

UNIVERSITE PARIS VII – DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE BICHAT – LARIBOISIERE

Année 2010

N°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

par

Julie COUTURE PAGES
Née le 21/07/1981 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2010

**INFLUENCE DU STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1
SUR L'IDENTITE
ET LES PROJETS PROFESSIONNELS
DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE.**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Eric GALAM

Président de thèse : Monsieur le Professeur Michel NOUGAIREDE

Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale.

J. Couture.

Introduction Le stage ambulatoire de niveau 1 est le premier contact prolongé avec la médecine générale et le milieu libéral pour la plupart des internes en médecine générale. Ils ne savent pas quel exercice médical ils pratiqueront, sont loin des problématiques ambulatoires et ne connaissent pas la pratique quotidienne du généraliste. Leur identité professionnelle de généraliste est à l'état d'embryon avant ce premier stage puisqu'ils n'ont jamais été confrontés à cette pratique spécifique de la médecine.

Quel est l'impact de ce stage sur l'identité professionnelle et sur les projets professionnels des internes en médecine générale ?

Matériel et méthode. Les internes inscrits médecine générale à la faculté Paris en stage ambulatoire de niveau 1 entre Novembre 2008 et Octobre 2009 ont été interrogés.

Avant et après leur stage, un questionnaire portant sur la pratique professionnelle et sur la définition d'une identité professionnelle leur a été proposé.

Les données recueillies avant et après le stage ont été comparées globalement par les logiciels Epidata®, et EpidataAnalysis®.

Résultats : Après le stage niveau 1, les internes répondants (45 sur 86 avant le stage et 48 sur 86 après le stage) veulent plus être médecins généralistes qu'avant (RR=1,47 ; IC 95% [1,07 – 2,02], p=0,016).

La puissance de l'étude est insuffisante, et les données ne sont pour les autres questions pas significativement différentes d'avant à après le stage.

Le portrait, dressé à partir des réponses après le stage, du médecin généraliste de demain prend en compte ses projets professionnels et son identité médicale.

Les internes souhaitent avoir une activité mixte, en médecine générale, moins de 10 heures par jour, 5 jours par semaine, et pouvoir prendre 5 semaines de vacances par an. Ils se disent prêts à assurer des gardes. Ils veulent privilégier leur vie privée, puis la relation au patient avant une vie quotidienne professionnelle épanouie. Leur identité professionnelle correspond d'abord à celle d'un « artisan », puis à celle d'un « superman » (artisan militant).

Conclusion. Les internes souhaitent plus exercer en tant que généraliste après le premier stage ambulatoire. Il leur permet de se poser la question de leur pratique professionnelle propre, en milieu ambulatoire. Cette thèse de puissance limitée n'a pas permis de conclure à une différence significative d'identités professionnelles entre avant et après le stage.

Le questionnaire aura été pour les internes une intervention vers la prise de conscience de leur identité médicale.

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : identité professionnelle, projet professionnel, burn-out, stage ambulatoire niveau 1, internat médecine générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Eric GALAM

Tu m'as initiée à l'art de la médecine générale, à l'empathie vraie, à la pensée de M Balint, et ma pratique restera toujours teintée des souvenirs de ce semestre en ta compagnie.

Tu as bien voulu diriger mon travail de thèse, à la découverte de mon identité professionnelle.
Merci.

Au Professeur Michel Nougairède, Président de thèse.

Vous avez accepté de présider ce jury après m'avoir initiée à la problématique changeante du suivi médical des personnes âgées institutionnalisées.

Merci.

Au professeur Luton et au Professeur Vinceneux, qui ont accepté de faire partie du jury.

A Pierre, Samuel et Théotime,

A mes parents,

A mes frère et soeurs.

Aux médecins qui m'ont encadrée au cours de mon internat :

Les Drs Hubert de Cremoux, Pierre Babo,

Le Dr Hamat Sall,

Les Drs Mani Bolourian, Marc Ait Kaci, David Razazi, Marie Ballester,

Les Drs Alain Tyrode, Mickaël Riahi,

Les Drs Guillaume Macé, et Myriam Mansour.

Aux médecins qui furent mes co-internes,

Flora, Nabila, Georges, François, Ben, Anne-Flavie, Adélaïde, Salah, Chloé, Charlotte,

Caroline, Kéké, Katy, Marie-Alice, Céline, Soulef, Anne-Sophie, Lucie, Clémentine,

Grégoire, Rany.

A Irène, Briec, Nadège, Brivaël, Guillaume, Caroline, Géraldine,

A Morgane.

Et aux internes qui ont répondu aux questionnaires.

*« Il vaut mieux tomber dans les mains d'un médecin heureux
que d' un médecin savant. »*

Bonaventure Des Périers

Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale.

Liste des abréviations.....	9
Introduction.....	10
I - Le généraliste libéral en France.....	11
A Etat des lieux de la médecine générale	11
1 Démographie médicale hétérogène	11
a Numerus clausus :	11
b Désintérêt pour la spécialité médecine générale.....	12
c zones désertées par les médecins.....	13
2 L'avenir en médecine générale.....	13
a Changement des pratiques professionnelles.....	13
i féminisation [6].....	13
ii Diminution de la place accordée à la vie professionnelle	14
iii Cessation d'activité libérale.....	14
a Départ à la retraite.....	14
b Reconversion.....	14
b Solutions d'homogénéisation de l'offre médicale	15
i conseil de l'ordre.....	15
ii loi hpst.....	15
B L'internat de médecine générale.....	17
1 Historique.....	17
a XIXeme : la médecine science.....	17
b Années 1970 : la médecine en alternance.....	17
c Résidanat.....	18
2 Depuis 2004 : l'internat MG.....	18
3 pratiques après l'internat.....	19
C Identités professionnelles.....	21
a Nouveaux patients.....	21
1 Malade et maladie.....	21

2 Nouvelles maladies.....	22
3 Savoirs.....	23
4 Judiciarisation.....	23
5 Consommation.....	23
6 Demandes.....	24
b Nouvelles relations médecin – patient.....	24
1 Médecin connaisseur.....	24
2 Patient croyant.....	25
3 Relation asymétrique.....	26
c Identités professionnelles.....	26
1 Identité personnelle.....	26
2 Identité du médecin dans la société.....	27
3 Epuisement professionnel ou burn-out.....	28
II L'étude.....	30
A- Matériels et Méthodes.....	30
1- Intervention : questionnaire.....	30
2 - Recueil de données.....	31
1. Sélection de la population	31
a- recrutement.....	31
b- Anonymat.....	31
2. Envoi du questionnaire.....	31
3 - Evaluation et traitement des données.....	32
B Résultats.....	32
1- Taux de réponse au questionnaire.....	32
2- Population répondante.....	33
a - Sexe.....	33
b- Age.....	33
c- Spécialité souhaitée au moment de l'ENC.....	33
3- projet professionnel.....	34
a- soignant ou non.....	34
b- type d'activité.....	34
c- Place donnée à la vie professionnelle.....	35

d- Rapports avec la pratique.....	36
e- Rapport aux patients.....	38
4-Quelle activité.....	40
a - Ma vie de médecin.....	40
b - Mon exercice.....	41
c- Satisfaction du stage.....	42
III-Discussion.....	43
1- L'étude.....	43
a- Une étude qualitative.....	43
b- Anonymat	43
c- Limites de l'étude.....	44
1- Biais d'évaluation.....	44
2- Biais de confusion.....	44
3- Biais de sélection.....	45
d- Traitement des données.....	45
2- Données comparées.....	45
A- Praticien.....	45
1- Exercer la médecine générale.....	45
a- Stage ambulatoire essentiel en troisième cycle.....	45
b- Stage ambulatoire éclairant en second cycle.....	47
c- Maquette de troisième cycle assouplie ?.....	47
2- Nouveau médecin.....	48
a- Temps de travail.....	48
1- Aspiration à travailler moins.....	48
2- Qualité de vie, relation aux patients.....	49
b- Exercice mixte.....	50
1- Salariat	50
2- Formation complémentaire.....	50
3- Libéral.....	51
3- Une pratique choisie.....	51
a- Peu de psychiatrie.....	51
b- Un exercice entouré.....	52
c- Se maintenir à la page.....	53
d- La collectivité : cadre d'un exercice indépendant.....	54

4- Acteur d'une nouvelle santé.....	54
a- Acteurs d'une santé globale.....	54
b- Une collaboration étroite avec les patients.....	55
c- Un rôle précis et essentiel.....	55
d- Une médecine efficace , rapide et préventive.....	56
B- Une identité solide.....	56
1- Personnalité médicale :.....	56
a- Une identité dans la relation.....	57
b- Artisans et égoïstes.....	58
2-Travailler sa personnalité.....	59
a- Un tabou à briser.....	59
1- Le médecin dans l'«inconscient collectif»	59
2- « Hidden curriculum ».....	59
3- Soignant souffrant : difficile acceptation.....	60
b- Travailler son identité.....	60
1- Chez les étudiants	60
a- élargissement des savoirs.....	60
b- Evaluation précoce de l'identité professionnelle.....	61
2- Tout au long de l'histoire professionnelle	62
 Conclusion.....	 63
 Bibliographie.....	 65
Annexes.....	68

Liste des abréviations

ALD	affection de longue durée
CES	certificat d'études spécialisées
CHU	centre hospitalier universitaire
CNOM	conseil national de l'ordre des médecins
DCEM	deuxième cycle des études médicales
DES	diplôme d'études spécialisées
DPC	développement professionnel continu
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN	examen classant national
ENC	épreuves nationales classantes
FMC	formation médicale continue
HPST	hôpital patient santé territoire
ISNAR IMG	inter-syndicale nationale autonome représentative des internes en MG
MBI	Maslach burn-out inventory
MG	médecine générale
PCEM	premier cycle des études médicales
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAN1	stage ambulatoire de niveau 1
SASPAS	stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Introduction

A l'issue de l'examen national classant, les étudiants qui choisissent la médecine générale ne la connaissent que peu dans la pratique quotidienne.

Même s'ils y ont déjà parfois fait un passage au cours du second cycle, le stage ambulatoire de niveau 1 est leur première prise de contact prolongée avec la médecine générale et le milieu libéral.

A l'heure d'une crise démographique médicale, particulièrement dans la branche généraliste de la médecine, ce premier contact est essentiel.

En les ouvrant à une médecine différente de la médecine hospitalière, il permet aux internes en médecine générale de compléter et préciser leur perception du métier de médecin généraliste à la lumière des réalités du terrain. Les internes peuvent alors clarifier leurs souhaits de pratique et ajuster leur projet professionnel, non seulement au niveau de leurs souhaits personnels, mais aussi pour ce qu'ils veulent pouvoir offrir comme soins et comme possibilités d'interaction avec les patients.

N'ayant jamais été confrontés à cette pratique médicale spécifique avant ce premier stage ambulatoire, leur identité professionnelle en tant que généraliste est encore à l'état d'embryon. En les immergeant dans le milieu de pratique le plus répandu de la médecine générale, ce stage leur fait aussi découvrir un nouveau mode de relation au patient, et les oblige à se positionner clairement dans cette relation à deux. Il leur fait affirmer plus précisément leur personnalité médicale propre.

Toutefois, chacun, auparavant, avait déjà un projet professionnel construit, des souhaits de pratique définis. Les stages de second cycle, les premiers stages de troisième cycle et les représentations de la médecine générale ambulatoire avaient guidé ces projets.

L'objectif de cette thèse est de décrire le projet professionnel et la personnalité médicale des internes, au cours du stage ambulatoire de niveau 1, et de préciser dans quelle mesure il les modifie.

I - LE GENERALISTE LIBERAL EN FRANCE

A ETAT DES LIEUX DE LA MEDECINE GENERALE

1 DEMOGRAPHIE MEDICALE HETEROGENE

D'après l'Atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2009 (CNOM) [2] on assiste à une diminution du nombre de médecins libéraux en France :

- en 1995, 69 068 médecins généralistes libéraux exerçaient;
- en 2005, 69 073 sont recensés,
- en 2009, 56 001 MG libéraux.

De toute évidence, l'installation en libéral se fait beaucoup plus tardivement, et les jeunes médecins ne souhaitent pas forcément un exercice libéral. En effet, alors que la médecine générale est composée à 58,7% de médecins libéraux en activité régulière, 27,6% des nouveaux entrants choisissent une activité salariale exclusive [2].

La démographie médicale française connaît aujourd'hui une crise, puisqu'elle est hétérogène sur le territoire :

- les zones sous dotées sont l'ouest et le Nord de la France,
- les zones de densité médicale forte sont l'Ile de France et la région Provence Alpes Cote d'Azur.

On peut expliquer la diminution de la densité médicale en France non seulement par le numerus clausus et ses variations, mais aussi par un désintérêt pour la spécialité médecine générale :

a NUMERUS CLAUSUS :

Jusqu'en 1978, le numerus clausus appliqué au sortir de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) était supérieur à 8000.

A la fin des années 1980, il diminue à 4700 et atteint en 1993 3500 admis.

En 2004, un avis d'expert préconise une hausse du numerus clausus à 8000, mais celui ci reste stable à 7000.

En 2005, le numerus clausus était à 5600.

En 2009, 7400 étudiants ont été admis à l'issue du concours de fin de première année du premier cycle des études médicales (PCEM1). (ANEMF)

La tendance est donc à la hausse, mais les moyens pour la formation des médecins doivent être adaptés (lieux de stage, professeurs...) progressivement, en rapport avec cette hausse progressive du numerus clausus.

b DESINTERET POUR LA SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Après l'Examen Classant National, les futurs internes sont appelés à choisir dans l'ordre défini par cet examen, la spécialité et la ville dans laquelle ils finiront leur apprentissage. Dans chaque ville, chaque spécialité (Médecine générale, pédiatrie, gynécologie, médecine, chirurgie, psychiatrie, santé publique, biologie médicale) a un nombre défini de places disponibles pour la formation des internes.

Historiquement, la médecine générale souffre d'un désintérêt de la part des étudiants qui y voient moins de reconnaissance scientifique et sociale.

Avant 2004, les futurs médecins généralistes ne passaient pas forcément par le concours de l'internat. Tout étudiant ayant validé le second cycle des études médicales pouvait prétendre au résidanat en médecine générale. Le niveau requis pour être médecin généraliste pouvait donc être inférieur, et ce mode de fonctionnement a pu constituer la porte ouverte pour laisser croire aux médecins généralistes qu'effectivement ils en savaient moins que leurs confrères spécialistes.

Dans l'idée de beaucoup de médecins actuels, formés avant 2004, le médecin généraliste reste celui qui n'a pas passé le concours de l'internat ou qui a été en fin de classement à l'issue de ce concours et a choisi la médecine générale par défaut.

Cet état d'esprit reste présent au cours du second cycle des études médicales, où la compétition reste de mise, l'étudiant choisissant la médecine générale ayant peu de reconnaissance scientifique.

S. Behar souligne dans sa thèse de 2007 [29] que médecin généraliste libéral est une profession dévalorisée à l'hôpital, ayant un rang moyen de classement de choix à

l'amphithéâtre de garnison en 2006 de 3380. Mais les médecins généralistes savent que leur spécialité en constitue une à part entière, avec ses spécificités propres.

En 2005, sur 2400 postes de médecine générale, 1419 ont été pourvus, soient 981 postes (40%) restés vacants.

En 2006, sur 2353 postes, 2030 ont été pourvus, soient 323 postes (13%) restés vacants.

En 2007, sur 2866 postes, 452 postes de médecine générale sont restés vacants (soit 15%), 2414 ont été pourvus (9 vacants sur toutes les autres disciplines médicales confondues)

Le 30 octobre 2009, à la fin du choix des postes en amphithéâtre de garnison, 612 postes de médecine générale restent vacants, sur 3333 (18,4%).

c- ZONES DESERTEES PAR LES MEDECINS

D'après l'étude menée par BVA opinion [4] pour le conseil national de l'Ordre des médecins en mars 2007, les zones rurales et les banlieues sont délaissées. Ces zones pâtissent d'une part d'un déficit d'image auprès des médecins généralistes, d'autre part il leur semble que pour permettre une activité du conjoint, la pratique de loisirs, une vie familiale épanouie, ces zones ne sont pas favorables. Ces zones sont moins bien dotées en services d'urgences, en plateau technique, en services paramédicaux, les jeunes médecins généralistes souhaitent être épaulés et entourés dans leur pratique.

2/ L'AVENIR EN MEDECINE GENERALE

a CHANGEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

i féminisation [6]

Les femmes sont en effectif plus important à s'inscrire à l'ordre des médecins : en 2007, 54% d'inscriptions de femmes contre 46% d'hommes.

On s'attend à observer au cours des prochaines décennies une diminution de l'offre médicale sur le territoire, due non seulement au numerus clausus mais aussi au vieillissement des médecins et à la féminisation du corps médical. Les femmes ont tendance à avoir une activité moyenne quantitativement moindre. [4]

ii Diminution de la place accordée à la vie professionnelle

Toutefois, le phénomène n'est peut-être pas limité aux seules femmes, puisque actuellement la qualité de vie familiale et les loisirs sont privilégiés par les jeunes médecins, quel que soit leur sexe. [7]

iii Cessation d'activité libérale

a Départ à la retraite

Plusieurs études réalisées au cours des dernières années mettent en évidence un vieillissement des médecins libéraux en exercice, des départs à la retraite importants jusqu'en 2015, mais des médecins libéraux nouvellement installés insuffisamment nombreux :

Entre 2006 et 2025, on s'attend à assister à une baisse de 9.4% du nombre total de médecins en activité soit 21000 médecins de moins.

