

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2010

n° \_\_\_\_\_

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**PORTIER LECARPENTIER Magali, Michèle, Rolande**

**Née le 21 juillet 1978 Paris XIX**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le : 27 janvier 2010*

**Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en  
SASPAS ?**

Président : Professeur Michel Nougairède

Directeur : Professeur Michel Nougairède

**DES de Médecine Générale**

## **REMERCIEMENTS**

*À M. le Professeur Michel Nougairède, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail.*

*Aux membres de mon jury.*

*Mes remerciements vont également à Isabelle Aubin-Auger, Pierre Nougairède qui m'ont aidé dans l'élaboration de mon projet.*

*Je remercie les douze maîtres de stage interrogés qui ont su m'accueillir avec bienveillance et se sont rendus disponibles.*

*Je tiens à remercier les patients que j'ai rencontrés et qui continuent à m'apprendre tellement.*

*Aux différents médecins avec lesquels j'ai travaillé.*

*À mes amis.*

*À Guillaume, Paul et toute ma famille.*

*À Madame Quibelle, cours préparatoire, école élémentaire Fournier 1, année 1985-1986.*

## A- INTRODUCTION

Il existe plusieurs thèses et travaux sur l'évaluation du Stage Ambulatoire en soins primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ou stage de niveau 2 pour les internes. Depuis l'instauration des stages de niveau 1 et SASPAS dans le cursus de médecine générale, les maîtres de stage sont devenus des piliers dans la formation des futurs médecins généralistes. Le ressenti d'un stagiaire ainsi que l'impact de sa présence, ont déjà été étudiés, les motivations des médecins généralistes pour devenir et rester maître de stage beaucoup moins.

Le médecin généraliste libéral, depuis peu, s'est réapproprié l'enseignement de la médecine générale, devenant à la fois un compagnon et un superviseur des internes dans leur apprentissage de la pratique de médecine ambulatoire. Ainsi le terme *compagnon* recouvre des notions d'échange, de présence sécurisante, ami et en même temps de garant de qualité. Le terme *superviseur* évoque l'utilisation d'un savoir et sa transmission, le maître de stage étant responsable de l'accomplissement des objectifs définis pour l'interne au cours du stage. Les maîtres de stage alternent en permanence entre ces deux fonctions complémentaires. L'enseignant clinicien aide ainsi l'interne au cours de son stage à passer des connaissances théoriques à la capacité d'appréhender la complexité et la spécificité de la pratique de la médecine générale.

La littérature professionnelle est pauvre sur le ressenti des maîtres de stage qui accueillent un interne en SASPAS. Plusieurs études traitent des conditions de formation des maîtres de stage. Ces travaux n'énoncent pas les intérêts pour un généraliste de devenir et rester maître de stage. Il existe des témoignages de maîtres de stages dans des revues professionnelles spécialisées, mais qui restent succincts. Je me pose la question : **quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS ?**

Et à travers cette interrogation, quelle est l'évaluation du SASPAS par les maîtres de stage ?

Dans des travaux sur le sujet, ce qui ressort concerne les motivations altruistes : l'amélioration de la formation des futurs médecins généralistes par le biais de ce stage, la promotion de la médecine générale, les motivations plus personnelles telles le plaisir d'enseigner à de jeunes confrères ou la réactualisation des connaissances. Concernant les inconvénients, ce sont la gêne supposée de leurs patients, due à la présence du stagiaire, et la charge de travail supplémentaire qui sont le plus souvent évoquées.

Le travail de A. Belhache : Enquête sur le stage chez le praticien : motivation et recrutement de nouveaux maîtres de stage (24), met en évidence deux points intéressants : la mise en contact avec des futurs remplaçants et le besoin de nouveauté.

Si la maîtrise de stage est donc un mode d'exercice particulier où le généraliste a deux protagonistes : le patient et l'interne, cette fonction est-elle un moyen de « ré-enchantement professionnel » (25) ?

Avec l'ouverture du numerus clausus et par conséquent l'augmentation du nombre des internes dans les promotions de médecine générale, il paraît important de mieux connaître ces motivations permettant de trouver des arguments pour inciter de nouveaux médecins à devenir et rester maîtres de stage. De plus, prochainement, l'accueil d'externes en consultation de ville encourage les départements de médecine générale à se poser la question du recrutement de nouveaux maîtres de stage ce qui implique de mieux connaître ces personnages désormais centraux dans la formation des jeunes généralistes.

Pour essayer de cerner ce ressenti, le choix d'une étude qualitative inductive nous a paru judicieux dans le sens où elle permet une connaissance en profondeur de cette organisation et de son fonctionnement.

## **B- HISTORIQUE**

### **I- Les différentes réformes**

Depuis la loi du 10 mars 1903, la formation des médecins est assurée par la faculté de médecine. La formation était "généraliste", les médecins se spécialisaient en cours de carrière jusqu'en 1949, date de la création des

premiers certificats de spécialité.

L'ordonnance du 30 décembre 1958, élaborée sous la direction du Pr. Robert Debré, crée les Centres Hospitaliers Universitaires, lieux d'enseignement et de recherche, grâce à une convention passée entre la faculté de médecine et le centre hospitalier d'une même ville (1).

Le 12 novembre 1968 la loi d'orientation de l'enseignement supérieur élaborée par le ministre de l'Education Nationale, Monsieur Edgar Faure entraîne une réforme des études médicales (2). À Paris, la Faculté de Médecine se divise en une dizaine de Facultés indépendantes.

Les études médicales sont divisées en trois cycles avec des objectifs précis :

- Le premier Cycle d'Etudes Médicales ou PCEM (3) :

Tout bachelier ou titulaire d'un diplôme équivalent peut accéder à cette première année ouvrant droit, par la réussite d'un examen, soit aux études médicales, soit à celles de chirurgie dentaire. L'objectif pour les étudiants est d'acquérir « *les connaissances de base nécessaires à la formation scientifique et humaine des médecins* ».

La loi du 12 juillet 1971 instaure officiellement le numerus clausus antérieur, pour réguler la démographie médicale et permettre aux étudiants de participer de manière effective aux fonctions hospitalières (4).

- Le Deuxième Cycle d'Etudes Médicales ou DCEM

Au cours de la première année de ce cycle se déroule une initiation aux fonctions hospitalières et un enseignement de la sémiologie médicale. Les trois années suivantes sont consacrées à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique sous forme de certificats ainsi qu'à une participation à l'activité hospitalière.

-Le Troisième cycle d'Etudes Médicales ou TCEM.

Ce cycle repose jusqu'en 1979, date de la loi Veil, sur un stage interne pratique destiné à la formation ultime des médecins généralistes, d'une durée d'un an.

Cette loi du nom du ministre qui la fit voter, réforme totalement le troisième cycle des études médicales. Cette loi fut abrogée par la loi RALITE.

La loi du 23 décembre 1982 ou loi RALITE provoque au printemps 1983 un mouvement de grève très important. Devant le refus catégorique des étudiants, le pouvoir en place prend alors des mesures qui devaient être transitoires pour apaiser les esprits et permettre un retour au calme.

Le contenu de la loi RALITE voulait créer un examen de fin de deuxième cycle :

- Obligatoire : les étudiants reçus sont admis en filière de médecine générale et peuvent postuler au concours de spécialité.
- Validant : il valide l'intégralité de l'enseignement du deuxième cycle.
- Classant : le choix des postes d'interne en médecine générale est

organisé par chaque Unité d'Enseignement et de Recherche ou UER et l'ordre de ce choix correspond au classement défini par cet examen.

Cet examen est remplacé par le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique ou CSCT. Son volume est de 80 à 120 heures au cours du deuxième cycle. Le CSCT est non classant et obligatoire pour accéder au troisième cycle. Sa validation nécessite la validation des stages hospitaliers.

La loi RALITE supprime les CES. Désormais, l'accès aux spécialités se fait par un concours organisé par interrégions. Le choix de la filière spécialisée se fait selon le rang au classement.

La loi du 30 juillet 1987 ou loi BARZACH et son décret d'application du 7 avril 1988 est toujours en vigueur aujourd'hui malgré quelques modifications.

Le CSCT est maintenu.

Le troisième cycle comprend deux filières :

- Le résidanat d'une durée de deux ans pour la formation des médecins généralistes dont l'accès nécessite l'obtention du CSCT.
- L'internat d'une durée de quatre à cinq ans pour la formation des spécialistes dont l'accès est subordonné à la nomination par concours.

Les Epreuves Nationales Classantes (ENC) définies par l'arrêté du 29 janvier



2004 permettent l'accès au troisième cycle. Le choix de toute discipline et du centre hospitalier s'effectue par choix personnel selon le rang au classement.

## II- Cas particuliers de la médecine générale dans les différentes réformes

### 1- Avant 1997.

La maîtrise de stage fut introduite dans le cursus médical dans les années 70 à titre expérimental dans les facultés de Tours, Nancy, Bichat, Créteil et Bobigny.

À cette époque sont créées : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1973, la Société pour la formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en 1977 et l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) en 1978. Ces structures cristallisent la mobilisation de nombreux médecins généralistes pour la reconnaissance de la spécificité de la médecine générale et pour la mise en place d'une formation adaptée.

En 1983, les enseignants de médecine générale se regroupent en un Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui assure la formation des maîtres de stage et participe à l'élaboration des enseignements du troisième cycle de médecine générale.

La maîtrise de stage bénéficie d'un avis favorable du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans le bulletin officiel du 23 juin 1968, reprenant des propositions d'une association d'étudiants.

La commission Fougère, du nom de son président, est créée le 5 juillet 1973 alors que le Comité des ministres du Conseil de l'Europe recommande

*« d'organiser une formation spécifique du généraliste par les omnipraticiens eux-mêmes ».*

Cette commission va proposer le 1<sup>er</sup> avril 1975, la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale d'une durée de deux ans composé :

- De stages d'internat dans une structure hospitalière avec enseignement théorique et pratique.
- D'un stage ambulatoire chez un praticien de ville.

La commission Fougère précise le 28 mars 1977 dans un second rapport :

- La mise en place d'une formation hospitalière de dix-huit mois dans des services hospitaliers.
- Un enseignement théorique de 150 heures.
- La création d'un stage ambulatoire de six mois chez un praticien de médecine générale, de Protection Maternelle et Infantile (PMI), de médecine scolaire ou de médecine du travail. Ce stage impose une durée minimale de trois mois où l'étudiant doit être en situation d'intervenant actif, sa rémunération est forfaitaire. Au cours de ce stage, les maîtres de stages doivent être agréés et ne reçoivent pas de rémunération.

Durant les années 80, les modalités vont se modifier. Ce stage se présente alors sous forme de vingt à quarante demi-journées avec un rôle pour le stagiaire essentiellement passif mais avec une possibilité d'effectuer des gestes

techniques sous la responsabilité de son maître de stage et après accord du patient.

À la fin des années 80, le cursus de médecine générale se constitue de :

- Quatre semestres de résidanat en milieu hospitalier.
- Environ vingt demi-journées de stage chez le praticien de ville.
- Un enseignement théorique spécifique de 150 à 200 heures en deux ans.

## 2- Après 1997

À la suite des directives européennes du 15 septembre 1986 et du 5 avril 1993, dans un contexte d'uniformisation des diplômes, la création d'un stage pratique obligatoire d'un semestre est réalisée par décret (5).

Par ce décret :

- La durée de la formation des médecins généralistes passe de deux ans à deux ans et demi.
- Un stage pratique chez un praticien agréé « maître de stage », s'effectue pendant le deuxième, troisième ou quatrième semestre du résidanat, et cela avec une possibilité de plusieurs sites de stage. Le résident pouvant avoir plusieurs maîtres de stage.
- La durée du stage chez le praticien passe de vingt demi-journées à un semestre.

Ce décret est applicable dès la rentrée universitaire de novembre 1997.

Un nouveau décret (6) complète le dispositif en définissant certaines modalités :

- Les médecins généralistes, désirant devenir maître de stage, devront exercer leur activité depuis au moins trois années en cabinet libéral, au sein d'un dispensaire, dans un service de protection maternelle et infantile, un service de médecine scolaire ou tout centre dispensant des soins primaires à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un service hospitalier.

- Le semestre sera accompli de façon continue selon deux modalités :

- La première: la totalité du stage s'effectuera dans un cabinet libéral.

Dans ce cas, l'étudiant a la possibilité d'accomplir, dans la limite d'une journée par semaine (soit un maximum de cinquante demi-journées), un stage dans une ou deux autres structures dites de soins primaires.

- La deuxième : accomplissement de quatre mois de stage obligatoires dans un cabinet libéral, les deux mois restant sont effectués dans la continuité, sous forme d'une période de deux mois ou de deux périodes d'un mois, dans une ou deux autres structures de soins primaires.

-Le stage comporte trois périodes pendant lesquelles le rôle du résident évolue.

Elles sont décrites dans l'article 3 de ce décret selon les termes suivants:

- La période passive : « *le stagiaire se familiarise avec son environnement* », il sera observateur.
- La période semi active : l'étudiant « *peut exécuter des actes en présence de son maître de stage.* »
- La période active : le résident « *peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en cas de besoin.* »

Pour l'année universitaire 1997/1998 (7) :

- Le stage pourra s'effectuer pendant le deuxième, le troisième ou le quatrième semestre du résidanat, comme cela était prévu dans le décret de 1997, mais aussi pendant le cinquième semestre.
- Le nombre de maîtres de stage devient limité à trois et oblige un passage minimum d'un mois en continu chez chacun d'entre eux.
- Le nombre de stages de soins primaires est limité à deux.

En novembre 2003, les étudiants en troisième cycle de médecine générale bénéficient d'un second stage en milieu libéral dans le cadre du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (SASPAS) réalisé lors du cinquième ou sixième semestre.

Ce stage a été défini plus précisément par une circulaire du 26 avril 2004. Le SASPAS permet d'optimiser la formation des futurs généralistes en garantissant l'adéquation de leurs compétences à la réalité des problèmes de santé rencontrés en médecine générale.

Ce stage signifie que l'interne de médecine générale va travailler dans les cabinets des médecins généralistes qui ont accepté d'une part de lui confier leur patientèle et d'autre part d'assurer une action pédagogique de supervision afin de développer l'acquisition de compétences professionnelles en pleine autonomie et en pleine responsabilité. C'est ce volet pédagogique du « contrat » qui fait la différence entre remplacement et stage.

Le terme « soins primaires ambulatoires » a été préféré au terme de médecine générale car il « ouvre » le terrain de stage à l'environnement professionnel du médecin généraliste. Des lieux d'apprentissages hors cabinets peuvent être choisis pour des objectifs de formation ciblés : réseaux de soins, structures de soins (maison de retraite, centre d'alcoologie, centre médico-psychologique, planning familial, PMI) avec lesquels le médecin généraliste (MG) travaille habituellement.

« Autonomie supervisée » signifie que l'interne va travailler seul, en lieu et place de ses maîtres de stage. Cela suppose une phase initiale d'harmonisation et d'échanges pour que l'interne travaille en confiance et en sécurité : appropriation des locaux, du matériel, de la pratique du MG, carnet d'adresse. Mais aussi pour que le maître de stage laisse sa patientèle dans la sérénité : transmissions d'informations, évaluation initiale des compétences, développement d'une relation de confiance. Cette phase est laissée à la libre

appréciation des deux parties.

La progression pédagogique : le SASPAS est la suite logique du semestre chez le praticien et non une répétition de celui-ci. L'interne devenu progressivement capable de travailler en autonomie (objectif du stage chez le praticien), va maintenant travailler en pleine autonomie, sur la durée et avec un volume d'activité conséquent pour acquérir les compétences liées à la pratique professionnelle. Le fil conducteur de cette progression pédagogique est la supervision indirecte assurée par les maîtres de stage.

En 2004 le troisième cycle de médecine générale devient un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) avec une maquette de stages propre d'une durée de trois ans.

