPITALIERE

La quatorzième question de notre questionnaire cherchait à connaître l'avis des personnes interrogées sur la formation hospitalière telle qu'elle est actuellement dispensée. La question posée était donc la suivante : « La formation hospitalière permet-elle d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ? »

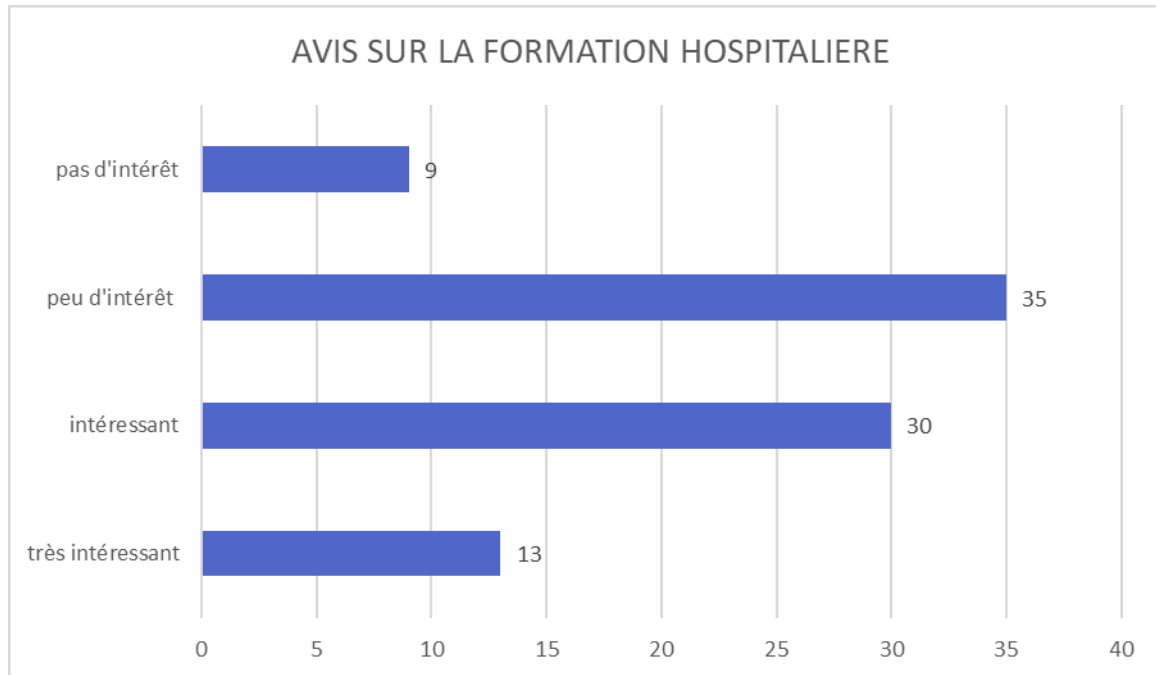


Figure 22 : Avis des répondants sur la formation hospitalière des internes de médecine générale

Les réponses sur l'intérêt de la formation hospitalière telle qu'elle est dispensée à l'heure actuelle pour l'exercice de la médecine générale sont assez partagées.

46 des 87 répondants ont un avis assez défavorable : 40% estiment que la formation hospitalière a peu d'intérêt pour la pratique de la médecine générale, 10% jugent que la formation hospitalière n'a pas d'intérêt pour leur pratique future en tant que médecin généraliste.

43 des 87 répondants possèdent un avis plutôt favorable : 34% estiment que la formation hospitalière, telle qu'elle est dispensée aujourd'hui, a un intérêt pour leur pratique actuelle ou future, et ils sont 15% à juger la formation hospitalière comme très intéressante.

54% des médecins généralistes répondants jugent la formation hospitalière comme intéressante ou très intéressante.

Au contraire, 58% des internes répondants estiment que la formation hospitalière actuelle n'a pas ou peu d'intérêt pour leur pratique future.

III.3.3.15. QUESTION OUVERTE

La dernière question de notre questionnaire était une question ouverte facultative. Elle avait pour but de recueillir les commentaires des répondants notamment leur opinion et les éventuelles pistes d'amélioration à apporter aux stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale.

Parmi les 87 réponses exploitables, nous avons obtenus 24 commentaires soit 28%.

Parmi ces commentaires, deux constats sont émis de façon récurrente. Le premier est que les répondants réclament plus de stages en secteur ambulatoire ; le second est la nécessité que les internes soient encadrés par des maitres de stages formés à l'encadrement d'étudiants et surtout à jour dans leurs connaissances médicales.

De nombreux commentaires concernent les lieux de stages. Les répondants plébiscitent les stages dans les hôpitaux périphériques. Ces stages dans les services de médecine, qui sont volontiers polyvalents, sont décrits comme plus proches de la pratique quotidienne des médecins généralistes contrairement aux stages dans les services des CHU qui sont considérés comme trop hyperspécialisés et ayant peu d'intérêt pour la pratique quotidienne d'un médecin généraliste. Certains terrains de stages sont particulièrement plébiscités comme les services de médecine gériatrique et les services de soins de suite et réadaptation (SSR). Les services de SSR permettent, selon les répondants, de prendre le temps pour chaque patient, d'aborder les pathologies chroniques et surtout de prendre en charge le patient dans sa globalité ; à l'image de la pratique des médecins généralistes. Un autre terrain de stage est plébiscité régulièrement : le stage aux urgences. Ce stage selon les répondants permet d'acquérir une expérience face aux situations d'urgences, celle-ci permet de réassurer les futurs praticiens et leur donne la capacité d'aborder ces situations de façon plus sereine en ambulatoire.

