

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Richard CHOCRON

Né le 20/05/1984 à Créteil

Présentée et soutenue publiquement le

ORGANISATION DES STAGES DE MEDECINE ADULTE EN PÔLE PEDAGOGIQUE :

Evaluation des avantages et inconvénients des pôles pédagogiques en termes de formation et de fonctionnement des services du point de vue des internes et des enseignants.

Président : Professeur Jean Pierre AUBERT

Directeur : Professeur Bruno LEPOUTRE

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Richard CHOCRON

Né le 20/05/1984 à Créteil

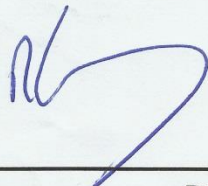
Présentée et soutenue publiquement le

**ORGANISATION DES STAGES DE MEDECINE ADULTE EN
PÔLE PEDAGOGIQUE:**

Evaluation des avantages et inconvénients des pôles pédagogiques en termes de formation et de fonctionnement des services du point de vue des internes et des enseignants.

Directeur : Docteur Bruno LEPOUTRE

Président : Professeur Jean Pierre AUBERT



DES de médecine générale

Je tiens à remercier Monsieur le **Professeur Bruno Lepoutre**, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant d'encadrer ce projet et pour m'avoir judicieusement conseillé.

Je souhaite remercier, Monsieur le **Professeur Jean-Pierre Aubert** pour s'être intéressée à mon étude et de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de thèse.

Je remercie l'ensemble des médecins et professionnels de santé qui m'ont formé pendant mes études.

Je remercie également **Nicolas Noiriél** pour son précieux soutien durant la réalisation de ce travail.

Un grand merci à mes compagnons de route **Elodie, Aurélie, Clémentine, Claire, Marie, Marine, Sophie, Yaëlle et Morgane**, qui, tout au long des études de médecine, m'ont apporté leurs soutiens et avec qui j'ai passé des moments inoubliables.

Merci à mes amis **Clémence, Grégory, Guillaume, Emmanuel, Daniel et la famille Piloquet**.

Un autre grand merci à toute ma famille, **Laura, Jérémy, David, Mickaël et mes parents** pour leur présence tout au long de ces années.

RESUME

Introduction : Médecin de premier recours, le médecin traitant se doit d'être omnipraticien pour organiser le parcours de soins du patient. L'internat de médecine générale doit répondre à ce besoin de polyvalence. Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière qui apparait complexe par sa diversité et l'étendue des connaissances qu'elle impose. Les « pôles pédagogiques » ou « stages couplés » sont une nouvelle organisation des stages de médecine adulte, consistant à regrouper plusieurs services d'un même hôpital en un « pôle » et permettant d'assurer une rotation au bout de 2 ou 3 mois des internes dans les différents services qui composent le « pôle pédagogique ».

Objectif de l'étude : L'objectif de la thèse est d'explorer les avantages et les inconvénients d'un stage de médecine adulte organisé en pôle pédagogique, en termes de formation de l'interne et de fonctionnement du service, du point de vue des internes et les enseignants.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique menée en Ile-de-France par entretiens individuels semi-dirigés. 15 entretiens individuels ont été organisés pendant les mois de septembre et octobre 2012 : 7 internes qui ont expérimentés les pôles pédagogiques et 8 médecins qui ont un rôle d'enseignement ont été interrogés.

Résultats : Les internes sont favorables au système de rotation. Selon eux, la mutualisation des ressources pédagogiques au sein du pôle, l'expérimentation de différentes méthodes de travail, et l'acquisition de réflexes dans chaque spécialité sont des avantages alors que la nécessité de se réadapter à une façon de réfléchir et au fonctionnement du service apparaît comme le principal inconvénient. L'avis des enseignants est plus nuancé. Selon eux, la possibilité pour les internes d'expérimenter plus, de voir la prise en charge d'un spécialiste et l'organisation du suivi en ville apparait comme un avantage mais l'effort supplémentaire consacré à l'enseignement du fait de la rotation se fait au détriment du fonctionnement du service.

Conclusion : L'étude confirme l'intérêt des stages couplés, dans certaines conditions, tenant tant au service (degré raisonnable de spécialisation du service, homogénéité organisationnelle entre services) qu'à l'interne (adhésion, motivation et ancienneté) qu'à l'enseignant (motivation, sensibilisation à la spécificité des stages pédagogiques). Ces facteurs clés de succès devraient permettre un développement raisonné des pôles pédagogiques qui peuvent constituer un bon compromis entre variété des expériences et délai d'acquisition de compétences.

RESUME


Introduction : Médecin de premier recours, le médecin traitant se doit d'être omnipraticien pour organiser le parcours de soins du patient. L'internat de médecine générale doit répondre à ce besoin de polyvalence. Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière qui apparaît complexe par sa diversité et l'étendue des connaissances qu'elle impose. Les « pôles pédagogiques » ou « stages couplés » sont une nouvelle organisation des stages de médecine adulte, consistant à regrouper plusieurs services d'un même hôpital en un « pôle » et permettant d'assurer une rotation au bout de 2 ou 3 mois des internes dans les différents services qui composent le « pôle pédagogique ».

Objectif de l'étude : L'objectif de la thèse est d'explorer les avantages et les inconvénients d'un stage de médecine adulte organisé en pôle pédagogique, en termes de formation de l'interne et de fonctionnement du service, du point de vue des internes et les enseignants.


Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique menée en Ile-de-France par entretiens individuels semi-dirigés. 15 entretiens individuels ont été organisés pendant les mois de septembre et octobre 2012 : 7 internes qui ont expérimentés les pôles pédagogiques et 8 médecins qui ont un rôle d'enseignement ont été interrogés.

Résultats : Les internes sont favorables au système de rotation. Selon eux, la mutualisation des ressources pédagogiques au sein du pôle, l'expérimentation de différentes méthodes de travail, et l'acquisition de réflexes dans chaque spécialité sont des avantages alors que la nécessité de se réadapter à une façon de réfléchir et au fonctionnement du service apparaît comme le principal inconvénient. L'avis des enseignants est plus nuancé. Selon eux, la possibilité pour les internes d'expérimenter plus, de voir la prise en charge d'un spécialiste et l'organisation du suivi en ville apparaît comme un avantage mais l'effort supplémentaire consacré à l'enseignement du fait de la rotation se fait au détriment du fonctionnement du service.

Conclusion : L'étude confirme l'intérêt des stages couplés, dans certaines conditions, tenant tant au service (degré raisonnable de spécialisation du service, homogénéité organisationnelle entre services) qu'à l'interne (adhésion, motivation et ancienneté) qu'à l'enseignant (motivation, sensibilisation à la spécificité des stages pédagogiques). Ces facteurs clés de succès devraient permettre un développement raisonné des pôles pédagogiques qui peuvent constituer un bon compromis entre variété des expériences et délai d'acquisition de compétences.

 12/06/12
NRL

2

 5.6.13
JP. Aubert

Mots clefs : Pédagogie médicale, formation, stages hospitaliers, médecine générale, internes de médecine générale.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	8
2. LES STAGES HOSPITALIERS EN MEDECINE GENERALE	9
2.1. HISTORIQUE DE L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE	9
2.2. DIAGRAMME EVOLUTIF DE LA DUREE DE L'INTERNAT ET DES STAGES HOSPITALIERS	11
2.3. L'ORGANISATION ACTUELLE DU D.E.S DE MEDECINE GENERALE.....	11
2.4. L'OFFRE PEDAGOGIQUE AU COURS DES STAGES HOSPITALIERS	12
3. REFERENTIEL METIER ET COMPETENCES DE LA MEDECINE GENERALE	13
3.1. LE REFERENTIEL PROFESSIONNEL DU MEDECIN GENERALISTE.	13
3.1.1. <i>Référentiels du métier de médecin généraliste défini par la loi HSPT et définition européenne de la médecine générale</i>	13
3.2. LES COMPETENCES DU D.E.S DE MEDECINE GENERALE.....	14
4. LE CHAMP D'ACTIVITE DE LA MEDECINE GENERALE	16
5. LA BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE	18
5.1. MISSION DE CONCERTATION SUR LA MEDECINE DE PROXIMITE, ELIZABETH HUBERT, 2010	18
5.1.1. <i>Contexte et objectif de la mission</i>	18
5.1.2. <i>Méthodologie de la mission</i>	19
5.1.3. <i>Apports de la mission de concertation</i>	19
5.1.3.1. Le retard à l'installation et l'inadéquation de la formation	19
5.1.3.2. Réorientation et services hospitaliers rencontrés.....	20
5.1.3.3. Repenser la formation pratique des internes de médecine générale	20
5.1.4. <i>Lien avec les stages couplés/ pôles pédagogiques</i>	20
5.2. REFLEXION SUR LES ETUDES DE MEDECINE, RAPPORT DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2007	21
5.2.1. <i>Contexte et objectif</i>	21
5.2.2. <i>Réglementation européenne et revalorisation des stages hospitaliers</i>	21
5.2.3. <i>Lien avec les pôles pédagogiques</i>	21
5.3. ENQUETE NATIONALE SUR L'EVOLUTION DE LA FORMATION PRATIQUE DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE, ISNAR-IMG 2007. 22	22
5.3.1. <i>Contexte et objectif de l'enquête</i>	22
5.3.2. <i>Méthodologie de l'enquête</i>	22
5.3.3. <i>Résultats de l'enquête</i>	22
5.3.4. <i>Interprétation des résultats</i>	23
5.3.5. <i>Lien avec les pôles pédagogiques</i>	23
6. UN EXEMPLE DE STAGE COUPLE : L'EXPERIENCE MILITAIRE.....	23
7. LA FRANCE ET L'EUROPE.....	25
7.1. L'HARMONISATION DES ETUDES DE MEDECINE DANS LE CURSUS EUROPEEN LICENCE-MASTER-DOCTORAT	25
7.2. LE CAS PARTICULIERS DES ETUDES MEDICALES.....	26
7.3. NOS PAYS VOISINS EUROPEENS : L'ANGLETERRE ET L'ALLEMAGNE	27
7.3.1. <i>Pourquoi l'Angleterre</i>	27
7.3.2. <i>Pourquoi l'Allemagne</i>	27
7.4. ANGLETERRE - L'ORGANISATION DU 3EME CYCLE – <i>POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION</i>	27
7.4.1. <i>Première partie : Foundation programme– 2 ans</i>	28
7.4.1.1. Généralité	28
7.4.1.2. Déroulement des stages pendant la <i>Foundation Programme</i>	28
7.4.2. <i>La spécialité de médecine générale</i>	29
7.4.2.1. Les stages hospitaliers	29
7.4.2.2. Le stage ambulatoire	29
7.5. ALLEMAGNE L'ORGANISATION DU TROISIEME CYCLE.....	30
7.5.1. <i>L'accès aux spécialités</i>	30
7.5.2. <i>La spécialité de la médecine générale 5 ans</i>	30
7.6. TABLEAU COMPARATIF FRANCE – ANGLETERRE – ALLEMAGNE	32
8. METHODE.....	33