III. Tableau chronologique des différents textes de loi relatifs à la formation médicale théorique et pratique

| <b>Dates</b>               | <b>Textes officiels</b>  | <b>Formation Théorique</b>  | <b>Formation Pratique</b>  |
|----------------------------|--|---|--|
| 10 mars 1903               | Loi  | Formation médicale assurée par la Faculté de Médecine                           |  |
| 30 décembre 1958           | Ordonnance sous la direction du Pr Debré   | Création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)                          |  |
| 12 novembre 1968           | Loi d'orientation de l'enseignement supérieur élaborée par Félix Faure                             | Réforme des études médicales avec création des 3 cycles : PCEM, DCEM et TCEM    | DCEM : initiation aux fonctions hospitalières<br>TCEM : stage pratique interné d'un an pour les MG |
| 12 juillet 1971            | Loi pour réguler la démographie médicale   | Numerus Clausus en PCEM 1   |  |
| 1 <sup>er</sup> avril 1975 | 1 <sup>er</sup> rapport de la Commission Fougère   | Création du 3 <sup>ème</sup> cycle spécifique de MG                             | Création du stage ambulatoire  |
| 28 mars 1977               | 2 <sup>e</sup> rapport de la commission Fougère  | Enseignement théorique de 150 heures  | Stage ambulatoire de 6 mois<br>Formation hospitalière de 18 mois                                   |
| 1979                       | Loi Veil   | N'entrera jamais en vigueur   |  |
| 23 décembre 1982           | Loi Ralite : création d'un examen de fin de 2 <sup>ème</sup> cycle obligatoire, validant, classant | Suppression des CES<br>Création d'un concours inter-région pour les spécialités | Mouvement de grève très important au printemps 1983  |
| 1983                       | Mesures dites « transitoires » prises par le gouvernement en place                                 | Création du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT)             |  |
| 15 septembre 1986          | Directives Européennes   | La durée de formation des MG passe à deux ans et demi                           | Création d'un Stage pratique obligatoire de 6 mois   |
| 30 juillet 1987            | Loi Barzach  | CSCT maintenu   |  |
| 7 avril 1988               | Décret d'application de la loi   | Création de 2 filières  | -Résidanat : 2 ans   |



|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
|                 | Barzach  |  | -Internat : 4 à 5 ans                          |
| 29 janvier 2004 | Arrêté relatif à l'accès au 3 <sup>ème</sup> cycle | Epreuves Nationales Classantes (ENC)           | Disparition du résidanat                       |
| 26 avril 2004   | Circulaire définissant le SASPAS                   | Le 3 <sup>ème</sup> cycle de MG devient un DES | Second stage en milieu libéral non obligatoire |

#### IV. À Paris 7

##### 1- Faculté de Médecine Xavier Bichat

Dès 1975, un enseignement théorique et pratique est mis en place, d'abord sous l'égide d'un Département du troisième cycle, puis dans le cadre de la Commission du 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale.

Le Département de Médecine générale est créé en 1994 et bénéficie de l'investissement d'anciens de cette Faculté dans la formation des généralistes. En 1998, le département est dirigé par un coordonnateur, assisté d'un co-coordonnateur, l'un devant être hospitalo-universitaire et l'autre enseignant associé de médecine générale. L'enseignant associé assurait la direction. Le Conseil de département comprenait, outre le Doyen, 6 médecins hospitalo-universitaires et 3 praticiens hospitaliers nommés par lui, 9 médecins généralistes et l'enseignant associé de médecine générale, enfin 2 représentants des étudiants (de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles). On retrouvait cette même parité dans le Bureau.

Le Département disposait de deux salles de cours, une salle informatique, deux bureaux et une salle de réunion. Il était ainsi bien identifié. Il bénéficiait d'une secrétaire à temps plein. Il n'avait pas de ligne budgétaire propre, les frais de fonctionnement étant pris en charge par l'UFR. Le DMG recevait 780 heures

complémentaires. Il y avait 13 généralistes enseignants, dont 3 chargés et 7 attachés d'enseignement.

### **La formation théorique :**

Le volume de la formation théorique est de 192 heures par étudiant, réparti sur deux ans. Les enseignements étaient dispensés dans les locaux du département, sous la forme de séances de 2 à 4 heures, l'après-midi.

Le programme était organisé en 24 modules. Il comportait les thèmes prioritaires prévus dans les textes réglementaires. Les enseignements étaient assurés par des binômes de généralistes, pour des groupes de 25 étudiants.

La validation se faisait sur l'assiduité, avec obligation de présence à 90 heures d'enseignement sur deux ans, et sur une autoévaluation dont les modalités étaient très variables d'un module à l'autre. Aucun module n'était imposé, pas même ceux qui traitaient de problèmes spécifiques à l'exercice professionnel du généraliste. Les généralistes enseignants étaient recrutés parmi les maîtres de stage. Leur formation se faisait essentiellement à l'École de Riom et lors des séminaires annuels organisés par le Département.

### **La formation pratique ambulatoire :**

Le vivier de 30 maîtres de stage ne pouvait couvrir au mieux que les deux tiers des besoins. Il y avait un seul maître de stage par résident, avec un coordonnateur par groupe de cinq maîtres de stage. La validation du stage se faisait à partir d'un

rapport rédigé par le stagiaire et d'une fiche d'évaluation, quantitative et qualitative, que le stagiaire devait remplir quotidiennement et remettre tous les mois au secrétariat du Département.

Tous les maîtres de stage avaient suivi deux journées pédagogiques organisées par le conseil du Département et le collège des généralistes enseignants, complétées par deux réunions semestrielles.

Tous les stagiaires effectuaient six demi-journées en Protection Maternelle et Infantile (PMI) et huit demi-journées à la Sécurité Sociale.

## 2 - Faculté de Médecine Lariboisière Saint-Louis.

La Commission de concertation et d'évaluation du 3e cycle de Médecine générale créée en 1988, fait suite à une structure informelle, constituée en 1978 et marquée par des vicissitudes de développement parfois conflictuelles entre hospitalo-universitaires et généralistes. En 1997, le projet de créer un département s'est heurté à l'obstacle administratif des statuts de la Faculté, qui ne le permettaient pas. La commission comportait sept hospitalo-universitaires et sept généralistes, mais aucun praticien hospitalier. Elle comportait également trois étudiants, dont deux assistaient aux réunions ; d'une façon générale, la structure était très mal connue des résidents. La direction fut confiée à un hospitalo-universitaire nommé en 1997, qui faisait équipe avec un maître de conférences associé de médecine générale. La commission se réunissait trois fois par an.

Les moyens de la commission étaient assez limités :

- Les locaux spécifiques se réduisaient à un bureau de 8 m<sup>2</sup>, partagé par les deux coordinateurs, hospitalo-universitaire et enseignant généraliste.
- Une secrétaire à temps plein assurait tout le secrétariat du 3<sup>e</sup> cycle et un autre secrétaire consacrait 80% de son temps à gérer les problèmes spécifiques du 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale.
- Il n'y avait pas de budget spécifique ; les frais courants étaient pris en charge par la Faculté. Les heures complémentaires furent en réduction constante pendant plusieurs années (302 heures en 1993-1994, 139 heures en 1996-1997).
- À côté du Maître de conférence associé, une dizaine de généralistes enseignants participaient régulièrement aux enseignements ; ils étaient pour la plupart attachés ou chargés d'enseignement.

### **La formation théorique**

Le volume de la formation théorique était de 128 heures par étudiant, soit 8 modules à choisir parmi 23 modules de 16 heures. Les enseignements étaient dispensés sous la forme de séances de trois heures, l'après-midi, soit à la Faculté, soit dans des locaux hospitaliers (hôpitaux Lariboisière, Saint-Louis, Robert Debré) et sous la forme de séminaires, organisés par des généralistes et tenus à Eaubonne, le week-end, y compris le dimanche.

Seuls 7 modules étaient coordonnés par un généraliste et concernaient des thématiques correspondants à l'exercice professionnel du médecin généraliste. Les

autres modules étaient dispensés par des hospitalo-universitaires (avec pour une moitié d'entre eux, l'intervention de médecins généralistes) et reproduisaient approximativement l'enseignement du 2<sup>e</sup> cycle, une fois sur deux sous la forme de cours magistraux. Un étudiant pouvait valider ses 8 modules sans suivre un seul des modules spécifiques à la médecine générale.

La validation était fondée sur la présence et sur des tests réalisés au début et à la fin de chaque séance.

Les généralistes enseignants avaient reçu une formation aux techniques d'animation, parfois complétée par des séminaires de l'École de Riom.

### **La formation pratique ambulatoire**

En 1997, un groupe déjà ancien de Maîtres de stage, pour la plupart adéquatement formés, a permis de débiter la mise en place du cinquième semestre. Le format retenu dans la plupart des cas était celui d'un stage chez un seul maître de stage.

Il existait un livret de stage centré sur l'évaluation formative, rédigé par l'enseignant associé de médecine générale, sous l'égide de la Commission. L'articulation entre la phase passive et la phase active faisait l'objet de recommandations de la part de la Commission, mais elle était laissée à l'appréciation conjointe du Maître de stage et du résident. L'avis concernant la validation du stage était formulé par la Commission, sur la base d'une assiduité du stagiaire et d'un rapport de stage.

Il y avait des réunions régulières des Maîtres de stage et, pour les stagiaires, des réunions organisées tous les deux mois.

L'offre de stages en structures de soins primaires, hors cabinet, était restreinte à un stage de 10 demi-journées auprès des services médicaux des Caisses d'assurance maladie.

### 3 – Actuellement.

Depuis la fusion des deux Facultés, en novembre 2004, le Département de Médecine Générale (DMG) comprend sept enseignants associés, quatre professeurs de médecine générale et trois Maîtres de conférence qui se réunissent une fois par mois. Un assesseur nommé par le Doyen fait le lien entre le Conseil restreint, le Doyen et le DMG.

Les locaux du DMG se trouvent au deuxième étage de la faculté de médecine Xavier Bichat et se composent de trois bureaux pour les enseignants associés, de deux bureaux pour les deux secrétaires et de deux salles de réunions. L'accès aux salles de cours dans la Faculté est libre en fonction des besoins du DMG et des disponibilités. Le DMG de Paris 7 n'a pas de ligne budgétaire.

Le pool de Maîtres de stages de niveau 1 et 2 se compose de cent médecins généralistes dont quatre-vingt treize ont signé la charte des Maîtres de Stage et quatre-vingt-deux ont fourni leur Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP). Dix-sept médecins généralistes sont actuellement en attente pour devenir Maîtres de stage.

Le DMG de Paris 7 accueille, pour l'année universitaire 2008-2009, deux cent quatre-vingt-sept étudiants en troisième cycle : chiffre en légère augmentation par

rapport à l'année universitaire 2007-2008.

### **La formation théorique**

Le volume de la formation théorique est de 200 heures par étudiant, réparti sur trois ans.

Les enseignements sont dispensés dans les locaux du Département, sous la forme de séances de 2 à 6 heures, principalement le jeudi. Ils comportent les thèmes prioritaires prévus dans les textes réglementaires.

À l'heure actuelle au Département de Médecine Générale, il semble que le mode de recrutement soit la candidature spontanée. Pour postuler comme Maître de stage, le médecin généraliste doit :

- Adresser une lettre de motivation, ainsi qu'un curriculum vitae au secrétariat.
- Demander un mot de passe sur la page du **site du DES d'Ile-de-France**.
- Remplir la fiche de présentation du futur lieu de stage.
- Un audit peut être proposé.
- Un agrément est ensuite donné pour deux ou cinq ans, tacitement reconductible.

Les conditions à remplir pour devenir Maître de stage sont énoncées dans la Charte des Maîtres de stage ambulatoire. Trois points sont essentiels pour devenir Maîtres de stage.

Cette charte établit des critères de qualité concernant :

- L'expérience et l'activité en médecine générale : « (...) *au moins trois ans d'exercice de la médecine générale avec une activité d'au moins 4/5 en médecine générale allopathique.* »
- Les compétences en médecine générale : « *le maître de stage est un modèle médical et professionnel.* » Avec la nécessité pour les futurs maîtres de stage de participer à la formation médicale continue et à adopter « *une aptitude à se documenter et à l'entretien d'une documentation accessible et mise à jour.* ».
- Les compétences pédagogiques : « *Il accepte une évaluation régulière de son activité pédagogique.* »
- Le cabinet offrant un environnement favorable à la formation :
  - Le nombre d'actes doit être compris entre 2500 et 7000 par an.
  - « *Les étudiants doivent pouvoir disposer d'une bibliothèque médicale avec accès Internet et savoir s'en servir pour les recherches documentaires.* ».

L'agrément est la deuxième étape : « *l'agrément des maîtres de stage, qui s'appuie sur les critères ci-dessus, est assuré par le Département de médecine générale, validé par le Conseil de Faculté, et enregistré tous les ans par la DRASS. Dans la région Ile-de-France, l'adhésion à cette charte est obligatoire.* »

La formation, avant de recevoir un interne et tout au long de la maîtrise de stage, est obligatoire dans ce texte : « *Avant toute mise en situation effective, le candidat à la*



*maîtrise de stage suit une formation pédagogique initiale validée par le Département de médecine générale (DMG). La participation aux formations organisées par le DMG est obligatoire. L'absence aux réunions ou formations peut entraîner une suspension de la fonction de Maître de stage. En cas d'absences réitérées, une radiation de la liste des Maîtres de stage peut être prononcée par le directeur du DMG. ».*

En contre partie le DMG s'engage dans la mesure du possible :

- « - à assurer le flux le plus constant possible (été/hiver) d'internes selon le souhait du Maître de stage.*
- à mettre à disposition les évaluations individuelles de l'interne à la fin du stage,*
- à promouvoir la fonction d'enseignant et le statut du Maître de stage. »*

Enfin les Maîtres de stage effectuent une redevance pédagogique au Département de médecine générale. Elle peut se réaliser sous forme d'Enseignements Dirigés, ECOS, ED tuteurés, groupes de pairs, ou d'autres activités pédagogiques du DMG ; formation personnelle pédagogique et scientifique, préparation de formations, participation à des travaux de recherche.

Les Maîtres de stage perçoivent des honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par la loi.

## **C-MATERIEL ET METHODE.**

L'étude qualitative inductive permet de correctement interpréter le sens de ses observations. Cette méthode est issue des Sciences Humaines. Elle est un moyen d'appréhender la complexité des problématiques en médecine générale : les comportements, les représentations, les perceptions, communs à un groupe. La recherche qualitative est un bon outil pour étudier le médecin généraliste avec l'aide de l'anthropologie dans une approche compréhensive, utile pour la dimension psychosociale de notre activité.

Dans l'ensemble, on constate que ce sont surtout les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord qui sont précurseurs dans l'analyse qualitative. Ce sont les études autour de la santé, la sociologie ou la psychologie de la santé, qui ont produit un grand nombre de publications utilisant l'analyse qualitative.

La pertinence du choix de cette méthode s'explique par la question de notre thèse qui vise de tenter de préciser les événements, les actions, les valeurs, du point de vue des Maîtres de stage. Elle met aussi l'accent sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation (la maîtrise de stage) influencent le phénomène étudié. Cette stratégie flexible permet de révéler des thèmes inattendus.

## I- Particularités épistémologiques de la recherche qualitative

Le fondement de la spécificité de la recherche qualitative est une conception de la réalité humaine comme objet de connaissance.

À partir de la phénoménologie inaugurée par Husserl et développée par Heidegger et par Merleau-Ponty dans le champ philosophique et par d'autres comme Schutz, Berger et Luckman dans le champ sociologique, le caractère spécifique et subjectif de la réalité humaine a été valorisé, de même que l'impossible réduction de sa complexité aux catégories d'analyse de la réalité physique (23).

En recherche qualitative, la production des connaissances est possible à trois conditions :

1. La valorisation de la subjectivité comme espace de construction de la réalité humaine.
2. La revendication de la prise en compte de la vie quotidienne comme lieu permettant de comprendre la réalité socioculturelle
3. L'intersubjectivité et le consensus comme stratégies pour accéder à une connaissance valide de la réalité humaine.

Ainsi le processus de production de connaissances est éminemment inductif car la connaissance est produite à partir des données, par opposition au raisonnement déductif où les connaissances théoriques précèdent la lecture de la réalité.

## II- Méthode qualitative utilisée dans notre étude.

La Grounded Theory (GT) fait figure de référence paradigmatique pour presque

toutes les autres approches en recherche qualitative.

En GT, l'induction se déploie concrètement par :

1. La circularité entre la collecte et l'analyse des données, les données orientant l'analyse par émergence et les résultats provisoires de l'analyse orientant la collecte de nouvelles données;
2. L'échantillonnage théorique par lequel les données sont collectées pour favoriser le développement de l'analyse théorisante;
3. La validation du développement de la théorie par la confrontation constante aux données émergentes, selon le principe de l'*emergent-fit*;
4. La suspension temporaire de la référence à des théories existantes pour une ouverture optimale à l'inédit;
5. L'analyse systématique par la création des codes conceptuels et d'un système catégoriel;
6. Le développement des concepts et des liens conceptuels jusqu'à la saturation théorique.

### III- Qu'est-ce que l'induction ?

Cette stratégie de raisonnement inductif permet d'avancer une proposition de développement théorique construit à partir des données empiriques. C'est l'ancrage dans les données empiriques qui sert ici de critère principal de scientificité en opposition aux démarches spéculatives qui sont considérées comme étant sans lien avec la réalité

L'induction procède en sens inverse des méthodes hypothético-déductives précisément parce que le chercheur travaille à partir des données et élabore ensuite des concepts théoriques et des propositions que certains appellent pattern ou thèmes. Ces pattern ou thèmes constituent une théorie émergente et leur fonction est de rassembler une grande quantité de matériel dans des unités d'analyse plus significatives.