Plusieurs commentaires font également état de la nécessité des stages dans les services dits « de spécialités d'organes ». En effet, selon les répondants ces stages offrent la possibilité aux médecins généralistes d'approfondir leurs connaissances dans certains domaines, ce qui leur permet dans une certaine mesure de différer le recours aux spécialistes. Dans le même état d'esprit certains commentaires proposent de diminuer la durée des stages dans les secteurs hospitaliers à quatre voire trois mois afin de multiplier les terrains de stages dans les milieux spécialisés et donc, d'élargir le champ des compétences des internes.

Certains commentaires mettent en avant la relation médecin généraliste et spécialiste. Les stages en milieu hospitalier permettent au futur médecin généraliste de se créer un réseau de correspondants. Ils permettent également d'appréhender le fonctionnement de l'hôpital et des spécialistes ce qui permet, selon les répondants, d'orienter au mieux les patients en cas de besoins et d'anticiper les consultations auprès des spécialistes. Par ailleurs, certains déplorent l'image péjorative des médecins généralistes qui peut être véhiculée par certains spécialistes et mettent l'accent sur la nécessité d'améliorer cette dernière.

IV. DISCUSSION

IV.1. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Notre questionnaire a été envoyé à 193 personnes. Parmi les 193 questionnaires envoyés nous avons reçu 91 réponses, dont 87 exploitables. Nous avons un taux de réponse de 47%. C'est un taux de participation correct.

IV.1.1. CENTREE SUR LE GENRE

Concernant ce facteur, notre questionnaire a été envoyé, à 114 femmes et 79 hommes. Ce qui représente 59% de femmes et 41% d'hommes au sein de la population interrogée.

Au sein de notre population répondante, on note une prédominance de réponses féminines. En effet, les femmes sont 64% à avoir répondu à notre questionnaire, pour 36% d'hommes répondants. Les chiffres restent proches, ce qui nous permet d'affirmer que notre échantillon est représentatif concernant ce critère.

IV.1.2. CENTREE SUR LE MODE D'EXERCICE

Si l'on se rapporte à ce critère, notre questionnaire a été envoyé à 42 internes soit 22% de la population interrogée et 151 médecins généralistes tout exercice confondu, soit 78% de la population interrogée.

Au sein des répondants, on remarque que les internes ont largement répondu à notre questionnaire : 79% des internes interrogés ont répondu à notre questionnaire. Les internes représentent 38% de la population répondante.

Les médecins généralistes représentent 62% de la population répondante, ils sont au nombre de 54. Le taux de réponse chez les généralistes est de 38%.

Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons. La première est peut-être due au mode de diffusion de notre questionnaire : il est possible que les adresses mail des médecins généralistes fournies lors de leur inscription à la faculté de médecine n'étaient plus valides. La seconde est que les médecins généralistes du fait de leur activité ont probablement moins de temps à consacrer à ce type d'enquête. La troisième est en lien avec le sujet du questionnaire : les internes sont au cœur de la formation et se sentent de ce fait davantage concernés par ce sujet ; les médecins ayant terminé leur formation peuvent se sentir moins préoccupés par ce thème.

IV.1.3. PARTICULARITES DE NOTRE POPULATION : LE PARCOURS UNIVERSITAIRE.

Les personnes qui ont répondu à notre questionnaire sont toutes issues de l'ancien DES de médecine générale. L'ancienne maquette de stage du DES de médecine générale, nous l'avons vu précédemment, n'imposait qu'un seul stage dans cette discipline. De plus, le moment où ce stage devait être réalisé n'était pas défini. Ce fait est nettement visible dans notre population.

La première expérience en médecine générale intervenait pour la majorité des répondants, soit 31%, en quatrième semestre. Mais ils étaient également 31%, soit près d'un tiers, à connaître leur première expérience en médecine générale au cours de leur dernière année de DES. Le fait d'être confronté tardivement dans leur formation à l'exercice de la médecine

générale peut expliquer les difficultés d'adaptation que certains internes et médecins généralistes ont pu rencontrer lors de leurs premières expériences en ambulatoire.

Le nombre de stage en médecine générale est lui aussi intéressant ; en effet 37% des interrogés n'avaient effectué qu'un seul stage en médecine générale au cours de leur maquette. Ils sont 33% à avoir effectué deux stages en médecine générale et seulement 8% ont pu effectuer trois stages en médecine ambulatoire. Ce manque d'expérience dans leur futur domaine d'exercice contribue lui aussi aux difficultés d'adaptation que peuvent ou ont pu ressentir les répondants.

Une interrogation importante peut découler de ce constat : comme les « nouveaux » internes (issus du DES de 2017) appréhenderont plus tôt la pratique de la médecine générale au sein de leur cursus, ils aborderont peut-être différemment les stages hospitaliers et pourront en tirer un meilleur parti et exploiter ainsi tous leurs avantages pour leur pratique future.

IV.2. SYNTHÈSE DES RESULTATS

IV.2.1. LES AVANTAGES DES STAGES HOSPITALIERS

Notre questionnaire a permis de mettre en lumière de nombreux avantages aux stages hospitaliers. Les aspects décrits comme avantageux sont : la connaissance de la structure, le recrutement des patients dits compliqués et leur gestion, l'acquisition de compétences dans des domaines précis de la médecine, la formation et le contact avec les spécialistes d'organes.