8.1.	CHOIX DE LA METHODE	33
8.1.1.	<i>Choix du type de méthode</i>	33
8.1.2.	<i>Choix de la méthode de recueil des données</i>	33
8.2.	SELECTION DES PARTICIPANTS	34
8.2.1.	<i>Le recrutement des internes et enseignants</i>	34
8.3.	METHODE DU RECUEIL DES DONNEES.....	35
8.3.1.	<i>déroulement des entretiens</i>	35
8.3.2.	<i>le guide d'entretien</i>	35
8.4.	METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS	36
8.4.1.	<i>Première étape : retranscription des données</i>	36
8.4.2.	<i>Elaboration de la grille d'analyse ou de codage</i>	36
9.	ENQUETE TRANSVERSALE – ETAT DES LIEUX DES PÔLES PEDAGOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE.....	37
9.1.	DEFINITION	37
9.2.	ORIGINE	38
9.3.	ÉTAT DES LIEUX EN ÎLE-DE-FRANCE	38
10.	LES RESULTATS	41
10.1.	LES RESULTATS DES INTERNES	41
10.2.	RESULTATS DES ENSEIGNANTS	72
11.	DISCUSSION.....	97
11.1.	FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL DE RECHERCHE	97
11.1.1.	<i>Forces du travail de recherche</i>	97
11.1.2.	<i>Limites du travail de recherche</i>	98
11.2.	PRINCIPAUX RESULTATS ET INTERETS.....	100
11.2.1.	<i>Une durée inférieure à 6 mois est-elle suffisante pour assurer la consolidation des fondamentaux?</i>	101
11.2.2.	<i>Une rotation des internes au bout de 2 ou 3 mois ne pose-t-elle pas de difficultés en termes de temps d'adaptation et de suivi pédagogique ?</i>	102
11.2.3.	<i>Quels sont les apports du pôle pédagogique par rapport à l'organisation traditionnelle des stages pour l'interne / pour l'hôpital ?</i>	103
11.2.4.	<i>Ce type d'organisation correspond-il à une situation gagnant-gagnant pour l'étudiant et le service hospitalier l'accueillant ?</i>	104
11.2.5.	<i>Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente ?</i>	105
11.3.	COMPARAISON AVEC D'AUTRES TRAVAUX EXISTANTS	106
11.3.1.	<i>Le sentiment « d'être prêt à exercer »</i>	106
11.3.2.	<i>Les « impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers »</i>	108
11.3.3.	<i>Les attentes des internes en médecine générale vis-à-vis des stages hospitaliers</i>	109
11.4.	PROPOSITIONS POUR L'AVENIR	111
12.	CONCLUSION	113
13.	BIBLIOGRAPHIE	115
14.	ANNEXES	120

1. INTRODUCTION

Inscrite dans la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, la mise en place du médecin traitant est effective depuis le 1er janvier 2006. Dès lors le médecin généraliste représente le coordonnateur, le référent du parcours de soins du patient. Médecin de premier recours, le médecin généraliste se doit d'être omnipraticien pour organiser le parcours de soins du patient. L'internat de la spécialité de médecine générale doit répondre à ce besoin de polyvalence.

Apparus en 2010 en Île-de-France dans le choix des stages de médecine adulte pour les internes de médecine générale, les « pôles pédagogiques » représentent une innovation en termes de formation. Il consiste à regrouper plusieurs services d'un même hôpital en un « pôle ». Ce « pôle pédagogique » assure une formation théorique et pratique mutualisée des internes. De plus, il permet d'assurer une rotation des internes dans les différents services qui composent le « pôle pédagogique ». Ce dispositif s'inscrit dans la continuité d'une volonté plus large, tant nationale qu'européenne, au travers du processus de Bologne, de repenser la formation des futurs médecins généralistes.

Élisabeth Hubert, ancienne ministre de la santé et médecin généraliste de formation, a rédigé à la demande du président de la République Nicolas Sarkozy, en 2010, un rapport sur l'avenir de la médecine de proximité, en particulier sur les conditions de formation des futurs généralistes. Dans le premier chapitre, « la réforme des études médicales, socle fondamental de la pérennité d'une médecine de proximité »¹, elle indique que la réforme des études médicales est une urgence.

Dans son rapport, elle liste les raisons de la réticence à s'installer des jeunes médecins généralistes. L'une des raisons est le sentiment que la médecine générale est une spécialité complexe par sa diversité et l'étendue des connaissances qu'elle impose. Les pôles pédagogiques pourraient apporter une réponse à cette crainte ressentie par ces futurs médecins généralistes.

J'ai eu l'occasion au cours de mon internat d'expérimenter un semestre de médecine adulte dans des conditions différentes selon une organisation dite en « pôle pédagogique ». Cette expérience m'a poussé à m'interroger sur la pertinence de la formation des internes en médecine générale. A partir de mon expérience au cours de mon stage de niveau 1 en ambulatoire et de ma vision de

l'exercice de la médecine générale, je me suis demandé si cette nouvelle organisation répondait à mes attentes d'une formation optimale.

Par ailleurs, il me semble pertinent de mettre en perspective l'organisation de l'internat français avec l'internat des principaux pays européens que sont l'Allemagne et l'Angleterre. Une comparaison de l'internat dans ces deux pays a été réalisée à cet effet.

L'objectif de la thèse est d'explorer les avantages et les inconvénients d'un stage de médecine adulte organisé en pôle pédagogique, en termes de formation de l'interne et de fonctionnement du service, du point de vue des internes et les enseignants.

2. LES STAGES HOSPITALIERS EN MEDECINE GENERALE

L'internat de médecine générale tel que nous le connaissons actuellement est le résultat d'une évolution des textes législatifs et réglementaires. L'évolution de l'internat de médecine générale sera marquée par des modifications dans sa durée, sa conception, ses priorités et sa composition.

2.1. Historique de l'internat de médecine générale

Depuis l'arrêté du 22 septembre 2004, la médecine générale devient une spécialité à part entière et intègre la famille des Diplôme d'études spécialisé (DES)².

L'historique qui suit, représenté sous la forme d'une frise, a pour objectif de mettre en avant les principales dates marquant l'évolution des stages hospitaliers.

FRISE CHRONOLOGIQUE DE L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE

1958³

Ordonnance Debré

- création des CHU et des stages hospitaliers

1974-1977⁴

Commission Fougère

- Mise en place du 3ème cycle pour la médecine générale
- un stage hospitalier de 18 mois et un stage extra hospitalier de 3 à 6 mois.

1979-1977^{5,6}

loi Veil

- Distinction de l'internat pour les spécialités médicales et du résidanat pour la médecine générale.

1988⁸

- Résidanat de médecine générale dure 2 ans
- un semestre non obligatoire en ambulatoire