#### IV- Les limites de l'induction et l'apport du concept d'abduction.

Au moins trois limites restreignent la portée de l'induction.

La première limite est l'échantillonnage théorique car celui-ci a une dimension déductive. Le chercheur approche le terrain avec des éléments théoriques. Puis il sélectionne les situations dans lesquelles il va recueillir les données jugées pertinentes. Cette relation au terrain est typiquement déductive.

Ce raisonnement est basé sur deux sortes d'inférences : l'induction analytique et l'abduction. L'induction analytique permet de décrire un phénomène et d'interpréter à partir de catégories. La deuxième inférence est l'abduction qui permet de trouver des relations conceptuelles entre les catégories et donc des «règles » pour comprendre un phénomène.

La deuxième limite concerne les « préjugés » du chercheur et de sa perspective théorique (ou de sa sensibilité théorique). Le chercheur appréhende le phénomène de

l'étude sous un certain angle. L'abolition de tout a priori est illusoire.

Troisièmement, les données elles-mêmes ne sont jamais exemptes d'interprétation par les acteurs eux-mêmes. Cette prise en compte par le chercheur a un aspect spéculatif et donc déductif.

#### V- Les différentes étapes méthodologiques sur le terrain dans notre étude.

- La **description** qui repose sur des données "riches" : les entretiens semi dirigés et le focus groupe.

- La **classification** ou "réduction" des données selon différents principes de codage.

La qualité de la recherche dépendant des compétences et de l'expérience du chercheur : j'ai demandé à un autre médecin généraliste (ayant déjà effectué une recherche qualitative dans le cadre de sa thèse en médecine générale) de réaliser un deuxième codage (sans connaître mes premiers résultats).

- La **connexion** (les thèmes et sous thèmes) qui est la mise en rapport des catégories.

Ainsi cette analyse qualitative fait appel à des concepts de sens et de processus itératif de relecture et de recodage. Des modifications du guide d'entretien ont pu être réalisées dès le début de la collecte des données pour préciser la question de la recherche et explorer de nouvelles pistes.

-La **triangulation**, c'est-à-dire l'utilisation de multiples sources de données (entretiens semi dirigés, focus groupe) fut envisagée.

-La **détermination de l'échantillon** des participants, vise à être représentatif de la

population étudiée : médecin généraliste, Maître de stage d'interne en SASPAS, à la Faculté de Médecine de Paris 7. Cet échantillonnage est théorique ou raisonné contrairement à la recherche quantitative où il est aléatoire.

## **D- RESULTATS**

### I- Description de la méthode et de l'échantillon

Une première tentative de focus groupe a eu lieu en septembre 2008, elle fut un échec : sur 15 maîtres de stage contactés par courriers électroniques et appels téléphoniques (avec relances) seulement quatre médecins généralistes ont accepté de participer au focus groupe. Cet effectif fut insuffisant (nombre minimum de participants requis pour le focus groupe : sept). Les arguments des autres maîtres de stage contactés par téléphone concernant leur refus :

- Emploi du temps chargé.
- Lieu de réunion trop éloigné (Département de médecine générale, UFR Xavier Bichat), il est à noter que les Maîtres de stages contactés exercent à Paris, Saint-Denis (93200), Gennevilliers (92230).
- Certains Maîtres de stage ne comprenaient pas l'intérêt d'une réunion avec d'autres Maîtres de stage.
- D'autres préféraient que je me déplace dans leur cabinet pour m'entretenir avec eux.

Dans le cadre de la triangulation, un entretien, du responsable des SASPAS de la faculté de Paris 7 : le Docteur Marc FRARIER, fut réalisé, pour mieux comprendre

l'organisation, le fonctionnement, les habitudes au sein du DMG. J'ai aussi participé à plusieurs reprises à des séminaires de formation, aux choix de stages, à des groupes de pairs, aux enseignements dirigés organisés dans le cadre du SASPAS.

Le recueil des données, c'est à dire les entretiens, s'est déroulé sur la période du 19 avril 2009 au 10 septembre 2009. Les entretiens individuels eurent lieu dans le cabinet de chaque maître de stage ; le focus groupe à la Faculté de Médecine Paris 7 : site Bichat à l'occasion d'un séminaire réunissant les MDS.

Les entretiens individuels et collectif ont été enregistrés sur lecteur MP3, puis retranscrit littéralement et exploités, c'est à dire classés par catégories puis par thèmes à l'aide du logiciel Word.

La durée totale des enregistrements réalisés est de cinq heures six minutes et vingt-quatre secondes. La durée moyenne des entretiens individuels est de quarante-trois minutes. La durée d'enregistrements du Focus Groupe est d'une heure trente-et-une minutes et trente-six secondes.

Le focus groupe fut constitué de sept médecins généralistes dont trois hommes et quatre femmes, âgés de 42 à 60 ans.

D'après les données du département de Médecine Générale disponibles, parmi les médecins interrogés, un seul n'avait pas signé la Charte des Maîtres de stage. Leurs relevés individuels d'activité professionnelle (RIAP) met en évidence un nombre de



consultations par an compris entre 833 et 6237, avec une moyenne de 4284 consultations par an. Il est noté que trois Maîtres de stage n'ont pas renseigné ce point. Les modes d'organisation des cabinets sont hétérogènes : un maître de stage exerce seul, cinq en association avec d'autres médecins généralistes dont certains sont maîtres de stage, quatre en association avec d'autres médecins généralistes ainsi que des professionnels paramédicaux : infirmière, kinésithérapeute, dentiste, podologue, psychologue.

Tous sont Conventionnés Secteur 1 dont dix en exercice libéral et deux en exercice salarié.

Parmi les membres du Focus Groupes, un médecin ne recevait plus d'interne de SASPAS à sa demande, un MDS ne recevait pas d'interne de SASPAS par manque de place mais des internes de niveau 1, un Maître de stage était rattaché à la Faculté de Médecine Paris 5.

Pour la présentation des résultats, les citations les plus représentatives sont données dans les résultats et extraites de la retranscription littérale des différents entretiens.

## II- Organisation du SASPAS

### 1- Recrutement des Maîtres de stage ou enseignants cliniciens ambulatoires.

Le recrutement se fait le plus souvent au décours de rencontres : « *Par une collègue médecin, voilà c'est Martine qui m'a entraînée dans cette affaire-là.* ». Parmi tous les Maîtres de stage interrogés, aucun n'a procédé à une candidature spontanée

auprès de Département de Médecine Générale de Paris 7.

## 2- Différence entre l'accueil d'un interne de niveau 1 et de niveau 2.

La moitié des Maîtres de stage interrogés accueille un interne de niveau 1 et un interne de niveau 2. D'après les Maîtres de stage, il existe de grandes différences dans l'accueil de ces deux niveaux. L'une des premières est la notion de temps passé ensemble : « (...) *on est plus souvent ensemble, parce que l'interne niveau 1 a priori est là au moins la moitié du temps, chez toi ,ou tout le temps. Il y a beaucoup plus de temps commun, ce qui fait que l'on est souvent plus proche des internes de niveau 1 que des SASPAS qui sont plus étrangers.* ». L'idée d'accompagner l'étudiant dans sa pratique autonome a émergé très vite. En stage de niveau 1, les Maîtres de stage s'attachent principalement à donner des outils de connaissances médicales adaptés à l'exercice en ville. Alors qu'en niveau 2, la préoccupation majeure de l'enseignant est d'aider l'interne dans son initiation à la relation médecin malade : « *Voilà, je vais avoir un rôle de formation beaucoup plus important auprès de l'interne de niveau 1 qu'auprès du SASPAS. Avec le SASPAS, effectivement, la relation est plus de confrère à confrère et l'on va plus discuter au cours de la supervision des situations problématiques, non pas en terme diagnostic ou purement médical mais en terme de positionnement de la fonction de médecin par rapport au patient.* »

Paradoxalement la notion de suivi des patients sur le plan purement médical paraît

plus importante au cours de stage de premier niveau : « *Le suivi, on le fait plutôt en niveau 1 quand on est six mois chez un seul maître de stage.* ».

Ainsi, les médecins interrogés présentent le SASPAS comme une préparation à l'entrée dans la vie professionnelle : « *Mais l'idée du SASPAS, c'était de faire une interface entre le niveau 1 et puis le remplacement.* »

### 3- Choix de l'interne de SASPAS accueilli par le MDS.

Il est apparu qu'un bon nombre de Maîtres de stage attache une grande importance à l'existence au Département de médecine générale d'une fiche de présentation du stage : « *Mais le fait de présenter le stage, ça c'est bien ; qu'au département, l'on ait une présentation pour l'interne ...* ».

Ainsi cette fiche, d'après un maître de stage, paraît un avantage pour choisir indirectement l'interne de SASPAS : « *Mais, je pense qu'il y a un biais de recrutement parce que je pense que les internes qui viennent ici ont lu un petit peu de ce dont il s'agissait.* ».

Un médecin jeune enseignant fit la remarque qu'il ne disposait pas de cette fiche de stage destinée aux internes : « *(...) je n'ai pas de visibilité sur l'évaluation des stages telle qu'elle est présentée aux internes.* » Nous pouvons préciser que ces informations sont consultables sur place au DMG.

Un maître de stage ayant déjà accueilli un interne de SASPAS nous fit part de ses

arguments quant à son refus de recevoir de nouveau un interne en SASPAS : « *J'ai plus de SASPAS parce que je veux les choisir. Donc je continue à militer pour que les anciens niveaux 1 deviennent niveaux 2 chez moi : par exemple le dernier niveau 1 que j'ai eu. Pour l'instant, j'ai ... l'idée qu'il puisse m'arriver comme ça, sans que je le connaisse, en SASPAS niveau 2, rétrospectivement ça me fait peur.* ».

#### 4- La durée du stage.

Plusieurs Maîtres de stage énoncent que la durée du stage est trop courte : « *J'aimerais que le stage dure un an. Ou alors que l'on ait plus de temps, pas forcément un an au cabinet médical mais que l'on ait plus de temps.* ». Un autre Maître de stage a mis en avant la pertinence de la formation en ville : « *(...) en plus quand je sais que les autres six mois, ils vont les passer à se faire chier à l'hôpital, ils feraient mieux de travailler sur des trucs plus intéressants en ville plutôt qu'aller boucher les trous des fonctionnements des services hospitaliers, ce qui ne leur servira peut-être pas forcément après en médecine générale.* »

Le changement d'interne tous les six mois mobilise la faculté d'adaptation des Maîtres de stage : « *(...) moi je dirai, ce qui me met mal à l'aise c'est de changer tous les six mois. Ça peut paraître idiot, mais quand on a établi une bonne relation au bout de six mois (...).* ». Un autre enseignant clinicien ambulatoire : « *On a un petit pincement au cœur à la fin du semestre et de recommencer à établir des liens, les gens sont forcément différents. Tous les six mois, (...) c'est une difficulté de s'adapter à cette relation.* »

### 5- Constitution de la maquette.

Peu de Maîtres de stage ont connaissance des modalités de constitution des différentes maquettes : « *Là j'ai l'impression que la maquette leur est un peu imposée (...)* ». Le corollaire de cette méconnaissance de la constitution de la maquette est la méconnaissance de sa composition et par conséquent les maîtres de stage d'une même maquette ont très peu de contact entre eux : « *(...) on a chacun une part de cet interne et puis on gère chacun comme ça, sans trop savoir ce que font les autres, sauf problème.* ». Le principal argument pour rencontrer les autres maîtres de stage d'une même maquette est l'occurrence d'un problème avec l'interne : « *La réalité c'est que l'on ne passe pas trop de temps à parler de nos internes sauf s'il y a un problème.* ». Un participant qui se trouva dans cette situation déplora son isolement face à ses questionnements : « *Quand ça se passe mal dans un endroit, avant de réaliser que ça se passe mal aussi dans un autre, il faut un temps pour savoir qui va faire le point et comment ?* ». Ainsi, il est apparu lors du focus groupe que cette méconnaissance des autres maîtres de stage alimentait une dilution des responsabilités vis-à-vis de l'interne en SASPAS : « *Tu sais quoi : il y a une dilution de la responsabilité.* », « *Moi aussi, je suis très peiné parce que, autant on a une équipe qui est vachement cohérente dans les premiers niveaux, autant en SASPAS on ne se connaît pas ...* ». Un moyen efficace proposé par plusieurs

généralistes pour pallier cet isolement de l'enseignant serait d'organiser une réunion en début de chaque semestre : « *Pour le SASPAS, moi, je pense qu'il faut le faire en début de semestre parce que comme ça, on se connaît.* ».

Une autre difficulté de la constitution de la maquette est le nombre de terrains de stage : « *Là, avec le SASPAS, ce qui est un peu frustrant quand ils sont dans plein d'endroits, du coup, ils voient le patient lundi avec un problème, ils demandent la prise de sang pour le mercredi mais c'est le Maître de stage qui verra le résultat.* ».

Pourtant cette multiplicité des terrains de stage est pour les enseignants un avantage dans la formation de l'interne en médecine générale par la diversité :

- des logiciels : « *(...) une interne voit peut-être en SASPAS trois ou quatre logiciels médicaux et après elle s'installe, elle aura expérimenté vraiment.* ».
- des modes d'exercice : « *(...) c'est qu'il y en a plusieurs et qu'il faut à la fois apprendre comment fonctionnent les outils, s'adapter, et-y mettre sa patte.* »
- et des personnalités rencontrées : « *(...) tu te positionnes toi par rapport au cadre de l'autre, mais tu te laisses imprégner par les différents cadres qui sont des exemples positifs, négatifs, mixtes, (...).*

Pourtant, un Maître de stage reconnaît que cette diversité implique pour l'interne un sentiment de dispersion : « *D'être partagé entre plusieurs lieux, ça complexifie un peu leur travail.* »

De plus, le choix du jour d'accueil de l'interne en SASPAS répond à bon nombre d'exigences. Les pratiques sont hétérogènes quant à la présence ou non du Maître de stage sur le site lors des consultations de l'interne de SASPAS : *« C'est-à-dire que l'on fonctionne comme ça : il y a deux cabinets, l'interne vient toujours quand il y a un cabinet de libre. Il travaille à côté pendant que je travaille, on travaille ensemble »*. Concernant les cabinets de groupe, l'accueil de l'interne se fait en concertation avec les autres associés qui ne sont pas forcément Maîtres de stage : *« Savoir quel jour, pour pas que ce soit au détriment des collègues non plus. »*

Mais aussi, ce choix est fonction de la disponibilité du Maître de stage pour effectuer la supervision indirecte soit le jour même, soit à distance.

#### 6- Évaluation des internes en SASPAS par l'enseignant clinicien ambulatoire en fin de stage.

Le médecin enseignant est chargé d'effectuer une validation du stage en remplissant une fiche d'évaluation. Sur ce thème, l'inadéquation entre l'exercice en ville et les items d'évaluation proposés semble être un obstacle à une appréciation du déroulement du stage pendant les six mois écoulés : *« Je trouve que la maquette, que la grille d'évaluation n'est pas forcément adaptée à l'exercice en ville. Je pense que c'est une grille qui est purement hospitalière, c'est la même qui sert à évaluer les stages hospitaliers. Voilà, j'ai une revendication à faire ! C'est d'établir une grille d'évaluation en concertation avec les Maîtres de stage peut-être, qui soit adaptée à la pratique de la médecine générale en ville. »*. De cette constatation

découle un questionnement quant à l'importance dans le cursus d'un étudiant en Médecine Générale des stages ambulatoires: *« Mais après, je réfléchissais aux manières de faire en sorte que ce stage qui quand même est un stage de médecine générale puisse être pris en compte par rapport aux stages purement hospitaliers ? Quand on sait que ça forme des médecins généralistes, quoi ! »*

### III - La supervision indirecte

La supervision indirecte semble être l'un des piliers du stage en niveau 2. Nous allons dans cette partie évoquer les aspects pratiques, organisationnels de la mise en place de la supervision.

#### 1- Difficultés du choix du moment du débriefing.

Les Maîtres de stage attachent une importance primordiale à trouver le bon moment : *« Pour moi la clé de la supervision, c'est d'abord de comprendre que c'est très important, de trouver un temps qui corresponde à l'un et à l'autre. »*. Pour être alors entièrement disponible dans l'échange avec l'interne de niveau 2 : *« Déjà pour la supervision, l'important c'est qu'il ait un temps dédié (...) »*. Ce choix du moment paraît être singulier pour chaque enseignant mais aussi pour chaque interne : *« Mais, comme on dit, je viens à telle heure à la fin de la consultation, mais on ne sait pas exactement à quelle heure la consultation sera terminée. Ça a bien fonctionné mais en tension avec l'interne qui était pressé de partir. Et moi, entre temps, j'ai fait d'autres trucs, je n'ai pas forcément envie de revenir parler. »*.