La densité médicale diminuerait alors de 15.6%, passant de 336 à 283 médecins / 100 000 habitant. [2]

En 2006, il y avait environ 55 000 médecins généralistes, en 2020, il ne devrait en rester qu'environ 25 000, puisque les médecins généralistes partant à la retraite ou cessant leur activité sont beaucoup plus nombreux que les médecins généralistes nouvellement formés.

b Reconversion

Certains médecins généralistes libéraux, qui ne sont plus satisfaits de leur qualité de vie ou de la qualité de la médecine qu'ils exercent, décident de changer d'activité.

D'après la DREES [7], les facteurs qui vont déterminer la poursuite ou la cessation d'activité relèvent de plusieurs éléments :

- du symbolique : position et rôle donnés au médecin généraliste libéral par la société et le système de santé

- des conditions d'exercice professionnel et des conditions de vie, et de l'équilibre entre ces 2 aspects de la vie du médecin

- de l'évolution du métier : rapport aux patients, changements de la place attribuée au médecin généraliste dans le système de soins.

- des contreparties trouvées à l'effort consenti

b SOLUTIONS D'HOMOGENEISATION DE L'OFFRE MEDICALE

Pour pallier à cette inégalité de disponibilité des soins sur le territoire, des propositions ont été faites aux médecins qui désirent s'installer, pour favoriser l'homogénéisation de la densité médicale sur le territoire.

i Conseil de l'ordre

Le conseil national de l'ordre des médecins, le 8 septembre 2009, commentait l'atlas de la démographie médicale en France [33]: « le vieillissement de la population médicale, l'aggravation du problème des spécialités en crise et l'accentuation des disparités régionales, indiquent qu'il est urgent de remédier aux problèmes d'accès aux soins causés par l'évolution de la démographie médicale. ». Il proposait des solutions pour parer au déficit médical et aux problèmes d'accès au soin:

- le regroupement des médecins,
- la rémunération des médecins entre paiement forfaitaire et paiement à l'acte,
- et la création d'un statut de médecin remplaçant, s'adaptant à ce nouveau mode d'exercice.

ii loi HPST

La loi Hopital, Patient, Santé, Territoire (HPST), adoptée par le Sénat le 5 juin 2009 et à l'assemblée en Juillet [3], définit plusieurs composantes de la pratique de la médecine générale de demain.

Le médecin généraliste voit son rôle bien identifié dans le parcours de soins : il est le médecin de premier recours et réellement l'élément pivot autour duquel gravitent tous les éléments concernant la santé du patient. Il est la pièce maîtresse dans l'édifice qu'est le suivi optimal du patient, le rassemblement des données le concernant, et la mise en œuvre du suivi.

Le développement professionnel continu, qui remplace la formation médicale continue, consiste à tenir à jours ses connaissances. C'est une obligation pour les médecins généralistes, qui la réalisent par les moyens de leur choix (réunions avec des pairs, journaux, congrès,...) Un système de points (défini par la sécurité sociale) contrôle la qualité du développement professionnel continu suivi par le médecin.

La création de maisons médicales, qui comprennent plusieurs professionnels de santé, pouvant assurer des gardes, afin de limiter le recours aux urgences hospitalières. Ces maisons médicales permettent aussi d'éviter un isolement du médecin, qui exerce alors avec ses pairs, et dans un projet commun défini à l'avance.

La médecine générale libérale est donc actuellement en mutation, tant sur le plan de ses acteurs, les médecins généralistes, qui changent dans leurs personnes et leurs personnalités, que sur le plan du contexte d'exercice, qui se redéfinit et se renégocie sans cesse.

L'entrée, pour les médecins généralistes, dans le système de santé, se fait en douceur, au cours du troisième cycle des études médicales, étape de leur cursus pendant laquelle les étudiants découvrent la médecine libérale, et ses particularités de pratique.

L'histoire du déroulement des études médicales montre l'évolution des priorités dans la formation au soin, et permet de prendre conscience de la raison pour laquelle elles sont construites aujourd'hui ainsi.

Il semble important aussi de rappeler comment l'étudiant devient un interne, pour situer dans quel contexte il a d'abord appris les bases de la médecine qu'il exercera, peut - être, en libéral.

B L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE

1- HISTORIQUE

a XIXEME : LA MEDECINE SCIENCE

Au XIXème siècle, sont instaurés l'externat et l'internat, formations pratiques hospitalières accessibles sur concours, l'internat étant accessible uniquement aux anciens externes. Les étudiants en médecine commencent à négliger les examens de la Faculté pour se consacrer à la préparation de ces concours, synonymes d'élite et de qualité de la formation. L'étudiant pouvait arriver au terme de ses études de médecine sans même avoir vu un seul patient.

b ANNEES 1970 : LA MEDECINE 'EN ALTERNANCE'

Au XXème siècle, le Concours de l'externat est supprimé, et tous les étudiants en médecine doivent suivre l'externat, devenu obligatoire. La pratique (l'externat) et la théorie (les cours à l'université) sont réconciliées dans un seul et même cursus pour tous (création des centres hospitalo-universitaires ou CHU).

En 1971, le concours de fin de première année de médecine et le système de numerus clausus sont instaurés, afin de limiter le nombre d'étudiants en médecine et donc de stagiaires hospitaliers.

Jusque dans les années 1990, tout médecin pouvait devenir spécialiste, en passant soit par la voie sélective et hospitalière de l'internat, soit par la voie non sélective et universitaire des Certificats d'Études Spécialisées. Les CES médicaux sont ensuite supprimés et l'Internat rendu obligatoire pour la qualification de spécialiste, à travers les Diplômes d'Études Spécialisées (DES), compléments du diplôme de docteur en médecine.

c RESIDANAT.

Jusqu'en 2004, à l'issue du concours de l'internat, aucune place n'était dédiée à la médecine générale. Le deuxième cycle était pour les médecins généralistes suivi d'une période appelée résidanat, et qui durait deux ans et demi (3 ans à partir de 2001).

Depuis 2004, tous les étudiants en médecine doivent passer l'Examen National Classant et faire un internat. L'ancien résidanat est devenu l'Internat de Médecine Générale.

2 DEPUIS 2004 : L'INTERNAT MG

Pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, un enseignement théorique de 200 heures, dispensé par les maîtres de conférence du département de médecine générale, doit être validé. L'interne en médecine générale doit aussi valider un port folio dans lequel sont recensées ses traces d'apprentissages, sous la forme de récits de situation clinique authentique (RCSA), ou de diaporamas qu'il aura présentés en stage hospitalier.

Au cours des 3 ans d'internat de médecine générale, un interne doit réaliser 6 stages de 6 mois (semestres), dont :

- un stage hospitalier en médecine adulte
- un stage hospitalier en pédiatrie ou gynécologie
- un stage aux urgences adultes
- un stage en CHU
- un stage ambulatoire de niveau 1
- un stage libre, en dernière année d'internat, en ambulatoire ou dans une structure médicale agréée, dans le cadre d'un projet professionnel
- un septième semestre peut être réalisé [9].

Le stage ambulatoire de niveau 1 se déroule chez un praticien ambulatoire en médecine générale, à partir du troisième semestre. Il se déroule en trois phases :

- Phase passive : l'interne, à côté du maître de stage, assiste à la consultation, menée par le maître de stage.
- Phase semi active : l'interne mène la consultation, conduit l'interrogatoire et pratique l'examen clinique, devant le maître de stage
- Phase active : l'interne est seul avec le patient pour mener sa consultation.

Le maître de stage est toujours présent pour tout éclairage pendant les phases semi active et active. Une relecture des dossiers vus seuls par l'interne est effectuée ensuite avec le maître de stage. Le maître de stage et l'interne décident communément des durées respectives des 3 phases.

Le stage libre peut revêtir plusieurs formes. Il permet à l'interne d'approcher d'autres pratiques que celles qu'il a déjà rencontrées en stage (réseaux, centres de santé, Protection Maternelle et Infantile, Centres Médico-Psychologiques, policlinique, autres cabinets de médecine générale...), et de se perfectionner dans une discipline qui l'intéresse tout particulièrement. Un stage libre en médecine générale ambulatoire (donc de niveau 2, fait après le stage de niveau 1) prend la forme d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée – SASPAS. [8]

3 PRATIQUES APRES L'INTERNAT

Le médecin généraliste fraîchement diplômé peut travailler en tant que médecin généraliste libéral (remplacer des confrères, travailler pour des structures d'urgence type SOS médecin ou s'installer en cabinet libéral ou salarié).

Actuellement, l'âge moyen d'installation des médecins généralistes libéraux est de 38 ans [13], et les explications avancées pour expliquer ce manque de motivation à l'exercice en libéral sont :

- un exercice souvent isolé,
- un temps de travail élevé,
- le manque de reconnaissance sociale.

Le jeune diplômé peut aussi passer des diplômes supplémentaires (DESC, Capacité, DU) qui lui donneront accès à une pratique différente.

En 2008, une étude sur les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale [15], révèle que seulement 38.5% des internes en médecine générale souhaitent exercer dans cette discipline.

Tout médecin généraliste peut participer à l'enseignement de médecine générale. Les départements de médecine générale, organisés en structure universitaire ambulatoire comptent

des chefs de clinique, des professeurs, des maîtres de conférence et des maîtres de stage (qui reçoivent des internes de niveau 1 et/ou niveau 2, et/ou des externes).

La loi HPST [3] a défini le nombre minimal d'emplois dédiés à l'enseignement créés en médecine générale :

à compter de la rentrée universitaire 2009-2010, et pendant quatre ans, ils seront de :

- 20 professeurs titulaires des universités de médecine générale ;
- 30 maîtres de conférence des universités de médecine générale ;
- 50 chefs de clinique des universités de médecine générale.

Le jeune praticien en soins de premiers recours va petit à petit se faire une place au sein de la société et de son système de santé. La société dans laquelle le médecin exerce est en perpétuel mouvement et les relations qu'il va construire en son sein sont sans cesse en évolution.

Le médecin devra savoir l'orientation qu'il veut donner à sa pratique afin de savoir se positionner dans ce contexte en évolution constante.

Il est pour cela important de s'intéresser à l'identité professionnelle de chaque médecin, à sa manière de se mettre, en tant que personne, au service de la médecine.

C IDENTITES PROFESSIONNELLES

Si auparavant, au même titre que le curé ou le professeur, le médecin faisait partie de ces professions « nobles », c'est aujourd'hui une nouvelle place qu'il doit se forger au sein d'une société en mouvement.

Chacun devra, au cours de sa carrière, s'affirmer dans une personnalité médicale propre, correspondant à ses croyances, son mode de vie. C'est cette personnalité médicale qui définira l'identité professionnelle du médecin généraliste, identité tenant à la personnalité propre de l'individu, en relation, et à sa position par rapport aux contextes (environnement social, culturel, rapports avec le législateur, avec les lois régissant la pratique médicale, avec la sécurité sociale...).

Plusieurs médecins se sont intéressé et s'intéressent encore à l'identité professionnelle du soignant, pour tenter d'aider chacun à définir sa propre identité, l'analyser pour la faire évoluer activement. Ainsi le médecin peut aborder sa relation avec le patient de manière sereine, et, connaissant ses convictions personnelles, éviter de les faire intervenir entre lui et son patient.

En 2001, le conseil de l'ordre s'intéressait à l'évolution du métier de médecin [5], et donc à celle du médecin avec ses patients, qui en est une partie.

a- NOUVEAUX PATIENTS

1 MALADE ET MALADIE

Quand au XIXème siècle, la notion de maladie primait sur celle de malade, l'éclosion de la psychologie et de la psychanalyse, le développement de l'éthique ont permis au médecin de la fin du XXème siècle et du début du XXIème siècle de soigner exclusivement des malades et non plus des maladies.

« Il faut séparer la lésion de la personne » prônait-on au XIXème siècle ; aujourd'hui a contrario, « il faut abandonner cette vision techniciste de la médecine où l'on ne considère plus le sujet qui est le patient, mais l'objet qu'est la maladie. » [2]

« Le patient, en tant que personne humaine, est redevenu l'élément clef de la personne malade et les médecins ont intégré de nouveau la nécessaire unité du corps et de l'esprit. » [5]

La vision de la maladie a changé au cours du siècle passé : au XIX^{ème} siècle, on souffrait d'un organe, le remède approprié était administré et l'organe, parfois, guéri. Le médecin généraliste ne soignait pas le patient en général, mais chaque organe du patient, séparément.

La vision de l'organisme était celle de la médecine de spécialités, dans laquelle on trouvait dans le livre dédié à chaque spécialité d'organe la solution au problème de l'organe en question.

Aujourd'hui, l'évolution de la pensée médicale permet de soigner globalement.

M Balint avait au début du XX^{ème} siècle bien cerné cette différence de pratiques entre l'hôpital et l'ambulatorio, entre le spécialiste et le généraliste : « Il existe un clivage entre la science médicale telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux, et la pratique générale qui se fait dans le cabinet du médecin. Les spécialistes n'ont pour ainsi dire que des relations au second degré avec les problèmes des patients. »[1].

Le nouveau patient est une globalité.

2 NOUVELLES MALADIES

Dans le même temps, la prise en charge du patient s'est globalisée et la compréhension des maladies s'est faite sous le microscope. La médecine d'aujourd'hui, en France, est une médecine de prévention et de dépistage, qui veut diagnostiquer au plus tôt des maladies chroniques, défaillances d'organes, afin de corriger ces défaillances et d'en éviter les complications. Ces maladies constitutives de l'individu le destinent à un suivi à long terme.

Les nouvelles maladies sont chroniques.

3 SAVOIRS

On assiste en parallèle à une modification du comportement des patients, avec le droit au respect de l'individu et son émancipation [5]. « La médicalisation de la société et à l'accès

facile et généralisé à toute information [ont rendu] le patient [...] plus éclairé, documenté, exigeant, critique, à l'égard d'un savoir médical et d'un pouvoir contestés. » [5]

Mais le patient veut aussi savoir pour comprendre, et c'est un atout dans la relation médecin - patient, dans l'éducation du patient, que de devoir informer le patient. L'information médicale donnée par le médecin est l'élément de base du droit au consentement (...), le patient devenant un partenaire actif dans la prise en charge de sa maladie. »[5]

Le nouveau patient est informé et critique. Il est partie prenante du soin.

4 JUDICIARISATION

« Dans l'esprit du public, leale médical et faute ne font qu'un. L'obligation de moyens tend à devenir une obligation de sécurité [voire de] résultat avec une extension de la responsabilité médicale » [5]

Le médecin doit aujourd'hui travailler avec, comme une épée de Damoclès, veillant sur ses prescriptions, ses dires et ses actes, la menace de la plainte de la part du patient. C'est une pression qui oblige le médecin à des moyens pour son patient, mais qui ouvre la porte à un défaut de confiance vis-à-vis de la médecine et des médecins.

Le nouveau patient est méfiant.

5 CONSOMMATION

Beaucoup de patients viennent en quelque sort acheter une ordonnance, qu'ils dictent presque au médecin en face. Ils sont dans une attitude consumériste de la médecine, et pensent que puisqu'ils paient le médecin, celui-ci doit satisfaire leur demande.

Certains patients conçoivent la consultation médicale comme un bien de consommation classique, qu'ils « achètent », et estiment donc que le médecin doit leur donner ce qu'ils attendent. L'éducation au soin est alors difficile, et la pratique de la médecine dans le respect des recommandations et du savoir faire acquis demande une grande patience.

Le patient ne vient-il pas simplement consulter l'avis du docteur en médecine ? Il fera ensuite avec cet avis ce que bon lui semblera.

Le nouveau patient devient client.

6 DEMANDES

L'évolution de l'entourage fait aussi entrer le médecin généraliste dans des contextes élargis par rapport à la seule médecine: rédaction de certificats médicaux pour le sport, rédaction de certificats sociaux (MDPH), prise en charge psychothérapeutique...

Ainsi, la médecine générale s'élargit, non seulement au service de la santé physique et mentale des populations, mais aussi au service de celle définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1946 [14], qui ajoute à cette définition le versant social de la santé. Le médecin généraliste est le moteur de cette santé, il en est responsable.

Le nouveau patient est à la fois "physique, mental et social".

b NOUVELLES RELATIONS MEDECIN – PATIENT

1 MEDECIN CONNAISSEUR

Michael Balint, travaillant sa relation aux patients avec un groupe de confrères, en a analysé les tenants et aboutissants. Il a tenté de cerner la place que le médecin prend dans des situations données et a pu extraire des modes de fonctionnement du médecin en relation avec son patient.

Ainsi définit-il la « fonction apostolique » du médecin : « Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients » [1].

Le médecin, par sa pratique, enseigne à ses patients les schémas qu'il porte en lui, dans tous les domaines.

Pour une même plainte, un même symptôme, que M Balint appelle l' « offre » du patient au médecin, il existe plusieurs réponses, variant d'un médecin à un autre, et c'est selon son jugement de la plainte qu'il va répondre d'une manière ou d'une autre à cette offre.[1]

« C'est la personnalité du médecin qui détermine pratiquement seule son choix de la réponse raisonnable. »

Si le patient est satisfait de la réponse reçue, il entre dans les schémas du médecin, et adhère à la « foi » de celui-ci. « Le but de la réponse est d'induire le patient à adopter l'échelle de valeurs du médecin. »[1]

Même si le médecin réussit à se détacher de ses valeurs, de ses principes, il n'en reste pas moins une personnalité unique, et c'est cette unicité qui va former sa personnalité médicale, son identité professionnelle.