Les stages hospitaliers permettent aux futurs médecins généralistes d'appréhender le monde hospitalier et son fonctionnement. Cette porte d'entrée sur l'hôpital est considérée comme très bénéfique par les répondants. Pouvoir appréhender le fonctionnement de l'hôpital apparaît donc comme un atout pour la pratique de la médecine générale. Connaître le fonctionnement de la structure hospitalière permet au médecin généraliste d'orienter ses patients au mieux en cas de nécessité. Il peut également le cas échéant, expliquer ce fonctionnement au patient, afin de le rassurer lors de certaines prises en charges.

Le recrutement des patients, au sein des structures hospitalières, est lui aussi considéré comme un avantage par les répondants. En effet, ces derniers ont estimé que savoir prendre en charge des pathologies d'emblée grave ou des patients polyopathologiques était un avantage pour leur pratique future. Dans plusieurs commentaires laissés à la fin de notre questionnaire les répondants soulignent qu'avoir pris en charge des patients dits « compliqués » lors de leurs stages hospitaliers, leur a permis de se sentir plus à l'aise pour gérer des situations complexes à domicile. Cette expérience hospitalière leur a permis pour certains d'entre eux d'acquérir plus d'autonomie dans leur pratique de la médecine générale

Les stages hospitaliers permettent d'acquérir une expérience dans certains domaines précis du champ de la médecine. Ce fait est considéré comme un avantage pour les répondants. Certains voient cette expérience comme la possibilité d'anticiper la consultation avec le spécialiste et ainsi programmer les différents examens complémentaires nécessaires afin d'optimiser la prise en charge du patient. D'autres voient cette expérience comme le moyen de « débrouiller » certaines situations délicates et de pouvoir surseoir à l'avis des spécialistes, au moins dans un premier temps. Ce dernier point paraît d'autant plus intéressant que dans certains territoires l'accès aux spécialistes devient de plus en plus compliqué. Cette

expérience hospitalière est donc le moyen de ne pas se retrouver dans une impasse trop précocement.

La formation délivrée lors des stages hospitaliers est elle aussi considérée comme bénéfique pour la pratique de la médecine générale. Les répondants ont estimé que la formation hospitalière par son accès plus aisé aux dernières recommandations est un avantage certain pour la pratique de la médecine générale. Un commentaire laissé en fin de questionnaire fait état d'une plus grande difficulté pour les médecins généralistes à se former et à se tenir à jour des dernières recommandations.

Les répondants ont également admis que les stages hospitaliers sont un avantage non négligeable pour que les futurs médecins généralistes puissent créer leur propre réseau de consultant.

Le rapport au patient hospitalisé, bien que différent de celui rencontré en médecine générale, est tout de même considéré comme un avantage pour les répondants.

IV.2.2. LES INCONVENIENTS DES STAGES HOSPITALIERS

Notre questionnaire a permis de mettre en évidence certains inconvénients aux stages hospitaliers. Ces inconvénients sont dus au fait que ces aspects de la médecine hospitalière ne permettent pas d'appréhender la pratique de la médecine générale ambulatoire. Ces inconvénients sont les suivants : la gestion du temps, l'utilisation de la biologie, l'accès aux examens complémentaires et l'abord de la prévention.

La gestion du temps entre l'exercice hospitalier et l'exercice de la médecine générale est complètement différente. L'organisation hospitalière, si l'on considère la gestion de temps, est perçue comme un inconvénient pour les répondants. Aucun des commentaires laissés en fin de questionnaire ne fait état de l'organisation temporelle. Il est légitime de penser que cette organisation hospitalière ne permet pas au futur médecin généraliste d'appréhender son exercice et son organisation temporelle future. L'organisation temporelle hospitalière n'est pas conçue pour aborder un problème, en faire une synthèse, le replacer dans son contexte médico-social et lui apporter une solution ou un début de solution dans un temps imparti en général court, à l'inverse de la médecine de premiers soins. Mais cela tient en partie au fait que les patients hospitalisés le sont car leur gestion à domicile est temporairement impossible.

Le recours quasi systématique à la biologie et l'accès facilité aux examens complémentaires sont également perçus comme un inconvénient pour les répondants. Parmi les commentaires laissés en fin de questionnaire aucun des répondants n'a abordé ces points-ci. Il est vrai que dans les structures hospitalières leur accès est relativement aisé : l'infirmière et le laboratoire sont à disposition sur place, le service de radiologie également ; au moindre doute, il est facile d'obtenir une biologie, une radiographie... L'exercice en médecine de ville est plus délicat, surtout dans notre région rurale, l'accès à ces techniques est plus difficile et souvent différé : il faut savoir se recentrer sur l'interrogatoire et sur la clinique.

La prévention, telle qu'elle est abordée dans les services hospitaliers, est perçue comme un inconvénient. Un commentaire fait état d'un souhait d'améliorer la formation des médecins généralistes à la prévention et plus particulièrement à la prévention primaire.

IV.2.3. LES ASPECTS « INTERMEDIAIRES »

Plusieurs items de notre questionnaire ne sont pas le siège d'un avis tranché et le débat reste ouvert.

Parmi eux, on retrouve la diversité des pathologies rencontrées en milieu hospitalier : 51% des répondants estiment que l'éventail plus restreint de pathologies rencontrées en milieu hospitalier est un avantage contre 49%. L'exercice hospitalier permet de se confronter à des pathologies compliquées et graves d'emblée, ou alors à des patients polyopathologiques en phase de décompensation aiguë ; il permet également dans certains services d'appréhender des pathologies rares. Mais l'éventail de pathologies rencontrées en milieu hospitalier ne correspond pas à l'éventail de pathologies rencontrées en médecine de premiers soins. Tout un panel de pathologies courantes et bénignes n'est pas abordé lors de la formation hospitalière des futurs médecins généralistes alors que ces pathologies constitueront finalement la majorité de leurs consultations.