Même lorsqu'un rythme est trouvé, celui-ci peut être modulé en fonction des besoins, des envies de l'interne et du maître de stage : *« Mais ça dépend de l'énergie, de l'envie, de la disponibilité qu'on a (...). »*

## 2- Travail lors de la supervision

### a- Transmission des savoirs

La supervision est un moment privilégié où se rencontrent le médecin généraliste et l'étudiant en médecine qui ont en commun des patients. Si l'objectif du stage de niveau 2 est de donner son autonomie à l'interne, comment le Maître de stage peut-il l'aider à l'acquérir ? Un maître de stage préfère parler de transmission de savoir : *« Transmettre ce que l'on a appris à faire ici au cabinet médical dans cette cité. Et recevoir comme élément dynamisant de ma recherche les interrogations, les réflexions des jeunes médecins, sortant de l'université, sortant de l'hôpital, de leur formation, confrontés à ce problème-là. C'est-à-dire accompagner ce que moi j'appelle la mutation du passage de l'hôpital à la ville. »* Ainsi comme dit précédemment, l'acquisition de connaissances médicales théoriques n'est pas la première motivation des médecins enseignants : *« L'insuffisance en matière de connaissance, bon. Je ne juge jamais là-dessus, ce n'est pas ce qui est intéressant. Je pense que les internes, nous sommes tous passés par là, nous avons eu des notes, des examens etc. Ce n'est pas à moi de juger même si on me le demande dans l'évaluation, ce n'est pas ça qui est important. Ce n'est pas la connaissance théorique pure, la somme de connaissance c'est la capacité à utiliser ses connaissances et à les utiliser de manière adaptée. (...) Comment-l'interne va-t-il*

*les utiliser dans le cadre de la médecine générale en tenant compte du contexte dans lequel il les donne. Et lui faire comprendre que la médecine ce n'est pas seulement la conférence de consensus mais ce sont aussi des individus dans leur propre environnement et une relation qui n'est pas celle que l'on a avec les malades à l'hôpital. ».* Il semble que la supervision est aussi un temps de partage d'expériences : *« Être maître de stage, ce n'est pas un savoir qui est transmis à un ignorant, mais deux compétences, deux savoirs qui communiquent à un moment donné. »* Évidemment l'un des deux protagonistes dispose d'une durée d'exercice plus grande : *« Moi ça fait quand même trente ans que je suis dans le métier donc je ... Il y a un certain nombre de réflexes, de choses ou de suppositions qui me viennent plus rapidement que quand on démarre dans ce genre de profession. »*

#### b- La supervision indirecte en pratique pour le Maître de stage.

Il existe plusieurs postulats de départ qui permettent pour les Maîtres de stage d'appréhender la supervision indirecte :

- Le premier est le lieu de la supervision : le cabinet médical semble le plus adéquat : *« (...) La bonne supervision c'est in vivo avec le logiciel en face de nous (...). En face à face, très important. ».*

- Le deuxième est de poser le cadre dans lequel l'interne exerce lors de son stage de six mois : *« Pour lui montrer quelle est la place du généraliste, la vie du généraliste dans la cité ou dans la ville en dehors*

*de l'acte de soin. » ou « on essaie de restituer le cadre socioculturel de la situation. ».*

- Le troisième est l'écoute bienveillante réciproque : *« Le troisième mouvement de la supervision ... Que ce soit pratique, que ce soit intéressant, il faut que ce soit bienveillant. Et ça c'est très important. »*

c- Débriefing de chaque patient ou des seuls cas qui ont posé problème.

Ici, la tendance générale sur le terrain est qu'il n'existe pas de règle. Le mode de débriefing reste lié à la personnalité du Maître de stage : *« moi je leur refait dire nominalement, on reprend »* ou *« Mais moi je laisse libre choix à l'interne de me parler de la question, de la situation qu'il a envie d'évoquer. »* Les Maîtres de stage semblent plus s'intéresser aux problèmes rencontrés par l'interne au cours d'une consultation, en échangeant avec ce dernier : *« Parce que l'on peut très bien avoir eu des problèmes de positionnement ou des problèmes avec une patiente qui est venue pour une rhino-pharyngite qu'avec un patient qui est venu pour un phéochromocytome. Je ne m'attache pas au diagnostic pour choisir le cas que j'ai envie d'évoquer avec l'interne. »*

Un enseignant clinicien a exprimé sa frustration de ne pouvoir intervenir directement lors de la consultation de l'interne en stage de niveau 2 : *« Donc, j'ai envie de venir, j'ai envie de me rasseoir et de dire : « vous croyez qu'il n'y a pas de*

*problème, vous croyez qu'il n'y a pas de choses qui aurait pu vous interpeller ? N'y a-t-il pas un vocabulaire spécial chez cette patiente là ?.. ». Et si je ne suis pas là, je ne peux pas écouter que ... ».*

### 3- Outils, aide à la supervision indirecte.

#### a- carnet de bord ou quotidien du SASAS.

Au cours des entretiens, peu de Maîtres de stage avaient connaissance de l'existence de l'outil pédagogique qu'est le carnet de bord. Mais il semble que certains s'en inspirent tout en disant le méconnaître : *« Moi j'utilise un outil : soit un carnet, soit un classeur où les internes notent un petit compte-rendu des consultations qu'ils ont eu et surtout ce qu'il leur a posé problème. »*

Pourtant, une réticence de la part de plusieurs médecins est apparue : celle d'une charge de travail trop élevée : *« Donc ils écrivent sur le dossier papier, ils écrivent sur le carnet de l'interne, ça fait beaucoup d'écritures dans l'intervalle entre chaque patient... »*

#### b- Le téléphone.

Pour la plupart des Maîtres de stage, qui ne sont pas sur place lors de la consultation de l'interne en SASPAS, le téléphone est un bon moyen de supervision indirecte. L'interne peut ainsi demander conseil au médecin généraliste. Cependant cet outil qui semble indispensable demande des ajustements au cours du stage : *« Je dirai que ce qui est compliqué avec les internes c'est de mettre le curseur sur : quand est-ce qu'ils doivent nous appeler ? »*. Les médecins généralistes sont disponibles pour

répondre aux interrogations de l'étudiant et même demandeurs : (...) « *je préfère presque quand ils m'appellent trop plutôt que quand ils ne m'appellent pas du tout.* » ou « *Mais quand même le plus dur c'est quand il y a jamais de soucis : il y a jamais de problème quand je ne suis pas là ...* »

c) La pochette navette.

Le suivi des patients pris en charge par l'interne de SASPAS pose le problème de la circulation de l'information entre le Maître de stage et l'interne lorsqu'il existe d'autres correspondants : résultats du laboratoire d'analyse médicale, résultats de radiologie, consultations chez un autre spécialiste. Plusieurs limites sont mises en évidence :

- Le temps : « *Au début consciencieusement, j'en parlais et puis après on est pressé, le temps tourne un peu ...* ».
- La faisabilité : « *S'il se passe quelque chose, il faudrait que je reprenne son carnet de bord pour retrouver la page où il a parlé de ce patient et lui mettre la suite. Et ça ... Alors, ça retrouver la page, je ne le fais pas.* ».
- L'interne lui-même : « *... mais je trouve que les internes devraient quand même prendre des nouvelles des patients qu'ils ont vus, qui leur ont posé problème.* »

Un des outils évoqué pour essayer de contourner ces limites de la circulation de l'information d'une semaine sur l'autre est la pochette navette : « *J'ai fait des pochettes, des navettes pour les internes. Donc je suis sûr pour tous les comptes-rendus, les frottis, les machins ... Je leur mets vraiment dans la pochette et puis*

*voilà. (...) si j'ai un patient qui me pose problème, je mets une petite note sur un papier et puis je le fous dans la pochette, comme ça. Pour moi c'est plus pratique que d'aller rechercher la page où était noté le patient. »*

#### 4- Évolution de la supervision indirecte au cours du stage.

Les différents entretiens se sont déroulés d'avril à septembre 2009, les Maîtres de stage furent donc rencontrés au début, à mi-parcours et à la fin du stage. J'ai pu voir des modifications dans l'évolution de la supervision indirecte. De plus les Maîtres de stage recevant des internes depuis plusieurs semestres soulignent ce processus lié à la rencontre avec l'interne pendant six mois : *« Moi, j'ai pris l'habitude de débriefer tout. Mais effectivement en connaissant l'interne c'est plus ou moins rapide. »*. De plus la confiance et la qualité de l'échange augmentent avec le temps : *« Je pense qu'il y a aussi le début d'un semestre et la fin d'un semestre. Au début d'un semestre quand tu ne connais pas la personne, tu as tendance à avoir envie de débriefer à chaque fois parce que tu ne peux pas évaluer si ton interne est capable de te dire s'il y a eu un soucis ou pas. »*.

### IV- La question du remplacement en Médecine Générale.

#### 1-Différence entre le stage de niveau 2 et un remplacement chez un praticien.

Cette question fut posée de manière directe à chaque Maître de stage. Deux points émergent des résultats : la supervision indirecte et le mode de paiement : *« (...) les différences sont essentiellement autour de la supervision et du mode de règlement. »*. Un autre médecin : *« C'est aussi pour eux la possibilité d'exercer*

*comme s'ils étaient dans leur cabinet à la place du médecin. Alors c'est vrai c'est la place « de ... ». Et puis la question de l'encaissement des actes. »*

Un ECA salarié, exerçant en Centre de Santé, qui n'est pas rémunéré aux paiements à l'acte, affirme parler de ce sujet très souvent avec les internes de niveau 2, étant moins impliqué dans cette problématique : *« (...) Pour moi la différence c'est que l'interne de SASPAS consulte en même temps que moi. Donc, il a aussi ... Il n'a pas l'impression de faire un remplacement déguisé. Et cette notion de remplacement déguisé, je pense qu'il ne faut pas avoir de tabou par rapport à ça parce qu'elle est quand même récurrente dans la bouche des internes. »*. Le même Maître de stage ajoute : *« J'essaie de leur dire que c'est tout à fait légitime de le penser mais c'est aussi lié au type d'exercice de la médecine libérale. »*

Une des autres différences entre un remplaçant et un interne de niveau 2 émise est l'organisation de la signalétique au cours de la prise de rendez-vous. Ainsi le patient prend rendez-vous avec un interne de Médecine Générale pendant la plage horaire hebdomadaire attribuée à cette activité : *« Donc c'est-à-dire en matière d'organisation, au guichet les gens prennent rendez-vous avec le docteur SASPAS. Et pas avec le remplaçant de ... Donc c'est une vraie consultation qui lui est dédiée. »*.

## 2- Apport du SASPAS pour les remplacements.

### a- Pour l'interne vu par le Maître de stage

Les enseignants généralistes mirent à contribution leur propre expérience de

remplaçant, afin de déterminer ce que représente le stage de niveau 2 : *« Moi, dans ma génération, il y a plein de gens qui avaient peur des remplacements, il y a des gens finalement en particulier des femmes qui n'exerçaient pas à cause de la peur de l'inconnu. Mais l'idée du SASPAS, c'était de faire une interface entre le niveau 1 et puis le remplacement. »*

Toujours d'après l'expérience des Maîtres de stage, la période de remplacement demande une adaptation particulière pour le jeune médecin thésé : *« Quand ils remplacent beaucoup, il faut qu'ils s'adaptent, ils ne vont pas voir les gens dans la continuité, c'est pour ça aussi qu'il ne faut pas remplacer trop longtemps. Mais c'est vrai que ça anticipe une certaine condition de travail pendant les quelques années qui vont suivre. »*.

#### b- Pour le maître de stage.

Rencontrer des étudiants en fin de cursus permet aux médecins généralistes enseignants de se constituer un réseau de remplaçants avec qui ils ont déjà travaillé : *« Oui je suis remplacée régulièrement, tout à fait, par une de mes anciennes internes de SASPAS. »*.

Un maître de stage, grâce à la présence d'internes en SASPAS, projette la création d'une Maison de Santé : *« Et en plus, il y a un projet de maison de santé qui va peut-être se faire avec des anciens internes comme je disais au début. Ça m'a ... Ça nous a ... Ça m'a permis de renouer le contact avec les ... La jeune génération. »*



## V- LES PATIENTS

### 1- Une image valorisante.

La présence d'un interne de niveau 2 modifie la représentation que le Maître de stage a de son image auprès de ses patients : « ... *Ils se disent : « tiens mon médecin, il est Maître de stage. »* ». Cette image est plutôt valorisante pour les enseignants: « *En tout cas, faire des compliments à leur médecin traitant et d'espérer que le jeune médecin sera pareil. »*

Un maître de stage a évoqué la question de la relève auprès des patients : « *Avec souvent ce qui est marrant, des médecins, des patients qui d'un seul coup manifestaient leur inquiétude que je m'en aille parce qu'ils voyaient un jeune médecin arriver. »*

### 2- Confier sa patientèle à l'interne de niveau 2.

Lors de la consultation, l'interne prend lui-même les décisions. Il peut s'il en a envie appeler le Maître de stage, ou en reparler a posteriori. Ici, les réactions furent hétérogènes.

Plusieurs maîtres de stage interrogés tendent vers l'autonomie du patient : « (...) *je pense que les patients, ils sont grands, ils peuvent se débrouiller et que je ne suis pas ... Comment dire ? Je lâche prise assez facilement. »* Un autre médecin : « *Je*

*m'efforce toujours de dire à mes patients qu'ils ne m'appartiennent pas et que je ne leur appartient pas. »*

Un médecin paru choqué par l'emploi du verbe « confier » : *« Je ne confie pas mes patients. Ce n'est pas comme ça. Je leur permets de nouer une relation avec d'autres médecins si on peut dire. »*. Et il ajouta : *« Donc, je trouve ça plutôt sain que dans des histoires de prise en charge, un regard extérieur intervient, peut-être avec toute sa fraîcheur et tout son savoir très frais. »*

Un autre intervenant : *« (...) c'est un peu angoissant de laisser sa patientèle à un interne et de ne pas être à côté. Et l'on ne peut pas s'empêcher de se dire qu'est-ce qui se passe quand je ne suis pas là ? »*.

L'interne de SASPAS n'est pas connu a priori du Maître de stage lorsqu'il commence le semestre. Un médecin s'est posée la question de la personnalité de l'interne face à ses patients : *« Alors, il y a quelques gens qui ont des problèmes psychologiques, est-ce que tu veux, mais ça se repère très vite. Si tu as quelqu'un qui est à peu près bien formé et qui est un peu sain, tu peux lui faire confiance, le patient, il est adulte aussi ; si tu as des retours et que ça ne va pas, à ce moment-là c'est à revoir, mais ça ne m'est jamais arrivé. »*.

L'étudiant peut être source d'ouverture dans la relation médecin-malade pour un Maître de stage : *« Je crois que ça contribue aussi à éviter l'enfermement souvent pathologique de la relation médecin-patient. »*

### 3- Quid de l'histoire partagée du Maître de stage avec le patient.

Quelle est la part d'intrusion dans le colloque singulier médecin-malade ? Aucun maître de stage n'a répondu à cette question qui est de l'ordre du cas par cas.