« Le médecin ne peut s'empêcher d'être personnellement impliqué parce que nous avons tous des problèmes de nature analogue, que nous réussissons ou non à résoudre. » [1]

2 PATIENT CROYANT

Mais chaque médecin n'a pas qu'une réponse à une offre donnée. C'est bien parce qu'il connaît ses patients qu'il se représente pour chacun un schéma propre, appliqué au cas par cas, mais défini dans la subjectivité personnelle du praticien.

« Chaque médecin est suffisamment souple et adaptable pour qu'une grande variété de relations puisse se nouer entre lui et ses patients. » [1]

« Ce sont moins les besoins du patient que la personnalité du médecin qui détermine la forme sous laquelle le médecin s'administre au patient. » [1]

La personnalité propre du médecin est donc primordiale dans le choix que font les patients de s'adresser à celui-ci pour construire une relation a priori confiante et durable, en partenariat, et non à un confrère.

3 RELATION ASYMETRIQUE

« Quand quelqu'un vient nous voir il est de toutes façons en position de souffrance, de demande, il attend tout de nous, donc la relation de pouvoir est posée d'emblée entre le médecin et le patient. Cette relation asymétrique entre le médecin et son patient tient, on le comprend, à la nature même de l'exercice de la médecine » [2].

Cette asymétrie est inévitable, et fait partie de la nature de la relation médecin-patient. Il est toutefois primordial que le médecin prenne un recul suffisant sur cette relation qu'il est en position de diriger, afin de laisser au patient sa place dans le choix de la direction à prendre.

Entre 2 personnalités uniques, médecin et patient, la relation va se tisser sur la base de la fonction apostolique du médecin : le patient s'y reconnaît-il ? Est-il prêt à croire son médecin ?

Ainsi chaque patientèle correspondra à la personnalité du médecin concerné, qui aura institué une relation unique avec ses patients.

c IDENTITES PROFESSIONNELLES

1 IDENTITE PERSONNELLE

A chaque médecin sa vision de la relation avec ses patients. Chacun a des souhaits et désire orienter ses relations avec ses patients dans un sens qui plus scientifique, qui plus psychologique ; certains tiennent à la « distance bienveillante et empathique » quand d'autres privilégieront le versant amical...

Tous, patients et médecins, trouveront "chaussure à leur pied", trouveront à soigner et à être soignés. C'est dans la diversité des relations que la médecine personnalisée trouve son fondement, par un choix mutuel et libre entre deux partenaires qui vivent un contrat implicite.

C'est par cette diversité que la médecine s'affirme aussi comme science sociale, science de relation, de rapports humains.

M. Balint définit des personnalités médicales après avoir observé ses confrères :

« Le médecin est une « consolation » (...), un « père confesseur » (...), « tuteur autoritaire » (...), « mentor » (...), « savant détaché » (...), « bon parent protecteur » (...), « avocat de la « vérité avant tout » » (...), « autoritaire bienveillant » (...), « autorité paternelle » (...), « consciencieux, circonspect » (...), « veut que ses patients le considèrent comme un bon médecin » (...), « Il a des convictions bien établies et il convertit ses patients à la doctrine psychosomatique » (...), « prudent » (...), « patient » (...), « souple » (...), « supportant tous les orages ».

En 1980, C. Cherniss définit, à partir de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée d'une part, et entre intérêts personnels et intérêts des autres d'autre part, ces quatre orientations [12] :

- Carriériste (recherche la reconnaissance sociale),
- Egoïste (souhaite pouvoir penser à lui),
- Artisan (prend plaisir dans son activité professionnelle),
- et Militant (espère pouvoir faire évoluer sa profession).

Virginie Landre, dans sa thèse de 2007, construit à partir d'entretiens 5 profils types des médecins généralistes maîtres de stage [16]:

« Curieux, héritier militant, autocritique posé, mère de famille, et sage »

2 IDENTITE DU MEDECIN DANS LA SOCIETE.

Dans l'étude de la DREES de 2001 [5], la personnalité du médecin est perçue en pleine évolution, avec un « glissement du statut paternaliste, désuet mais que d'aucuns peuvent regretter, au statut de conseiller technique », et les auteurs craignent que « le médecin de demain ne [devienne] un prestataire de services ».

Certes, l'évolution actuelle de la société fait évoluer le statut du médecin pour les patients, et le contexte dans lequel la médecine de demain sera exercée.

Mais de même que sur toute une carrière médicale les projets professionnels, la pratique, la prise en charge spécifique pour des pathologies données changent ; le médecin devra savoir se positionner par rapport aux contextes évolutifs dans lesquels il pratique.

L'identité professionnelle, personnalité propre du médecin - somme de croyances, de maturité, de vécu – associée à sa manière d'entrer en relation avec d'autres, dans un contexte changeant, ne peut qu'être évolutive.

Le médecin généraliste définira son identité professionnelle dans sa pratique (lieu, cadre...) et dans les choix qu'il fera par rapport au législateur.

3 EPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURN-OUT.

En 2006, Y Léopold [10] présentait au conseil de l'ordre une étude concernant le suicide des médecins.

Quand, dans la population générale, l'incidence du décès par suicide est de 5.6 %, elle est, chez les médecins libéraux, de 14%.

Le burn-out syndrome (BOS) apparaît chez des professionnels stressés, très investis dans leur travail. Ce stress permanent, s'il n'est pas connu et géré, peut générer un épuisement émotionnel (irritabilité, anxiété) qui conduira à la déshumanisation de la relation à l'autre (rigidité, intolérance, cynisme, sensation d'inefficacité, indifférence) et par là même à une diminution de l'accomplissement de soi au travail et à un état dépressif.[10] [11]

C'est dans sa nature même que le métier de médecin est un terrain favorisant le développement d'un BOS : métier de relations, dans lequel le médecin a un « contact permanent avec la maladie et la mort » [10], dans lequel il reçoit beaucoup de « transferts d'angoisses et de souffrance » [10], dont il n'a pas forcément l'occasion de se décharger, et dans lequel il veut se croire tout puissant sur la maladie pour ne se découvrir qu'en échec permanent.

Les origines de ce syndrome, d'après Y Leopold [10], sont :

- le surmenage et l'isolement professionnel,
- l'altération ressentie de l'image,
- la difficulté de passer du statut de soignant à celui de soigné,
- les incompatibilités entre un rêve humaniste et altruiste et la réalité administrative et comptable,
- le harcèlement des caisses, du judiciaire, des patients, des politiques,
- et la désintégration familiale.

D'après Didier Truchot [11] Les « orientations de carrière » « artisan » et « militant » sont plutôt protectrices du burn out, quand « égoïste » et « carriériste » y sont plus exposés.

Le médecin généraliste libéral doit adopter des stratégies de défense contre l'invasion du stress dans sa pratique, porteur parfois de stimulation, mais qui peut tout aussi bien mener à un sentiment de dépassement, et au BOS.

La place du médecin dans la société est en mutation perpétuelle. S'il est important que le médecin sache se poser un cadre définissant le rôle qu'il veut tenir dans cette société, il est aussi primordial qu'il définisse la place que va avoir sa profession dans sa vie d'individu.

II L'ETUDE

A- MATERIELS ET METHODES

1- INTERVENTION : QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été réalisé en trois parties.

La première partie (« Qui je suis ») s'attache à décrire la population en posant des questions concrètes concernant la situation de l'interne interrogé.

La seconde partie questionne l'interne sur son projet professionnel, c'est-à-dire sur la manière dont il souhaite être médecin, comment il désire organiser sa vie professionnelle, sa vie familiale, ses hobbies, les domaines importants pour lui. L'importance de plusieurs items explorant ce champ est cotée de 1 à 5, la cote 1 correspondant à peu d'importance pour l'item, la cote 5 à une importance capitale.

Une sous partie ayant plus trait aux rapports du médecin et de son environnement est tirée d'un travail du groupe Repères [18, 41] sur l'identité professionnelle. Les réponses sont données sous forme de cotation de la position ressentie par l'interne, entre deux propositions 1 et 5, correspondant pour l'une au « lâcher prise » dans la relation médecin patient, et pour l'autre à une volonté de « maîtrise » de cette relation.

Pour l'analyse des résultats, la cote « 1 » a été attribuée à la proposition « lâcher prise de la relation » et la cote « 5 » à celle de la « maîtrise » de la relation.

La dernière partie explore l'identité professionnelle. Elle veut tenter de cerner comment l'interne se voit médecin par rapport à la société et à ses patients. Les internes interrogés devaient choisir quatre propositions parmi onze propositions décrivant le « médecin qu'ils voudraient être » et les classer de la plus à la moins importante à leurs yeux.

Certains items définissant l'identité médicale sont tirés des travaux de Cherniss [11], de Michael Balint [1] et de la thèse de Virginie LANDRE [16].

2 - RECUEIL DE DONNEES

1 SELECTION DE LA POPULATION

a- Recrutement

Les étudiants inscrits à la faculté de médecine Paris 7 Bichat-Lariboisière et effectuant leur stage ambulatoire de niveau 1 entre octobre 2008 et Avril 2009 ont tous reçu les questionnaires.

Le seul fait d'appartenir à cette population constituait la condition nécessaire et suffisante pour être inclus.

b- Anonymat

Les internes questionnés avaient le choix d'identifier ou non leur réponse, par un nom, par un numéro d'anonymat ou sans s'identifier du tout.

2- ENVOI DU QUESTIONNAIRE

Les questionnaires ont été envoyés par mail aux internes effectuant le stage ambulatoire niveau 1, deux semaines avant le début du stage (soit le 15 Octobre 2008 et le 15 Avril 2009), par l'intermédiaire du Département de Médecine Générale de Paris 7.

Un rappel par mail a été fait aux internes non répondants toutes les semaines jusqu'au début du stage.

Certains ont souhaité obtenir le questionnaire en version papier, il leur a donc été posté accompagné d'une enveloppe réponse.

Le questionnaire retour a été envoyé un mois avant la fin du stage, par le département de médecine générale, et les rappels ont été faits depuis ma boîte mail personnelle. Pour le groupe finissant son stage en Octobre 2009 (groupe 2), la collecte des questionnaires a été facilitée par une distribution des questionnaires lors de la réunion de fin de stage à la faculté. J'ai distribué aux étudiants les questionnaires, qui ont été ensuite collectés par les enseignants, pour m'être remis par la suite.

3- EVALUATION ET TRAITEMENT DES DONNEES

Les données ainsi recueillies ont été rentrées manuellement dans un fichier de données EPI data®, puis traitées par les logiciels Epidata Analysis® et Microsoft Excel (graphiques).

Les risques relatifs ont été calculés via la page Internet de référence de bio statistique pour l'université Lyon 1 [17].

B RESULTATS

1- TAUX DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE

Sur le groupe débutant son stage en Novembre 2008 (groupe « Novembre 2008 »), 25 réponses sur 42 envois ont été obtenues (soit un taux de réponse de 59.5%), sur celui débutant en Mai 2009 (groupe « Mai 2009 »), 20 réponses sur 44 envois ont été obtenues (taux de réponse de 45.5%).

Après le stage, sur le groupe « Novembre 2008 », 22 réponses sur 42 envois ont été obtenues (taux de réponse de 52.4%) ; sur le groupe « Mai 2009 », 26 réponses sur 44 envois ont été obtenues (taux de réponse de 59.1%).

Au total, avant le stage, 45 réponses sur 86 envois ont été obtenues ; et 48 réponses ont été obtenues après le stage, soient des taux de réponse de respectivement 52.3% et 55.8% avant et après.

Chaque répondant n'a pas forcément répondu à toutes les questions du questionnaire.

La différence entre les réponses avant et après le stage de niveau 1 n'est pas significative, sauf pour la question « 2- Spécialité ».

Les résultats présentés prennent la forme d'un portrait de l'interne répondant.

Les réponses au questionnaire après le stage ont été utilisées pour établir l'état des lieux, puisqu'elles représentent les projets professionnels des internes et leur identité professionnelle après ce premier contact avec la médecine générale ambulatoire.

2- POPULATION REpondante

a- SEXE

La population interrogée comprenait 81.4% de femmes. La population répondante comprenait respectivement 82.2% et 77% de femmes avant et après le stage ambulatoire niveau 1 (SAN1).

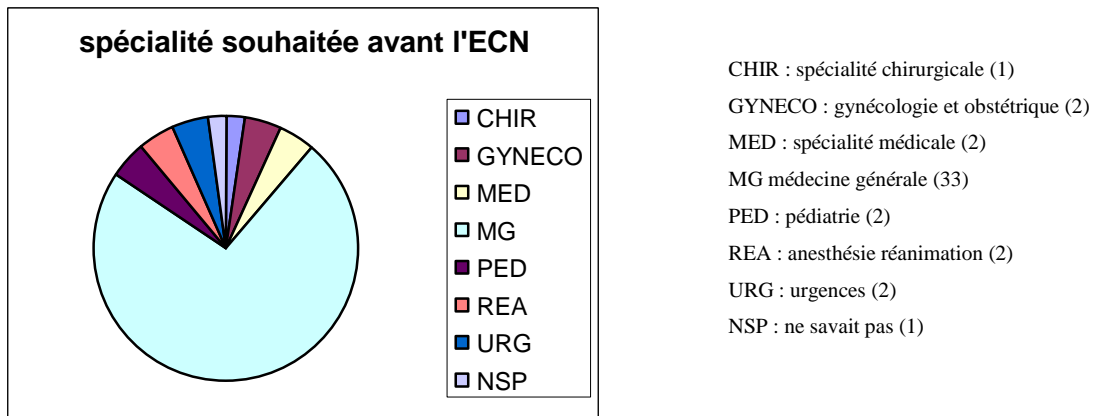
b- AGE

La moyenne d'âge des répondants après le SAN1 était de 26.76 ans (24 - 40 ans).

c- SPECIALITE SOUHAITEE AU MOMENT DE L'ENC

La majorité (33/45 soit 73%) des internes répondant au questionnaire avant le SAN1 souhaitait, en passant l'examen classant national (ECN), exercer la médecine générale

Fig. 1 : spécialité souhaitée avant l'ENC



3- PROJET PROFESSIONNEL

a- SOIGNANT OU NON

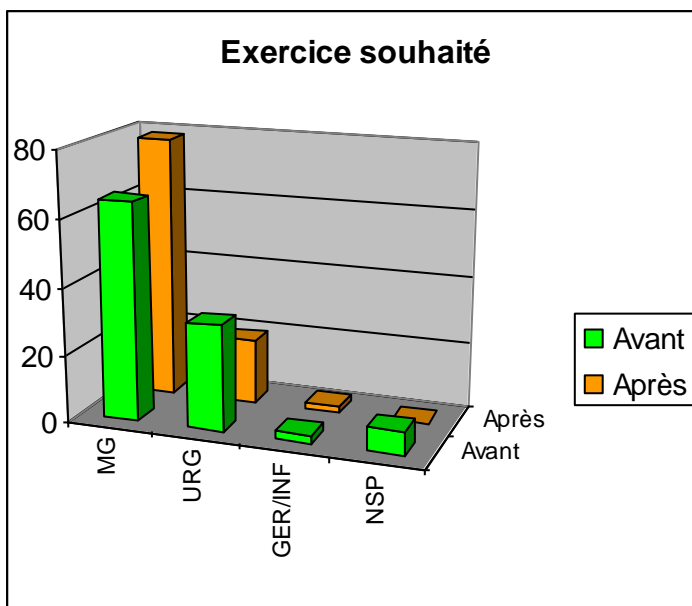
Un seul répondant avant le stage sur 45 (2,22%) ne désirait pas exercer en tant que soignant ; deux répondants sur 48 après le stage (4,17%) ne souhaitaient pas exercer la médecine générale en tant que soignant. Un répondant après le stage (2.08%) ne savait pas s'il souhaitait ou non exercer comme soignant.

b- TYPE D'ACTIVITE

Après le stage, 61.9 % des internes répondants souhaitent avoir une activité mixte (salariée et libérale), 20% veulent une activité complètement libérale, 18.1% veulent une activité complètement salariée.

Pour leur exercice ultérieur, avant le stage, 65,1% des répondants souhaitent exercer la médecine générale ; et ils sont 78,7% après, soit un risque relatif de « vouloir être médecin généraliste après par rapport à avant » de 1,47 (IC 95% [1,07 – 2,02], p=0,016).

En particulier le nombre d'internes souhaitant faire des urgences diminue aux profits de la médecine générale.



MG : Médecine générale
avant : 23/45, après : 37/47
URG : Urgences
avant : 11/45, après : 9/47
GER : Gériatrie
INF : Maladies infectieuses
NSP : ne sait pas

C'est donc que le stage ambulatoire de niveau 1, en suscitant un désir de pratique médicale ambulatoire chez les internes est essentiel, puisqu'en changeant leur perception de la médecine ambulatoire, il modifie leur projet professionnel.

c- PLACE DONNEE A LA VIE PROFESSIONNELLE

La majorité des étudiants répondants souhaite travailler :

- moins de 10h par jour,
- 5 jours ou moins par semaine,
- et prendre au moins 5 semaines de vacances par an.

54.3% des internes interrogés souhaitent pouvoir effectuer des gardes, aux urgences et au SAMU ainsi qu'en médecine ambulatoire (66% des gardes).

Le revenu est coté à une importance de 3.59 sur 5 en moyenne par les étudiants.