L'apprentissage de prise en charge « idéale » dont l'application en ville n'est pas toujours possible porte également à débat : 54% des répondants estiment que cet apprentissage est un avantage contre 46% qui le considèrent plutôt comme un inconvénient. Les stages hospitaliers permettent d'apprendre des algorithmes pour des prises en charges « idéales » ; même si ces prises en charges « idéales » ne sont pas toujours applicables en médecine de premiers soins. Les praticiens peuvent se les approprier et les adapter à leur pratique quotidienne tout en conservant le raisonnement de base.

Le suivi des pathologies chroniques, tel qu'il est abordé en milieu hospitalier, porte également à débat. 54% des répondants estiment que le suivi global des patients présentant une pathologie chronique est un avantage, contre 46%. En effet, lors d'hospitalisations pour décompensation de certaines pathologies chroniques, il n'est pas rare qu'une « synthèse » soit faite pour s'assurer que le suivi est complet ou alors pour le compléter le cas échéant. A cette occasion, les internes sont formés aux suivis des pathologies chroniques. Malheureusement, ceci n'intervient qu'en cas de décompensation et de ce fait les internes ne sont pas formés aux minimales adaptations thérapeutiques que l'on peut être amené à faire en médecine générale.

IV.2.4. AVIS GENERAL SUR LA FORMATION HOSPITALIERE

51% des répondants ont un avis plutôt défavorable sur la formation hospitalière des médecins généralistes, contre 49% qui au contraire possèdent un avis favorable sur cette même formation.

Il faut également noter une différence non négligeable : alors qu'au sein des autres items les réponses des internes et des médecins généralistes étaient concordantes ; on remarque que l'avis des répondants diverge concernant ce dernier point. En effet, 54% des médecins généralistes interrogés estiment que la formation hospitalière est favorable alors que 58% des internes la jugent défavorable.

Comment expliquer cette discordance d'opinion ? Le manque d'expérience des internes peut être une piste. L'appréhension qui va de pair avec les premières expériences en tant que médecin généraliste peut faire douter les internes sur leur formation, leur capacité à exercer. Puis, avec l'expérience ces appréhensions ont tendance à s'estomper et les praticiens jugent peut-être moins sévèrement la formation qu'ils ont reçue.

IV.3. LES FORCES DE NOTRE ETUDE

IV.3.1. L'EFFECTIF ET LE TAUX DE PARTICIPATION

Notre étude a bénéficié d'un taux de réponse élevé de 47%. Près d'un questionnaire sur deux a obtenu un retour. Cela témoigne de l'intérêt que porte les internes en médecine générale et les jeunes médecins généralistes à leur formation.

IV.3.2. UNE POPULATION VARIEE

Lors de la conception de notre étude, nous étions désireux de toucher une population variée. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'interroger des internes en médecine générale mais également des médecins généralistes en exercice (qu'ils soient installés ou remplaçants). Nous souhaitions recueillir l'avis d'un maximum de personnes dont la formation était suffisamment récente et ayant une expérience de la médecine générale. Nous souhaitions déterminer si la formation, et plus particulièrement la formation hospitalière, était en adéquation avec les besoins des médecins généralistes pour leur pratique quotidienne.

IV.3.3. UN THEME ORIGINAL

L'originalité de notre travail consiste en son thème. Dans la littérature il existe peu de travaux sur les stages hospitaliers à proprement dits dans l'internat de médecine générale. Ces dernières années ont vu la création de nombreux écrits sur le DES « idéal » mais l'ensemble de ces travaux ne traite pas ou très peu des stages hospitaliers ; alors même que les stages hospitaliers constituent la moitié ou plus des stages de l'internat de médecine générale.

IV.3.4. UNE PREMIERE ETUDE QUANTITATIVE SUR LE SUJET

Nous l'avons dit précédemment, il existe peu de travaux sur la formation hospitalière des futurs médecins généralistes. Notre questionnaire a été construit à partir d'une étude qualitative, dont l'objet était les stages hospitaliers au cours de l'internat de médecine générale. A notre connaissance, notre travail est la première étude quantitative qui s'intéresse à ce sujet.

IV.4. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE

IV.4.1. L'ETUDE PORTE SUR L'ANCIEN DES

Lors de la confection de notre étude nous avons fait le choix d'interroger des médecins généralistes et des internes qui avaient une expérience de l'exercice de la médecine générale afin que nos résultats aient plus de force. Une fois ce choix fait nous étions donc dans l'obligation d'adresser notre questionnaire à une population formée selon l'ancien DES de médecine générale. Ces promotions d'internes et de médecins généralistes étaient alors formés selon un système où la pratique ambulatoire était le plus souvent largement minoritaire. Néanmoins leurs expériences et leurs regards sur les stages hospitaliers restent très intéressants. Replonger les interrogés dans leurs premières expériences en médecine ambulatoire, mettre un nom sur les difficultés ou les facilités qu'ils ont rencontrées nous a permis de mettre un doigt sur les avantages et les inconvénients de la formation hospitalière. C'était là le premier objectif de notre questionnaire.