1995-1996⁷

- résidanat à 2 ans et demi
- un semestre obligatoire en ambulatoire

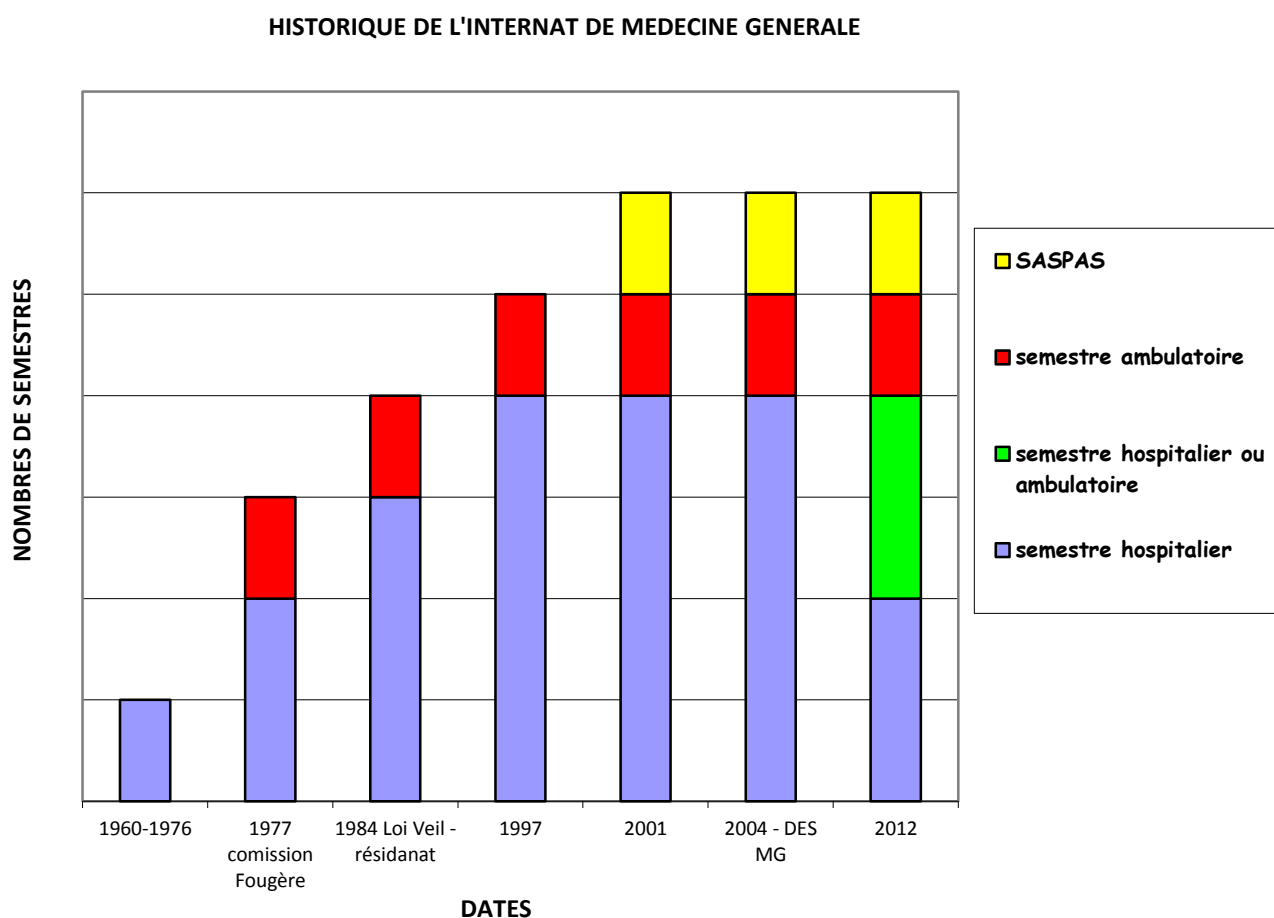
2001^{9,10}

- résidanat à 3 ans
- création du SASPAS

2004¹²

- création du DES de médecine générale
- Internat de 6 semestres

2.2. Diagramme évolutif de la durée de l'internat et des stages hospitaliers



2.3. L'organisation actuelle du D.E.S de médecine générale

La maquette actuelle du D.E.S. de médecine générale est définie par l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 publié au journal officiel du 6 octobre 2004¹¹. Elle se compose de 6 stages hospitaliers dont :

- Trois semestres obligatoires dans des services ou départements agréés pour la médecine générale :
 - Un au titre de la médecine d'adulte : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie ;
 - Un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
 - Un au titre de la médecine d'urgence.
- Un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé.

- Un semestre auprès de praticiens généralistes agréés.
- Un semestre selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année de l'internat :
 - Soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé)
 - Soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

2.4. L'offre pédagogique au cours des stages hospitaliers

Les stages hospitaliers correspondent à une des « zones » d'apprentissage des internes de médecine générale. Le stage hospitalier est composé d'une partie d'apprentissage pratique avec principalement la prise en charge des patients hospitalisés dans le service et une seconde partie pédagogique.

Les stages peuvent offrir différents supports pédagogiques pour la formation des internes, tels que :

- Des cours
- La participation aux consultations
- La participation aux staffs médicaux et réunion de service
- La recherche bibliographique et lecture critique d'article

Les différents outils pédagogiques sont mis en place à l'initiative du service accueillant les internes de médecine et ont pour objectif de compléter et approfondir les compétences acquises au cours du stage hospitalier. L'internat de médecine générale a évolué pour répondre aux besoins de formation des futurs médecins généralistes. Cette formation entre dans le cadre d'un référentiel métier.

3. REFERENTIEL METIER ET COMPETENCES DE LA MEDECINE GENERALE

Comme pour toute profession il existe un référentiel métier du médecin généraliste. Plusieurs institutions telles que le Collège Nationale des Généralistes Enseignants, l'Organisation Mondiale des Médecins généralistes (WONCA) et la loi HSPT proposent de façon quasi homogène un référentiel métier et les compétences correspondantes.

L'internat de médecine générale représente la formation spécifique¹³ de l'étudiant en médecine générale. L'objectif principal de l'internat est d'apporter à l'interne toutes les compétences requises pour exercer son métier de médecin généraliste.

Il correspond à la période professionnalisante du parcours de l'étudiant en médecine.

Les compétences requises au cours des stages hospitaliers sont conformes au référentiel métier qui est lui-même en lien avec le rôle du médecin généraliste.

3.1. Le référentiel professionnel du médecin généraliste.

3.1.1. Référentiels du métier de médecin généraliste défini par la loi HSPT et définition européenne de la médecine générale

Le rôle du médecin généraliste a été nouvellement redéfini par la loi HPST « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » en 2009.

En effet, l'article 14 de la loi HPST¹² donne les missions du médecin généraliste et met l'accent sur le rôle de médecin de proximité et de premier recours.

De plus, l'article 15 de la loi met en avant la nécessité de la mise en place de mesures concernant la formation initiale des internes pour que la formation corresponde au rôle du médecin généraliste.

Les fondements des missions du médecin généralistes¹⁴ de cette loi s'appuient sur les 11 critères¹⁵ (annexe n°1) de la définition européenne de la médecine générale proposée en 2002 par la WONCA.

3.2. Les compétences du D.E.S de médecine générale

Le Collège Nationale des Généralistes Enseignants a élaboré en 2005 la liste des compétences¹⁶ nécessaires à acquérir au cours du DES pour pouvoir exercer la médecine générale.

Les compétences peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les compétences génériques, les compétences décisionnelles spécifiques et les compétences en rapport avec l'activité professionnelle.

L'ensemble des compétences est synthétisé dans le tableau suivant.

LES COMPÉTENCES GÉNÉRIQUES	Gérer le premier contact avec le patient	
	Prendre en charge les problèmes de santé de premier recours	
	Coordonner la prise en charge du patient avec les autres acteurs de la santé	
	Respecter la loi et le code de déontologie	
	Assurer la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient	
	Privilégier le modèle biopsychosocial	
LES COMPÉTENCES DÉCISIONNELLES SPÉCIFIQUES	APTITUDE A LA RESOLUTION	Analyse décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
		Utiliser le temps comme outil décisionnel
		Gérer des situations au stade précoce et avancé
		Prise de décisions selon l'état actuel des connaissances adapté aux besoins du patient
		Intervenir dans l'urgence
		Exécuter avec sécurité les gestes techniques
	LES SOINS CENTRES SUR LA	Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage
		Créer une relation de confiance

	PERSONNE	médecin-patient	
	L'APPROCHE GLOBALE	Gérer simultanément des plaintes et des pathologies diverses et multiples	
		Education du patient à la gestion de sa maladie	
		Assurer l'éducation, la prévention, le dépistage et les soins	
	L'ORIENTATION COMMUNAUTAIRE	Prendre en compte le fonctionnement du système de soins et les moyens disponibles	
		Intégrer logique de santé individuelle et de santé publique	
		Entreprendre et participer à des actions de dépistage	
	LES COMPETENCES EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	SE PREPARER A SON EXERCICE PROFESSIONNEL	Organiser son temps de travail
			Adapter le lieu et les conditions d'exercice
Gérer l'outil de travail			
ACTUALISER ET DEVELOPPER SES COMPETENCES		Adopter une attitude d'autocritique	
		Evaluer sa pratique professionnelle	
		Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue	

L'interne pose ainsi un référentiel de formation. Peut alors se poser la question suivante au regard du sujet de l'étude : les pôles pédagogiques sont-ils adaptés pour permettre aux internes d'acquérir l'ensemble des compétences requises pour exercer la médecine générale ?

4. LE CHAMP D'ACTIVITE DE LA MEDECINE GENERALE

A l'heure actuelle il n'existe pas de documents officiels¹⁷ délimitant la médecine générale. Seules les enquêtes épidémiologiques permettent de réellement définir l'étendue du champ d'activité de la spécialité de médecine générale.

Le médecin général se situe à l'émergence des pathologies face à des situations non-caractéristiques. Il se doit donc d'avoir un champ médical étendu¹⁸ pour répondre à ces diverses situations.

Si les différents rôles et fonctions attribués aux médecins généralistes ont largement été décrits, le contenu exact des connaissances spécifiques à la discipline de médecine générale devenue spécialité médicale n'est en revanche pas clairement défini dans la littérature actuelle.

La question que l'on se pose est de savoir quels sont les contours, les limites ou encore le champ d'activité de la médecine générale.

De même que les médecins généralistes¹⁹ eux-mêmes ne peuvent donner une définition exacte de la médecine générale : selon eux, il existe autant de représentations de ce qu'est la médecine générale que de médecins qui l'exercent. Cette approche suggère l'absence de socle à la discipline de la médecine générale.

Prenons l'exemple de la rhumatologie. Le Collège Français des Médecins Rhumatologue²⁰ (CMFR) édite chaque année le référentiel métier du rhumatologue dans lequel est listé de façon exhaustive l'ensemble des pathologies que comporte le champ de la rhumatologie.

Contrairement aux autres spécialités médicales à l'heure actuelle, il est donc difficile de définir clairement et de façon exhaustive le « *core curriculum* » de la médecine générale.

Cependant les études épidémiologiques sur les motifs de consultations en médecine générale peuvent de fait en définir le champ d'activité et ses limites.

Depuis 1992²¹ la société française de médecine générale (SFMG) a mis en place un réseau de médecins généralistes informatisés constituant l'observatoire de la médecine générale, fondé sur le relevé des pratiques et des consultations.