Les possibilités professionnelles du conjoint sont cotées en moyenne à une importance de 3.26 sur 5.

Les hobbies ont une importance cotée à 3,67 sur 5 en moyenne. Leur représentation prend le pas sur celle des revenus, des possibilités pour le conjoint, et de la possibilité de travail à temps partiel.

L'importance de la possibilité de travail a temps partiel est cotée à 3,11 sur 5 en moyenne.

Ces items sont tous cotés plutôt « important » (cotation supérieure à 3 sur 5).

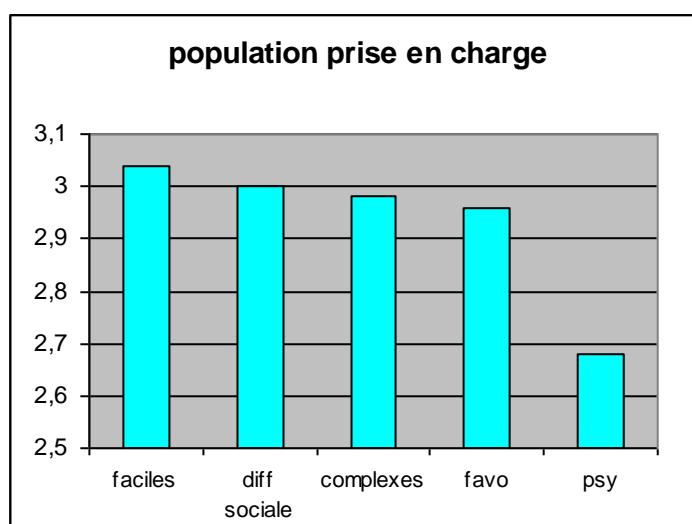
ACTIVITE SOUHAITEE

- Activité mixte : salarié + libéral
- Médecine générale
- < 10h / jour
- ≤ 5 jours / semaine
- ≥ 5 semaines de vacances / an
- gardes médecine ambulatoire et urgences-SAMU
- Importance :
 1. Hobbies
 2. Revenu
 3. Conjoint
 4. Temps partiel

d- RAPPORTS AVEC LA PRATIQUE

Les internes répondant cotaient en moyenne la proportion souhaitée dans leur clientèle

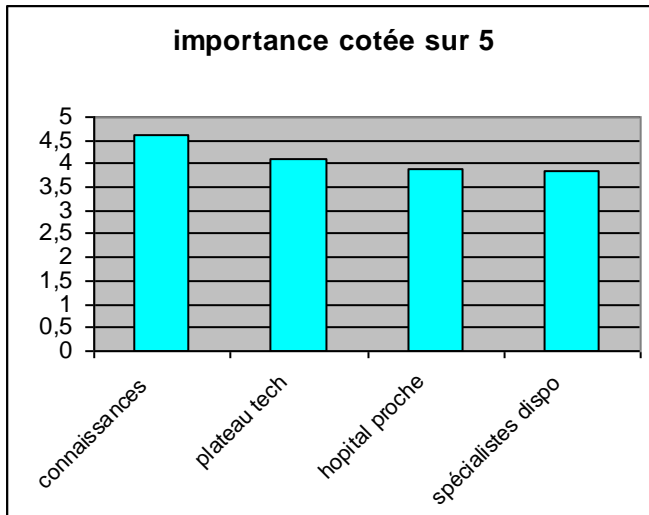
- de patients faciles à gérer à 3,04 sur 5,
- de patients en difficulté sociale à 3 sur 5,
- de patients en Affection Longue Durée, complexes à 2,98 sur 5,
- de patients issus de catégories sociales favorisées à 2,96 sur 5
- de patients en difficulté psychologique à 2,68 sur 5.



« faciles » : patients faciles à gérer ; « diff sociale » : patients en difficulté sociale ; « complexes » : patients en Affection Longue Durée, complexes ; « favo » : patients issus de catégories sociales favorisées ; « psy » : patients en difficulté psychologique.

Les internes répondant cotent l'importance :

- du maintien des connaissances à jour à 4,62 sur 5,
- d'avoir un plateau technique (Laboratoires d'analyses, de radiologie, paramédicaux) disponible à 4,09 sur 5,
- de la proximité d'un hôpital avec urgences et SAMU à 3,89 sur 5 et
- d'avoir à proximité des spécialistes disponibles à 3,83 sur 5.



« connaissances » : maintien des connaissances à jour

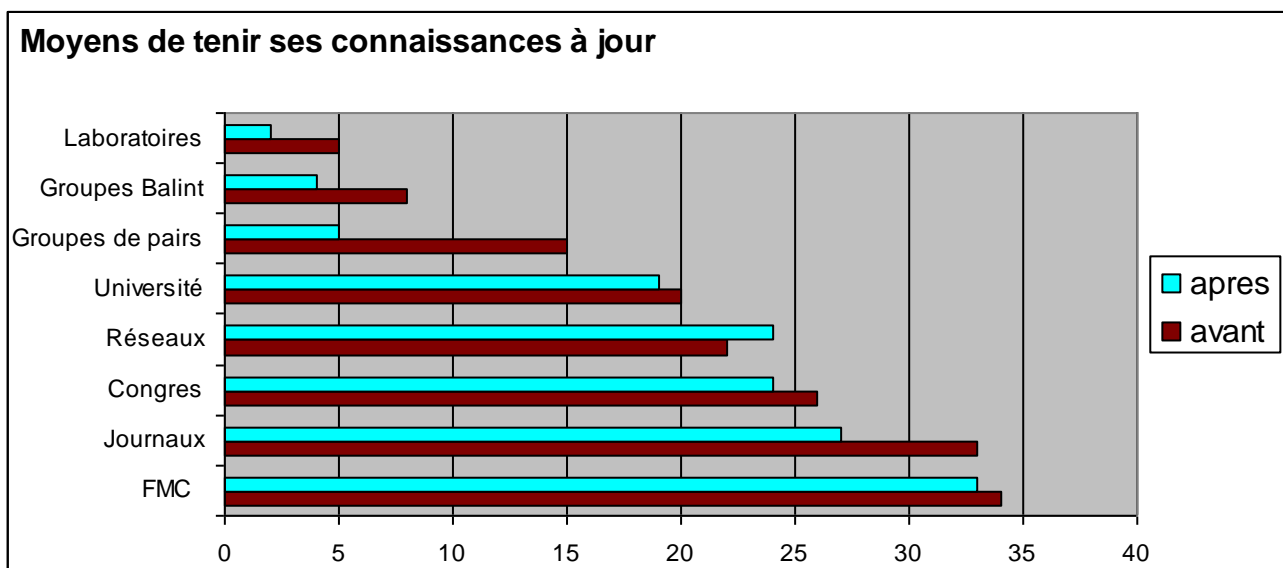
« plateau tech » : plateau technique disponible

« hôpital proche » : proximité d'un hôpital avec urgences et SAMU

« spécialistes dispo » : à proximité des spécialistes disponibles

Les moyens de tenir leurs connaissances à jour choisis par les internes sont dans l'ordre de préférence : les groupes de « Formation Médicale Continue », les journaux, les congrès, les réseaux, l'université, les groupes de pairs.

La comparaison avant/ après le stage, bien que non statistiquement significative évoque un intérêt grandissant après le stage pour la formation par les réseaux.



e- RAPPORT AUX PATIENTS

Les internes se situaient à 4,22 sur 5 entre les deux propositions « 1. Je fais totalement confiance à mes connaissances » et « 5. Les connaissances sont toujours partielles, relatives et évolutives »

Ils cotaient leur position à 3,87 sur 5 entre les deux propositions 1 et 5 définies respectivement par : « Je ne m'occupe que des aspects organiques » et par « Tout me concerne dès lors qu'il est question de la santé de mes patients ».

Ils se situaient à 2,65 sur 5 leur position entre les deux propositions suivantes : « 1. C'est une réalité et souvent une aide à la prise en charge.» et « 5. C'est une perturbation qu'il faut limiter au maximum »

Les répondants souhaitaient plutôt se préserver en tenant compte de leurs besoins, puisqu'ils cotaient à 3,13 sur 5 leur position entre les deux suivantes : « 1. Je prends toujours sur moi car c'est moi qui suis le professionnel » et « 5. J'estime légitime de tenir compte de mes besoins ».

Les internes se situaient sur la médiane (2,97 sur 5) entre les deux propositions suivantes : « 1. J'accepte volontiers les nécessités collectives (notamment économiques) dans ma pratique » et « 5. Je fais de la médecine et je n'ai pas à m'occuper des contingences autres.»

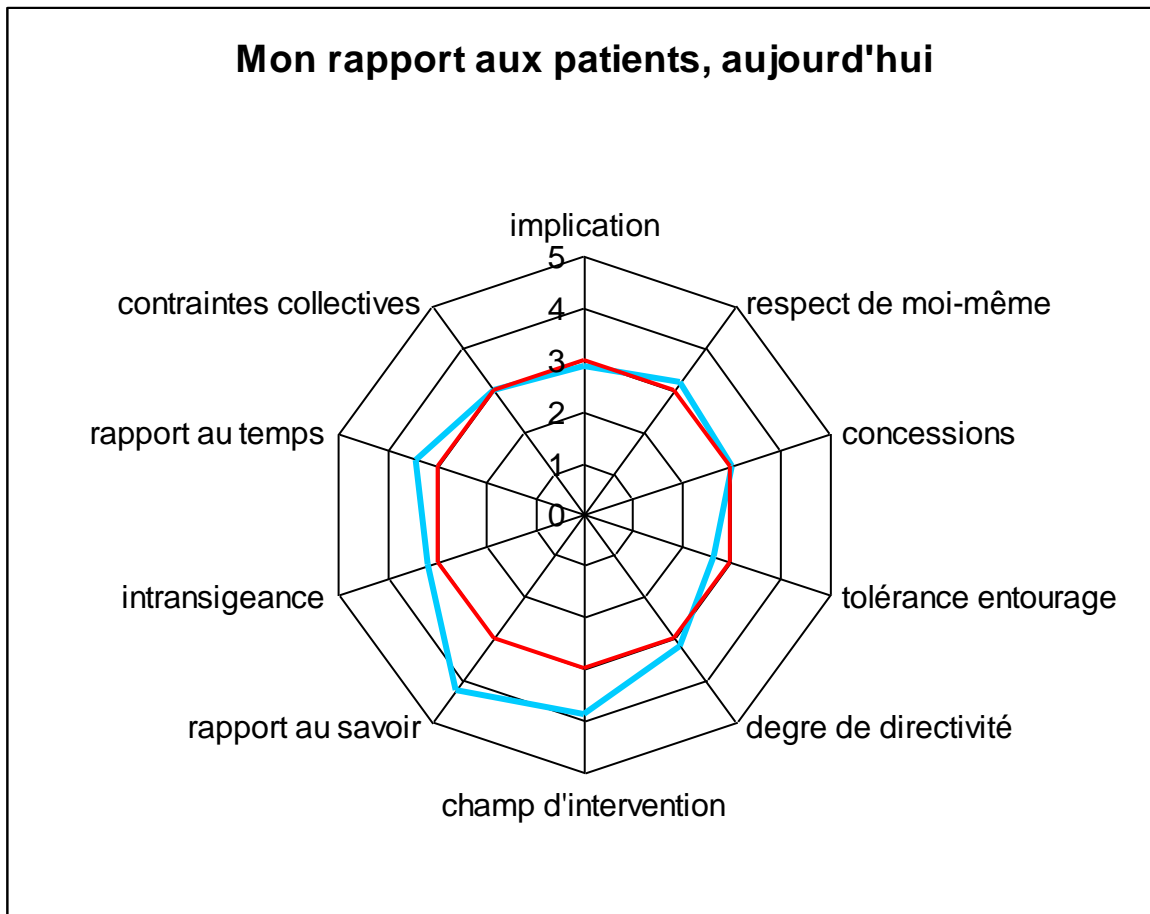
Ils se situaient également à la médiane entre les propositions : « 1. Je veux être sympa et je pense qu'il faut toujours savoir dépanner les gens qui en ont besoin » et « 5. Je me protège légalement et personnellement dans tous les cas », puisqu'ils cotaient leur position à 3,02 sur 5, et ne veulent pas risquer de se mettre en porte à faux par rapport au législateur et aux règles pré établies.

Les internes cotaient en moyenne leur position à 2,87 sur 5 entre les deux propositions : « 1. Je n'hésite pas à m'impliquer en tant que personne si nécessaire » et « 5. Je garde toujours la distance par rapport à ma vie professionnelle et mes patients »

Ils cotaient le degré de directivité de la relation à 3,13 sur 5 entre les propositions 1. « C'est au patient de décider ce qu'il faut aborder et les traitements à prendre » et 5. « Le patient doit répondre aux questions et se soumettre à mes prescriptions ».

Les internes répondants se situaient à la cote 3,17 sur 5 entre les deux propositions suivantes : « 1. Je suis pragmatique et je me plie volontiers aux conditions qui me sont imposées » et « 5. Je suis exigeant et je n'accepte pas de ne pas pouvoir faire tout ce qui me parait nécessaire ».

Ils chiffrèrent leur position à 3,41 sur 5 entre les deux propositions extrêmes suivantes : « 1. J'attends les symptômes ou les demandes par le patient ou son entourage » et « 5. Je pense qu'il faut toujours intervenir au plus tôt ».



1 = lâcher prise dans la relation ; 5 = maîtrise de la relation.

— moyenne

— après le stage

4-QUELLE ACTIVITE

a- MA VIE DE MEDECIN (ANNEXE 4)

Les internes ont décrit en quatre propositions ce qui contenterait leur vie de médecin, propositions qu'ils ont ensuite classée de la plus à la moins importante.

Ces propositions ont été regroupées selon leur appartenance à une sous catégorie (Vie privée, Revenu, Relation au patient, Relation aux pairs, Type d'activité, Science, et Ressenti global...).

L'item coté comme le plus important était la vie privée :

- « Compatible avec une vie de famille »,
- « Ce n'est pas une source de fatigue »,
- « je ne suis pas trop stressée »,
- « Je peux voir grandir mes enfants »,
- « j'arrive à faire autre chose que de la médecine »,

puis venait la relation aux patients :

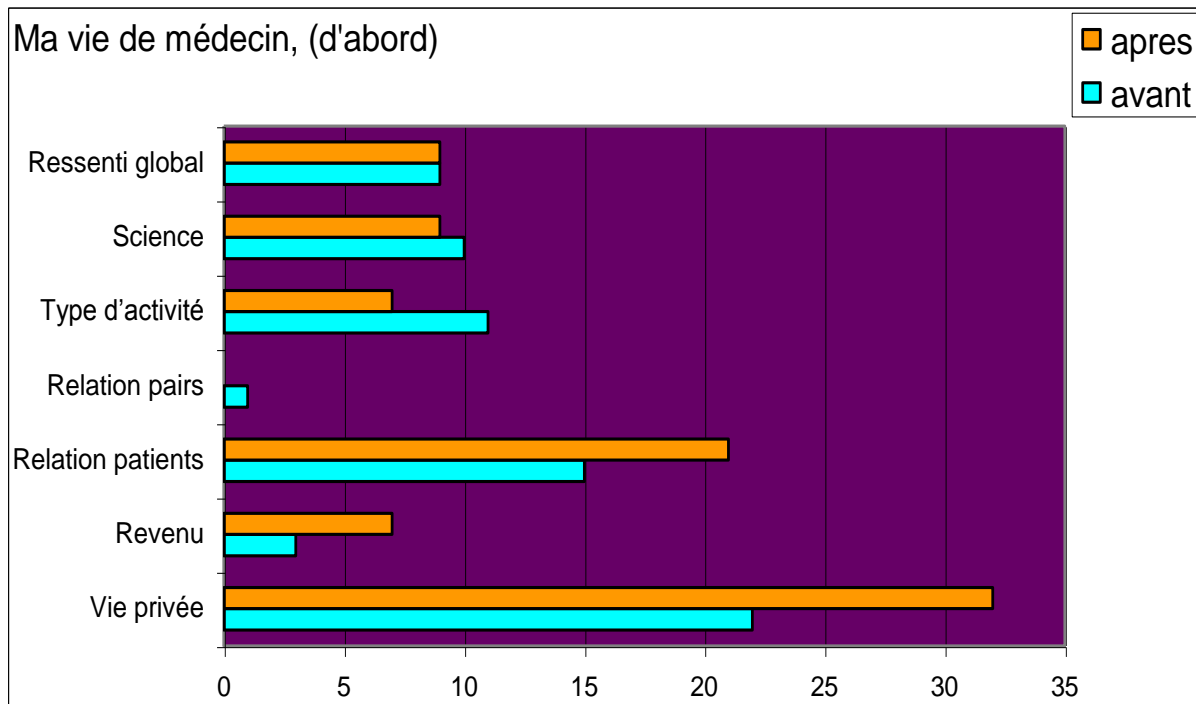
- « mes patients me font confiance »,
- « j'ai une bonne relation avec mes patients »,
- « je guéris et soulage »

avant le ressenti global de la vie quotidienne du médecin :

- « je fais bien mon job »,
- « je suis contente d'aller au boulot tous les matins ».