Il serait peut-être judicieux de soumettre, ultérieurement, notre questionnaire aux promotions issues du nouveau DES de médecine générale. Et ainsi de déterminer si l'augmentation de la

part ambulatoire dans la formation des médecins généralistes suffit à gommer les inconvénients des stages hospitaliers dans la formation des internes. Ou bien alors s'il faut, après une refonte de DES de médecine générale, songer à une refonte des stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale.

IV.4.2. UN ECHANTILLON RESTREINT

Notre étude ne porte que sur la faculté de médecine de Limoges. Pour apporter plus de force à notre étude nous aurions pu la diffuser au sein de plusieurs facultés de médecine : au niveau de la grande région Nouvelle-Aquitaine ou même au niveau national. Mais pour des raisons techniques, il nous était difficile de diffuser notre questionnaire à une si grande échelle.

IV.4.3. LES DESC NON IDENTIFIES

Une des limites de notre questionnaire est que dans la première partie, nous avons omis d'identifier les internes et les médecins qui avaient réalisé un DESC et notamment les DESC de type II qualifiant. En effet, les titulaires des DESC de type II qualifiant n'exercent pas en tant que médecins généralistes ; il aurait donc été souhaitable de les identifier et de les exclure de notre échantillon afin de se concentrer sur les répondants ayant un exercice de la médecine générale.

IV.5. LE STAGE HOSPITALIER « IDEAL »

Ce chapitre a été construit à l'aide des commentaires réalisés par les interrogés à la fin du questionnaire. Nous nous sommes servis de ces commentaires pour émettre quelques pistes de travail concernant le stage hospitalier « idéal » dans le cadre du DES de médecine générale.

IV.5.1. UNE IMPLICATION PLUS IMPORTANTE DES FORMATEURS

Parmi les commentaires émis, on retrouve le souhait d'un encadrement pédagogique plus marqué. Par extrapolation, on peut dire que les internes souhaitent pouvoir retrouver au sein de chaque stage un référent pédagogique qui prend son rôle « à cœur », qui les guide et puisse les conseiller en termes de lectures par exemple. Les répondants ont également émis le souhait d'être encadré par des référents pédagogiques à jour de leurs connaissances médicales.

IV.5.2. DES LIEUX DE STAGES PLUS EN ADEQUATION AVEC LA PRATIQUE FUTURE

Plusieurs commentaires réclament des lieux de stages plus en adéquation avec leur pratique future. Les stages hospitaliers dans les hôpitaux périphériques sont plébiscités. Les internes ne souhaitent pas être formés dans les services hyper spécialisés des CHU qu'ils jugent trop éloignés de leur pratique future. Les stages dans les services de médecine polyvalente des hôpitaux périphériques sont décrits comme plus formateurs car recouvrant un champ de la médecine plus large et plus proche de la médecine générale.

Certains commentaires font état de stages qui selon eux devraient être obligatoires dans la maquette : les stages en médecine gériatrique sont le plus souvent cités.

IV.5.3. DIMINUER LA DUREE DES STAGES HOSPITALIERS

Quelques commentaires proposent de diminuer la durée des stages hospitaliers (sans pour autant diminuer la durée de l'internat) afin de multiplier les terrains de stages. Cette idée a pour but d'augmenter l'expérience des futurs médecins généralistes dans divers domaines et donc par conséquent d'augmenter le champ d'expertise de ces futurs spécialistes en soins primaires.

IV.5.4. IMPLIQUER L'INTERNE AUTREMENT

Plusieurs commentaires font état de l'activité hospitalière de l'interne, qui est décrit comme le « moyen de faire tourner le service ». Dans la majorité des stages hospitaliers, les internes sont cantonnés à l'activité propre du service : la visite, les entrées ...

Peut-être que si l'interne était impliqué dans d'autres tâches, comme assister voire participer aux consultations des spécialistes, cela pourrait le sensibiliser notamment au suivi des pathologies chroniques non décompensées, ou à la gestion d'un planning de consultation ...

IV.5.5. FIXER DES OBJECTIFS DE STAGES CLAIRS

Pour aider les internes à tirer le meilleur parti de leurs stages hospitaliers, il serait peut-être judicieux d'élaborer au début de chaque stage une liste d'objectifs clairs à acquérir au cours du stage. Cette liste pourrait être élaborée entre l'interne, le référent pédagogique du stage en question et le tuteur de l'interne. Elle serait construite en fonction des besoins de l'interne, des connaissances qu'il a déjà acquises, et des connaissances dont il aura besoin pour sa pratique future. Cette liste permettrait à l'interne d'avoir un fil conducteur durant toute la durée de son stage et ainsi d'évaluer sa progression au cours de ce dernier. Ceci pourrait contribuer à créer un stage hospitalier « sur mesure » pour chaque interne en fonction de ses connaissances et de ses aptitudes. Ce stage « sur mesure » ayant bien entendu comme objectif la formation d'un futur professionnel en soins primaires autonome et compétent.

IV.5.6. RENFORCER LE LIEN VILLE – HOPITAL

Le stage hospitalier « idéal » devrait permettre de renforcer le lien ville – hôpital. L'interne pourrait alors évoluer dans un environnement où les médecins généralistes et les spécialistes travailleraient en étroite collaboration. Chacun des acteurs connaîtrait les difficultés propres à l'exercice de l'autre, ainsi généralistes et spécialistes seraient sur un même pied d'égalité.

CONCLUSION

Les stages hospitaliers présentent de nombreuses différences avec l'exercice libéral de la médecine générale que ce soit par exemple en termes d'organisation ou en termes de recrutement des patients.