Ce réseau sentinelle permet d'établir chaque année un dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale (annexe n°2). Ce dictionnaire regroupe l'ensemble des phénomènes pathologiques et des motifs de consultations rencontrés en ville. Les phénomènes répertoriés

représentent environ 95% des cas rencontrés et répondent à « *loi de répartition régulière des cas* ».

En d'autres termes, le dictionnaire permet d'établir²² le champ d'activité de la médecine générale.

Dans les annexes sont répertoriés les 278 résultats de consultations issus du dictionnaire des consultations.

En 2002 et 2004, la DREES²³ (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) a effectué une enquête auprès de 922 généralistes exerçant en ville. L'objectif principal de cette enquête est d'étudier le contenu des consultations. Elle a permis de recueillir 44 000 motifs de consultations et 600 motifs de visites.

L'enquête a permis d'établir un tableau des motifs de consultations et leur fréquence. Cependant l'enquête ne fournit pas d'informations sur l'étendue de la prise en charge de chaque motif. Ce qui ne permet pas de baliser le champ d'activité de la médecine générale.

Peut-on réellement produire le *core curriculum* de la médecine générale ? On sait quand commence la médecine générale, aux premiers symptômes, mais on ne sait pas jusqu'où elle s'étend. Le champ de la médecine générale est-il à l'image de l'étendue des connaissances du médecin qui la pratique ?

Au vu des résultats des enquêtes épidémiologiques²⁴, il apparaît nettement que le champ d'activité de la médecine générale est vaste sans être précisé. La formation du futur généraliste doit tenter de répondre à cette difficulté : être vaste et complet à la fois. Le système des pôles pédagogiques peuvent-ils répondre à cette équation ?

5. LA BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE

Les pôles pédagogiques s'inscrivent dans une dynamique actuelle de réforme des études médicales. Les rapports sur la médecine de proximité et celui de l'ordre des médecins proposent de repenser l'internat de médecine générale et une enquête nationale de 2007 met en avant cette volonté de réforme des stages hospitaliers au cours de l'internat, exprimée par les internes eux-mêmes.

Les pôles pédagogiques ou stages hospitaliers couplés est un sujet nouveau. A l'heure actuelle, il n'existe aucune littérature scientifique spécifique sur le sujet. Mon travail de recherche s'est donc tourné vers les études, les rapports, les enquêtes qui se rapprochent du sujet des stages hospitaliers.

Les différentes bibliographies offrent chacune leur point de vue.

5.1. Mission de concertation sur la médecine de proximité, Elizabeth Hubert, 2010

5.1.1. Contexte et objectif de la mission

En 2010, l'ancienne ministre de la santé et de l'assurance maladie et médecin généraliste de formation se voit confier par le président de la République Nicolas Sarkozy une mission de concertation sur la médecine de proximité.

La mission entre dans le cadre d'une volonté gouvernementale et nationale d'offrir aux Français un accès équitable à des soins de premiers recours de qualité.

L'objectif principal de la mission est d'établir premièrement une analyse factuelle et temporelle de l'offre de santé de la médecine ambulatoire, et deuxièmement d'émettre des propositions concrètes aux difficultés soulevées.

5.1.2. Méthodologie de la mission

La mission s'étend sur 6 mois à partir d'avril 2010. Elle est composée d'une équipe de médecins et de non médecins.

La première partie, dont l'objectif est d'effectuer un état des lieux de la médecine de proximité, consiste en l'analyse de :

- Rapports, des études émanent d'instances faisant autorité dans leurs domaines (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, Haute Autorité de Santé, Agence d'Evaluation de la Recherche dans l'Enseignement Supérieur,...) ;
- D'entretiens avec les représentants d'associations syndicales, d'ordres des professionnels de santé, association d'usagers ;
- D'auditions de professionnels de santé, visite des de structures de soins de proximité.

5.1.3. Apports de la mission de concertation

La mission propose plusieurs réformes relatives à la formation des futurs médecins de proximité, les internes de médecine générale, pour correspondre au mieux à la réalité de leur future pratique de la médecine générale. En effet, le rapport titre dans la troisième partie de son premier chapitre « *réformer les études médicales est une urgence* »¹.

Au cours de ses multiples entretiens plusieurs représentants des professionnels de la santé et les jeunes générations de médecins dénoncent l'inadéquation de la formation des médecins avec leur pratique de la médecine générale.

5.1.3.1. Le retard à l'installation et l'inadéquation de la formation

Une des raisons donnée pour le retard à l'installation des jeunes médecins qui devient de plus en plus tardive (l'âge moyen d'installation a augmenté de 4 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes de 1980 à 1999²⁵) est le sentiment d'inaptitude professionnelle exprimé par les jeunes médecins généralistes. En effet, ils considèrent que la formation est inadaptée à l'exercice de leur activité ambulatoire.

Ce sentiment « d'insécurité professionnelle » est d'autant plus marqué par la complexité, la diversité et l'étendue des connaissances qu'impose la spécialité de médecine générale.

5.1.3.2. Réorientation et services hospitaliers rencontrés

Au cours de l'internat de médecine générale, les internes sont amenés à effectuer un stage dans des services de spécialité médicale qui deviennent de plus en plus spécialisés. Les pathologies rencontrées correspondent à une faible voire très faible partie du champ de la médecine générale. De plus, leur unique expérience durant un semestre dans la spécialité constitue leur unique référentiel pour leur pratique future. Ainsi, par méconnaissance de la médecine ambulatoire, les jeunes médecins s'orientent vers un projet professionnel essentiellement hospitalier.

5.1.3.3. Repenser la formation pratique des internes de médecine générale

La mission émet plusieurs propositions concernant l'organisation de l'internat de médecine générale. La principale hypothèse est d'augmenter le nombre de semestres en stage ambulatoire, ce qui entre dans l'esprit actuel de vouloir augmenter le nombre d'années du DES de médecine générale à 4 années²⁶.

Une autre proposition concerne les stages en milieu hospitalier. Les internes doivent effectuer leur stages dans des services hospitaliers agréés au titre de la médecine générale. Cet agrément doit prendre en compte en particulier « *la polyvalence de leur recrutement* » et « *leur caractère formateur* ».

5.1.4. Lien avec les stages couplés/ pôles pédagogiques

La formule actuelle des stages couplés en milieu hospitalier pourrait, au vue des avis des professionnels de santé recueillis au cours de cette mission, répondre aux différentes recommandations données par la mission de concertation.

Les pôles pédagogiques peuvent-ils répondre au manque de diversité, de polyvalence et de parallélisme avec la future de pratique de la médecine générale ?

5.2. Réflexion sur les études de médecine, Rapport de l'ordre national des médecins, 2007

5.2.1. Contexte et objectif

Le conseil de l'ordre met en place une commission de réflexion composée de membres de l'ordre des médecins sur les modalités de la formation des futurs médecins dans la volonté d'intégration des études médicales françaises dans le système européen introduite par la Déclaration de Bologne du 19 juin 1999²⁷.

L'objectif principal est d'apporter des propositions d'amélioration et modification de l'organisation actuelle des études médicales françaises pour répondre aux exigences fixées par la Commission européenne en termes de formation.

5.2.2. Réglementation européenne et revalorisation des stages hospitaliers

L'article 28 de la directive européenne 2005-36 règle les modalités de la formation de la médecine générale et la durée minimum, fixée à 6 mois au moins dans un établissement hospitalier agréé disposant « *des services appropriés* » au cadre de la médecine générale.

L'ordre national propose en réponse à cette réglementation une revalorisation des stages en axant sur la spécificité et des objectifs cliniques à acquérir. Le stage hospitalier a pour ainsi principal objectif de palier aux éventuelles lacunes encore à combler dans telle ou telle spécialité médicale.

5.2.3. Lien avec les pôles pédagogiques

Les pôles pédagogiques peuvent répondre aux deux exigences exposées ci-dessus en apportant, en 6 mois, plusieurs expériences dans différentes spécialités. Ces passages permettent à l'interne de se centrer sur les lacunes qu'il lui reste à combler dans la spécialité correspondante.

5.3. Enquête nationale sur l'évolution de la formation pratique de l'interne de médecine générale, ISNAR-IMG 2007.

5.3.1. Contexte et objectif de l'enquête.

La médecine étant devenue une spécialité depuis 2004, le principal syndicat des internes de médecine générale a voulu établir un état de lieux de la maquette du DES de médecine générale. L'objectif de cette enquête²⁸ est de recueillir l'opinion des internes de médecine générale sur leur formation pratique actuelle ainsi que sur une éventuelle réforme du DES de médecine générale.

5.3.2. Méthodologie de l'enquête

Il s'agit d'une enquête à l'échelle nationale sur l'ensemble du territoire français.

Un questionnaire comprenant 47 questions sur l'organisation actuelle de la formation de la médecine générale a été envoyé à plus de 3000 internes par voie postale. 923 réponses ont été recueillies et analysées.

5.3.3. Résultats de l'enquête

Eléments	Pourcentage d'internes (%)
Favorable au principe de maquette de stages à accomplir	93.6
Durée de stage à 6 mois semble adaptée	83
Maquette de stage avec les cours jugés assez polyvalent	79
Favorable à une réforme du DES de MG	63.8
Favorable à un allongement du DES de MG à 4 ans	48
Si allongement, favorable à 2 semestres en milieu hospitalier	2.3
Conserver le stage de médecine adulte	86.9
Les services de spécialités d'organes tel que la cardiologie, la pneumologie, la gastrologie, la neurologie, la dermatologie semblent davantage adaptés à la formation des internes de MG	50.9

5.3.4. Interprétation des résultats

Les résultats de l'enquête reflète un réel désir des internes pour une réforme de la maquette actuelle du DES de médecine générale. La priorité qui se ressent au vu des résultats est une formation plus axée sur des stages en ambulatoire mais également des stages hospitaliers repensés en lien direct avec les compétences professionnelles spécifiques à la médecine générale. Selon la majorité des internes, les stages hospitaliers restent indispensables mais ne sont pas assez adaptés à la pratique future de la médecine générale.