MA VIE DE MEDECIN

1. Vie privée
2. Relation aux patients
3. Vie quotidienne professionnelle



La priorité donnée à la vie privée est une composante de l'identité médicale définie par Cherniss comme « Egoïste » ; celle de la relation aux patients appartient à l'identité « Militant » [11].

b- MON EXERCICE

Pour décrire « le médecin qu'ils voudraient être » en choisissant parmi les définitions correspondant à des personnalités médicales prédéfinies, les internes préféraient être :

- d'abord « artisan » (« Je souhaite avoir plaisir à exercer mon art »),
- puis « superman » (« Je sais prendre la bonne décision au moment décisif »),
- « Ikea » (« j'améliore le quotidien des gens »)
- et enfin « parent » (« J'essaie d'éduquer au mieux mes patients ») .

MON EXERCICEc- SATISFACTION DU STAGE

Après le stage, les internes sont en général satisfaits (moyenne de satisfaction 3,394). Les internes « plutôt satisfaits » (cotant 1 et 2 sur 5 leur satisfaction) étaient 24 sur 48 ; les internes « plutôt pas satisfaits » (cotant 4 et 5 leur satisfaction du stage sur 5) étaient 15 sur 48 ; et les internes « ni satisfaits ni déçus » (cotant 3 sur 5 leur satisfaction) étaient 9.

Après le stage de niveau 1, un peu plus de la moitié des internes (21 sur 47) répondants déclarait vouloir approfondir ses connaissances de la médecine générale de ville par un SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée).



II- DISCUSSION

1- L'ETUDE

a- UNE ETUDE QUALITATIVE

Mon propos est de décrire les projets professionnels et l'identité professionnelle des internes généralistes, après leur premier contact avec la médecine générale.

Le faible nombre de sujets inclus dans l'étude ne lui permet pas d'avoir une puissance statistiquement significative, mais laisse la possibilité de dresser un état des lieux concernant la population restreinte interrogée.

La comparaison a été faite pour chaque question entre les réponses données avant et après le stage ambulatoire de niveau 1, sans différence statistiquement significative retrouvée.

Les projets professionnels des internes en médecine générale ont déjà été étudiés dans plusieurs thèses, et par des études statistiquement significatives. [19]

L'identité professionnelle des internes en médecine générale n'a pas encore été largement étudiée.

b- ANONYMAT

La majorité des questionnaires ne comportait pas de nom ni de numéro d'anonymat, ou bien seulement sur l'un des deux questionnaires.

On doit pouvoir en déduire que la comparaison individuelle pour eux-mêmes n'intéressait pas les internes répondants. Toutefois, le fait qu'ils aient répondu au questionnaire laisse entendre qu'ils ont été intéressés par la question de leur identité professionnelle.

c- LIMITES DE L'ETUDE

1- BIAIS D'EVALUATION

Le questionnaire a été réalisé après lecture de questionnaires similaires [20, 44], et à la suite des conclusions de ces travaux.

Le questionnaire qualitatif tiré du questionnaire du groupe Repères [18] a déjà été utilisé pour sonder l'identité professionnelle des médecins, et est à interpréter dans ses changements après une intervention. Ici, le stage ambulatoire de niveau 1 constituait cette intervention.

Les résultats n'ont pas pu être comparés individuellement, étant donné l'anonymat des réponses. Mais la comparaison a été faite globalement.

Ce test n'a pas été testé quant à sa reproductibilité. Il est probable que d'un moment à l'autre, pour le même médecin, les réponses diffèrent, mais en toute logique, la définition de l'identité professionnelle pour un même individu ne doit pas changer de façon catégorique à deux instants différents (deux instants situés tous les deux avant ou tous les deux après l'intervention).

2- BIAIS DE CONFUSION

Des difficultés de compréhension aux questions « 2C » du questionnaire « avant le stage » en octobre 2008 m'ont été signalées par une interne, qui précisait que ses amis répondants avaient éprouvé les mêmes gênes pour répondre.

Sur les questionnaires suivants, la consigne a donc été d'avantage explicitée et précisée : « Définissez votre position en la chiffrant de 1 à 5, entre les items 1 et 5 (ex : 1 : je suis petit, 5 : je suis grand - réponse 3 : je me trouve moyen, ou 2 je me trouve plutôt petit) ».

La variation des réponses après le stage par rapport à avant n'étant pas significative, ce biais n'en est pas un réellement. L'état des lieux a été fait sur les questionnaires « après le stage ».

3- BIAIS DE SELECTION

Les internes questionnés sont tous inscrits en diplôme d'études spécialisées de médecine générale à la faculté Bichat-Lariboisière, ce qui constitue un biais de sélection puisque ces internes sont tous parisiens (au moins au cours de leur internat), en majorité habitant le nord de Paris.

d- TRAITEMENT DES DONNEES

L'outil Internet a été largement utilisé pour la diffusion aux internes du questionnaire.

Le recueil des questionnaires sur papier (après le stage, pour le second groupe) directement après leur distribution a été beaucoup plus rentable.

Pour ce questionnement personnel, le recueil direct des réponses, plus facile, est donc à préférer au courrier électronique, impersonnel.

Les données recueillies, sur papier ou en document Microsoft Word® joint au mail réponse, ont été reportées à la main dans le logiciel Epidata®.

Un questionnaire totalement informatisé permettant un traitement direct des données aurait été préférable, mais aurait nécessité des connaissances informatiques et du matériel supplémentaires, indisponibles au début de l'étude.

2- DONNEES COMPAREES

A- PRATICIEN.

1- EXERCER LA MEDECINE GENERALE

a- STAGE AMBULATOIRE ESSENTIEL EN TROISIEME CYCLE

Le stage ambulatoire de niveau 1, en suscitant un désir de pratique médicale ambulatoire chez les internes est essentiel, puisque les internes souhaitent plus exercer la médecine générale après le stage qu'avant.

Les internes en stage ambulatoire de niveau 1 sont dans leur huitième ou neuvième année d'études, ils ont choisi cette spécialité au moins un an avant de faire ce stage.

La médecine générale est peu prisée au moment de l'amphithéâtre de garnison, et les internes qui ne la choisissent pas et préfèrent redoubler leur DCEM 4 plutôt que de devenir médecins généralistes ne la connaissent pas forcément.

Les stages de second cycle étant en large majorité hospitaliers, les nouveaux internes arrivent démunis face à ce choix de médecine générale, qu'ils ne connaissent souvent que par les échos, plus ou moins glorieux, faits de cette spécialité au cours de leurs stages : « La formation médicale conduite par des spécialistes dans un cadre hospitalier a tendance à passer sous silence la médecine générale, [...], qui ne s'inscrit pas dans les normes d'excellence hospitalo-universitaire. » [42]

Gauthier Constant [19] montrait en novembre 2009 que « le stage ambulatoire de niveau 1 dit 'stage chez le praticien' était trop tardif dans le cursus de l'interne, attendu pour valider un projet professionnel alors qu'il devrait en déterminer le choix ».

F.-X. Schweyer remarque que « Le premier stage en ambulatoire confronte les étudiants à des ajustements de représentations, à des redéfinitions normatives plus ou moins aisées. Le contact avec la réalité de l'exercice libéral souligne [...] l'ignorance d'un mode de pratique. » [42].

Il souligne qu'avant ce premier stage en ambulatoire, « l'entreprise médicale, sa gestion et son administration sont largement méconnues. »[42]

Puisque ce stage ambulatoire motive les internes, la réalisation d'un stage ambulatoire précoce, au cours du second cycle, apparaît comme indispensable à la formation d'étudiants éclairés, ne serait-ce que pour guider le choix de leur spécialité après l'examen national classant.

b- STAGE AMBULATOIRE ECLAIRANT EN SECOND CYCLE

Ce stage de médecine ambulatoire est obligatoire au second cycle des études médicales depuis 1997, mais n'est pas fait systématiquement, faute de moyens. Il est souvent très court, et contenu dans un enseignement optionnel. En effet, les étudiants, au sortir des ECN « admettent qu'ils connaissent très mal [la médecine générale], puisqu'ils n'ont, pour la plupart, jamais eu l'occasion d'y réaliser un stage. » [42]

M . Legmann propose [43] de « rendre obligatoire dès la fin du premier cycle, en PCEM2, un stage de découverte de la médecine libérale, en dehors des structures hospitalières, de 2 mois. », puis d' « intégrer dans le deuxième cycle [...] des stages de formation obligatoires en ambulatoire. ».

Ces stages de second cycle, menés au même titre que les autres stages de ce cycle impliqueraient des moyens importants, mais permettraient une découverte de la médecine générale pour tous les étudiants. Ils pourraient leur permettre un choix de spécialité plus éclairé, la médecine générale leur étant révélée comme une médecine particulière, avec ses problématiques médicales spécifiques.

Toutefois, « il paraît hasardeux d'attendre [de ce stage de second cycle] des effets automatiquement positifs sur les choix de spécialité »[42], et une étude de l'influence de ce stage de second cycle sur les choix de spécialité des futurs internes serait à mener, afin de compléter les résultats de Marie Bideau [30], qui a montré que ce stage ne modifierait pas leur orientation professionnelle.

c- MAQUETTE DE TROISIEME CYCLE ASSOUPLEE ?

Le stage de troisième cycle en médecine ambulatoire est essentiel à la formation des internes en médecine générale, mais il n'est pas suffisant.

M Legmann relève dans son rapport d'Avril 2010 [43] que si tous les internes généralistes font un stage en ambulatoire, ils ne sont que 30% à en réaliser un second (SASPAS), et qu'alors, « les futurs médecins sont formés à la pratique médicale au contact de malades dont l'état ne relève pas d'une prise en charge ambulatoire.»

En novembre 2007, l'ISNAR IMG a réalisé une enquête auprès des internes en médecine générale (inscrits en DES MG en 2004) [34], et concluait que « dans le cadre d'une réforme de la maquette, 68,6% des internes souhaiteraient pouvoir réaliser de manière systématique deux stages chez le praticien de médecine générale, et 88% d'entre eux voudraient réaliser le deuxième sous forme de SASPAS. »

M. Legmann propose de rendre obligatoires deux semestres de spécialisation pour tous les internes de médecine générale [43].

D'autre part, « les internes expriment leur désir d'être formés au plus près de leur lieu d'exercice futur [puisque] :

-le passage en CHU ne paraît pas indispensable en tant que tel à la formation des futurs généralistes. [...],

-[et que] 73,7% [des internes] souhaiteraient voir [le] stage [en médecine d'urgence] s'ouvrir au milieu ambulatoire (SOS médecins, maisons médicales de garde, etc.). » [43]

L'internat de médecine générale ne doit plus se contenter de butiner dans les différents stages de spécialité, mais doit être travaillé - voire adapté - pour transmettre aux étudiants les spécificités propres de cette spécialité.

2- « NOUVEAU » MEDECIN.

a- TEMPS DE TRAVAIL

1- Aspiration à travailler moins

D. Truchot montre [28] que le temps complet de travail des médecins généralistes libéraux est de 57,5 heures en moyenne, soit au moins supérieur de 7,5 h par semaine aux souhaits exprimés par les internes de mon étude.

« En 2007, les médecins généralistes ont déclaré travailler en moyenne entre 55 et 59 heures par semaine (Aulagnier *et al.*,2007) », mais « près de la moitié déclarent vouloir travailler moins » [42].

Il faut toutefois noter que le volume horaire n'est pas le même selon le genre et l'âge des médecins. Les hommes déclarent une durée de travail hebdomadaire plus importante, et le volume horaire hebdomadaire augmente du début de l'exercice jusqu'à 55 ans.[42]

Des jeunes médecins, en majorité femmes, souhaiteront en toute logique travailler moins que leurs aînés (dans l'étude, 81,4% femmes).

2- qualité de vie, relation aux patients

En 2007, l'enquête du CNOM par BVA [4] relevait:

- trois attentes prioritaires dans le choix d'installation professionnelle:
 - l'épanouissement personnel du médecin et de sa famille
 - la possibilité d'exercer le mieux possible leur discipline (bénéficiaire d'un plateau technique)
 - que la localisation soit compatible avec les attentes du conjoint
- puis dans une moindre mesure
 - l'environnement géographique
 - et la relation avec les patients
- enfin deux attentes plus anecdotiques:
 - l'utilité sociale du métier
 - et le revenu retiré de l'activité

Ces attentes professionnelles sont retrouvées dans d'autres travaux [22, 31], et viennent corroborer les résultats de mon étude, puisque les internes souhaitent privilégier en premier lieu la vie privée et la qualité de la relation aux patients, avant le ressenti global et la rigueur scientifique, qui restent des items importants.

Dans l'étude, le revenu reste un item important, et l'environnement géographique d'exercice n'est pas évoqué.

b- EXERCICE MIXTE

1- Salariat

Au premier janvier 2008, l'observatoire national des professions de santé recense [42] 59 625 médecins généralistes libéraux, et 29 755 généralistes salariés (hospitaliers ou non).

L'exercice mixte compte 5 891 praticiens. Il fait état d'un « taux de croissance entre 1995 et 2005 de 0,1% pour les omnipraticiens libéraux et mixtes, 29% pour les généralistes salariés hospitaliers et de 19,6% pour les généralistes salariés non hospitaliers.

C. Braun [21] démontrait en 2005 que les internes souhaitaient en majorité avoir une activité mixte, suivie par l'activité libérale puis par l'activité salariée.

L'ISNAR-MG a réalisé en 2005 une étude nationale chez les internes en médecine générale de laquelle il ressort que « 38,5 % seulement envisagent d'exercer en libéral dans cette discipline. » [26].

Les internes de mon étude qui aspirent à une activité partagée entre salariat et libéral suivent donc l'orientation générale.

On peut penser que « l'augmentation du nombre de médecins remplaçants [serait] le reflet d'une tentative d'évitement de l'installation en libéral. »[43], puisque « les remplacements et les vacations hospitalières [...] constituent aujourd'hui le mode d'entrée dans la profession. » [42]. M Legmann [43] propose d'ouvrir l'exercice hospitalier en augmentant le nombre de praticiens hospitaliers à temps partiel et en valorisant le statut de « médecin attaché » afin de favoriser l'exercice mixte souhaité par les jeunes médecins.

2- Formation complémentaire

Anne Guillaume [31] a montré que les internes en médecine générale désiraient de plus en plus avoir une activité hospitalière de complément ou même exclusive, et que la plupart souhaitaient faire une formation complémentaire (gériatrie, urgences...).

Un tiers des internes de mon étude souhaitait suivre une formation complémentaire, permettant une orientation de l'exercice de la médecine générale, en majorité hospitalière (urgences).

3- Libéral

Les internes répondants n'ont qu'une maigre expérience de la médecine ambulatoire, de laquelle ils n'ont pas forcément perçu ni compris l'aspect administratif. La gestion du cabinet et les différents étapes de l'installation ne sont que très brièvement évoquées au cours du troisième cycle, et les internes hésitent à s'engager dans cette voie, qui nécessite un investissement important, sans en connaître les tenants et aboutissants.

Le confort du salariat (préservation de la vie privée, congés payés, horaires établis, moins d'administratif) est mis en balance avec les contraintes du libéral (administratif lourd, investissement financier, isolement, temps de travail important, ...), et les avantages de cet exercice ne sont pas forcément clairs. M. Legmann [43] le souligne : « le salariat confère des avantages sur le plan de la protection sociale, des avantages sociaux et de la responsabilité limitée. »

Le conseil national de l'ordre des médecins propose en septembre 2009 [33], de mettre en place « des moyens [...] pour favoriser le regroupement professionnel, en libérant les médecins des charges administratives et en leur permettant d'exercer à temps partiel ou avec des temps additionnés entre zones sur et sous dotées. »

Le rapport de M. Legmann [43] , après avoir constaté que « la formation n'oriente pas vers un exercice libéral de la médecine », propose de compléter l'enseignement du troisième cycle par une partie concrète sur l'installation et ses différentes possibilités.

Cela permettrait probablement de la dédramatiser, d'aborder avec sérénité les problématiques administratives et financières spécifiques de la pratique libérale, et pourrait inciter les jeunes généralistes à s'installer plus rapidement.

3- UNE PRATIQUE CHOISIE

a- PEU DE PSYCHIATRIE

Les internes souhaitent en majorité ne soigner que peu de patients en difficulté psychologique.

Pourtant, « les 'troubles mentaux' seraient la première cause de morbidité et de recours aux généralistes pour les populations adultes » (DREES, 2007) [42].

I. Bohn soulignait en 2007 [23] que ces patients ont un recours limité aux soins somatiques, malgré des facteurs de risque importants, et que leur suivi n'est pas favorisé par un manque de communication entre psychiatre et médecins généralistes.

La formation en psychiatrie des médecins est effective, pour des pathologies systématisées. La prise en charge de la « souffrance psychique » n'a fait l'objet d'aucune recommandation. Certains symptômes exprimés par le patient constituent souvent en eux-mêmes des signes de souffrance psychique, mais isolés, ils n'entrent dans aucun tableau diagnostique.

Le médecin généraliste se trouve souvent démuné devant cette souffrance « sans nom », sans diagnostic, et donc sans traitement en découlant. [42]

Cette « souffrance psychique » est souvent une « souffrance psycho-sociale », que le médecin généraliste n'a pas la plupart du temps les moyens de gérer seul, et l'usage de médicaments, va permettre une action sur le seul versant psychologique de la souffrance. [42]

Il faut noter que « la communication semble extrêmement difficile à établir entre les généralistes et le monde des 'psys' »[42].

b- UN EXERCICE ENTOURE

En 2007, l'enquête du CNOM par BVA [4] relevait l'importance capitale pour le choix de l'installation de bénéficier d'un plateau technique. Les internes répondants sont donc semblables aux médecins de l'étude BVA puisqu'ils souhaitent être entourés autant d'un plateau technique que de spécialistes, et d'un centre hospitalier avec service d'urgences.