Pourtant l'histoire partagée semble pour un Maître de stage une composante essentielle à l'apprentissage et à la compréhension de l'interne en SASPAS : « *Et après pour cette personne-là, je lui explique notre histoire avec ce patient. Parce que des fois, ça donne des réponses immédiates à ses interrogations.* ». Ce qui contraste avec la réaction d'un autre médecin : « *Je travaille depuis vingt ans, je connais tous mes patients, donc c'est vrai, enfin la plupart je les connais, donc moi j'avais le souci de savoir ce qui s'était passé vraiment dans la consultation. (...)* Alors, j'étais un peu embêtée parce que j'ai beaucoup apporté d'informations sur la vie de mes patients à mes stagiaires, qu'ils n'avaient pas eues par la consultation. (...) *Et je me disais, je ne fais pas très bien vis-à-vis des patients d'aller raconter leur vie alors qu'ils ne l'ont pas encore racontée.* »

Un médecin émet l'hypothèse d'un transfert positif du patient pour l'interne, quelles que soient leurs personnalités respectives : « *Mais, je pense que ça tient aussi à la relation que le médecin traitant peut avoir avec ses patients. Je crois que la relation lorsqu'elle est bonne avec le médecin traitant, elle est naturellement bonne avec l'interne qui est en stage.* »

### 4- Le suivi des patients par les internes en SASPAS.

Un enseignant clinicien nous souligne son travail auprès des patients pour les

encourager à consulter régulièrement l'interne sur la période des six mois : « *Ce qui est pas mal. Ce que je veux dire, c'est que le SASPAS peut suivre, il peut se prendre une mini clientèle sur un temps dédié en disant : « Revenez, je serai là jeudi prochain, parce que là, vous pourrez me voir"».* Un autre : « *Je rassure le patient, de telle manière qu'il est déjà dans la continuité. »* »

L'une des difficultés pour le suivi d'un patient d'après un médecin généraliste salarié est la fréquence des demi-journées sur un même lieu de stage : « *Là encore, le patient allait voir d'autres médecins. L'interne avait l'impression d'un travail inachevé, qu'elle ne pouvait pas évaluer. En terme de remise en question et formation, je trouve que c'était préjudiciable. (...) Le fait de venir une deuxième fois dans la semaine, le jeudi, permettait à l'interne de revoir effectivement les gens à qui elle avait dit de revenir. Et donc ça lui permet à la fois de mieux maîtriser le diagnostic qu'elle a posé et puis d'avoir un retour du patient. »* »

Un autre Maître de stage met en avant la diversité des lieux de stage comme obstacle à un suivi structuré des patients : « *Or pour les SASPAS qui ont cinq maîtres de stage, je pense que le suivi est plus compliqué. Il s'investit cinq fois mais bon ce n'est pas comme un vrai suivi.»* »

Une confusion sur la place de chacun peut être aussi un facteur limitant : « *L'interne de SASPAS c'est un peu particulier parce qu'il est souvent identifié comme un remplaçant. »* »

##### 5- Perte ou gain de patients pour le maître de stage.

Seulement, deux maîtres de stage ont évoqué cet aspect au cours des entretiens :

*« J'ai sûrement perdu des patients, mais il y en a d'autres qui sont venus. ».*

## VI- L'aspect subjectif de l'accueil de l'interne en SASPAS.

### 1- Une expérience enrichissante pour les Maîtres de stage.

Sur l'échantillon étudié, seulement deux médecins n'étaient pas au moment de l'étude, Maîtres de stage d'un interne en SASPAS. Ce qui ressort des différents entretiens est qu'il s'agit d'une expérience positive : *« C'était très important, très impliquant et je suis très heureux de l'avoir fait parce que vraiment c'est formidable. »*. Les mauvaises expériences sont plus liées à la personnalité des protagonistes qu'à la maîtrise de stage elle-même.

### 2- Les « angoisses » des Maîtres de stage

#### a- La peur du jugement de l'interne.

Comme nous l'avons énoncé précédemment la maîtrise de stage découle le plus souvent d'une rencontre. Plusieurs maîtres de stage ont « sauté le pas ». Lors d'un entretien, l'appréhension de cette nouvelle activité fut très intense : *« Et je me rappelle, on avait organisé une formation sur les internes et je me disais : « Non, moi, vraiment jamais je ne ferai ça » (...) Si je ne le fais pas aujourd'hui, plus le temps va passer moins j'aurais le courage de le faire parce que ça me semblera insupportable.(...) Je me suis jetée à l'eau mais un peu comme on se suicide, en*

*disant on verra bien. ».*

La peur d'être jugé est un thème récurrent retrouvé dans les entretiens : « *Je me disais qu'une fois que j'aurais fait ça, je n'aurai plus peur de rien.(...) Du jugement en tout cas, du jugement, après ça, tu peux assumer tout. »* ou « *Il est vrai que pour pouvoir transmettre et être Maître de stage à partir d'un contenu pratique et d'une pratique professionnelle, évidemment il ne faut pas avoir peur du jugement de l'autre. »* et « *Il faut assumer la crainte d'être ridiculisé par les savoirs de l'interne vis-à-vis des siens. »*

Dans le même registre de cette peur, un médecin nous évoque la crainte de dévoiler l'intimité de son exercice de la médecine : « *(...) quelque part il faut se déshabiller un peu vis-à-vis de l'interne. Il faut lui dire ses doutes, ses incertitudes enfin il faut jouer le jeu à fond, avouer : « ça je ne sais pas ».* »

Cette appréhension est contre balancée pour un Maître de stage par la notion de transmettre : « *Ok, mais ça c'est la règle du jeu. Après tout, on a tous juré qu'on apprendrait aux enfants ... Le serment d'Hippocrate. ».*

#### b- Le regard des patients.

Un seul enseignant a émis des réticences avant de poser sa candidature à la maîtrise de stage : « *Vis à vis des patients, j'ai eu effectivement au début des petites craintes par rapport à la perception qu'ils auraient. »*

#### c- Repli sur soi.

La présence d'interne en SASPAS semble être pour deux Maîtres de stage une ouverture dans la pratique de médecine générale en ville : « *Ce dont j'avais peur avant d'être Maître de stage, c'est d'être rapidement sclérosé dans ma profession.* » et « *Parce que c'est une dimension de la médecine générale d'être dans la solitude mais moi je crois que plus les médecins sont dans la solitude plus ils sont cons. Il y en a qui ont peur de ...* »

### 3- Apport de l'interne de SASPAS pour le maître de stage.

Les éléments subjectifs concernant la présence d'un interne en SASPAS sont là aussi souvent liés à la crainte qui devient alors une motivation : « *Tu as une obligation : comme tu as un regard extérieur, tu as une obligation, il y en a qui sont excellents d'autres moins bon, mais tu as une obligation quand même de qualité minimale à tenir.* »

Un médecin compare les différentes formations médicales proposées et la présence d'un interne : « *Ça m'a boosté si tu veux, pour améliorer ma pratique, j'ai beaucoup amélioré, je suis loin du compte, il y en a des mieux que moi mais ça m'a énormément fait progresser essentiellement grâce aux faits que j'ai des internes. Et non pas grâce aux cours à la fac, à la formation médicale continue, aux articles, aux interventions parce que ça c'est bidon.* »

Pour un autre médecin, il s'agit d'un tiers, pair, source de remise en question : « *Et c'est une source perpétuelle de remise en question de ses pratiques.* » et « *De façon à remettre en question effectivement ma façon de gérer une situation et puis je*

*trouve ça sain aussi pour le patient. ».*

L'interne peut aussi aider à faire avancer des situations qui paraissaient bloquées pour le Maître de stage : *« (...) mes quelques patients qui sont sous Lipanthyl par exemple, c'est honteux, quoi. Et quand tu as un interne qui arrive et qui voit ça ... »*

L'interne semble donner l'opportunité au généraliste de pouvoir échanger et partager au quotidien : *« Moi ce que ça m'apporte c'est la possibilité de partager ma passion. ».*

#### 4- Intérêt du SASPAS pour les internes d'après les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA).

Cet item reprend des thèmes déjà énoncés dans la partie : travail de supervision. Au delà de la formation, la dimension « d'être avec » pour un Maître de stage paraît essentielle : *« On accompagne des personnes qui découvrent un autre métier, qui prennent conscience d'une situation qu'ils n'avaient pas anticipée. ».*

#### 5- La question du genre.

Globalement, les ECA pouvaient émettre des réticences quant à l'accueil d'un interne selon son sexe, souvent en relation avec le type de clientèle : *« Dans le cabinet, tu as deux hommes, je pensais que ce serait plus facile, que c'était mieux pour nous qu'il y ait des internes femmes. Parce que l'on est deux hommes, 80 % de la clientèle étant musulmanes et tout ... Non, ça n'a pas changé grand chose. »*



## VII- Les autres intervenants dans le soin.

### 1- Différence d'avec l'hôpital.

#### a- Les connaissances de l'interne.

Le premier point soulevé est celui de la formation hospitalo-universitaire et de la pratique en ambulatoire : *« C'est d'avoir à gérer des situations complexes, sans un plateau et d'avoir à réfléchir encore plus à la démarche diagnostique, aux hypothèses diagnostiques à formuler, quels examens, dans quel ordre on va faire les choses, encore plus hiérarchiser. »* et *« À l'hôpital finalement, on a tout sur place, toute la batterie d'examens, les spécialistes. »*

Un Maître de stage souligne le comportement d'interne qu'il relie au cursus actuel en Médecine Générale : *« On sent bien que ... Enfin ce que j'interprète moi comme encore la formation hospitalière : « on doit prendre une décision rapidement », parce que ça fonctionne comme ça, surtout maintenant. »*

Ici, la notion « d'être avec » prend tout son sens : *« Mais après c'est surtout ce qui m'intéresse : comment aider un interne, un futur médecin à mettre en application ses connaissances théoriques ou pratiques acquises dans le cadre de l'hôpital ? Comment va-t-il les utiliser dans le cadre de la médecine générale en tenant compte du contexte dans lequel il les donne ? Je dois lui faire comprendre que la médecine*

*ce n'est pas les simples conférences de consensus mais ce sont aussi des individus dans leur propre environnement et une relation qui n'est pas celle que l'on a avec les malades à l'hôpital. ».*

Cependant un participant met en évidence que bien qu'il s'agisse de deux pratiques différentes, le mode d'évaluation et la grille d'évaluation des internes sont les mêmes : *« Je pense que la différence, il faut qu'on l'acte de manière différente. Mais là, nous ne faisons que nous aligner, je ne veux pas que l'on s'aligne. On ne fait pas le même métier, nous sommes médecins certes mais ce qu'on attend d'un interne en ville n'est pas la même chose que ce qu'on attend d'un interne en stage hospitalier. ».*

## 2- Relation avec le ou les associés du MDS.

### a- Les réticences.

Le médecin, enseignant clinicien ambulatoire doit faire face aux appréhensions et à la peur de l'inconnu de ses confrères au sein du cabinet : *« Enfin au début quand j'ai proposé ça à mon associé Alain il n'était pas très chaud. En plus il avait un complexe d'infériorité : « ho, putain, ils vont nous montrer qu'on est ringard, qu'on ne sait plus rien faire et tout, qu'ils en savent vachement plus que nous. ».*

L'accueil de l'interne doit répondre aux limites souhaitées par les autres médecins associés : *« Oui, les autres étaient vachement bien, mais mon collègue avait le droit de dire qu'il ne voulait plus quelqu'un dans son bureau, ça c'est ... ».* Une autre

limite comme nous l'avons déjà souligné plus tôt est le choix de la journée d'accueil de l'interne en SASPAS.

Les associés peuvent donc soit composer avec la présence de cet interne dont ils ne sont pas Maîtres de stage, soit ne pas s'y intéresser : *« Je crois que ça ne les intéresse pas trop. Ils trouvaient que c'était un petit peu lourd. Ils ont peur d'être freiné dans leurs consultations. C'est vrai que c'est comme ça, ça freine la consultation. »*.

#### b- Les points positifs

Le retentissement de cette présence fut davantage explicité par un Maître de stage travaillant dans un Centre de Santé : *« C'est que la présence d'interne maintenant dans l'établissement a entraîné et entraîne des choses positives, y compris pour l'ensemble de l'équipe. »*. Il ajouta : *« Parce que les médecins ont vraiment l'impression de contribuer à quelque chose qui relève de la formation mais je pense que c'est inhérent à tous les médecins. »*.

Cependant, chaque Maître de stage dit avoir effectué un travail d'information et d'explication auprès de ses associés pour aider à cette démarche d'accueil : *« Et puis on avait fait des courriers à tous les collègues leur rappelant qu'elle était là le mercredi à leur disposition. »*.

### 3- Relation avec les correspondants.

Ici, les réponses sont très hétérogènes. Un intervenant reçu un très bon accueil : « (...) *Et tous nos correspondants, je les trouve super sympas avec les internes. Tu vois un petit geste, ils réécrivent à l'interne.* ». Un autre : « *Les labo, ils ne veulent pas savoir : l'interne...* ».

Un médecin nous énonce une situation cocasse : « *Et le téléphone. Ce sont des spécialistes qui téléphonent que je ne connais pas du tout parce que c'est l'interne qui a vu le patient et qu'il croit que c'est moi qui l'a vu. Bon ça c'est pas grave.* ».

Par contre, concernant les différents liens avec l'hôpital via l'interne de SASPAS, la situation paraît plus claire, et l'interne bien identifié : « *Les comptes-rendus hospitaliers, ils répondent souvent au nom de l'interne.* ».

## VIII- LA PEDAGOGIE.

### 1- Relation maître à élève ?

Au fur et à mesure des entretiens, cette problématique a émergé. Évoquée au début de l'étude par les Maîtres de stage puis clairement questionné dans le guide d'entretien. Cette notion de hiérarchie pose problème : « *D'habitude, il s'attend à ce que ce soit l'inverse, si tu veux. Lui : il ne sait pas et moi je suis censé savoir puisque je suis le Maître de stage. Et quand le Maître dit à l'interne : « je ne sais pas, qu'est-ce que tu fais ? ».* Ça peut être déstabilisant. ». Un généraliste interrogé déclare avoir des difficultés à accepter cet enfermement : « *Tout, tout à la fois. À la fois stagiaire puisqu'on me parle de Maître de stage : j'avais un peu oublié que j'étais Maître de stage.(...) . Elle est quand même notre élève, on a pas mal de chose*

*à lui transmettre de notre apprentissage. (...) Et confrère : c'est une collègue. Donc elle est aussi une collègue qui a aussi son savoir à elle, qui est plus moderne pour un certain nombre de choses. Donc les trois. (...) Elle n'a pas une étiquette figée. ».*

Un autre enseignant suggère qu'il y a dans cette formule une notion de possession :  
*« (...) j'ai toujours un peu de difficulté à dire : « mon interne ». alors je dis : « l'interne qui est en stage dans mon cabinet médical ». Je n'aime pas trop dire : « mon interne ». Je n'ai pas un instinct de propriété. ».*

## 2- La progression pédagogique.

D'après la synthèse des différents entretiens, la pédagogie est l'une des clés de ce stage. Pourtant, elle peut apparaître sur le terrain de façon inattendue : *« Ma pédagogie, elle est plus liée à ma personnalité, à la manière dont je fais de la médecine qu'une pédagogie construite, organisée, pensée ... ».*

Les expériences diverses du médecin aident dans ce processus d'accompagnement de l'interne, avec une nuance : *« Mais c'est vrai, que j'ai peu d'échange sur la pédagogie avec les autres (...) ».*

Cette progression est souvent mise à mal en ville par la formation initiale des internes en Médecine Générale : *« Bon il y a quand même un petit peu toujours un décalage sur les examens complémentaires : que l'interne demande toujours plus de choses que nous. Nous on pense que ça ne sert pas à grande chose. «Ça va t'apprendre quoi ? Parce que ça se fait à l'hôpital ? Ce n'est pas la réponse. ».* Un autre médecin souligne ce décalage en signifiant qu'il ne s'agit pas du même

métier : *« Et d'un seul coup peut-être les absences de la formation qui a été la leur jusqu'à maintenant qui est purement hospitalière. Et ils découvrent presque parfois un autre métier. »*

Un Maître de stage pose une limite à la formation pédagogique des enseignants clinicien ambulatoire : *« Les gens, j'ai l'impression que : il y a des collègues qui ne sont pas très à l'aise dans l'échange alors ils surinvestissent la pédagogie comme un outil. (...) La pédagogie c'est une aide. Ce n'est qu'une aide. »*

### 3- Relation médecin malade

Le constat d'un des médecins interrogé : *« Ce qu'ils ne savent pas c'est la relation avec le patient, tout le travail sur l'humain, sur la ... »*. Un autre Maître de stage met en avant ce thème comme l'objectif premier du stage : *« Parce que moi ce qui m'importe c'est la relation qu'ils ont avec les gens, je veux dire. »*. La spécificité du SASPAS est le cadre nouveau pour un interne dans lequel ces rencontres se produisent : *« Mais c'est surtout tout ce qui fait la nature de la rencontre avec un patient malade dans un cadre particulier qui est le cabinet médical. »*

### 4- Internes formatés, « protocolisés ».

Un médecin, pour parler de la relation médecin-malade, a exprimé le besoin de poser un cadre, de déterminer sa place de généralistes : *« Mon métier à moi, ça va être de convaincre le patient qu'il faut se traiter quand il faut se traiter, que le*

*traitement n'est pas facile à prendre. Donc ça va être dans le suivi, ça va être autre chose. Et parfois avec l'interne, on n'a pas des difficultés, mais il faut rappeler ça ... ».*

Tous les Maîtres de stage sont unanimes pour dire que les internes actuellement possèdent de solides connaissances théoriques, cependant l'un d'entre eux fait la différence entre l'acquisition de données théoriques et l'élaboration d'outils pour la pratique quotidienne de la Médecine Générale : *« Ils sont très forts nos internes, mais en même temps ils sont très protocolisés (...) Oui mais on peut essayer d'appliquer des protocoles et réfléchir en même temps. (...) Un certain nombre de protocoles sont faits pour ne pas réfléchir et sont utilisés... ».*