Ils proposent une maquette allongée à 4 années, mais en gardant à l'esprit qu'ils souhaiteraient voir se réduire le tronc commun avant l'ECN à 5 années au lieu de 6 années. La durée d'étude à 9 ans semblent adaptée mais en renforçant la formation pratique clinique. L'objectif étant de couvrir l'ensemble des compétences/aptitudes nécessaire à l'exercice de la médecine générale.

5.3.5. Lien avec les pôles pédagogiques

Les stages couplés hospitaliers peuvent apporter une réponse à cette volonté exprimée par les internes de devenir « plus » compétents et aptes à la fin de leur internat. Les pôles pédagogiques en couplant les stages de spécialités différentes permettent d'élargir le champ de compétences en respectant les conditions de temps imposées par la maquette en semestre.

6. UN EXEMPLE DE STAGE COUPLE : L'EXPERIENCE MILITAIRE

La formation médicale initiale des médecins généralistes civils et militaires est identique²⁹, à ceci près que le semestre chez le praticien se déroule dans les unités militaires (casernes, régiments,...)

Depuis plusieurs années, les médecins militaires ont mis en place dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) des stages organisés en pôles pédagogiques¹. En Ile-de-France, il existe trois HIA, l'hôpital de Percy, l'hôpital de Bégin et l'hôpital du Val de Grâce. L'hôpital de Percy et celui du Val de Grâce proposent chacun une maquette de stage couplé 3 mois - 3 mois.

¹ Consultation du site internet : <http://www.defense.gouv.fr/sante>.

Tableau récapitulatif des stages coupés dans les HIA

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES	STAGE COUPLE
PERCY	Médecine interne associé à soit: Hématologie Pneumologie Hépatogastro-entérologie
VAL DE GRACE	Cardiologie et Neurologie

Le stage couplé proposé par l'hôpital de Percy est effectué par tous les internes de médecine générale de chaque promotion. En effet, c'est un des seuls stages qui permet de valider la médecine adulte dans les HIA. Les stages couplés proposent en plus des cours dispensés par l'Ecole de Santé des Armées (ESA) des cours hebdomadaires reprenant les pathologies vues dans les différents services. Les cours sont suivis par l'ensemble des internes du pôle pédagogique.

D'après l'avis du responsable pédagogique des stages hospitaliers, le Professeur Rapp et les évaluations de stages, les stages couplés semblent être acceptés et appréciés par les internes de médecine générale. Il en est de même pour les enseignants hospitaliers, car le stage couplé n'est pas une obligation mais apparaît plus comme une volonté du centre hospitalier qui l'organise.

Le stage couplé correspond à la logique guidant la formation des médecins militaires : les besoins de formations des futurs médecins sont pré-identifiés et adaptés à leur future affectation. Au cours de leurs cursus les internes de médecine générale militaires ont des objectifs bien précis. Un exemple est donné dans la spécialité ORL. Un futur médecin généraliste militaire doit savoir contrôler une épistaxis par l'intermédiaire des différentes techniques de méchage qui figurent dans leurs objectifs pédagogiques spécifiques à la médecine militaire. Dans cette optique, au cours du semestre en service d'urgence, l'interne passera une ou deux semaines dans un service d'ORL pour apprendre spécifiquement les gestes utiles à leur pratique future. Il en est de même pour la chirurgie, l'ophtalmologie et la dermatologie. Je cite le professeur Rapp (annexe n°15) qui indique ainsi que : « *Je pense qu'en médecine générale [militaire] on s'est plus impliqués dans la formation de nos internes, on s'est demandé ce qui est utile pour nos internes, et ainsi cela nous a permis de définir des objectifs pédagogiques précis pour la médecine générale militaire. On a des*

programmes et une réflexion par rapport à notre exercice qui est sans doute plus avancée plus pragmatique [qu'en médecine générale] ».

Le stage couplé apparaît ainsi comme une méthode pratique et volontairement mise en place pour varier les expériences et remplir ainsi le cahier des charges dans le laps de temps imparti pour l'internat. Comme le résume le professeur Rapp : « *Cela doit correspondre à un compromis entre les objectifs et le temps consacré.* »

Cette approche qui consiste à identifier les besoins ex ante apparaît intéressante mais elle semble toutefois difficilement transposable de façon aussi précise à la formation des futurs médecins généralistes civils.

Après l'exemple de la médecine militaire, je me suis intéressé à la formation des médecins généraliste en Europe.

7. LA FRANCE ET L'EUROPE

Malgré la volonté d'harmoniser la formation et les études universitaires médicales au sein de l'Europe, il existe encore des différences entre la France et ses voisins européens. Prenons l'Angleterre et l'Allemagne : la médecine générale y est considérée comme une spécialité mais chaque pays propose une formation différente.

7.1. L'harmonisation des études de médecine dans le cursus européen Licence-Master-Doctorat.

Dans le cadre de la construction de l'Espace Européen de l'enseignement supérieur appelé Processus de Bologne³⁰, le cursus universitaire européen doit répondre au schéma Licence-Master-Doctorat.

Chacun de ces grades étant obtenu en 3 ans pour la licence, 2 ans pour le Master et en 3 ans ou plus pour le Doctorat.

Ce système présente plusieurs avantages potentiels avec :

- l'harmonisation européenne des formations de santé,
- la libre circulation des praticiens dans l'Union Européenne,

- la création d'équivalences universitaires et le développement de « passerelles » entre les filières de formation, ce qui favorise la mobilité, l'interdisciplinarité et la réorientation éventuelle des étudiants vers d'autres spécialités.

En France, les gouvernements successifs ont choisi, dans les disciplines non médicales, de transformer progressivement les cursus universitaires pour les adapter à la réforme Licence-Master-Doctorat³¹. Actuellement, la quasi-totalité des cursus universitaires répondent aux conditions posées par le processus de Bologne.

Cependant, l'adaptation aux études de médecine reste limitée. La médecine se présente comme un cas particulier, pour l'ensemble des pays de l'Union européenne.

7.2. Le cas particuliers des études médicales

En effet, la directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005³² fixe les conditions minimales de formation permettant aux professionnels de santé de bénéficier de la reconnaissance de leur diplôme dans les États membres. L'article 28 de la directive précise que la durée de la formation spécifique délivrée en médecine générale, en sus des six années de formation du tronc commun, est d'au moins 3 années à temps plein.

Ainsi, la durée minimale de la formation des médecins généralistes européens, dans les pays dont la médecine générale constitue une spécialité, est de 9 années.

Cependant la directive européenne n'entre pas dans les détails de l'organisation du troisième cycle, notamment sur la durée des stages.

La directive dit seulement que : « *la structure et le niveau de la formation professionnelle du stage professionnel ou de la pratique professionnelle sont déterminés par les dispositions législatives, réglementaires ou administratives de l'Etat membre en question ou font l'objet d'un contrôle ou d'un agrément par l'autorité désignée à cet effet* »².

Plus loin dans la directive, il est spécifié que la formation de la médecine générale doit comporter :

- Six mois au moins dans le cadre d'une pratique de médecine générale (stage ambulatoire ou centre agréé de soins primaires)
- Six mois au moins dans une structure hospitalière agréée pour la médecine générale.

² Article 3, point 5, page 27 de la directive européenne 2005/36/CE.

7.3. Nos pays voisins européens : l'Angleterre et l'Allemagne

Cette volonté d'harmonisation amène à des changements, des améliorations et même des nouveautés dans l'organisation de la formation des étudiants en médecine et plus particulièrement la formation des internes en médecine générale.

Pour avoir un regard critique et constructif sur l'organisation du troisième cycle des études médicales en France, je me suis penché sur le cas de nos voisins européens. Je me suis tout particulièrement intéressé à la formation des médecins généralistes en Angleterre et en Allemagne.

7.3.1. Pourquoi l'Angleterre

Au cours de mon externat, j'ai eu l'occasion d'effectuer mon dernier stage du DCEM 4 en médecine interne de l'hôpital *Epsom and Saint-Helier Hospital* de Londres. Cette expérience m'a permis de découvrir un nouveau système d'éducation. La formation des internes est très différente de la nôtre, surtout la formation des médecins généralistes.

7.3.2. Pourquoi l'Allemagne

A l'heure actuelle au sein de la zone euro, l'Allemagne fait office de référent. Tant sur le plan économique que sur le plan médical. En effet, l'Allemagne figure parmi les pays qui présentent le meilleur système de santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé³³. L'organisation des études médicales diffère de la nôtre et de l'organisation britannique. Il me semble intéressant de comparer notre façon d'enseigner la médecine à celle des Britanniques et des Allemands. Cette comparaison se concentrera sur le déroulement du troisième cycle du cursus des futurs généralistes.

7.4. Angleterre - l'organisation du 3ème cycle – *Postgraduate medical education*

L'équivalent britannique de notre troisième cycle français est le *postgraduate medical education*³⁴. Celui-ci se découpe en deux parties. La première qui est commune à l'ensemble des spécialités dont celle de la médecine générale et que l'on nomme le *Foundation Programme* et la seconde

partie qui permet de s'orienter vers une spécialité qui correspond à la *higher specialist training*.

7.4.1. Première partie : *Foundation programme*– 2 ans

7.4.1.1. Généralité

Le « *Foundation programme* »³⁵ dure deux années. La première année est nommée *Foundation year one* ou F1 (anciennement PRHO : *pre-registration house officer*) et la seconde *Foundation year two* ou F2.