Malgré ces différences, il semble que les stages en secteur hospitalier possèdent de nombreux avantages pour la pratique de la médecine générale. En effet, posséder une vision du monde hospitalier, savoir gérer des patients dits « compliqués », acquérir de l'expérience dans certains domaines précis de la médecine, pouvoir se former aux côtés de spécialistes « d'organes » et ainsi se créer son futur réseau de consultants, sont autant d'aspects des stages hospitaliers considérés comme avantageux.

D'autres points sont quant à eux décrits comme des inconvénients, à savoir l'organisation d'un point de vue temporel, la gestion des ressources telles que la biologie et les examens complémentaires ou encore l'abord de la prévention.

Il serait également intéressant de soumettre notre questionnaire aux promotions d'internes issues du nouveau DES. Ainsi, on pourrait déterminer si l'exposition à la médecine générale plus précocement dans le cursus modifie le regard des internes en médecine générale sur le monde hospitalier. Est-ce que les avantages reconnus par les générations précédentes constituent encore des avantages ? Est-ce que les inconvénients sont gommés ou bien au contraire accentués ?

Mettre le point sur ces différents aspects des stages hospitaliers paraît essentiel pour poser les bases du stage hospitalier « idéal », toujours dans un souci d'améliorer la formation des médecins généralistes de demain.

Références bibliographiques

1. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - histoire de la médecine [Internet].
Disponible sur : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_de_la_médecine/187065
2. BERCHE P. - Faculté de médecine Paris Descartes.
Un siècle d'innovations en médecine. 2010 déc. 3 ; XIIe Assises Hospitalo-Universitaires
Lyon 2-3 décembre 2010.
3. SCHWEYER F-X. Histoire et Démographie médicales.
Revue ADSP – Actualité et dossier en santé publique, la revue du Haut Conseil de la Santé
Publique. Sept 2000 ; (32) : 16-9.
4. Fac-similé JO du 12/10/1949, page 10314 | Légifrance [Internet].
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000471512&pageCourante=10314
5. RUMEUR M. L'enseignement médical en France : Quelle Evolution au cours des siècles ?
Quelle place pour la Médecine Générale ?
Faculté de Médecine de Rouen ; 2016.
6. SALVATORE O. Histoire et évolution de la Médecine Générale en France à partir du
XIXème siècle.
Faculté de Médecine de Bobigny ; 2015.
7. Ouvrage collectif sous la direction d'Alexandre Dhordain. Le CHU - L'hôpital de tous les
défis. Edition Privat. Vol. chapitre 2-1958-1968. La création des centres hospitaliers
universitaires. 2007.
8. TAHA A, BOULET P, BEIS J-N, YANA J, FERRAT E, CALAFIORE M, et al. État des lieux
de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la
FUMG.
Revue EXERCER. 2005 ; 26(122) : 267-82.
9. ISNAR-IMG. Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale Propositions de
l'ISNAR-IMG [Internet]. 2011.
Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/contributions-et-propositions/propositions-des-mg/>
10. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des
praticiens généralistes agréés - Article 2. 97-495 mai 16, 1997.

- 11.** DRUAIS P-L. La médecine générale : une jeune spécialité pleine d'avenir.
Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2013 ; 197(7) : 1469-73.
- 12.** Historique du CNGE [Internet].
Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
- 13.** WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecin de famille [Internet]. 2002.
Disponible sur :
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20vversio.pdf>
- 14.** GILBERG, S, GAY B, LE GOAZIOU, M-F. Du 3e cycle au DES de médecine générale
Les propositions du Collège national des généralistes enseignants.
La revue du praticien – Médecine Générale. 16 sept 2002 ; Tome 16(583) : 1211-2.
- 15.** DES Médecine Générale - Maquette 2004 [Internet].
Disponible sur : http://www.unilim.fr/internat_limousin/formations/des-maquettes-2004/
- 16.** Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Légifrance [Internet].
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005765200&dateTexte=20090204>
- 17.** Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine - Article Annexe V.
- 18.** SELLERET F-X, BLEMONT P. Réforme du troisième cycle des études médicales
Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme. 2015 janv.
- 19.** COURAUD F, PRUVOT F-R. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2014 avr.
Disponible sur : http://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf

20. ISNAR-IMG. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! (Ou presque...) [Internet]. 2017.

Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>

21. Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

22. Règlement des études DES médecine générale Condition Validation Phase Socle [Internet].

Disponible sur :

http://www.unilim.fr/internat_limousin/wp-content/uploads/sites/4/2018/07/Phase-socle-MG.pdf

23. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale Réalisée par l'ISNAR-IMG De novembre à décembre 2013 Résultats [Internet].

Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

24. CATHALAN T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ».

Faculté de Médecine de Paris Est Créteil ; 2015.

25. LANDRY C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis à vis du DES de médecine générale actuel.

Faculté de Médecine de Paris Est Créteil ; 2015.

26. OLIVIER-KOEHRET M. Premier recours, coopérations et droits des patients vers notre système de santé de demain.

Revue LE CONCOURS MEDICAL. Juin 2011 ; Tome 133(6) : 497-500.

27. CASAUX-VORONIUC I. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la Faculté de Rouen.

Faculté de Médecine de Rouen ; 2012.

Annexe : LE QUESTIONNAIRE

Bonjour, mon nom est Marie TESTE. Je viens de terminer mon internat de médecine générale et je réalise actuellement mon travail de thèse sur la formation hospitalière des internes en médecine générale. Ce travail est sous la direction du Docteur Karen RUDELLE.