Par protocole, un enseignant clinicien ambulatoire semble entendre que le comportement, les gestes et les paroles sont les mêmes quelque soit la personne et son histoire passée : *« Voilà c'est ce qu'il m'a répondu, « je fais pour tout le monde pareil (...) ».* Un Maître de stage, ne recevant plus d'interne de SASPAS actuellement lors du focus groupe, eu une réaction très vive sur ce sujet : *« Quand je vois un interne qui réagit comme ça, je serais prête à bombarder la fac. ».*

L'expérience personnelle d'un médecin lors de son propre cursus semble tendre à dire que l'approche de cette notion n'a pas beaucoup évolué : *« On se protège au début, au début on se protège. Ce n'est pas à la fac qu'on nous apprend la relation humaine et ça ne veut pas dire ... (...) Moi j'aime vraiment la médecine générale plus que les autres spécialités et bien n'empêche que je suis sortie de la fac, j'étais une abrutie dans ma façon de poser les questions et même au début où je*

*remplaçais, je posais des questions comme ça. ».*

### 5- Participer aux activités pédagogiques au sein du DMG de Paris 7.

Concernant la redevance pédagogique, un participant suggère la création de nouveaux thèmes d'enseignement : *« C'est-à-dire moi ce qu'il m'intéresse d'enseigner c'est justement cette dimension médico-psycho-sociale autour des pratiques, de la place du soignant, de l'éducation thérapeutique, la valorisation des savoirs des malades, toutes ces choses-là ... La problématique de la précarité, dans la genèse de la souffrance, de la maladie. ».* Le ressenti de ce même participant face au retour du DMG : *« On ne m'a pas dit qu'il n'y avait rien à voir mais on m'a fait comprendre que ce n'était pas ça l'objectif aujourd'hui du DMG. Que le DMG avait à faire la preuve de sa pertinence dans le monde universitaire ? Et de ce fait là, ne prenait pas le risque d'être mis en difficulté vis-à-vis des universitaires qui s'occupent ... Voilà, on ne fait pas des sciences humaines. En gros, il nous est dit que les sciences humaines ne s'enseignent pas forcément de cette manière-là dans le DMG et qu'aujourd'hui la problématique, c'est d'exister au sein de l'université selon les repères, le credo plutôt, de la médecine spécialisée. ».*

Un autre maître de stage : *« Parce que c'est une prolongation de mes responsabilités et que j'ai tout à apprendre. C'est aussi, la nécessité de se remettre en question, de partager avec les autres Maîtres de stage et de me tenir au courant*



*de la vie du département de médecine générale, de l'évolution de la formation des médecins généralistes. ».*

## **E- DISCUSSION**

### **I- La méthode**

Notre étude comporte quelques limites, dont la présence au focus groupe des Maîtres de stage les plus motivés pour l'enseignement. En effet, l'entretien collectif fut réalisé lors d'un séminaire organisé par le Département de médecine générale.

La plupart des spécialistes des entretiens dans les sciences sociales (8) s'accordent sur un nombre de participants compris entre 5 et 10. Sept médecins étaient présents à la séance de l'entretien collectif ce qui a pu favoriser une bonne répartition du temps de parole et diminuer les réticences à s'exprimer pour certains. La parité trois femmes et quatre hommes fut équilibrée ce qui n'est pas le cas pour les entretiens individuels quatre hommes et une seule femme.

Le modérateur de la séance était un médecin généraliste, enseignant, professeur de Médecine Générale aussi Maître de stage SASPAS. Il est en effet difficile de trouver un modérateur extérieur connaissant la problématique et maîtrisant la conduite de réunion. Il est possible que sa présence ait influencé l'expression de certaines opinions sur l'investissement des Maîtres de stage ou celles des stagiaires. Pour des raisons de temps, il n'a été réalisé qu'un seul focus groupe alors que plusieurs séances sont nécessaires à l'exploration d'un thème ce qui limite la validité des

résultats.

Deux points n'ont pas été abordés lors des entretiens : l'aspect financier pour l'enseignant et la charge de travail des médecins. Pourtant si nous nous intéressons à la psychodynamique du travail (9), nous pouvons en déduire que cette rétribution qu'ils attendent est bien sûr d'abord matérielle : le salaire, les honoraires ... Mais, ce n'est pas fondamentalement la dimension matérielle de la rétribution ; mais la dimension symbolique. Ce que les maîtres de stage attendent en échange de leur implication et de leurs difficultés, c'est une rétribution morale qui prend une forme extrêmement précise : la reconnaissance par les pairs.

Pour mieux comprendre ces notions, il nous semble nécessaire d'explicitier quelques concepts de la psychodynamique du travail. Il s'agit d'une discipline née dans les années 70, à l'initiative du psychiatre Christophe Dejours : directeur du laboratoire de psychologie du travail et de l'action du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) à Paris. C'est l'analyse des processus psychiques mis en place par une personne face à la réalité du travail. Cette analyse du travail a pour objet l'étude : des relations entre plaisir et souffrance au travail d'une part, et l'organisation du travail de l'autre. Dans cette discipline, le travail prescrit définit l'objectif à atteindre ainsi que le chemin à parcourir pour l'atteindre, c'est-à-dire le mode opératoire prescrit par l'organisation du travail. Le réel est tous les incidents qui viennent perturber les prévisions et les prédictions et qui est reconnu par le médecin enseignant par la résistance des outils (supervision indirecte, carnet de bord, pochette navette, séminaires de

formation ...). Le réel est souvent une épreuve inédite, inattendue, inconnue et génère un sentiment de surprise puis parfois d'agacement. Le travail effectif est l'activité concrète du Maître de stage. D'où, encore une fois, le choix de la méthode qualitative inductive qui permet d'explorer ces champs.

Cette étude n'a pas de signification statistique, mais permet d'explorer des thèmes peu connus.

## II- Organisation du SASPAS

Concernant le mode de recrutement, nous pouvons nous demander si dans cette étude, il est le fait du hasard. Actuellement le DMG de Paris 7 ne possède pas de ligne directrice pour promouvoir la maîtrise de stage auprès de médecins installés. Aucune plaquette explicative n'est à disposition. Ainsi le « bouche à oreille » joue le rôle d'un vecteur d'information, avec confrontation des expériences diverses. Les responsables du DMG essayent aussi de repérer lors de formations médicales des collègues qui appliquent des raisonnements rationnels, fondés et communiquent bien pour leur proposer de devenir MdS.

La circulation de l'information entre les Maîtres de stage d'un même interne paraît difficile, par méconnaissance de la maquette. Lors de l'entretien collectif, les Maîtres de stage présents décidèrent collectivement qu'il serait judicieux que le DMG organise une réunion en début de semestre pour chaque maquette. Au sens de

Christophe Dejours (10), il semble que la démarche est de transformer la coordination en coopération. Cependant la coopération entre les Maîtres de stage n'est possible que si « *les individus s'impliquent dans des conflits et des débats collectifs, c'est-à-dire s'ils prennent des risques.* ».

Cette initiative de réunion a pour limite le taux de participation : la volonté et les possibilités des Maîtres de stage à s'investir.

Il existe une différence entre le stage de niveau 1 qui est une initiation à la pratique en ville, et le SASPAS qui est une immersion totale puisqu'en autonomie complète. Ce stage prépare l'interne à ses futures nouvelles fonctions : remplaçants ou jeunes médecins installés.

La continuité entre le stage de niveau 1 et 2 se fait par la progression pédagogique. À la demande d'un Maître de stage d'accueillir le même interne pour les deux niveaux, nous pouvons nous poser la question de la faisabilité matérielle : cette pratique ne desservirait-elle pas les autres internes dans la découverte des différents terrains de stage ? Et aussi quel serait l'intérêt pour l'interne lui-même de rester d'un semestre à l'autre dans le même cabinet pendant un an ?

De plus la diversité des lieux de stage entre le niveau 1 et le niveau 2 pour un interne lui permet d'appréhender des fonctionnements différents. Pourtant dans un travail de thèse de mai 2009 intitulé : Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est (11), il est démontré que 54 % des

internes ayant effectué un SASPAS trouvent que la gestion du cabinet est chronophage. Cette étude conclut que la gestion du cabinet médical est un réel problème pour tous les médecins, qu'ils aient effectué un SASPAS ou pas. Et qu'un effort doit être fait à ce niveau pour que la gestion du cabinet médical fasse moins peur aux futurs médecins qui veulent s'installer.

La durée de six mois du SASPAS correspond à celle des stages internés hospitaliers et répond donc à une organisation hospitalo-universitaire sous contrainte. Par contre, le temps obligatoire passé en ville pour un interne de Médecine Générale est de six mois. Ici, la question est de rendre le SASPAS obligatoire, ainsi l'étudiant effectuera un tiers de son cursus dans sa spécialité.

Un maître de stage a souligné l'importance de ces deux stages quant à la validation du DES (Diplôme d'Etude Spécialisée) en Médecine Générale qui s'effectue actuellement sur présentation du port folio, ainsi que les validations des 200 heures d'enseignements obligatoires et des six stages au cours du troisième cycle. Il est évidemment d'après les verbatims que les Maîtres de stage attachent une grande importance à cette formation en ambulatoire autant pour l'exercice futur de leur étudiant que pour promouvoir leur spécialité. Le même participant revendique un moyen spécifique de rendre compte du travail de l'interne en ville, qui serait le symbole de sa singularité.

### III- La supervision

Le moment où la supervision se produit semble propre à l'organisation du cabinet et à la personnalité du maître de stage. Les enseignants tendent à adapter à la réalité de terrain cette contrainte. Plusieurs Maîtres de stage au cours d'entretien individuel ont évincé la question du moment de la supervision. Une reformulation de la question leur a permis d'exprimer leur capacité d'invention et d'imagination pour créer ce temps. Probablement, que ce « bricolage » est ressenti par un certain nombre de Maître de stage comme une « tricherie » (10). Le moment de la supervision ne répondant pas à la règle. Cependant, nous pouvons nous demander si cet outil façonné à la main des deux protagonistes ne correspond pas mieux à leur besoin et contribue à un échange bienveillant.

En 2004 Géraldine Bloy, sociologue, publie un travail d'enquête sur le stage chez le praticien (12) où elle met en avant que *« les modalités possibles de l'échange au cabinet nous ont paru déterminées à un niveau très général par une tradition culturelle et à un niveau très local par la configuration de l'espace ou même du mobilier. Entre ces deux niveaux se déploie le travail d'invention et d'accordement des acteurs, faiblement contraint par les consignes et règlements édictés dans les Facultés. »*. Ce qui rejoint les propos de Christophe Dejourn (10) sur le travail prescrit (Charte des maîtres de stage, ...) et le travail effectif, entre les deux le réel. Christophe Dejourn tire deux leçons de ses observations :

- *« la première c'est que travailler, c'est fondamentalement combler cet écart entre le prescrit et l'effectif. Ou pour le dire autrement c'est ce qu'il*

*faut ajouter aux prescriptions pour venir à bout de la tâche et du réel.*

*- La deuxième c'est que le travail transforme le travailleur et, dans le meilleur des cas, lui permet de progresser, de s'améliorer, voire de s'accomplir. C'est une première approche du plaisir au travail. ».*

La notion de transmission rejoint la problématique du couple maître-élève. Un participant souligne qu'il s'agit d'un échange réciproque ainsi les situations délicates peuvent être évaluées par un « mini-staff », ce qui contribue lorsque les conditions d'un dialogue réel sont réunies, à une meilleure prise en charge (12). Géraldine Bloy (12) souligne que : *les « intrusions » commises par le stagiaire sont vécus comme des moments parfois utiles à la progression de certaines situations. La présence du résident fonctionne, lorsqu'ils l'autorisent, comme un dispositif anti-routine qui vient dynamiser la consultation. ».*

Ainsi, un Maître de stage nous rapporte bien que l'interne n'a pas pour lui une « étiquette figée ».

Cette complexité des rôles, fonctions et statuts n'est permise que par l'écoute bienveillante des deux parties qui semble t-il s'instaure au cours du semestre. Ce qui pourrait expliquer l'évolution du débriefing dans le temps (plus ou moins rapide) et dans l'espace (la présence téléphonique à distance tend à diminuer).

Pour que l'information continue de circuler entre deux débriefing, certains médecins enseignants ont pris l'habitude d'utiliser des outils : le carnet de bord ou la pochette navette. Une étude angevine sur le suivi au long cours du patient dans le SASPAS

(13) montre dans ses conclusions que « *ces organisations semblaient plébiscitées par les stagiaires pour remédier aux difficultés d'accès aux examens complémentaires et aux courriers médicaux. Cela impliquait l'investissement du Maître de stage et des secrétaires ce qui pouvait être un obstacle sur certains lieux de stage.* ». La même étude (13), concernant la diversité des lieux de stage, met en évidence que le lieu de stage unique peut faciliter le suivi mais n'est pas une condition suffisante.

#### IV- La question du remplacement en Médecine Générale.

##### 1- Différence entre un remplacement et un SASPAS.

Il a été explicitement exposé par les Maîtres de stage interrogés que le SASPAS n'était pas un « *remplacement déguisé* », essentiellement par la démarche de supervision indirecte. Cette question qui se posait dès le commencement de ce stage méritait qu'on y apporte des réponses claires. Lors d'un congrès du CNGE en 2004 (14) une plaquette informative fut présentée sous forme d'une communication orale. Ainsi, elle tendait d'éviter tout malentendu et favoriser un choix "éclairé" des étudiants. Pourtant les maîtres de stage semblent continuer à être mal à l'aise devant les étudiants, face à leurs interrogations. Le mot « tabou » fut énoncé à plusieurs reprises lors du corpus de données. Il nous semble donc important de rappeler les résultats de ce travail.

Cette plaquette fut élaborée après des réflexions, au sein du SASPAS entre étudiant et enseignants, il en ressortit :



-Du point de vue de l'étudiant en stage, le stage en SASPAS est différent d'un remplacement compte tenu :

- de la durée du stage
  - de l'implication des médecins auprès de l'étudiant
  - de la disponibilité physique ou téléphonique des médecins
  - des réunions mensuelles ou bimensuelles
  - de l'évaluation du stage avec : rédaction de 3 situations cliniques, pratique de jeux de rôle, rédaction d'un mémoire de fin de stage, du débriefing quotidien avec le médecin chez qui l'étudiant se trouve.
- Du point de vue des enseignants, le stage en SASPAS est différent d'un remplacement compte tenu :
- de la disponibilité que cela implique
  - du temps de travail pédagogique que cela nécessite
  - de l'implication dans le projet professionnel de l'étudiant
  - du travail organisationnel que cela demande à chacun
  - du travail spécifique de communication auprès de la clientèle

Il paraît souhaitable dans l'avenir lors du choix de stage, d'explicitier de nouveau ses différences ainsi qu'au sein de l'Université.

Cependant, la sociologie (12) nous apporte des données sur la représentation qu'ont les internes de ce stage. Ainsi pour certains stagiaires, cette pratique apparaît comme

un mélange de théâtre et de petit commerce, fortement structuré par une dépendance au patient dont le généraliste pourrait difficilement s'émanciper pour raisonner et agir en véritable médecin. Aussi ce discours est double et pas totalement cohérent impliquant des servitudes par rapport aux patients. La force du médecin généraliste enseignant face aux discours du patient est de modeler par le type d'écoute et de prise en charge proposés et non de « subir ». Mais, par ailleurs, les médecins généralistes se prévalent de leur identité professionnelle consultante, accessible et disponible aux différents registres de plaintes.

## 2- La peur des remplacements pour les internes.

D'après plusieurs médecins, le SASPAS constituerait une période de transition entre le cursus universitaire et l'entrée dans la vie professionnelle. Cette affirmation découle de leurs propres expériences lors de leur formation qui n'a pas bénéficié de ce stage. Un thésard s'est intéressé en 2009 à cette question (11). Les médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est sont plus de la moitié (59 %) à vouloir s'installer. Ce pourcentage est 2,5 fois plus élevé que les médecins généralistes remplaçants d'Ile-de-France. Parmi ces 59 % de médecins qui ont l'intention de s'installer, la majorité sont des femmes. Lorsque les médecins remplaçants ont fait un SASPAS, le pourcentage de médecin qui ont l'intention de s'installer, passe à 72 % .

Ainsi, Les médecins remplaçants qui ont l'intention de s'installer sont

significativement plus nombreux lorsque qu'ils ont effectué un SASPAS pendant leur 3e cycle des études médicales. Mais peut être inversement ceux qui ont pris la décision de s'installer préfèrent faire un SASPAS.

Tableau récapitulatif des effectifs d'interne ayant l'intention de s'installer en fonction de la réalisation d'un SASPAS.

| SASPAS     | INTENTION D'INSTALLATION |                 |                 |
|------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
|            | % (effectif)             |                 |                 |
|            | NR                       | OUI             | NON             |
| NR         | (4)                      | (31)            | (16)            |
| <u>OUI</u> | 0                        | <b>72 (28)</b>  | <b>28 (11)</b>  |
| <u>NON</u> | (6)                      | <b>56 (192)</b> | <b>44 (149)</b> |

## V- Les patients

### 1- Une image valorisante

Les participants sont plutôt fiers d'être Maître de stage. D'après eux, cette fierté se traduit dans le discours des patients quant à la présence d'interne dans le cabinet.