Pour obtenir une place en F1 et F2, tout ce passe comme pour une demande d'emploi traditionnelle auprès des établissements hospitaliers universitaires, mais la compétition est rude et le dossier universitaire est très important.

7.4.1.2. Déroulement des stages pendant la *Foundation Programme*

La première année F1 permet aux internes de commencer à prendre en charge des patients en situation de supervision directe et de consolider leurs acquis. La deuxième année F2 permet aux internes d'être plus autonomes dans la prise en charge des patients, de prendre des initiatives. Il existe toujours une supervision mais qui est semi-directe assurée par les médecins de chaque service.

Au cours de ces deux années, les internes ou *postgraduated student* doivent couvrir un ensemble d'objectifs et de compétences fixé par le *Public Health Education for Medical Students*³⁶. Ces compétences et ces objectifs sont comparables en France et en Allemagne.

Chaque année peut se diviser soit en 3 stages de 4 mois, soit en deux stages de 6 mois. Les postes dépendent de la carrière que l'on souhaite poursuivre. Il est assez important de savoir, assez tôt, dans quelle spécialité on veut se diriger pour pouvoir effectuer les bons stages. Cependant quelques stages sont obligatoires. Chaque interne doit effectuer :

- au moins 6 mois en chirurgie générale et,
- au moins 6 mois en médecine générale.

- Pour les autres stages, l'interne doit présenter un projet professionnel en accord avec leur faculté de médecine. Le choix des stages est donc orienté par la spécialité envisagée par l'interne.

Lorsque l'interne valide les 24 mois de stages et l'ensemble des compétences et objectifs requis, le *postgraduate student* est considéré comme *fully registred*.

7.4.2. La spécialité de médecine générale

Après les 2 ans de stage hospitalier, il faut effectuer 3 à 8 ans de *postgraduate specialist training* selon que l'on veut faire de la médecine générale ou une spécialité.

La spécialité de la médecine générale dure 3 ans. La maquette de la médecine générale ressemble sur plusieurs points à celle de la France. En effet, l'interne doit effectuer deux ans de stages en milieu hospitalier et une année en médecine ambulatoire.

7.4.2.1. Les stages hospitaliers

La durée des stages³⁷ peut varier de 6 mois à un an. Les stages hospitaliers doivent couvrir au moins deux spécialités parmi la pédiatrie, la médecine interne, la gériatrie, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrique ou les urgences. L'interne prend alors le statut de *Senior House Officer (SHO)*.

7.4.2.2. Le stage ambulatoire

Le stage ambulatoire³⁷ dure un an. Lorsque l'interne est en stage ambulatoire on le nomme *GP registrar*³⁸, qui signifie médecin généraliste en formation. Comme pour les stages hospitaliers, l'interne doit trouver par lui-même son lieu de stage. Cela se passe comme une recherche d'emploi avec des entretiens et un dossier.

Il est possible pour l'interne, le *GP registrar*³⁹, d'avoir une activité à mi-temps à l'hôpital et mi-temps en soins primaires ambulatoires. Mais en respectant toujours la durée requise pour valider sa maquette de médecine générale. C'est-à-dire valider l'équivalent d'une année entière à temps plein en médecine générale ambulatoire.

La formation de la spécialité de la médecine générale est clôturée par un examen. Il est composé d'une évaluation des connaissances, des aptitudes à mener un entretien. Un médecin généraliste qualifié et qui a finalisé sa formation s'appelle un GP principal.

7.5. Allemagne l'organisation du troisième cycle

7.5.1. L'accès aux spécialités

L'accès aux spécialités ne fait pas l'objet de mécanismes administratifs de régulation, mais il est limité par l'offre de formation. A ce stade, les lieux de stages ne sont plus garantis par l'Etat et les étudiants intéressés par une spécialité doivent trouver eux-mêmes les lieux de stage nécessaires pour réaliser l'ensemble des actes requis pour la validation du diplôme de la spécialité visée. C'est donc l'offre de stages qui, de façon indirecte, régule l'accès aux spécialités, selon le principe de l'offre et de la demande.

Elle est donc conditionnée par l'obtention de stages dans les hôpitaux ou chez des médecins agréés.

Contrairement à la formation initiale des médecins qui incombe aux *Länder*, la formation spécialisée est organisée par l'Ordre fédéral des médecins allemands (« *Bundesärztekammer* ») qui définit le contenu, la durée, les objectifs de la formation et les titres des spécialités médicales, ce qui correspond en Allemand à « *Weiterbildungsordnung* »⁴⁰.

La formation spécialisée comprend essentiellement une formation pratique, en tant que « médecin assistant » « *Assistenzarzt* » qui correspond à notre statut d'interne.

Il existe 41 spécialités de médecine. La formation dure entre 4 et 6 ans en fonction des spécialités. La spécialisation de médecine générale (« *Allgemeinmedizin* ») dure 5 années⁴¹.

7.5.2. La spécialité de la médecine générale 5 ans

La durée minimale est de 60 mois dans des centres de formation agréés (hôpitaux, centre de santé, cabinet de généraliste), dont :

- 36 mois en médecine interne/polyvalente en milieu hospitalier.

(dont jusqu'à 18 mois dans un centre de santé nommé centre ambulatoire ; parmi ces 18 mois, 3 mois de formation en santé publique seront également acceptés).

- 6 mois de chirurgie soit en milieu hospitalier, soit en ambulatoire.
- 18 mois de formation continue dans les soins primaires ambulatoires dans un cabinet d'un généraliste.

Durant les 5 années de la spécialisation, 80 heures de cours spécifiques aux soins primaires seront délivrées aux internes.

Pour s'inscrire à l'examen final de sa spécialisation⁴², l'interne doit prouver le contenu quantitatif et qualitatif de sa formation. Cet examen final consiste en un examen écrit et un oral⁴³.

7.6. Tableau comparatif France – Angleterre – Allemagne

PAYS	FRANCE	ANGLETERRE	ALLEMAGNE
Durée des études de base	6 ans	5 ans	6 ans et 3 mois
Durée de la spécialisation de médecine générale	3 ans	5 ans (2 + 3ans)	5 ans
Maquette de la spécialité de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> .Médecine adulte .Pédiatrie .Gynécologie .Urgences .Stage ambulatoire .2 stages libres .SASPAS 	<ul style="list-style-type: none"> <i>.Foundation Programme</i> .Chirurgie générale .Médecine <i>.Posgraduate specialist training</i> .Pédiatrie .Médecine interne .Gynécologie .Psychiatrie .Urgences .Stage ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> .Spécialité Médicale .Médecine Interne .Stage ambulatoire .Chirurgie générale
Durée des stages hospitaliers	6 mois	4 mois à 12 mois	6 à 36 mois
Durée des stages ambulatoire	6 mois	12 mois	18 mois

8. METHODE

8.1. Choix de la méthode

8.1.1. Choix du type de méthode

L'objectif de l'étude est, à partir des expériences terrain des acteurs principaux des stages couplés ou dits en pôles pédagogiques, d'obtenir les éléments pour caractériser au mieux les avantages et les inconvénients de ce nouveau mode d'organisation des stages de médecine adulte au cours de l'internat de médecine générale.

- leur ressenti,
- leur vécu,
- leurs opinions,
- leur point de vue,
- leurs besoins en termes de formation clinique et pédagogiques
- Leurs attentes mutuelles.

Ce qui permet de recueillir ce type d'informations et de données est une enquête qualitative.

La recherche qualitative ^[44-53] permettra de faire ainsi émerger les avantages et les inconvénients du nouveau dispositif des stages couplés.

8.1.2. Choix de la méthode de recueil des données

La méthode de recueil des données choisie est celle des entretiens individuels et non de groupes. Parmi les différents types d'entretien individuel, j'ai opté pour des entretiens semi-dirigés ou semi-structurés. En effet, cette méthode a été choisie d'une part parce qu'elle permet d'obtenir des informations approfondies des divers acteurs de l'enquête, d'autre part étant donné la présence d'une hiérarchie au sein des services hospitaliers entre les internes et les chefs, il est préférable de choisir l'entretien individuel pour éviter toute interaction, minimisation ou encore omission volontaire d'éléments de vécu, d'expériences indispensables à la compréhension du fonctionnement des stages couplés de certains acteurs notamment parmi les internes.

8.2. Sélection des participants

Les principaux acteurs des pôles pédagogiques sont les internes et les séniors des services hospitaliers participant au principe de la rotation. Chaque acteur a son propre point de vue sur le système des stages couplés. Surtout il est intéressant et essentiel de confronter le point de vue des enseignants à celui des apprenants, les internes.

Lors de la sélection des participants, j'ai voulu privilégier la variété en termes d'expérience, de spécialité, des projets professionnels, de recul vis-à-vis du stage couplé, de la fraîcheur du vécu de l'expérience en pôle pédagogique.

Mon choix s'est axé sur les internes actuellement en poste dans les pôles pédagogiques. Afin d'augmenter la diversité des données, j'ai également interviewé des internes qui ont fait leur stages couplés dans un semestre précédent.

Pour les enseignants, la sélection s'est faite sur ceux qui ont un rôle direct avec les stages couplés. Les séniors qui encadrent les internes au sein de service et les chefs de services. Les enseignants maîtres de stage en médecine générale ont également été interrogés.

8.2.1. Le recrutement des internes et enseignants

La meilleure période pour effectuer les entretiens est la fin d'un semestre. Cette période permet d'avoir conjointement l'opinion des internes qui viennent de finir leurs stages couplés et celui des enseignants qui les ont supervisés. Ce qui assure une minimisation du biais de mémorisation de leur opinion.

8.3. Méthode du recueil des données

La méthode utilisée pour les entretiens est celui des entretiens individualisé face à face. Le contact avec les internes et les enseignants des différents pôles pédagogiques d'Île-de-France s'est fait par l'intermédiaire téléphonique ou par e-mail.