Cette pratique « entourée » est celle de la médecine urbaine.

Ce souhait paraît tout à fait logique dans la mesure où les étudiants interrogés sont parisiens, ayant étudié une médecine principalement urbaine. Mais les CHU sont tous situés en milieu urbain et la médecine s'étudie donc peu en milieu rural. G Constant propose [19] une implantation de CHU en milieux ruraux afin d'augmenter l'attrait des médecins généralistes pour la médecine rurale.

Peut-être cet attrait pourrait-il être augmenté en délocalisant au moins une partie du département de médecine générale des universités urbaines en milieu rural, facilitant ainsi aux étudiants en troisième cycle un accès à cette médecine et à ses spécificités.

Les maisons de santé en milieu rural ou semi rural pourraient être des relais des départements de médecine générale rurale, participant à l'enseignement du troisième cycle.

Un stage en médecine ambulatoire rurale, faisant de la médecine générale « rurale » une sous spécialité spécifique pourrait être ajouté à la maquette. Il permettrait de faire connaître cette

médecine particulière aux internes, et par là même susciterait des projets d'installations potentiels.

c- SE MAINTENIR A LA PAGE

Si les internes souhaitent maintenir leurs connaissances à jour, aucun détail n'a été donné quant au mode de DPC (Développement Professionnel Continu) choisi, ni à la manière de le suivre.

Il serait certainement intéressant de rechercher quel est le mode de DPC souhaité par les internes généralistes, puisqu'aucune orientation concernant le type de journaux lus pour le maintien à jour des connaissances n'est prise, qu'aucune précision n'est donnée quant aux réseaux (type, moyen d'en faire partie...)

Le lien avec l'université n'est pas développé non plus. Il peut s'agir de devenir maître de conférences, maître de stage, de faire une carrière universitaire en médecine générale (clínicat puis professorat), de faire partie d'un groupe de jeunes médecins diplômés. Le statut de chef de clinique en médecine générale étant nouveau, les étudiants connaissent mal cette option de carrière. Néanmoins, avec l'ouverture des postes de chef de clinique, la carrière universitaire est en passe de prendre du volume, et les internes à venir seront certainement plus au fait des possibilités universitaires s'offrant à eux au sortir de leur troisième cycle.

Les internes répondant ont une vision relative et évolutive de leur savoir, ce qui va de paire avec le fort score de cotation pour l'importance de maintenir les connaissances à jour. Le DPC (développement professionnel continu) de la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire) [3] semble donc être un dispositif bienvenu pour les futurs médecins généralistes, usagers de la loi.

d- LA COLLECTIVITE : CADRE D'UN EXERCICE INDEPENDANT.

Les internes répondant souhaitent pouvoir trouver un juste milieu entre leurs souhaits de pratique et les exigences collectives. Ils respectent les règles pré-établies, expliquées par le législateur, mais restent au service des patients et de leurs demandes. Ils seront probablement des médecins obéissants mais indépendants.

Les exigences collectives sont celles des injonctions de la sécurité sociale, du poids grandissant que prend cette dernière dans la pratique quotidienne. Récemment, la mise en place des CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) a permis à chacun de se poser la question de la relation souhaitée avec le pouvoir public et ses problématiques essentiellement économiques.

Il semble qu'un équilibre soit à trouver entre une médecine « laxiste » dans laquelle chacun conçoit ses référentiels et use du système social comme d'un dû, et une « médecine carcan », cadrée à l'excès, dans laquelle chaque médecin serait le prestataire de soins dictées de manière linéaire par des instances scientifiques loin de toute considération relationnelle, aboutissant à une « mise sous tutelle des médecins par la 'sécu' » [2].

« Ce jeu [...] par le biais d'incitations financières [...] risque de porter atteinte au professionnalisme qui devrait être le ressort majeur [de la qualité des pratiques] » [42]. Mais « l'espace est étroit pour mener une réflexion de fond sur la nature du lien souhaitable entre le contenu de la pratique médicale et sa rémunération » [42].

4- ACTEUR D'UNE NOUVELLE SANTE.

a- ACTEURS D'UNE SANTE GLOBALE.

Le souhait des internes de s'occuper globalement des patients reste accordé à la loi HPST [3], qui définit le médecin généraliste comme au centre du système de soins, garant du suivi de la santé des individus. Cette santé, en tant qu'« un état de complet bien-être physique, mental et social, et [...] pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. » [14], concerne tout médecin, qui plus est généraliste, et les internes répondants s'en reconnaissent comme acteurs.

Le patient est pris en charge dans son contexte, puisque les internes font plutôt entrer volontiers l'entourage du patient dans la relation médecin - malade, ce qui confirme cette vision de leur métier, comme une prise en charge de la globalité de l'individu.

b- UNE COLLABORATION ETROITE AVEC LES PATIENTS.

L'information au patient est devenue obligatoire dans la loi du 4 mars 2002, ce qui oblige le patient à être concerné par sa santé, et le médecin à oeuvrer dans ce sens.

Les praticiens de demain que sont les internes d'aujourd'hui ne paraissent pas gênés par ce partage avec le patient, nécessaire pour mener à bien le soin. Les internes de mon étude comme les médecins de celle du conseil national de l'ordre de médecins en 2007 [4] souhaitent que les patients suivent de près leur démarche soignante, et en soient partie prenante. Ils font de surcroît de la relation au patient une attente prioritaire de leur profession.

c- UN ROLE PRECIS ET ESSENTIEL

Les internes répondant veulent pouvoir maîtriser la santé de leurs patients. S'ils souhaitent que le patient soit concerné par la démarche médicale, ils veulent aussi être reconnus comme référence sur le plan de la santé.

Ce rôle de référent est pré-établi a priori dans la plupart des consultations, comme le décrit O. Benhamou [2] : « quand le patient en position de souffrance s'adresse au médecin en position de pouvoir soulager, la relation asymétrique est posée et tient à la nature même du métier de médecin ».

Les internes généralistes sont sans doute, à la suite de M. Balint [1], dans une démarche « apostolique » : « Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients ».

En déclarant souhaiter préserver ce rôle un peu paternaliste, les internes disent connaître cet ascendant qu'ils ont sur leurs patients. Il reste à espérer qu'ils en fassent un atout dans leur relation avec eux.

Toutefois, les internes répondant sont plutôt impliqués dans la relation et ne souhaitent pas établir une trop grande distance avec leur vie professionnelle. Ils veulent se laisser le droit d'exister à part entière dans la relation médecin – patient, à l'instar de Michael Balint : « le médecin ne peut s'empêcher d'être personnellement impliqué parce que nous avons tous des problèmes de nature analogue que nous réussissons ou non à résoudre. » [1].

d- UNE MEDECINE EFFICACE , RAPIDE ET PREVENTIVE

Les internes sont plutôt « interventionnistes ». Ils veulent agir vite, le plus en amont possible sur la maladie. Cette médecine de prévention, est celle définie dans la loi HPST [3]. Elle correspond à une évolution des pratiques, faisant de la médecine générale un art plus global dans lequel il ne s'agirait pas seulement de « *cure* » (soigner), mais aussi beaucoup de « *care* » (prendre soin).

La nouvelle santé, entretenue pas les jeunes médecins généralistes sera donc une santé globale, prenant en compte le patient et son entourage, mettant celui-ci au centre de tout acte de soin, et le considérant comme un acteur réel de sa propre santé.

Le médecin souhaite pouvoir être impliqué dans la relation avec ce patient, étant reconnu comme un « savant », pouvant intervenir au plus tôt pour préserver la santé des patients.

B- UNE IDENTITE SOLIDE.

1-PERSONNALITE MEDICALE :

L'identité médicale peut être définie comme la « manière spécifique dont chaque praticien exerce son métier, et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre de la collectivité médicale dans une société donnée » [12].

D. Truchot [11, 28] comparait en 2007 les personnalités médicales (d'après celles de Cherniss) des étudiants en médecine à celles des médecins libéraux installés. Il constatait chez les anciens comme chez les plus jeunes un lien statistiquement significatif entre personnalités peu engagées (Egoïste et Carriériste) et survenue du burn-out syndrome, les personnalités engagées (Artisan et Activiste) protégeant du burn out.

Dans mon étude, les personnalités proposées aux internes n'ont pas été simplement celles définies par Cherniss, mais les types de médecins ont été élargis, la comparaison stricte avec les travaux de D. Truchot n'est donc pas possible.

a- UNE IDENTITE DANS LA RELATION

Les répondants souhaitent plutôt se préserver et se protéger dans la relation en tenant compte de leurs besoins, et sans prendre systématiquement « sur eux ».

Y. Léopold [10] montrait que cette stratégie de défense contre l'invasion du stress dans la pratique est un facteur protecteur de burn-out ; E Galam [26] décrivait en 2008 le burn-out comme une « pathologie de la relation d'aide, [...] liée à un investissement excessif choisi ou subi [...], caractérisé par le souci de « prendre sur soi » pour assumer sa fonction et préserver l'apparence le plus longtemps possible ».

Les internes interrogés dans mon étude semblent donc a priori, de ce point de vue, protégés du burn out.

M Guinaud [45] a montré en 2006 que les internes d'Ile de France n'étaient pas protégés du burn-out, puisque un quart d'entre eux présentait un « épuisement émotionnel élevé », et la moitié d'entre eux une « dépersonnalisation » et/ou un « manque d'accomplissement personnel ». Mais elle a en outre souligné qu'ils étaient inégaux devant le risque de burn out, puisque nombre d'entre eux avaient des scores de burn out faibles.

L'évaluation du burn-out des internes est un sujet plus large, et qui doit prendre en compte les différentes composantes de ce syndrome.

b- ARTISANS ET EGOÏSTES

Les personnalités choisies à partir de propositions ont fait ressortir une grande majorité d' « artisans » et de « supermen » (« Je sais prendre la bonne décision au moment décisif »).

Cette identité de « superman » peut s'apparenter à deux des identités définies par Cherniss :

-« artisan »

« l'individu valorise le développement de ses compétences. Exercer ses capacités, acquérir des connaissances, tester de nouvelles méthodes, maintenir une certaine indépendance, autant de situations que recherchent les artisans. Pour eux, le travail est l'occasion d'exercer leur savoir faire ou de le développer au cours d'expériences

rafraîchissantes. Le contenu de l'activité professionnelle, ses qualités intrinsèques, doivent permettre de satisfaire leurs aspirations, leurs normes internes. » [11].

-« militant »

« Critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer, peu soucieux de son statut ou de sa sécurité d'emploi, il cherche tout autant, à travers son travail, à amener un changement social qu'à améliorer la situation de ses clients. Pour cet idéaliste, le travail représente plus un engagement qu'un emploi » [11]

On ne peut clairement ranger les « supermen » dans une case ou dans l'autre, puisque ces deux identités s'y rejoignent précisément.

L'élargissement des identités proposées a permis de toucher du doigt une certaine « relativité des grilles », en pointant la difficulté de séparer par une frontière nette deux personnalités.

Les personnalités qui ressortent par les questions qualitatives font ressortir un grand nombre d'« égoïstes » (« Pour lui, l'important est de satisfaire sa vie personnelle, hors travail. La sphère privée, familiale, les loisirs, prennent le pas sur la profession qui n'est qu'un moyen instrumental de faire fructifier la vie privée. En conséquence les personnes qui s'inscrivent dans cette orientation s'engagent relativement peu dans leur travail » [11]) et de « militants ».

Ceci reflète le souhait d'équilibre entre vies professionnelle et privée.

Les répondants sont en tous cas assez représentatifs des internes d'aujourd'hui puisque D. Truchot montrait en 2007 [11] que les internes sont « artisans », « égoïstes » et « activistes ». Vouloir travailler moins, en privilégiant le salariat concorde avec ces souhaits de préservation de la vie privée, et d'identité égoïste.

2-TRAVAILLER SA PERSONNALITE

a- UN TABOU A DEPASSER

1- Le médecin dans l'«inconscient collectif»

L'identité professionnelle du médecin reste un tabou, à aborder certes avec délicatesse mais aussi avec détermination pour en prendre conscience et le travailler au mieux.

Hippocrate, déjà, décrivait physiquement le « bon médecin » dans sa perception par la société: « Le médecin [...] aura une bonne couleur et de l'embonpoint car la foule s'imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. Puis il sera d'une grande propreté sur sa personne : décentement mis, agréablement parfumé, à l'odeur discrète. » [39].

Aujourd'hui, le médecin est en quelque sorte bâti sur un « modèle unique », et la relation médecin patient apprise au long du second cycle l'est le plus souvent à sens unique: le médecin, en position de soignant doit exprimer au patient toute sa patience, son empathie, sa compréhension.

2 « hidden curriculum »

Le droit du médecin, de l'interne, et de l'externe à s'exprimer en tant que 'lui-même' est très peu abordé. Le médecin, soignant, doit correspondre à l'identité du soignant d'une sorte d'inconscient collectif. C'est ce que les anglo-saxons appellent le « hidden curriculum » [26] : l'« enseignement caché », et qui correspond aux notions implicites qui font qu'on n'apprend pas seulement la médecine, mais aussi à « être médecin ». On le devient alors parce qu'on connaît la médecine, mais aussi parce qu'on accepte d'entrer dans les normes véhiculées implicitement par le « rôle » du médecin dans la société. L'étudiant se coule petit à petit dans ces normes plus ou moins explicites, et la collectivité demande au médecin d'obéir à des critères différents de seuls savoirs scientifiques.

Chacun devra réussir à se poser la question de la signification propre, pour lui, de ces critères, et pourra alors sortir du « moule » de la faculté pour s'exprimer, lui-même, en tant que médecin.

3- Soignant souffrant : difficile acceptation

Le médecin, dans sa position sociale, n'est pas un « souffrant ». Il est la « machine à régler les souffrances », en quelque sorte au-dessus de la souffrance, puisqu'il a un pouvoir sur celle d'autrui. «Ce qui fait la différence entre la souffrance d'un médecin et la souffrance d'un autre professionnel, c'est que le médecin, lui, est en bout de chaîne. Derrière lui, il n'y a plus personne, sinon le rabbin, l'imam ou le curé. » [2]

Le médecin souffrant ose peu reconnaître sa souffrance et s'adresser à un confrère aidant [39]. Briser ce tabou en se donnant le droit d'avoir des envies, des besoins propres et des souffrances spécifiques, c'est se poser la question de l'identité médicale, qui est définie au travers de ces questions.

Se connaître, appréhender les fragilités de sa personnalité aideront le médecin à travailler sa manière d'être médecin, afin de rester un médecin épanoui et heureux, et donc efficace.

B- TRAVAILLER SON IDENTITE

1- Chez les étudiants

a- élargissement des savoirs

M.-L. Leveau [37] décrivait en 2005 un enseignement de second et troisième cycle plus large, par une vision « Antique » de la médecine, comprenant philosophie, littérature, sciences humaines, ethnologie...

Une perception de la médecine comme une science humaine et sociale permettrait l'expression de la personnalité propre de chacun au lit du malade, en donnant en quelque sorte à chaque médecin le droit d'être le médecin qu'il souhaite être. Les composantes culturelle et sociale de la personnalité médicale seraient alors moins occultées.

Ouvrant les horizons de notre médecine occidentale, cette formation aux autres manières d'être soignant pourrait affranchir chacun de ce modèle hérité de l'Histoire.

b- Évaluation précoce de l'identité professionnelle

Proposer un questionnaire sur l'identité professionnelle aux internes qui rencontrent la médecine ambulatoire pour la première fois, c'est aussi leur faire toucher du doigt leur identité propre, c'est leur ouvrir la voie pour approfondir ce questionnement, cette « auto définition ».

Le seul fait d'avoir répondu au questionnaire a une signification propre : « J'accepte de me poser la question de ma pratique, de prendre du temps pour y réfléchir, je pense qu'ouvrir cette porte est intéressant. »

En soi, les taux de réponse aux questionnaires « aller » (dont les réponses ont été recueillies exclusivement par mail) constituent en quelque sorte un « taux d'acceptation de l'existence d'une identité professionnelle propre ». Le taux de non répondants peut correspondre au taux d'internes interrogés ne souhaitant pas aborder ce tabou.

D'autre part, le questionnaire « Maslach Burn-out Inventory » [46] permet une évaluation du score de burn-out des médecins, en explorant les trois dimensions du burn-out syndrome (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel). Le burn-out est alors classé élevé, modéré, ou bas. Ces trois dimensions, atteintes lors d'un burn-out, sont des composantes de la personnalité médicale.

Gérer ses émotions, garder sa personnalité propre, et oeuvrer pour un épanouissement personnel ; trois propositions qui font le pendant au burn-out et doivent être connues des étudiants.

Un questionnaire, reprenant les items du MBI et les définitions d'« orientations professionnelles » (Cherniss et autres), proposé régulièrement aux étudiants, les aiderait à la définition de leur identité de professionnel et les sensibiliserait au risque de burn-out, ouvrant la porte à la possibilité d'une souffrance.

La mise en perspective de l'identité professionnelle et du score de burn-out permettrait une réflexion sur leur intrication possible, et sur les moyens de se protéger du burn out propres à chacun, en faisant de la connaissance de sa personnalité de médecin un atout dans la pratique quotidienne.