L'accueil d'un interne peut constituer une reconnaissance narcissique du médecin pour lui-même. J.P Rivière qui a évalué les sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien (15) souligne l'élément suivant : le médecin peut aussi utiliser la présence du stagiaire comme un faire valoir, prouvant par cet exercice à quel point il maîtrise son art puisqu'il le dispense à autrui. Il peut chercher alors à augmenter la confiance qu'a le patient envers lui. Dans son étude, Rivière retrouve 36% de patients ayant plus confiance dans un médecin généraliste, Maître de stage, et cite : « *il doit être bon, s'il fait de la formation reconnue par la fac* »

## 2- Confier sa patientèle à l'interne de niveau 2.

La tendance générale est vers l'autonomie. L'autonomie de l'interne mais aussi l'autonomie des patients. Ainsi les patients peuvent faire quelque chose de ce nouveau venu. Son écoute est réputée plus attentive, les consultations sont plus longues tandis que les rendez-vous sont obtenus plus rapidement (12).

## 3- Le suivi des patients par les internes en SASPAS.

Les transcriptions sur ce point sont mitigées. Le suivi est une notion fondamentale de la Médecine générale ; 42% des consultations et visites d'un médecin généraliste sont consacrées au suivi des affections chroniques (16). Comme dit précédemment, un seul lieu de stage n'est pas une condition suffisante pour faciliter le suivi d'un patient.

A Angers, toujours dans la même étude (13), les enquêteurs ont conclu que les

Maîtres de stage ne devraient pas avoir une activité de consultation simultanée et savoir limiter leur activité les veilles et lendemains de la journées d'accueil de l'interne de SASPAS. Ils poursuivent en soulignant que certains internes se disent incompetents dans plusieurs suivis à l'issue du stage, principalement celui des patients en fin de vie ou cancéreux et celui des pathologies psychiatriques.

Les résultats de notre étude peuvent être donc liés à l'hétérogénéité des pratiques des Maîtres de stage concernant leur activité de consultation, le profil de leur patientèle.

#### 4- Perte ou gain de patients pour le maître de stage.

Deux sur douze Maîtres de stage ont évoqué cet aspect au cours des entretiens. Dans le guide d'entretien qui a évolué au cours de l'étude aucune question directement liée à ce thème ne fut posée. Nous pouvons nous interroger si cet élément est le fait d'un oubli de la part de l'enquêteur et des Maîtres de stage au cours des entretiens ou s'il s'agit d'un effet colatéral mineur. Dans la revue de la littérature, c'est de 75% (17) à 94.4% (18) des patients qui ne seront pas du tout gênés. Cependant ces chiffres sont à relativiser puisque les deux études datent respectivement de 1999 et 2000 et portaient sur le stage de niveau 1. Dans une étude nantaise (19) de 2004, comportant 42 maîtres de stage : 60% des MdS estiment avoir gardé un chiffre d'affaires stable, 10% ont eu une augmentation, 30% une baisse.

## VI- L'aspect subjectif de l'accueil de l'interne en SASPAS

### 1- Les « angoisses » des maîtres de stage.

Rappelons Balint (26) : « *La présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère* ».

Un généraliste compare l'initiative de devenir Maître de stage au suicide. Cette image très forte peut laisser perplexe. Là encore, il est question de la reconnaissance, du retour positif ou négatif de l'interne vis à vis de la pratique du médecin enseignant. Un Maître de stage a bien précisé qu'il s'agissait de son intimité professionnelle, de sa manière de faire. Dans la Charte des Maîtres de stage, il est fait allusion à un modèle. Ainsi les Maîtres de stage peuvent ressentir la lourde tâche d'être l'image de référence du « bon médecin ». Le médecin généraliste évoluant dans des phénomènes d'identification. Un participant nous dit par l'intermédiaire des patients : qu'il souhaite que l'étudiant devienne « pareil ». Ainsi la personnalité professionnelle se différencie et se constitue par une série d'identifications. Nous distinguons les identifications précoces ou primaires des identifications tardives ou secondaires (20). La formation de la personnalité professionnelle est un processus tertiaire (21) qui se greffe sur les identifications tardives. L'ensemble des identifications auxquelles donne lieu l'acquisition du métier définit une personnalité professionnelle.

Comme pour la personnalité tout court, il s'agit d'une formation psychique, organisée autour d'une sorte de Moi professionnel. Ce dernier serait chargé d'assurer à l'individu la plus grande satisfaction personnelle compatible avec les exigences réelles du travail. Outre l'enseignement du savoir-faire indispensable, la formation médicale a pour but, d'organiser d'une telle personnalité professionnelle. Cette seconde tâche semble être la plus difficile et justifie peut-être la longueur des études médicales. Une école américaine a bien étudié la question de ce qu'ils ont appelé les groupes de spécialité (22).

Ainsi l'évolution de la formation de la personnalité professionnelle de l'étudiant passe par la médiation de l'enseignant. L'enseignant, médiateur entre l'étudiant et le malade, est censé fournir un nouveau modèle d'identification.

## VII- Les autres intervenants dans le soin

### 1- Différence d'avec l'hôpital

La notion de temps est l'une des premières différences mise en évidence par un Maître de stage : « *on doit prendre une décision rapidement* ». Ainsi, il existe dans la médecine ambulatoire une relation particulière au patient et au temps. Cette relation au temps met le patient au cœur de la médecine de ville, puisqu'il est libre d'aller et venir, de s'exprimer, plus que dans n'importe quel autre endroit de soin. Un participant montre bien que le patient n'est pas amputé de son épaisseur sociale, psychologique et familiale. Un médecin précise que le soin en médecine générale se déploie en plusieurs temps : celui de la prévention, de la rémission spontanée, du

suivi, de la conviction et de la négociation de la prise en charge. Au cours du stage, il existe un travail du Maître de stage pour accompagner l'interne vers ce nouveau métier où le patient n'est pas à disposition du médecin jusqu'à ce que ce dernier en décide autrement.

Un autre médecin parle des conférences de consensus, des recommandations qu'il relie à la sphère hospitalo-universitaire. L'enjeu de cette réflexion et la problématique posée semble être ce positionnement où le médecin s'efforce de composer avec les recommandations, ce qu'il connaît ou croit connaître du patient, son propre sens clinique, et le contexte d'exercice de la médecine générale. Pour le stagiaire, qui depuis le début de ses études médicales a effectué des stages hospitaliers ce mélange est largement inédit. Le Maître de stage permet alors à l'étudiant de réaliser sa propre expérience professionnelle.

L'un des derniers points soulevés par un ECA est le mode d'évaluation. Ce médecin appelle à l'ouverture d'un débat quant à la façon de restituer cette acquisition d'expérience.

## 2- Relation avec le ou les associés du MDS

Outre les réticences énoncées, l'enjeu de l'accueil d'un interne de niveau 2 au sein d'un groupement de soignants pose la problématique de la dynamique de groupe, ainsi que de la présence d'un tiers dans l'institution. Un médecin salarié, travaillant en Centre de Santé, pense que l'interne est un élément dynamisant. Sa présence même indirecte dans l'établissement aurait modifié les comportements de ses



confrères spécialistes.

## VIII- LA PEDAGOGIE.

### 1- Relation maître à élève ?

De nombreux points dans ce travail évoquent cette notion, et tendent à expliquer toute sa complexité. La relation entre un Maître de stage et un étudiant en SASPAS se rapproche plus d'une relation de compagnonnage qui a toujours été à la base de l'enseignement de la médecine : « *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ...* » (Hippocrate). D'ailleurs un Maître de stage cite directement Hippocrate. Cependant l'étudiant ne se réduit pas à un élève ignorant. Il se déploie par plusieurs facettes, renvoyant à l'enseignant sa propre ambivalence.

Un médecin montre bien qu'il ne s'agit que d'un outil et que la pédagogie ne remplace pas la relation d'« être avec », sans « étiquette figée ».

### 2-Relation médecin-malade et les protocoles.

Au cours de l'entretien collectif, ces deux notions sont apparues en contradiction et paradoxalement très liées l'une à l'autre. Un médecin évoque l'adéquation un peu

mécanique d'une pratique avec l'état des connaissances universitaires. Ce même médecin avance que les protocoles empêchent de réfléchir : anéantissant toute démarche intellectuelle spécifique qui peut conduire au cas par cas à s'éloigner d'une norme pour gagner en pertinence dans l'abord d'un patient donné. La prise en compte de l'histoire partagée avec le patient, de ses craintes, du contexte familial ou socio-économique permettent au médecin d'entamer des négociations et maintenir le contact qui autorisera un suivi plus ou moins conforme à la norme auquel le médecin ne renonce pas tout à fait. Les médecins interrogés tendent à accompagner l'interne dans cette expérience.

## **F- CONCLUSION**

Au cours de l'élaboration de cette thèse, plusieurs points peu connus ont émergé. La synthèse de ces données conclut à la description d'un personnage : le Maître de stage dans la concrétude de sa démarche. Plusieurs items : l'organisation du SASPAS, la supervision indirecte, les remplacements en médecine générale, les patients, les aspects subjectifs de la maîtrise de stage, les relations avec les autres intervenants dans le soin, la mise en place d'une pédagogie réalisent le vécu des Maîtres de stage interrogés. Il existe chez les participants une véritable réflexion sur la question : comment enseigner la médecine générale ? Ainsi la médecine est un savoir du corps, comme disent les psychodynamiciens du travail, les médecins parlent du cadre spatial de la rencontre, l'intrusion dans cet espace et la transmission de cet espace intériorisé. L'enseignant accompagne ce processus, loin des protocoles

et de l'évaluation quantitative.

À la question : quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS, l'une des réponses est : la maîtrise de stage apparaît comme un véritable métier. À ce titre, l'équilibre entre l'investissement et la continuité de cet investissement dans le temps passe par un processus continu dans l'élaboration de la pratique, ainsi que par une reconnaissance matérielle et symbolique.

Ainsi des éléments concrets apparaissent dans notre étude pour aider un médecin généraliste à devenir et rester Maître de stage. Le mode de recrutement à Paris 7 tend à être amélioré par la création d'une plaquette informative (annexe 3) destinées aux médecins généralistes enseignants. Cette plaquette servira de canevas lors des réunions d'accueil des maîtres de stage. De plus, ce travail permet de mettre en avant l'élaboration de nouvelles stratégies autour de la maîtrise de stage. La cohésion de l'équipe de médecins au sein d'une même maquette peut être renforcée par des réunions de coopération. La supervision et le suivi des patients par l'interne de niveau 2 pourraient être améliorés par l'emploi d'outils adaptés.

Il semble important, pour les enseignants, de lever toute ambiguïté sur la question des « remplacements déguisés », sans nier que la présence d'un interne de niveau 2 peut diminuer la charge de travail en consultation. En contrepartie, les participants fournissent un travail de compagnonnage envers l'interne, dans son entrée dans la vie professionnelle en ville mais aussi avec les patients dont les enjeux ne sont pas les mêmes qu'à l'hôpital. Les Maîtres de stage interrogés revendiquent la spécificité de la médecine générale dans sa formation initiale et

dans sa pratique. Une des interrogations est la manière de restituer l'expérience acquise par les étudiants au sein de l'Université, le stage ambulatoire reste un moment privilégié dans la validation du DES.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### **FICHE SIGNALÉTIQUE DES MDS**

Sexe :

Age :

Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ?

Mode d'activité ?(seul, associé)

Population ?

Mode d'exercice particulier ?

Etes-vous enseignant généraliste ?

#### **Canevas**

1-Que pensez-vous du stage auprès du praticien ?

2-Qu'est-ce que cela vous apporte ?

-intérêts financiers, remplacements, succession ?

3-Selon vous, qu'est-ce que cela apporte aux stagiaires ?

4-Cela vous paraît-il important dans la formation des étudiants ?  
(Pourquoi ?)

5-Existe-t'il des éléments qui vous gênent , des inconvénients ?

6-Selon vous, que pensent vos patients de la présence d'un interne en SASPAS à votre cabinet ?

7-Que pensez-vous de l'organisation actuelle du SASPAS à Paris 7 ?

8-Accueillir un interne en SASPAS dans votre cabinet vous plait-il ?

**Annexe 2 : Récapitulatif des caractéristiques des maîtres de stages**

|    | sexe | Age | Début SASPAS  | Mode d'activité                                       | Exercice particulier   | Enseignant généraliste | RIAP      |
|----|------|-----|---------------|---|--|------------------------|-----------|
| 1  | F    | 48  | 2004          | Médecine libérale urbaine en Groupe                   | non  | oui                    | 4522 C/an |
| 2  | M    | 54  | 2005          | Médecine libérale urbaine seul                        | non  | oui                    | 5433 C/an |
| 3  | M    | 59  | 2005          | Médecine libérale en groupe                           | Coordination Nationale des Réseaux ville hôpital, des réseaux de soins et des réseaux de proximité | non                    | 6237 C/an |
| 4  | M    | 44  | 2006          | Médecine salariée en centre de santé                  | Attaché en Addictologie à Fernand Widal  | non                    | NR        |
| 5  | M    | 57  | 2008          | Médecine salariée dans un centre médico-psychologique | Psychiatre<br>Attaché hôpital local  | non                    | NR        |
| 6  | M    | 60  | 2004          | Médecine libérale en urbaine groupe                   | Président de réseaux locaux précarité et handicap  | oui                    | 4653 C/an |
| 7  | F    | 55  | 2004          | Médecine libérale urbaine en groupe                   | Maison de la solidarité<br>Centre IVG  | oui                    | 4625 C/an |
| 8  | M    | 60  | NR            | Médecine libérale urbaine en groupe                   | non  | non                    | NR        |
| 9  | F    | 42  | Pas de SASPAS | Médecine libérale en groupe                           | Gynécologie médicale   | non                    | 4147 C/an |
| 10 | F    | 58  | 2007          | Médecine libérale urbaine en groupe                   | Formation balint ; attachée d'enseignement au département psychologie médicale faculté de Créteil  | oui                    | 4851 C/an |
| 11 | F    | 56  | 2005          | Médecine libérale urbaine en groupe                   | Balintienne  | oui                    | 3254 C/an |
| 12 | M    | 59  | 2005          | Médecine libérale rurale en groupe                    | Président d'association FMC  | oui                    | 833 C/an  |

### **Annexe 3 : Plaquette informative : Aide à la maîtrise de stage**

Pour mieux cerner le Maître de stage dans la réalité de sa démarche, un travail récent de thèse a été effectué. Plusieurs items émergent de cette étude : l'organisation du SASPAS, la supervision indirecte, la mise en place d'une pédagogie les remplacements en médecine générale, les patients, les relations avec les autres intervenants dans le soin. Ainsi des éléments concrets apparaissent pour aider le Maître de stage dans son travail : comment enseigner la médecine générale ? Cette complexité d'enseigner répond aussi aux aspects subjectifs propres des Maîtres de stage. Nous vous proposons de discuter de ces résultats.

#### I- Organisation du SASPAS

##### 1- Réunion d'accueil pour les maîtres de stage

Le Département de Médecine Générale invite les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) d'une même maquette à organiser une réunion pour faciliter la circulation de l'information et la convivialité, au début de chaque semestre.

##### 2- Coordination et coopération

Cette coopération implique des débats, une réflexion sur différentes expériences de la maîtrise de stage. Cette démarche de délibération nécessite l'élaboration des conflits rencontrés et une prise de risque des participants.

##### 3- Penser l'évaluation

Ce temps peut être l'occasion pour chaque ECA de proposer un moyen spécifique de rendre compte du travail de l'interne en ville.

#### II- La supervision

##### 1- Le choix du moment.

Le moment où la supervision se produit semble propre à l'organisation de chaque cabinet et à la personnalité de chaque maître de stage. Les ECA déploient des capacités d'invention et d'imagination pour créer ce temps. Probablement, que ce « bricolage » est ressenti par un certain nombre de maître de stage comme une « tricherie » au sens des psychodynamiciens du travail qui analysent les processus psychiques mis en place par une personne face à la réalité du travail. Cette discipline se construit depuis les années 70 à l'initiative de Christophe Dejours (psychiatre). Il s'agit, ici, de discuter du travail prescrit (Charte des maîtres de stage) et du travail effectif, entre les deux le réel (1).

##### 2- Le travail de supervision indirecte.

L'écoute bienveillante aide à l'installation d'un échange réciproque, ainsi les situations délicates peuvent être évaluées par un « mini-staff », ce qui contribue lorsque les conditions d'un dialogue réel sont réunies, à une meilleure prise en charge (2).