8.3.1. déroulement des entretiens

Les premiers mails et les premiers appels téléphoniques se sont déroulés au cours du mois de septembre et octobre 2012. L'ensemble des entretiens se sont déroulés au cours du mois d'octobre 2012 sur l'ensemble des stages couplés proposés en Ile-de-France. Par la suite au vu des premiers résultats de l'étude, j'ai décidé d'interroger les maîtres de stage en médecine générale.

8.3.2. le guide d'entretien

A partir des hypothèses et des questions émises initialement, j'ai établi un certain nombre de questions générales en lien direct avec l'environnement du stage couplé et son modèle de fonctionnement.

L'idée de la thèse m'est venue au cours de mon stage couplé. Mon expérience personnelle au sein d'un pôle pédagogique m'a permis de soulever les principales problématiques, hypothèses et questions.

Il est clair que la vision des enseignants et celle des internes sur les pôles pédagogiques n'est pas la même. Il est nécessaire d'avoir deux guides d'entretien un pour les enseignants et un pour les internes. (Annexe n°1 : guide d'entretien des internes et annexe n°2 : guide d'entretien des enseignants)

Une première version du guide d'entretien a été testée sur une interne ayant effectué le stage couplé et sur un enseignant. Leurs réponses aux différentes questions du guide d'entretien ont permis de réadapter les formulations interrogatives.

8.4.Méthode d'analyse des résultats

L'analyse des données qualitative dont la plus connue est l'analyse de contenu est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews. Elle consiste à retranscrire les données qualitatives sous la forme d'une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter.

Mon objectif dans l'analyse des données est d'être le plus objectif possible.

L'étude minutieuse des données recueillies permet d'en extraire les idées et le contenu.

L'approche interprétative s'attache à dégager les résultats en fonction des réflexions et de la subjectivité du chargé d'étude

8.4.1. Première étape : retranscription des données

Avant de débiter mon analyse des résultats, j'ai retranscrit par écrit l'ensemble des enregistrements audio. La retranscription a été faite mot à mot sans interprétation et sans abréviation. L'ensemble des *verbatim* représente les données brutes de l'étude. Tous les entretiens sont disponibles en annexes (annexe n°5 à n°19)

8.4.2. Elaboration de la grille d'analyse ou de codage

La grille d'analyse comporte des critères ou **catégories d'analyse** qui correspondent aux objectifs/hypothèses/questions cités initialement dans la fiche de thèse de l'étude. J'utilise cependant un codage ouvert qui permet au fil de l'analyse des différents entretiens de faire ressortir des **sous catégories ou idées de base** que je regroupe dans un deuxième temps en **catégories correspondant à mes hypothèses de départ**.

Je suis donc parti des hypothèses et questions initiales pour constituer la première colonne de mon tableau d'analyse. A partir des hypothèses, j'ai classé les verbatim issus de mes entretiens.

Le tableau suivant est une représentation schématique du tableau d'analyse du contenu des entretiens semi-dirigés.

CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	VERBATIM
QUESTIONS DE L'ETUDE	IDEE DE BASE	REponses AUX NTERVIEWS

9. ENQUETE TRANSVERSALE – ETAT DES LIEUX DES PÔLES PEDAGOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE

Les pôles pédagogiques ou stages couplés sont un nouveau dispositif pédagogique mis en place en Île de France qui reste encore méconnu. Depuis 2010, plusieurs hôpitaux proposent leur propre version de pôle pédagogique.

9.1. Définition

Il s'agit d'un dispositif expérimental d'organisation des stages hospitaliers de médecine adulte dans le cadre du D.E.S de médecine générale. Il consiste à regrouper plusieurs services d'un même hôpital en un « pôle ». Ce « pôle pédagogique » assure une formation théorique et pratique mutualisée des internes. De plus, il permet d'assurer une rotation des internes dans les différents services qui composent le « pôle pédagogique ».

Le nombre de rotation au cours du semestre peut être au nombre d'une ou de deux :

- Soit une seule rotation pour diviser le semestre en deux périodes de trois mois dans deux services différents.
- Soit deux rotations pour diviser le semestre en trois périodes de deux mois dans trois services différents.

Sur l'ensemble du semestre l'ensemble des internes du même pôle pédagogique participent aux mêmes enseignements. De plus, les internes peuvent participer aux consultations de l'ensemble des spécialités du pôle pédagogique.

Par ailleurs, l'organisation en pôle pédagogique permet aux services accueillant d'obtenir l'agrément comme stage validant la médecine adulte.

9.2. Origine

Les pôles pédagogiques sont une initiative de la commission des stages du D.E.S de médecine générale d'Île-de-France. La mise en place de ce dispositif à débuter en 2010.

L'article 24 de l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales « *Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine et pour des motifs pédagogiques, établir une convention permettant à deux lieux de stage d'accueillir un ou plusieurs internes à temps partagé durant un même semestre. Ces deux lieux de stage doivent être agréés au titre de la même discipline.* »³

9.3. État des lieux en Île-de-France

Il existe plusieurs lieux de stage qui proposent cette nouvelle organisation en pôle pédagogique pour les stages qui valident la médecine adulte dans la maquette du DES de médecine générale :

Hôpital	Nom du chef de service spécialité	Agrément DES du service	Début activité	Nombre d'interne	Spécialité médicale	Durée dans chaque spécialité	Nombre de rotation	Outils pédagogiques mis en commun
Argenteuil	Levy-Weil rhumatologie	Rhumatologie	2009	1 ou 2	Rhumatologie Diabétologie Endocrinologie	3 mois	1	Cours Consultation Staff
	Cahen Médecine interne- diabétologie - endocrinologie	MG		1 ou 2				
	Renard médecine interne- gastroentérologie	MG	2009	1	HGE pneumologie	3 mois	1	Cours Consultation Réunion de concertation pluridisciplinaire
	De Cremoux	MG pneumologie						

³ 2511 Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, JORF n°0033, 2011, NOR: ETSH1103816A

	pneumo- phtisiologie			1					
Eaubonne	Saroux Médecine interne- maladie infectieuse Diabétologie	MG	2009	3	Médecine interne Maladie infectieuse Rhumatologie neurologie Cardiologie	3 mois	1	Cours Consultations	
	Delafosse pneumologie			1	Diabétologie Pneumologie				
	El Ghozi neurologie			1					
	Perret rhumatologie			1					
	Dormagen Cardiologie			2					
Gonnesse	Pauwels Gastrologie	MG	2010	1	HGE Pneumologie Rhumatologie	2 mois	2	Cours Consultations	
	Amoura Rhumatologie			2					
	Gerber Pneumologie			3					
	Seret Begue Dominique Médecine interne Neurologie Diabétologie endocrinologie			2 2 2	Médecine interne Maladie infectieuse Endocrinologie Diabétologie neurologie				2 ou 3 mois
Pontoise	Philippe Pneumologie	MG Cardiologie	2010	3	Cardiologie pneumologie	3 mois	1	Cours consultations	
	Funk Cardiologie			2					

	Begon Médecine Post Urgence Dermatologie	MG	2009- 2010	3	Médecine interne dermatologie endocrinologie diabétologie	3 mois	1	Cours Consultations
	Campinos Médecine interne Endocrinologie			3	Médecine Post Urgence			
Montfermeil	Cattan Cardiologie	Pneumologie MG Cardiologie	2010	3	Cardiologie Pneumologie HGE	3 mois	1	Cours consultations
	Piquet Pneumologie	HGE		2				
	Lesgourges Bruno HGE Diabétologie			3				
Nanterre	Foulon Pneumologie	MG		2	Pneumologie HGE	3 mois	1	Cours consultations
	Gayno HGE			2				
Saint Denis	Labadie HGE	Médecine interne Maladie infectieuse		1	Médecine interne Maladie infectieuse	3 mois	1	Cours consultations
	Khuong Maladies infectieuses	MG HEG		1	HGE			
	Lhote Médecine interne Diabétologie	Neurologie MG Médecine Interne		4 3	Neurologie Médecine interne	3 mois	1	Cours consultations
	DeBroucker Neurologie			1				

10. LES RESULTATS

La saturation des résultats a été obtenue au bout de 15 entretiens. Au total, 8 enseignants de différents centres hospitaliers et des maître de stage en médecine ambulatoire ainsi que 7 internes de différents centres hospitaliers ont accepté de participer à l'étude.

Les résultats sont présentés de la manière suivante :

1. Un tableau récapitulatif qui reprend les caractéristiques d'âge, de sexe, de spécialité pour les enseignants et des stages précédemment effectués pour les internes.
2. L'ensemble des résultats sous forme de grille d'analyse concernant les entretiens des internes
3. L'ensemble des résultats sous forme de grille d'analyse concernant les entretiens des enseignants.

Chaque grille d'analyse reprend les thèmes abordés lors des entretiens semi-dirigés et suivent le même ordre.