Mon travail a pour but d'évaluer de manière quantitative les avantages et les inconvénients à former les futurs médecins généralistes en milieu hospitalier au vu des différences qui existent entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Il consiste en un bref questionnaire, qui ne vous demandera pas plus de 5 minutes de votre temps pour y répondre. Il est construit sous la forme de brèves affirmations issues d'une étude qualitative menée sur un panel d'interne en médecine générale.

Ce questionnaire s'articule en 2 parties : la première partie évalue les caractéristiques de la population interrogée ; la seconde évalue les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale selon le référentiel des compétences de médecine générale.

Il est vrai que l'évaluation d'un stage hospitalier est aussi dépendante de l'encadrement pédagogique que l'on a reçu au cours de ce dernier. Ce questionnaire n'a pas pour but d'évaluer cet encadrement mais il cherche à déterminer les points positifs mais aussi les points négatifs de la formation hospitalière des futurs médecins généralistes.

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

Question n°1

Vous êtes un homme ? Une femme ?

Quel est votre âge ?

Question n°2

Quelle est votre année de DES ?

DES 1 ? DES 2 ? DES 3 ? DES terminé ?

Question n°3

Quel a été votre cursus ?

Pour chaque semestre merci de préciser s'il s'agissait d'un stage en CHU, en hôpital périphérique ou en médecine libérale

Semestre 1 :

Semestre 2 :

Semestre 3 :

Semestre 4 :

Semestre 5 :

Semestre 6 :

Question n°4

Quel est votre mode d'exercice ?

Interne ?

Interne effectuant des remplacements en médecine générale ?

Médecin remplaçant ?

Généraliste installé ?

Les questions suivantes sont construites sous la forme d'une brève affirmation. Un titre précède chaque chapitre permettant de vous donner l'axe que nous souhaitons évaluer. Cette affirmation est basée sur l'observation des différences qui existent entre la médecine hospitalière et la médecine de soins premiers retrouvées dans le travail de recherche précédemment cité. Il convient alors de déterminer si l'affirmation proposée constitue un avantage ou un inconvénient pour notre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste. La réponse doit être formulée sous la forme d'une échelle numérique allant de 1 à 4

1 correspond à « n'a pas d'intérêt »

2 correspond à « peu d'intérêt »

3 correspond à « est intéressant »

4 correspond à « est très intéressant »

Question n°5 LES STAGES HOSPITALIERS COMME PORTE D'ENTREE SUR L'HOPITAL

Ils permettent aux internes d'appréhender le monde hospitalier, de découvrir des procédures dont le déroulement est strictement hospitalier.

Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste d'avoir une vision du monde hospitalier ?

1

2

3

4

Question n°6 LE RECRUTEMENT DES PATIENTS

Les patients rencontrés lors des stages hospitaliers sont des patients dont la pathologie est compliquée d'emblée ou alors il s'agit de patients polyopathologiques dont la prise en charge est momentanément difficile au domicile.

Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste de prendre en charge des patients que l'on ne peut pas (théoriquement) gérer à domicile ?

1

2

3

4

Question n°7 LES STAGES HOSPITALIERS, UNE EXPERIENCE DANS DES DOMAINES PRECIS

La formation dans les services de médecine « dits spécialisés » permet aux internes d'approfondir des connaissances spécifiques dans certaines disciplines médicales.

Est-il intéressant pour un futur médecin généraliste d'approfondir ses connaissances dans une ou des discipline(s) médicale(s) spécifique(s) ?

1

2

3

4

Question n°8 LA FORMATION

Le fait d'être au contact des spécialistes dans les services hospitaliers permet de se tenir à jour « plus facilement » des dernières avancées médicales dans la spécialité en question.

Le contact rapproché avec les spécialistes vous paraît-il être intéressant pour vous tenir à jour des dernières recommandations ?

1 2 3 4

Question n°9 LE RECOURS AUX AVIS SPECIALISES

Les stages en milieu hospitalier permettent d'être au contact de nombreux spécialistes, de se créer un réseau.

La possibilité de se créer un réseau de spécialistes est- elle intéressante pour votre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°10 LA DIVERSITE DES PATHOLOGIES

En médecine générale les pathologies et les patients sont généralement très variés d'une consultation à l'autre. Dans les services hospitaliers de médecine spécialisée les pathologies rencontrées sont généralement moins diversifiées.

L'éventail plus restreint des pathologies rencontrées en milieu hospitalier vous paraît être intéressant pour votre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°11 LA GESTION DU TEMPS

L'emploi du temps du médecin généraliste est régi par des consultations dont la durée est en générale brève. Dans les services d'hospitalisations conventionnelles la journée s'articule essentiellement autour d'une visite, des entrées du jour. Cette organisation d'emploi du temps permet de s'accorder un temps de réflexion plus long.

La dynamique temporelle du milieu hospitalier, vous paraît- elle être intéressante pour votre pratique future ou actuelle en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°12 L'ADAPTATION AUX POSSIBILITES DE LA VILLE

Les stages hospitaliers permettent aux internes de se construire des prises en charge thérapeutiques et sociales « idéales ». Les moyens à dispositions en ville ne sont pas toujours les mêmes que dans les structures hospitalières et ces prises en charge idéales ne sont pas toujours applicables.