### 3- Evolution du débriefing au cours du semestre.

Au cours du stage, le débriefing évolue dans le temps (plus ou moins rapide) et dans l'espace (la présence téléphonique à distance tend à diminuer).

Pour que l'information continue de circuler entre deux débriefings, certains médecins enseignants ont pris l'habitude d'utiliser des outils : le carnet de bord ou la pochette navette.

### III- La pédagogie

#### 1- Relation maître à élève ?

La relation entre un Maître de stage et un étudiant en SASPAS se rapproche plus d'une relation de compagnonnage qui a toujours été à la base de l'enseignement de la médecine : *« Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ... »* (Hippocrate).

#### 2-Exploration de la relation médecin malade et les protocoles.

Le Maître de stage aide la démarche intellectuelle spécifique de l'interne qui peut conduire au cas par cas à s'éloigner d'une norme pour gagner en pertinence dans l'abord d'un patient donné.

La prise en compte de l'histoire partagée avec le patient, de ses craintes, du contexte familial ou socio-économique permettent au médecin d'entamer des négociations et maintenir le contact qui autorisera un suivi plus ou moins conforme à la norme auquel le médecin ne renonce pas tout à fait. Les ECA tendent à accompagner l'interne dans cette expérience.

### IV- Différence entre un remplacement et un SASPAS.

Cette question qui se posait dès le commencement de ce stage méritait qu'on y apporte des réponses claires. Lors d'un congrès du CNGE en 2004 (3) une plaquette informative fut présentée sous forme d'une communication orale. Pourtant les maîtres de stage semblent continuer à être mal à l'aise devant les étudiants, face à leurs interrogations. Il nous semble donc important de rappeler les résultats de ce travail. Du point de vue de l'étudiant, le stage en SASPAS est différent d'un remplacement compte tenu : de la durée du stage, de l'implication des médecins auprès de l'étudiant, de la disponibilité physique ou téléphonique des médecins. Du point de vue des enseignants : de la disponibilité, du temps de travail pédagogique, de l'implication dans le projet professionnel de l'étudiant, du travail organisationnel, du travail spécifique de communication auprès de la clientèle.

### V- Les patients

#### 1- Une image valorisante

Les maîtres de stage sont plutôt fiers.

#### 2- Confier sa patientèle à l'interne de niveau 2.

La tendance générale est vers l'autonomie. L'autonomie de l'interne mais aussi l'autonomie des patients. Ainsi les patients peuvent faire quelque chose de ce nouveau venu. Son écoute est réputée



plus attentive, les consultations sont plus longues tandis que les rendez-vous sont obtenus plus rapidement (2).

### 3- Perte ou gain de patients pour le maître de stage.

Dans une étude nantaise (4) de 2004, comportant 42 maîtres de stage : 60% des MDS estiment avoir gardé un chiffre d'affaires stable, 10% ont eu une augmentation, 30% une baisse.

## VI- Les autres intervenants dans le soin

### 1- Différence d'avec l'hôpital

La médecine ambulatoire s'inscrit dans une relation particulière au patient et au temps. Cette relation au temps met le patient au cœur de la médecine de ville, puisqu'il est libre d'aller et venir, de s'exprimer, plus que dans n'importe quel autre endroit de soin. Au cours du stage, il existe un travail du Maître de stage pour accompagner l'interne vers ce nouveau métier où le patient n'est pas à disposition du médecin hospitalier jusqu'à ce que ce dernier en décide autrement. Le Maître de stage permet alors à l'étudiant de réaliser sa propre expérience professionnelle.

### 2- Relation avec le ou les associés du MDS

L'enjeu de l'accueil d'un interne de niveau 2 au sein d'un groupement de soignants pose la problématique de la dynamique de groupe. L'interne peut être perçu comme une ouverture, un regard nouveau sur une situation.

## BIBLIOGRAPHIE

1.République Française Ordonnance n°58,1373 du 30 décembre 1958, relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. J.O du 31 décembre 1958.

2.République Française Loi n°68.978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. J.O du 13 novembre 1968.

3.République Française L'arrêté du 23 juillet 1970, portant organisation du premier cycle des études médicales, J.O du 30 juillet 1970, modifié par les arrêtés du 8 octobre 1971, du 22 octobre 1973 et du 22 juillet 1980

4.République Française Loi n°71.557 du 12 juillet 1971, portant modification de la loi d'orientation du 12 novembre 1968.J O du 13 juillet 1971.

5.Décret N°97- 494 du 16 mai 1997 (J.O du 18.05.1997 modifiant le décret n°88 312 du 07.04.1988)

6.Décret N°97- 495 du 16.05.1997 (J.O. du 18.05.1997)

7.Les Décrets n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 (J.O du 27.12.1997) relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés

8.DUCHESNE S, HAEGEL F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif. Sociologie 128. Paris: Nathan; 2004.

9.PASCALE MOULINIER : Les enjeux psychiques du travail, Petit Bibliothèque Payot. 2008.

10.CHRISTOPHE DEJOURS : L'évaluation du travail à l'épreuve du réel - Critique des fondements de l'évaluation INRA éditions, 2003, Versailles, 84 p.

11.THESE : le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est). Présentée et soutenue publiquement le 4 mai 2009.

12.BLOY G, (2004), Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale :étude sociologique du stage chez le praticien, Rapport de recherche réalisé dans le cadre du programme « Sciences biomédicales santé et société » CNRS/DREES-MiRe/INSERM.

13. Ludivine PLOURDEAU, Pr Jean-François HUEZ, Dr Laurent CONNAN : Le suivi au long cours du patient dans le SASPAS: évaluation sur un semestre à Angers

14. M.BINIASZ, P BOULANGER, D.TAVE, P.NAKHLE, S.OUSTRIC: Les différences entre SASPAS et remplacement, Communication présentée au Congrès du CNGE de Lille, 2004.

15.RIVIERE, J.P. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. 46.Th. : Méd. : Paris 7 Bichat : 1998 ; n°44.

16.DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes:un essai de typologie. Etudes et résultats 2004;315.

17. CHIARINI, S : Le stage de six mois chez le praticien. Premiers bilans. Enquête réalisée auprès des maîtres de stage et des Résidents de Lorraine. 147. Th. : Méd. :

Nancy I : 1999 ; n°58.

18. ESSAYAGH, E : Le stage chez le praticien : enquête auprès de la population. 89.Th. : Méd. : Dijon : 2000 : n°1.

19. Dr D FARRE, Pierre FAINCILBER : SASPAS en Haute Normandie. Le regard des maîtres de stage, Communication orale, Congrès du CNGE, 2004.

20.LAPLANCHE et PORTALIS : Vocabulaire de la Psychanalyse. P.U.F.

Pierre Luquet : Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du Moi. Revue Fr. de Psychanalyse, n° spécial, 1962.

21.MISSENARD et GELLY : L'identification dans la formation du médecin. Congrès de Psychologie Médicale, 1969.

22.R. LINTON : Le Fondement culturel de la personnalité. 1968.

23.ANADÓN & GUILLEMETTE : La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 5 – pp. 26-37.

Actes du colloque Recherches qualitatives: les questions de l'heure ISSN 1715-8702 - 2007 Association pour la recherche qualitative.

24.BELHACHE A.- Enquêtes sur le stage chez le praticien : motivation et recrutement de nouveaux maîtres de stage - Thèse med. Rouen, 1999, n° 113.

25.BOUCHAYER F., Les voies du réenchantement professionnel, in Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité, P. Aïach and D. Fassin, Editors. 1994, Anthropos : Paris, p. 201-223.`

26. BALINT, M. Le médecin, son malade et la maladie. 2e éd. Paris : Payot & Rivages, 1996. 418. Bibliothèque scientifique Payot.

**Autres références consultées :**

- THILLIER L. Mise en place du sixième semestre de résidanat en Aquitaine: évaluation centrée sur le SASPAS. Thèse Med: Université de Bordeaux 2.2005.

- BENECH-RIOPEL E. Evaluation du premier semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'université de Créteil Paris XII. Thèse Med: Université Paris XII.2005.

- THOMAS S. Evaluation du semestre novembre 2004-avril 2005 des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de la région Ile-de-France. Thèse Med: Université Paris XII.2006.

- FIRBAL-PERRIER A. Instauration du sixième semestre de résidanat: confrontation du projet d'application aux désirs des résidents. Thèse Med: Université Paris VI.2004.

- LARUE C. Particularités pédagogiques du SASPAS: enquête auprès des étudiants de Lariboisière- Saint Louis. Thèse Med: Université Paris VII.2006

- ROSIER L. Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) en Champagne-Ardenne: première évaluation. Thèse Med: Université de Reims.2005;127 p.

- DANQUIGNY MH. Le SASPAS et sa perception: Enquête qualitative par interviews semi dirigées auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. Thèse Med:

Université Montpellier I.2005.

- MARI-TURRET C. SASPAS: enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Thèse Med : Université de Brest.2004.

-ISMENOUX S. Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé: bilan de l'organisation et de la supervision du stage dans l'inter région ouest universitaire et perspectives d'améliorations. Thèse Med: Université de Tours.2005.

-ANADON M. (2006). La recherche dite qualitative : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5-31.

- ANADON M. (2000). Quelques repères sociaux et épistémologiques de la recherche en éducation au Québec. Dans T. Karsenty, & L. Savoie-Zajc (Dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p.15-32). Sherbrooke : CRP.

-ANADON M. & GOHIER, C. (2001). La pensée sociale et le sujet : une Réconciliation méthodologique. Dans M. Lebrun (Dir.), *Les représentations sociales. Des méthodes de recherche aux problèmes de société* (p.19-41). Montréal : Logiques.

## TABLE DES MATIERES

|  |      |
|--|------|
| <b>A-INTRODUCTION</b> .....  | p 3  |
| <b>B-HISTORIQUE</b> .....  | p 5  |
| I- Les différentes réformes.....   | p 5  |
| II- Cas particuliers de la médecine générale dans les<br>différentes réformes.....                             | p 9  |
| 1-Avant 1997.....  | p 9  |
| 2- Après 1997.....   | p 11 |
| III- Tableau chronologique des différents textes de loi relatifs<br>à la formation théorique et pratique ..... | p 16 |
| IV- A Paris 7.....   | p 17 |
| 1- Faculté de Médecine Xavier Bichat.....  | p 17 |
| 2- Faculté de Médecine Lariboisière Saint-Louis.....   | p 19 |
| 3- Actuellement.....   | p 22 |
| <b>C- MATERIEL ET METHODE</b> .....  | p 26 |
| I- Particularités épistémologiques de la recherche qualitative.....  | p 26 |
| II- Méthode qualitative utilisée dans notre étude.....   | p 27 |
| III- Qu'est-ce que l'induction ?.....  | p 28 |
| IV- Les limites de l'induction et l'apport du concept d'abduction...p  | 29   |
| V- Les différentes étapes méthodologiques sur le terrain dans<br>notre étude.....                              | p 30 |
| <b>D-RESULTATS</b> .....   | p 31 |
| I- Description de la méthode et de l'échantillon.....  | p 31 |

|      |  |      |
|------|--|------|
| II-  | Organisation du SASPAS.....  | p 33 |
|      | 1- Recrutement des maîtres de stage ou enseignants<br>cliniciens ambulatoires.....   | p 33 |
|      | 2- Différence entre l'accueil d'un interne de niveau 1 et de<br>niveau 2.....        | 34   |
|      | 3- Choix de l'interne de SASPAS accueilli par le MDS.....                            | p 35 |
|      | 4- La durée du stage.....  | p 36 |
|      | 5- Constitution de la maquette.....  | p 37 |
|      | 6- Evaluation des internes en SASPAS par l'ECA<br>en fin de stage.....               | p 39 |
| III- | La supervision indirecte.....  | p 40 |
|      | 1- Difficultés du choix du moment du débriefing.....                                 | p 40 |
|      | 2- Travail lors de la supervision.....   | p 41 |
|      | a- Transmission des savoirs.....   | p 41 |
|      | b- La supervision indirecte en pratique pour le MDS....                              | p 42 |
|      | c- Débriefing de chaque patients ou les cas qui<br>ont posé problème.....            | p 43 |
|      | 3- Outils, aide à la supervision indirecte.....                                      | p 44 |
|      | a- Carnet de bord ou quotidien du SASPAS.....  | p 44 |
|      | b- Le téléphone.....   | p 44 |
|      | c- La pochette navette.....  | p 45 |
|      | 4- Evolution de la supervision indirecte au cours du stage.....                      | p 46 |
| IV-  | La question du remplacement en Médecine Générale.....                                | p 46 |
|      | 1-Différence entre le stage de niveau 2 et un remplacement<br>chez un praticien..... | p 46 |
|      | 2- Apport du SASPAS pour les remplacements.....                                      | p 47 |
|      | a- Pour l'interne vu par le MDS.....   | p 47 |
|      | b- Pour le MDS.....  | p 48 |
| V-   | Les patients.....  | p 49 |
|      | 1- Une image valorisante.....  | p 49 |
|      | 2- Confier sa patientèle à l'interne de niveau 2.....                                | p 49 |
|      | 3- Quid de l'histoire partagée du MDS avec le patient.....                           | p 50 |
|      | 4- Le suivi des patients par les internes de SASPAS.....                             | p 51 |
|      | 5- Perte ou gain de patients pour le maître de stage.....                            | p 51 |



|       |  |      |
|-------|--|------|
| VI-   | L'aspect subjectif de l'accueil de l'interne en SASPAS.....  | p 53 |
| 1-    | Une expérience enrichissante pour le maître de stage.....  | p 53 |
| 2-    | Les « angoisses » des MDS.....   | p 53 |
| a-    | La peur du jugement de l'interne.....  | p 53 |
| b-    | Le regard des patients.....  | p 54 |
| c-    | Le repli sur soi.....  | p 54 |
| 3-    | Apport de l'interne en SASPAS pour le MDS.....   | p 55 |
| 4-    | Intérêt du SASPAS pour les internes d'après les<br>enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) ..... | p 53 |
| 5-    | La question du genre.....  | p 56 |
| VII-  | Les autres intervenants dans le soin.....  | p 57 |
| 1-    | Différence avec l'hôpital.....   | p 57 |
| a.    | Les connaissances de l'interne.....  | p 57 |
| 2-    | Relation avec le ou les associés du MDS.....   | p 58 |
| a.    | Les réticences.....  | p 58 |
| b.    | Les points positifs.....   | p 59 |
| 3-    | Relation avec les correspondants.....  | p 59 |
| VIII- | La pédagogie.....  | p 60 |
| 1-    | Relation maître élève ?.....   | p 60 |
| 2-    | La progression pédagogique.....  | p 61 |
| 3-    | Relation médecin malade.....   | p 62 |
| 4-    | Internes formatés, « protocolisés ».....   | p 62 |
| 5-    | Participer aux activités pédagogiques au sein du DMG de<br>Paris 7.....                            | p 64 |
|       | <b>E-DISCUSSION</b> .....  | p 65 |
| I-    | La méthode.....  | p 65 |
| II-   | Organisation du SASPAS.....  | p 67 |
| III-  | La supervision.....  | p 69 |
| IV-   | La question du remplacement en Médecine Générale.....  | p 72 |
| 1-    | Différence entre un remplacement et un SASPAS ...  | p 72 |
| 2-    | La peur des remplacements pour les internes .....  | p 74 |

|   |             |
|---|-------------|
| V- Les patients.....  | p 75        |
| 1- Une image valorisante.....   | p 75        |
| 2- Confier sa patientèle à l'interne de niveau 2.....                     | p 76        |
| 3- Le suivi des patients par l'interne en SASPAS.....                     | p 76        |
| 4- Perte ou gain de patients pour le maître de stage.....                 | p 77        |
| VI - L'aspect subjectif de l'accueil de l'interne en SASPAS.....          | p 77        |
| 1- Les « angoisses » des maîtres de stage.....                            | p 77        |
| VII- Les autres intervenants dans le soin.....                            | p 79        |
| 1-Différence avec l'hôpital.....  | p 79        |
| 2- Relation avec le ou les associés du MDS .....                          | p 80        |
| VIII- La pédagogie.....   | p 81        |
| 1-Relation maître à élève ? .....   | p 81        |
| 2-Relation médecin malade et les protocoles .....                         | p 81        |
| <b>F-CONCLUSION.....</b>  | <b>p 82</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>   | <b>p 84</b> |
| -Annexe 1 : Guide d'entretien.....  | p 84        |
| -Annexe 2 : Récapitulatif des caractéristiques des maîtres de stages..... | p 85        |
| -Annexe 3 : Plaquette informative : Aide à la maîtrise de stage.....      | p 86        |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>  | <b>p 89</b> |
| <b>OUVRAGES ET PUBLICATIONS CONSULTES.....</b>                            | <b>p 92</b> |