2- Tout au long de l'histoire professionnelle

En France, la prévention du mal-être du médecin, et donc de son identité dans la relation, commence à préoccuper. Elle passe par plusieurs voies :

-les groupes Balint [35], dont l'objectif est celui d'un « changement limité mais considérable dans la personnalité professionnelle du médecin, »

-les groupes de pairs,

-la mise en place récente par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) [36] d'un numéro vert (0826 004 580) permettant aux appelants de se confier à des psychologues spécialisés, afin d'envisager des solutions,

-l'application de la méthode de revue de mortalité et de morbidité aux soins primaires [40], comme proposé par la Haute Autorité de Santé en Janvier 2010.

D'autres pays se sont préoccupé de la santé du médecin depuis plus de vingt ans, et les québécois, ayant constaté que « les médecins sont portés à s'isoler plutôt qu'à demander de l'aide, à tomber dans le piège de l'autodiagnostic et de l'auto traitement », ont mis en place un programme d'aide aux médecins [38] dès 1990. Il s'adresse aux médecins en difficulté, aux résidents, aux étudiants et à la famille immédiate d'un soignant en difficulté.

En approfondissant la connaissance de l'identité professionnelle, à tous les niveaux (étudiants de second et troisième cycle, médecins installés...), les praticiens en feront un atout, indispensable à une pratique constructive et sereine.

CONCLUSION

Le stage ambulatoire de niveau 1 modifie les projets professionnels des internes en médecine générale, puisque les étudiants sont significativement plus nombreux à vouloir exercer la médecine générale après le stage.

La puissance limitée de cette thèse n'a pas permis de tirer d'autres conclusions sur l'influence de ce premier stage ambulatoire chez les internes généralistes. Une étude de plus grande envergure permettait d'identifier plus clairement les autres changements occasionnés par ce stage de niveau 1. La proposition systématique de cet outil, sur toute une promotion (3 années, soient 6 stages) ou chez tous les internes d'Ile de France par exemple, pourrait permettre d'obtenir des résultats plus significatifs.

Le portrait brossé par les réponses obtenues au questionnaire est celui d'internes qui souhaitent préserver leur vie privée en restant des professionnels compétents. Ils souhaitent travailler moins que la moyenne, dans un exercice mixte (salariné et libéral), et rester entourés et « à la page » pour ce qui concerne leurs connaissances.

Puisque ce stage donne envie aux internes d'exercer la médecine générale - qu'ils ont choisie la plupart du temps sans la connaître- il semble nécessaire que les étudiants de second cycle aient accès à un stage en ambulatoire, semblable à celui qu'ils ont dans les stages hospitaliers. Le stage ambulatoire de niveau 1 n'aurait alors plus cette vocation de « découverte » mais bien d'« approfondissement ».

Ces internes, parisiens, souhaitent garder une pratique entourée, de formations, de spécialistes, d'hôpitaux, de plateaux techniques.

L'exercice en milieu rural, loin de toute structure hospitalière ne convient pas à ces citadins, et diversifier les lieux de stages pour leur faire découvrir des pratiques en milieux différents pourrait peut-être permettre de relativiser cet exercice spécifique peu connu qu'est celui de la médecine rurale.

Les internes sont attirés par la pratique salariée, mais les raisons de cette attirance n'ont pas été explorées. Le statut de salarié confère une couverture sociale et permet de travailler dans un entourage stimulant. Celui de libéral est associé à des horaires et un travail administratif plus lourds. Le salariat serait-il la référence de la pratique de la médecine générale de demain ? Une adaptation du libéral aux souhaits des internes est elle envisageable ?

Les internes décrivent une personnalité d'« artisan », 'prenant plaisir à exercer leur art', mais aussi d'« égoïstes », 'souhaitant penser à eux dans leur travail'. Ces deux personnalités reflètent bien l'équilibre souhaité entre vie professionnelle et vie privée, entre « vivre pour mon art » et « vivre pour moi », qui ressort des questions qualitatives.

Paradoxalement, ces identités sont pour l'une plutôt protectrice du burn-out et pour l'autre plutôt favorisante. Un nouvel équilibre de vie émerge chez les jeunes générations de médecins, qui donne plus de place à la vie privée, et protège une vie professionnelle choisie.

Répondre au questionnaire aura permis aux internes de se poser la question de leur identité professionnelle, de s'intéresser à ce domaine de leur vie de médecin. La question de l'identité médicale des internes demande à être creusée pour inciter à un travail sur sa personnalité professionnelle, favorisant une pratique quotidienne épanouie.

Il pourrait être intéressant de proposer largement un questionnaire explorant l'identité professionnelle tout au long du troisième cycle, et de faire des modifications qui y apparaîtraient au cours de l'internat un outil de réflexion des internes sur leur propre identité professionnelle, et ses implications quotidiennes auprès des patients.

Bibliographie

- [1] Balint M, Le médecin, son malade et la maladie, traduction JP Valabrega, Payot mai 1988
- [2] Benhamou O, Comment peut-on (encore) être médecin ?, Mille et une nuits, Avril 2009
- [3] loi HPST, www.sante-sports.gouv.fr, Juin 2009
- [4] Conseil National de l'Ordre des Médecins, Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, enquête BVA , mars 2007,
- [5] CNOM, Evolution du métier de médecin, juin 2001.
- [6] Bouquier et al., Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins du 23 juin 2001, 2001.
- [7] Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies, DREES dossiers solidarités et santé n°6, 2008.
- [8] Guide du tutorat et des traces d'apprentissage DMG Paris 7, faculté de médecine Xavier Bichat -Lariboisière, février 2007.
- [9] Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche N° 39, 28 octobre 2004.
- [10] Léopold Y., Le suicide des médecins : expression ultime du burn-out ? CARMF 2006
- [11] Truchot D., Le burn-out des étudiants en médecine, URML Champagne Ardennes
- [12] Galam E, Burn Out des médecins libéraux, deuxième partie, une identité professionnelle remise en question. Médecine, décembre 2007.
- [13] Olivier-Koehret M., MG France, Restreindre la liberté d'installation augmentera la pénurie de généralistes, Le Parisien, 20 septembre 2009
- [14] OMS, <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, juin 2009
- [15] Baude N. et al., Soins primaires: crise et dynamque d'avenir, Médecine 2008, ISSN 1777-2044 2008, vol. 4, n°3, pp. 135-140
- [16] Landre V., Etre enseignant de médecine générale : les déterminants d'un choix : profil socio-démographique de la population des enseignants cliniciens ambulatoires de Bourgogne en 2005-2006, d'après les résultats d'une enquête épidémiologique descriptive et d'entretiens sociologiques, Dijon 2007thèse MG.
- [17] Cucherat M., Leizorovicz A., <http://www.spc.univ-lyon1.fr/mfcalc/indice/calc1.htm>
EA 643 - Université Lyon 1
- [18] Galam E, Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecin, Séminaire www.reperesmg.fr

- [19] Constant G., Construction du projet professionnel des internes en médecine générale d'Île de France, Paris 5 , 2009, these MG.
- [20] Del Vecchio R. Evolution des projets professionnels des internes en troisième cycle de médecine générale en fonction de leurs stages au sein de la faculté Paris 12 Créteil, Paris 12 Créteil 2007, thèse MG.
- [21] Braun C Etre ou ne pas être médecin généraliste, Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes, Paris V, 2005, thèse MG.
- [22] Martin A., Trombert B., Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine, Février 2008
- [23] Bohn I , Aubert JP, Guégan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, Nougairède M., Patients psychiatriques ambulatoires: quelle coordination des soins? Rev Prat Med Gen 2007;21:511-4.
- [24] Galam E, Burn out des médecins libéraux, deuxième partie: une identité professionnelle remise en question, Médecine. Volume 3, Numéro 10, 474-7, Décembre 2007.
- [25] Galam E., Burn Out des médecins libéraux, quatrième partie: un problème individuel, professionnel et collectif. Médecine. Volume 4, Numéro 2, 83-5, Février 2008.
- [26] Fischer et al., Learning from Mistakes, Factors that Influence How Students and Residents Learn from Medical Errors, J GEN INTERN MED 2006; 21: 419-423.
- [27] Information du patient dans la loi du 4 mars 2002, CNOM
http://www.web.ordre.medecin.fr/info_patient/infopatientgep.pdf , novembre 2009
- [28] Truchot D Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardennes, 2001
http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf , mai 2008
- [29] Behar S, Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006 Rennes, 2007., thèse MG
- [30] Bideau M, Analyse de l'influence du stage de médecine générale en deuxième cycle sur les représentations et les projets professionnels des étudiants, Rennes, 2009, n°93, Thèse MG
- [31] Guillaume A , Les projets professionnels des résidents, enquête auprès des résidents des UFR de Rennes et Brest, Rennes, 2004, n°76, Thèse MG.
- [32] CNOM 13/04/2010, Atlas régionaux de la démographie médicale française.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966> , septembre 2009

- [33] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2009-de-serieuses-menaces-sur-l-acces-aux-soins-898> Mars 2010
- [34] Angot O., Evolution de la formation de l'interne de médecine générale, ISNAR IMG, nov 2007
- [35] <http://www.balint-smb-france.org/> Mars 2010
- [36] <http://www.aapml.fr/> Avril 2010
- [37] Leveau M.-L., De l'inscription en faculté de médecine à l'exercice professionnel: hiatus et concordances entre projet professionnel initial et final, Angers 2005, N°1045, thèse MG
- [38] www.pamq.org Avril 210
- [39] Martin D, Moriez D, BOS. Epuisement professionnel : l'état d'urgence <http://www.souffrancedusoignant.fr/detail-article-revue.php> Avril 2010
- [40] www.has-sante.fr, « RMM et médecine générale », Janvier 2010, 4 pages
- [41] Klotz P. « L'erreur médicale. Mécanismes et prévention » Maloine, Paris, 1994
- [42] Bloy G., Schweyer F.-X. ,Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale, presses de l'EHESP, février 2010.
- [43] Legmann M, Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, Avril 2010, 46 pages.
- [44] Rodd Arweiler V, Evolution des projets professionnels et des motivations des résidents en médecine générale au cours de leur cursus de PCEM1 à TCEM3.2006, Paris 12 Creteil.
- [45] Guinaud M, Evaluation du burn out chez les internes en médecine générale et étude des facteurs associés, Creteil, 2006.
- [46] <http://www.masef.com> Avril 2010

Table des annexes

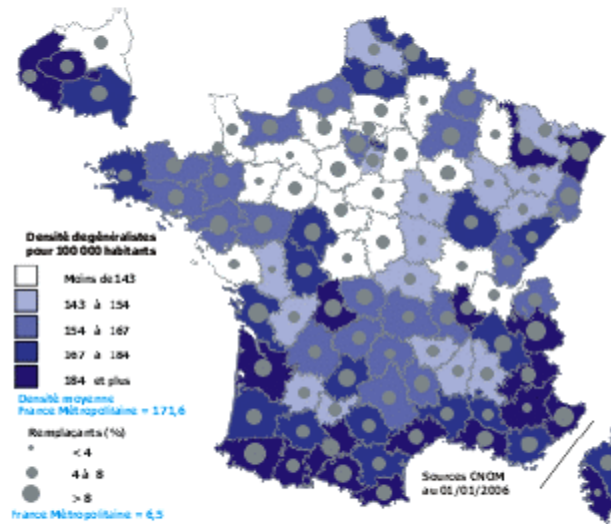
	page	
1	Densité médicale en France, toutes spécialités	69
2	Questionnaire « aller »	70
3	Questionnaire « retour » + corrélations définitions 3b	72
4	Réponses « Ma vie de médecin »	74

1 Densité médicale en France, toutes spécialités

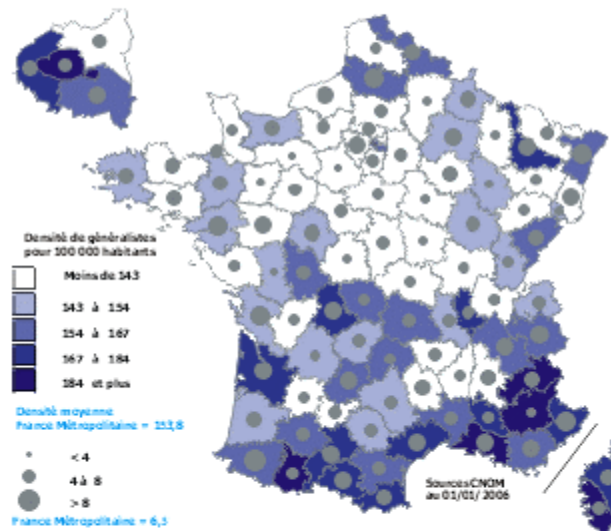
atlas de la démographie médicale 2009 google CNOM

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>

Carte n°1a
Densité départementale de médecins généralistes en activité professionnelle (total en activité)
pour 100 000 habitants (métropole)



Carte n°1b
Densité départementale de médecins généralistes en activité régulière
pour 100 000 habitants (métropole)



ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE « ALLER »

AVANT le stage

Facultatifs : NOMou code d'anonymat

1 QUI JE SUIS

H F - Age : - Célibataire Vie maritale - Enfants (nb).....

Après l'ENC vous vouliez :

Médecine Générale - autre (lequel :.....) - vous avez fait un remords en faveur de la MG

2 Quel médecin je souhaite être

Soignant oui non (prévention, labo, recherche, journalisme, autre

Spécialité: MG autre (DESC...) :

Envisagez-vous de faire un DU ? non oui lequel

Activité envisagée: - Activité libérale : % - Associé oui non

- Activité salariée : % entourez : hôpital, clinique, PMI, centre de santé, sécurité sociale, maison de retraite, autre.....

A Place donnée à ma profession dans ma vie

nb heures /jour :..... nb jours/semaine : nb semaines de vacances /an :.....

gardes oui non - gardes urgences / SAMU oui non

Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial) - revenu 1 2 3 4 5
 - possibilités professionnelles du conjoint 1 2 3 4 5
 - hobbies 1 2 3 4 5
 - possibilité de travail à temps partiel 1 2 3 4 5

B Mes rapports souhaités avec ma pratique

Cotez de 1 (peu) à 5 (beaucoup) - population en difficulté sociale 1 2 3 4 5
 - population de catégories socio professionnelles favorisées 1 2 3 4 5
 - population en difficulté psychologique 1 2 3 4 5
 - patients ALD complexes 1 2 3 4 5
 - patients faciles à gérer 1 2 3 4 5

Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial) - plateau technique disponible (labo, kiné, IDE) 1 2 3 4 5
 - spécialistes disponibles 1 2 3 4 5
 - proximité d'un hôpital avec urgences et SAMU 1 2 3 4 5
 - tenir mes connaissances à jour 1 2 3 4 5 : moyens :

(entourez) FMC, réseaux, laboratoires pharmaceutiques, journaux, fac, groupes de pairs, Balint, congrès, autres.....

.....

C Mon rapport aux patients, aujourd'hui

Définissez votre position en la chiffrant de 1 à 5, entre les items 1 et 5

a - Rapport à moi

Implication : ce que j'y mets de moi

1. Je n'hésite pas à m'impliquer en tant que personne si nécessaire
5. Je garde toujours la distance entre ma vie professionnelle et mes patients

Respect de moi-même : ce qui m'est dû

1. Je prends toujours sur moi car c'est moi qui suis le professionnel
5. J'estime légitime de tenir compte de mes besoins

Concessions : ce que je cède au delà de mes limites

1. Je veux être sympa et je pense qu'il faut toujours savoir dépanner les gens qui en ont besoin
5. Je me protège légalement et personnellement dans tous les cas

b - Rapport à ma position de force**Tolérance face au patient et à son entourage : ce que j'accepte**

1. C'est une « perturbation » qu'il faut limiter au maximum
5. C'est une réalité et souvent une aide à la prise en charge

Degré de directivité : ce qui m'incombe

1. Le patient doit répondre aux questions et se soumettre à mes prescriptions
5. C'est au patient de décider ce qu'il faut aborder et les traitements à prendre

Champ d'intervention : ce qui me concerne

1. Je ne m'occupe que des aspects organiques
5. Tout me concerne dès lors qu'il est question de la santé de mes patients

c - Rapport aux contextes**Rapport au savoir : ce qui est vrai**

1. Je fais totalement confiance à mes connaissances
5. Les connaissances sont toujours partielles, relatives et évolutives

Degré d'intransigeance

1. Je suis exigeant et je n'accepte pas de ne pas pouvoir faire tout ce qui me paraît nécessaire
5. Je suis pragmatique et je me plie volontiers aux conditions qui me sont imposées

Rapport au temps : ce qui est bien

1. Je pense qu'il faut toujours intervenir au plus tôt
5. J'attends les symptômes ou les demandes par le patient ou son entourage

Rapport aux contraintes collectives : ce que je tolère

1. Je fais de la médecine et je n'ai pas à m'occuper des contingences autres
5. J'accepte volontiers les nécessités collectives (notamment économiques) dans ma pratique

3 Mon activité, pour moi-même**A - Ma vie de médecin : Je serai content de mon activité professionnelle si:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Ordonnez les items du plus au moins important>.....>.....>.....

B - Mon exercice : Le médecin que j'aimerais être :

1. Je fais avancer la science
2. Les gens peuvent se confier à moi et ça leur fait du bien
3. J'améliore le quotidien des gens
4. J'essaie d'éduquer au mieux mes patients
5. Je m'efforce de diminuer la souffrance autour de moi
6. J'encourage les gens à bien faire en fonction de leurs moyens
7. Je sais prendre la bonne décision au moment décisif
8. Je souhaite penser à moi dans mon travail
9. Je souhaite avoir plaisir à exercer mon art
10. Je souhaite faire évoluer l'idée de la santé, la santé publique
11. Je voudrais pouvoir avoir accès à une progression professionnelle et sociale
12. Autre: définissez.....