L'apprentissage de modèle de prises en charge « idéales » vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°13 LE RECOURS A LA BIOLOGIE

Il est quasiment constant en structure hospitalière, alors qu'en ville ce dernier étant de réalisation plus complexe il devient donc moins fréquent. L'exercice hospitalier apprend à l'interne à construire son raisonnement, poser son diagnostic et proposer sa conduite à tenir sur une clinique associée dans la majorité des cas à une biologie.

Le recours systématisé à la biologie en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°14 LE RECOURS AUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Leur obtention est facilitée à l'hôpital en raison notamment de la proximité. En ville l'accès aux examens complémentaires est plus difficile et pose régulièrement la question du délai d'obtention. Cette facilité d'accès dans le milieu hospitalier atténue quelque peu la question des délais d'obtention.

L'accessibilité aux examens complémentaires en milieu hospitalier vous paraît-elle être intéressante pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°15 LE RAPPORT AU PATIENT

Les patients hospitalisés sont le plus souvent passifs « écrasés par la structure hospitalière », de ce fait ils discutent peu les décisions médicales ; alors qu'en ville le dialogue est plus présent : faire accepter une nouvelle thérapeutique, modifier un traitement en place depuis plusieurs années, faire accepter un examen complémentaire ...

Le rapport au patient en structure hospitalière vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n°16 LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

Les patients rencontrés en milieu hospitalier nécessitent une surveillance rapprochée, car ils présentent une pathologie aigüe ou alors une décompensation de pathologie chronique. Le suivi des pathologies chroniques stables, ou qui nécessitent de minimes adaptations thérapeutiques est peu abordé dans les services hospitaliers.

Le suivi global des pathologies chroniques tel qu'il est abordé en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

Question n° 17 LA PREVENTION

Elle fait partie intégrante du travail de médecin généraliste, elle est même amenée à en faire de plus en plus partie. La place de la prévention dans le milieu hospitalier semble moins importante notamment en ce qui concerne la prévention primaire.

L'abord de la prévention en milieu hospitalier vous paraît-il être intéressant pour votre pratique future (ou actuelle) en tant que médecin généraliste ?

1 2 3 4

QUESTION n°18 VOTRE AVIS

Pensez-vous que la formation hospitalière, telle qu'elle est dispensée actuellement, permet aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences nécessaires à leur futur exercice en tant que médecin généraliste ?

Pas du tout d'accord

Plutôt en désaccord

Plutôt en accord

Tout à fait d'accord

Question n°19 REMARQUES ET SUGGESTIONS

Merci de me laisser vos commentaires, votre opinion et les pistes d'amélioration à apporter concernant la formation hospitalière des futurs médecins généralistes.

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.

FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN MILIEU HOSPITALIER : AVANTAGES ET INCONVENIENTS - Enquête menée auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la Faculté de Médecine de Limoges en 2018

Résumé

Introduction : La réforme du troisième cycle des études médicales est marquée par un désir de former les internes de médecine générale au plus près de leur futur lieu d'exercice, pour cela on note une nette progression des stages en ambulatoire. Malgré tout, les stages hospitaliers, bien que possédant de nombreuses différences avec l'exercice de la médecine générale libérale, restent présents dans la maquette de stage des internes en médecine générale.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer les avantages et les inconvénients des stages hospitaliers dans la formation des internes de médecine générale. L'objectif secondaire était de déterminer le stage hospitalier « idéal ».

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, épidémiologique descriptive. Un questionnaire, conçu à partir d'une précédente étude qualitative, a été adressé aux internes et jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Limoges.

Résultats : Notre taux de réponse est de 47%. Connaître le fonctionnement du monde hospitalier, le recrutement des patients, l'acquisition d'expérience dans des domaines particuliers du champ de la médecine et le contact avec les spécialistes pour se former et créer son futur réseau de consultant sont décrits comme les principaux avantages des stages hospitaliers. A l'inverse la gestion du temps et la gestion des ressources sont les principaux inconvénients des stages hospitaliers.

Conclusion : Déterminer les avantages et les inconvénients de stages hospitaliers est essentiel pour établir le stage hospitalier « idéal » pour les internes en médecine générale, ceci dans le but d'améliorer la formation.

Mots-clés : *internat, médecine générale, formation, stages hospitaliers, avantages, inconvénients*

TRAINING RESIDENTIAL STUDENTS OF GENERAL MEDICINE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: BENEFITS AND DRAWBACK - Survey conducted among residential student and young general practitioners of the Faculty of Medicine of Limoges in 2018

Abstract

Introduction: The reform of the third cycle of medical studies is driven by the desire to train the residential student of general medicine closer to their future place of exercise, and for this we note a clear progression of traineeships in ambulatory. Nevertheless, the hospital traineeships, despite many differences with the exercise of the liberal general practice, remain present in the traineeship syllabus of residential students in family practice.

Goals: The main goal of this study was to determine the benefits and drawback of hospital traineeships in the training of residential students in general medicine. The secondary goal was to determine the optimal hospital internship.

Material and methods: This is a transverse, descriptive epidemiological study. A quiz, based on a previous qualitative study, was sent to residential students and young general practitioners from the medical school at University of Limoges.

Results: Our response rate is 47%. Understanding the hospital functioning, the patient enrollment, the gain of experience in particular fields of medical range and the contact with specialists to learn and set-up its own future consultants network are described as the main benefits of hospital internships. Conversely time management and resource management are the main disadvantages of hospital traineeships.

Conclusion: Identify the pros and cons of hospital traineeships is critical to provide the "ideal" hospital traineeship for general practitioners, aimed at improving the training efficiency.

Keywords: *internship, general medicine, training, hospital traineeships, benefits, drawback*