Choisissez 4 items parmi les suivants, et nommez les A, B, C et D A : B : C : D :

Classez-les du plus au moins important :>.....>.....>.....

ANNEXE 3 QUESTIONNAIRE « RETOUR »

APRES le stage

Facultatifs : NOMou code d'anonymat

1 Qui je suis

H F - Age: Semestre en cours: 1 2 3 4 5 6

Stages faits médecine adulte pédiatrie/gyneco urgences

Etes vous satisfaits de cette expérience en médecine ambulatoire? (chiffrez votre réponse entre 1 et 5 - 1:très satisfait ; 5:pas du tout) :.....

Prochain stage:..... Désirez-vous faire un SASPAS? oui non

2 Quel médecin je souhaite être

Soignant oui non (prévention, labo, recherche, journalisme, autre

Spécialité: MG autre (DESC...) :

Envisagez-vous de faire un DU ? non oui lequel

Activité envisagée: - Activité libérale : % - Associé oui non

- Activité salariée : % entourez : hôpital, clinique, PMI, centre de santé, sécurité sociale, maison de retraite, autre.....

Souhaitez-vous associer 2 activités (ex: urgences à l'hôpital et médecine générale ambulatoire....)? oui non

Lesquelles 1:.....% temps

2:.....% temps

A Place donnée à ma profession dans ma vie

nb heures /jour :..... nb jours/semaine : nb semaines de vacances /an :.....

gardes oui non - gardes urgences / SAMU oui non

Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial) - revenu 1 2 3 4 5

- possibilités professionnelles du conjoint 1 2 3 4 5

- hobbies 1 2 3 4 5

- possibilité de travail à temps partiel 1 2 3 4 5

B Mes rapports souhaités avec ma pratique

Cotez de 1 (peu) à 5 (beaucoup) - population en difficulté sociale 1 2 3 4 5

- population de catégories socio professionnelles favorisées 1 2 3 4 5

- population en difficulté psychologique 1 2 3 4 5

- patients ALD complexes 1 2 3 4 5

- patients faciles à gérer 1 2 3 4 5

Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial) - plateau technique disponible (labo, kiné, IDE) 1 2 3 4 5

- spécialistes disponibles 1 2 3 4 5

- proximité d'un hôpital avec urgences et SAMU 1 2 3 4 5

- tenir mes connaissances à jour 1 2 3 4 5 : moyens :

(soulignez) FMC, réseaux, laboratoires pharmaceutiques, journaux, fac, groupes de pairs, Balint, congrès, autres

C Mon rapport aux patients, aujourd'hui

Définissez votre position en la chiffrant de 1 à 5, entre les items 1 et 5

(ex : 1 : je suis petit, 5 : je suis grand - réponse 3 : je me trouve moyen, ou 2 je me trouve plutôt petit)

a - Rapport à moi

Implication : ce que j'y mets de moi

1. Je n'hésite pas à m'impliquer en tant que personne si nécessaire

5. Je garde toujours la distance entre ma vie professionnelle et mes patients

Respect de moi-même : ce qui m'est dû

1. Je prends toujours sur moi car c'est moi qui suis le professionnel

5. J'estime légitime de tenir compte de mes besoins

Concessions : ce que je cède au delà de mes limites

1. Je veux être sympa et je pense qu'il faut toujours savoir dépanner les gens qui en ont besoin

5. Je me protège légalement et personnellement dans tous les cas

b - Rapport à ma position de force

Tolérance face au patient et à son entourage : ce que j'accepte

1. C'est une « perturbation » qu'il faut limiter au maximum

5. C'est une réalité et souvent une aide à la prise en charge

Degré de directivité : ce qui m'incombe

1. Le patient doit répondre aux questions et se soumettre à mes prescriptions

5. C'est au patient de décider ce qu'il faut aborder et les traitements à prendre

Champ d'intervention : ce qui me concerne

1. Je ne m'occupe que des aspects organiques
5. Tout me concerne dès lors qu'il est question de la santé de mes patients

c - Rapport aux contextes**Rapport au savoir : ce qui est vrai**

1. Je fais totalement confiance à mes connaissances
5. Les connaissances sont toujours partielles, relatives et évolutives

Degré d'intransigeance

1. Je suis exigeant et je n'accepte pas de ne pas pouvoir faire tout ce qui me paraît nécessaire
5. Je suis pragmatique et je me plie volontiers aux conditions qui me sont imposées

Rapport au temps : ce qui est bien

1. Je pense qu'il faut toujours intervenir au plus tôt
5. J'attends les symptômes ou les demandes par le patient ou son entourage

Rapport aux contraintes collectives : ce que je tolère

1. Je fais de la médecine et je n'ai pas à m'occuper des contingences autres
5. J'accepte volontiers les nécessités collectives (notamment économiques) dans ma pratique

3 Mon activité, pour moi-même**A - Ma vie de médecin** : Je serai content de mon activité professionnelle si:

- 1.....>.....>.....>.....>.....
 - 2.....>.....>.....>.....>.....
 - 3.....>.....>.....>.....>.....
 - 4.....>.....>.....>.....>.....
- Ordonnez les items du plus au moins important

B - Mon exercice : Le médecin que j'aimerais être :

1. Je fais avancer la science
2. Les gens peuvent se confier à moi et ça leur fait du bien
3. J'améliore le quotidien des gens
4. J'essaie d'éduquer au mieux mes patients
5. Je m'efforce de diminuer la souffrance autour de moi
6. J'encourage les gens à bien faire en fonction de leurs moyens
7. Je sais prendre la bonne décision au moment décisif
8. Je souhaite penser à moi dans mon travail
9. Je souhaite avoir plaisir à exercer mon art
10. Je souhaite faire évoluer l'idée de la santé, la santé publique
11. Je voudrais pouvoir avoir accès à une progression professionnelle et sociale
12. Autre: définissez.....

Choisissez 4 items parmi ceux ci-dessus et classez-les du plus au moins important (ex 7>3>6>9):

.....>.....>.....>.....

1. Je fais avancer la science	Einstein
2. Les gens peuvent se confier à moi et ça leur fait du bien	Confesseur
3. J'améliore le quotidien des gens	Ikea
4. J'essaie d'éduquer au mieux mes patients	Parent
5. Je m'efforce de diminuer la souffrance autour de moi	Mère Teresa
6. J'encourage les gens à bien faire en fonction de leurs moyens	Coach
7. Je sais prendre la bonne décision au moment décisif	Superman
8. Je souhaite penser à moi dans mon travail	Egoïste
9. Je souhaite avoir plaisir à exercer mon art	Artisan
10. Je souhaite faire évoluer l'idée de la santé, la santé publique	Militant
11. Je voudrais pouvoir avoir accès à une progression professionnelle et sociale	Carriériste
12. Autre: définissez.....	

ANNEXE 4 : MA VIE DE MEDECIN

	1 et 2 avant	1 et 2 apres
Vie privée Compatible avec une vie de famille	1. j'ai une vie extra professionnelle cool	
	J'arrive à concilier avec ma vie de famille	2. je ménage ma vie perso
	Conserver une part conséquente à ma vie privée	3. j'arrive à concilier vie privée et professionnelle
	J'ai du temps libre pr m'occuper de ma famille, faire des hobbies	4. elle participe à mon épanouissement personnel/social
	Je peux concilier activité professionnelle et vie familiale épanouie	5. Vie perso épanouie
	Je peux équilibrer une vie personnelle	6. N'envahit pas ma vie privée
	Respect de ma vie privée	7. j'arrive à concilier vie familiale et vie professionnelle
	Conciliation vie perso	8. Conciliation vie privée
	Place pour la vie privée	9. j'ai du temps pour moi et ma famille
	Elle me laisse vivre	10. je me sens épanouie
	Elle me permet d'avoir une vie privée satisfaisante, avec du temps pour loisirs et famille	11. je passe suffisamment de temps avec ma femme
	J'arrive à concilier métier- vie privée	12. je garde du temps pour mes proches
	Elle ne bloque pas ma vie familiale	15. j'ai du temps pour autre chose
	Compatible vie familiale	16. ce n'est pas une source de fatigue
	Temps pr ma famille	1. je m'épanouie dans mon travail.....
	J'ai du temps pour m'occuper de moi-même	2. elle me permet d'avoir une vie familiale
	Ma profession me permet d'avoir une vie familiale accomplie	3. j'ai du temps pour mes activités : sport...
	j'arrive à concilier travail et vie familiale	4. je garde une vie privée correcte
	ça fait partie de ma vie et que ce n'est pas un métier	5. Le travail ne devient pas une corvée par la quantité
	vie privée n'est pas aux dépens	6. ...ca n'empiète pas trop sur ma vie privée
	8 : mon activité ne devient pas une corvée par la charge de travail, laisse un peu de temps libre pour voir autre chose sans pour autant être aux 35h!	7.elle n'empiète pas trop sur ma vie familiale.....
		8. Je m'épanouis
		9. Equilibre vie privée/professionnelle
		10. J'arrive à faire autre chose que de la médecine
		11. ...je partage vie de famille et vie prof
		12. emploi du temps permettant d'avoir une vie de famille
		13. je ne suis pas trop stressée
		14. je me cultive personnellement
		15. je peux voir grandir mes enfants
		16. je garde du temps pour moi
		17. j'arrive à gérer vie perso et vie professionnelle
		18. je passe du temps avec ma famille
Revenu	je ne fais pas de la médecine un "gagne pain"	1. ca permet de vivre correctement (revenu)
	: j'ai un certain niveau de vie	2. rémunérations intéressantes
	bonne qualité de vie (rapport temps/salaire)	3. Bon équilibre financier / temps de travail
	bizarre que des gens se fassent payer pour soigner	je gagne correctement ma vie
	2 : Mes revenus permettent d'assurer les besoins de ma famille	1. Si Cette activité n'est pas un commerce visant à satisfaire des « clients »

	18 : je peux offrir un niveau de vie agréable à ma famille et du temps pour eux	13. je gagne de l'argent
		14. j'assure un certain revenu
Relation patients	je suis des patients sur le long terme	1. je guéris et soulage
	suis à l'écoute de mes patients	1. j'aide les gens à aller mieux en les écoutant
	à éduquer les gens	1. patients satisfaits...
	j'arrive à soigner	2. ça se passe bien.....
	Je soigne bien	3. mes patients sont satisfaits sur le plan humain et médical
	heureux de ma prise en charge	4. je soulage bien les patients
	me considerent comme un bon medecin	5. J'apporte une satisfaction du patient, le guérir, si c'est possible...
	respect et reconnaissance patients st reconnaissants patients plus heureux en sortant	6. mes patients sont en bonne santé
	patientele satisfaite	7. mes patients sont en bonne sante
	15 : j'aide mes patients d'une maniere ou d'une autre,	8. Si Je peux soigner les patients qui ont besoin d'être soignés, avec sérénité et leur consacrer le temps dont ils ont besoin
	je soulage mes patients	1. je soigne correctement les patients
	si j'ai la sensation d'être utile à leurs décision de santé	1. j'ai une patientele qui me correspond
	patients ont le sentiment d'être pris en charge correctement	2. mes patients sont bien soignés
	patients satisfaits de ma prise en charge	3. ma patientele est fidele et éduquée
	19 : j'anticipe les demande d'instition (hospitalisation, maison de retraite	4. je soigne bien mes patients
	mais mon portable est toujours allumé	5. mes patients ont confiance en moi
		6. LES PATIENTS M APPRECIENT
		7. mes patients peuvent se confier à moi.....
		8. si mes patients me font confiance
		9. ...mes patients sont contents de moi
		10. j'ai une bonne relation avec ma patientèle
Relation pairs	respect et reconnaissance de mes pairs	
Type d'activité	patientele variée	1. activité diversifiée urgence + medecine de ville
	activité mixte	1. je soigne des gens malades
	urgences + pers âgées + enfants	1. Prevention
	4 : activité variée au cours du temps	2. je diversifie mes activités...
	5 : activité variée	3. intégré ds un réseau
	patients intéressants	4. je fais beaucoup de prévention
	elle est diversifiée (niv socio économiques des patients ,ages,pathologies,structures de travail)	j'arrive à éduquer mes patients
	11 : j'integre un cabinet de groupe	
	j'ai une activité diversifiée (urgences, pediatrie, cabinet de ville...)	
	14 : je travaille en cabinet de groupe avec possibilité de discuter d'un cas difficile avec mes confrères, en mini-staff par exemple	
	2 Elle est variée...	
Science	pratique efficiente	1. je peux faire de la recherche
Resenti global	ça me plait	1. je dors bien, la conscience tranquille sans rien à me reprocher
	mon travail me plait	2. je fais bien mon job

	m'épanouir personnellement ds mon travail	1. organisé
	elle continue à motiver mon reveil le matin	1. ca m'intéresse
	<i>12 : la médecine c'est ma vie</i>	2. Plaisir à me réveiller le matin
	Je ne m'ennuie pas	3. Contente d'aller au boulot tous les matins
	épanouissement dans le travail	4. j'aime mon travail
	non routinière	plaisir de soigner
	prendre le temps nécessaire pour chaque patient, ne pas être pressé	1. j'exerce ds un lieu agréable avec une population qui me correspond

Serment d'Hippocrate

Traduction de Littré.

"Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes.

Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puis-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive! "

1996

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Prière de Maïmonide

« Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'Art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Éloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout: car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Éloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant.»

Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale.

Introduction Le stage ambulatoire de niveau 1 est le premier contact prolongé avec la médecine générale et le milieu libéral pour la plupart des internes en médecine générale. Ils ne savent pas quel exercice médical ils pratiqueront, sont loin des problématiques ambulatoires et ne connaissent pas la pratique quotidienne du généraliste. Leur identité professionnelle de généraliste est à l'état d'embryon avant ce premier stage puisqu'ils n'ont jamais été confrontés à cette pratique spécifique de la médecine. Quel est l'impact de ce stage sur l'identité professionnelle et sur les projets professionnels des internes en médecine générale ?

Matériel et méthode. Les internes inscrits médecine générale à la faculté Paris 7 en stage ambulatoire de niveau 1 entre Novembre 2008 et Octobre 2009 ont été interrogés.

Avant et après leur stage, un questionnaire portant sur la pratique professionnelle et sur la définition d'une identité professionnelle leur a été proposé. Les données recueillies avant et après le stage ont été comparées globalement par les logiciels Epidata®, et EpidataAnalysis®.

Résultats : Après le stage, les internes répondants (45 sur 86 avant le stage et 48 sur 86 après le stage) veulent plus être médecins généralistes qu'avant (RR=1,47 ; IC 95% [1,07 – 2,02], p=0,016).

La puissance de l'étude est insuffisante, et les données ne sont pour les autres questions pas significativement différentes d'avant à après le stage. Le portrait, dressé à partir des réponses après le stage, du médecin généraliste de demain prend en compte ses projets professionnels et son identité médicale.

Les internes souhaitent avoir une activité mixte, en médecine générale, moins de 10 heures par jour, 5 jours par semaine, et pouvoir prendre 5 semaines de vacances par an. Ils se disent prêts à assurer des gardes. Ils veulent privilégier leur vie privée, puis la relation au patient avant une vie quotidienne professionnelle épanouie. Leur identité professionnelle est d'abord à celle d'un « artisan », puis à celle d'un « superman » (artisan militant).

Conclusion. Les internes souhaitent plus exercer en tant que généraliste après le premier stage ambulatoire. Il leur permet de se poser la question de leur pratique professionnelle propre, en milieu ambulatoire. Cette thèse de puissance limitée n'a pas permis de conclure à une différence significative d'identités professionnelles entre avant et après le stage.

Le questionnaire aura été pour les internes une intervention vers la prise de conscience de leur identité médicale.

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : identité professionnelle, projet professionnel, burn-out, stage ambulatoire niveau 1, internat médecine générale

Influence of the first ambulatory course on professional identity and career wishes of general medicine interns.

The first ambulatory course is the first prolonged contact with general practice and the liberal environment for most interns in general medicine. They do not know what sort of medical practice they will have, they are far from ambulatory practice and do not know the daily practice of a General Practitioner. Their professional identity as a generalist is a blank before this first course since they have never been confronted to this specific practice of medicine. What is the impact of this course on generalists interns' professional identity and career plans ? General medicine interns enrolled in the Paris 7 university, doing their first ambulatory course between November 2008 and October 2009 were interviewed.

Before and after their course, a questionnaire on professional practice and the definition of their professional identity has been proposed. The data collected before and after the course were compared globally by Epidata® and EpidataAnalysis®.

The respondents (45 out of 86 before the course and 48 on 86 after the course) want to be Generalists more after the course than before (RR = 1.47, 95% CI [1.07 to 2.02], p = 0.016).

The study power is inadequate, and data are for other issues not significantly different from before to after the course. The portrait, drawn from the responses after the course, of the generalists of tomorrow takes into account his professional projects and medical identity.

Interns want to have a mixed activity in general practice, less than 10 hours per day, 5 days a week and 5 weeks vacation per year. They are ready to provide guards. They want to focus their privacy and the relationship to the patient before a fulfilling professional life. Their professional identity is as a "craftsman" first and after as a "superman" (craftsman activist).

Interns wish to exercise more as a generalist after the first ambulatory course. It allows them to ask about their own professional practice, in outpatient settings. This dissertation of limited power did not permit a finding of significant differences between professional identities before and after the course. The questionnaire has been an intervention for the interns to take care of their medical identity.