10.1. LES RESULTATS DES INTERNES

INTERNE	AGE	SEXE	SEMESTRE	STAGES DEJA EFFECTUES	ANNEXE
Int 1	27	F	6 ^{ème}	Urgence adulte 2 fois Pédiatrie Stage ambulatoire niveau 1 Consultation en policlinique	5
Int 2	30	F	2 ^{ème}	Hépto-Gastro-Entérologie	6
Int 3	25	F	2 ^{ème}	Gériatrie aiguë	7
Int 4	26	F	2 ^{ème}	Pédiatrie	8
Int 5	27	H	4 ^{ème}	Urgences adultes 2 fois Stage ambulatoire niveau 1	9
Int 6	25	F	2 ^{ème}	Urgence adulte	10
Int 7	24	F	2 ^{ème}	Urgence adulte	11

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
QUEL EST VOTRE PROJET PROFESSIONNEL ?	Remplacement puis activité libérale	<p>« Je vais remplacer dans un premier temps. Donc je reste plutôt en ville pour à terme m'installer comme généraliste » Int 1</p> <p>« Durant l'internat je veux me former au maximum et après l'internat être en ville en cabinet et de faire de la médecine générale » Int 6</p> <p>« Ben c'est au métier auquel j'aspire, c'est être en ville et généraliste. Surtout être en libéral pour pouvoir avoir mon indépendance et pour exercer la médecine sans être chaperonné. » Int 6</p> <p>« part je n'ai pas envie de m'installer tout de suite en libéral par peur justement de solitude dans le boulot des charges administratives » Int 5</p>
	Indécis, projet non précisé	<p>« Je ne sais pas encore vraiment je pense la médecine générale en cabinet en ville pour l'instant mais je ne sais pas trop. » Int 4</p> <p>« je ne sais pas si je vais m'installer en libéral ou faire de la médecine salariée je ne me ferme aucune porte » Int 5</p>
	Activité mixte	« passer en libéral et peut-être garder une passerelle avec un suivi de médecine gériatrique en maison de retraite » Int 2
	Activité hospitalière	« ... J'aimerais bien être dans un service de SSR gériatrique soit à l'hôpital publique ou en clinique » Int 3
	Compléter sa formation par un diplôme complémentaire	<p>« un DU de gériatrie » Int 2</p> <p>« faire un DESC de gériatrie » Int 3</p> <p>« moi je veux faire un DU de médecine de sport pour avoir une petite complémentarité dans ma pratique quotidienne. » Int 5</p> <p>« Avec peut-être des DU mais pour l'instant pas de DU en tête. » Int 6</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	ANALYSE SYNTAXIQUE - VERBATIM
QUELLES ONT ETE LES RAISONS QUI VOUS ONT CONDUIT A CHOISIR CE STAGE ?	Accès à différente spécialité, recherche de polyvalence	<p>« j'étais nulle en cardiologie donc je voulais faire un stage de cardio » Int 1</p> <p>« le fait d'accéder à plusieurs spécialités car au lieu d'aller en médecine polyvalente je préférerais aller dans 2 spécialités différentes pour avoir une vision un peu plus poussée. » Int 4</p> <p>« ce qui m'a attiré c'est que j'allais faire trois spécialités différentes » Int 5</p> <p>« que je trouvais cela très intéressant de pouvoir partager deux disciplines qui sont importantes en médecine générale et très polyvalentes tout en se voulant générales » Int 6</p> <p>« ce que je recherchais c'était la polyvalence. » Int 6</p>
	Changer au cours du stage, ne faire que 2 ou 3 mois	<p>« je voulais faire un stage de cardio et en même temps je ne voulais pas faire 6 mois [...] et 3 mois tout pile c'est ce qu'il me fallait » Int 1</p> <p>« me dire qu'on pourra varier » Int 2</p> <p>« que si jamais je n'étais vraiment pas à l'aise avec une spécialité je pourrais faire une autre spécialité 2 mois après donc cela allait j'étais tranquille » Int 5</p>
	Accéder à des spécialités rencontrées couramment en ville	<p>« ... en ville on voit beaucoup de lombalgie et de pathologie de rhumatologie donc je voulais savoir me débrouiller mieux sur la prise en charge de base en rhumatologie » Int 3</p>
	Proximité géographique	<p>« d'un point de vue géographique c'était mieux » Int 2</p> <p>« parce que l'hôpital était vraiment à côté... » Int 3</p> <p>« la proximité géographique » Int 6</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLES ONT ETE LES RAISONS QUI VOUS ONT CONDUIT A CHOISIR CE STAGE ?	Caractère validant du stage	<p>« fallait que cela valide la maquette » Int 1</p> <p>« Aussi c'était un stage validant. » Int 3</p> <p>« déjà cela validait la maquette... » Int 4</p> <p>« qu'il soit validant. » Int 5</p> <p>« aussi le fait que cela soit validant » Int 6</p>
	En lien avec le projet professionnel	<p>« Il correspond à mon projet professionnel en tant que médecin généraliste après eux...complètement car ce que j'ai découvert là-bas c'était adapté. » Int 5</p>
	Réputation du stage	<p>« le stage de médecine interne je savais qu'il était bien donc j'y suis allé » Int 1</p> <p>« j'avais lu les commentaires de la pneumo qui disait que c'était un stage formateur qu'on était très encadré et que cela se passait très bien donc je suis allé là-bas » Int 2</p> <p>« en plus c'était un bon stage... » Int 4</p> <p>« Aussi le stage était bien noté » Int 5</p> <p>« moi j'avais une copine qui l'avait fait avant et du coup elle m'avait dit que c'était un stage très intéressant » Int 6</p>
	Non choix par défaut de bon classement à l'ECN	<p>« sachant que je n'avais pas beaucoup de choix » Int 2</p> <p>« j'étais mal classée c'était l'un des seuls stages qui était validant et un bon stage à la fois. » Int 4</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
ORGANISATION DU STAGE COUPLE	Visite le matin et Contre visite l'après midi	<p>« il y avait un gros turn-over en cardio donc du coup on avait beaucoup de sorties et donc beaucoup d'entrant donc il y avait un système de CV » Int 1 « j'ai simplement le matin la visite on est de CV on accueille les patients qui arrivent dans l'après-midi » Int 2</p> <p>« on arrive on fait les transmissions, on voit chacun nos malades on règle les problèmes on fait notre visite de notre côté. » Int 3</p> <p>« une journée c'est de 9h 19h avec le staff le matin puis les transmissions la visite un jour sur deux avec un sénior et l'après-midi les entrées et les compte rendus à rattraper » Int 4</p> <p>« L'hospitalisation c'était du style visite le matin, courrier l'après-midi et contre visite si besoin et voilà...en fait on restait pour gérer les problèmes. » Int 5</p> <p>« Ben comme tout stage à l'hôpital de 9 heures jusqu'à pas d'heure... Avec visite le matin et compte rendu ou CV l'après-midi au choix cela dépend des jours, voir les patients comme tout stage » Int 6</p>
	Service d'aval des urgences et hospitalisation programmée	« Globalement se sont des services d'hospitalisation standard avec des hospitalisations programmées et pas mal d'hospitalisation des urgences on avait grosso modo on avait la moitié d'aval des urgences » Int 5
	HDI et service d'hospitalisation	« on est 3 internes, et 2 sont en salle où il y a 15 patients et un en HDJ. » Int 3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
ORGANISATION DU STAGE COUPLE	Difficulté de participer aux consultations	<p>« on m'a proposé en médecine interne mais cela était un peu compliqué avec la gestion de la salle et en cardio on n'avait pas accès aux consultations » Int 1</p> <p>« Alors ils nous ont proposé de participer aux consultations surtout en neurologie mais par contre on n'avait pas beaucoup de temps de le faire » Int 5</p> <p>« en pneumo par exemple on a pas du tout le temps pour participer aux consultations.» Int 4</p> <p>« Mais les consultations on n'avait pas trop le temps d'en faire. » Int 5</p>
	Organisation identique entre les différents services	<p>« Alors pour le pôle neuro et le pôle maladie infectieuse-médecine interne c'était pareil en terme d'organisation et de consultations. » Int 5</p> <p>« En cardio et en gastro le fonctionnement est en fait quasiment le même sauf qu'en cardiologie on ne faisait pas les compte rendus » Int 6</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
QUEL EST LE TYPE DE SUPERVISION ?	Grande disponibilité des chefs, supervision si l'interne présente des difficultés.	« ici je suis avec le chef, il est présent quand je demande quelque chose j'ai quelqu'un à l'écoute » Int 2 « Puis après si il y a des urgences tu appelles tes chefs, elles sont à côté. » Int 3 « on s'est rapidement fait connaître par nos chefs on avait des bonnes relations ils étaient proches de nous et assez disponibles » Int 5
	Supervision progressive directe puis acquisition d'une autonomie	«... on est très séniorisé mais à la fin on est tout seul dans le service. » Int 4 « chefs la dysautonomie a été assez progressive avec parfois des passages à vide comme d'habitude quand on pose pas de questions » Int 5
	Supervision mixte directe et indirecte	« la visites un jour sur deux avec un sénior... » Int 4 « Ce qui est très bien c'est qu'on est en binôme avec un chef un PH donc qui supervise, qui est toujours au bout de son téléphone qui fait donc la visite 3 fois par semaine et qui les autres jours passe à la fin de la visite pour savoir si il y a des soucis particuliers » Int 4 « On les voit on lance un peu les bilans et les examens et généralement la chef les revoit avec nous » Int 3 « Pour la visite un jour c'est la PH l'autre c'est l'assistante sinon les autres jours je suis seule à faire la visite » Int 4

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUEL EST LE TYPE DE SUPERVISION ?	Supervision directe lors de la visite fonctionnellement en Binôme	<p>« 2 internes pas secteurs avec un sénior par secteur de chaque côté » Int 1</p> <p>« en médecine interne j'avais un chef attiré » Int 1</p> <p>« je suis aussi secondée par le chef de service » Int 2</p> <p>« dans chaque service on avait chacun une moitié du service avec un sénior qui avait aussi sa moitié du service cela faisait environ 15 patients grosso modo chacun. » Int 5</p> <p>« En cardiologie au début on était avec un chef référent donc un interne un chef très bien encadré avec le chef et là c'est la même chose avec un plus petit service » Int 6</p>
	Qualité de la supervision est chef dépendant	<p>« Entre les services on était supervisé de la même manière mais au final cela dépend avec quel chef tu es. » Int 5</p> <p>« entre les services la supervision elle n'est pas très différente mais c'est vraiment chef dépendant. Ce n'est pas lié au fait qu'on change. Pour ma part j'ai été encadré correctement quand j'étais en cardio et en gastro aussi mais différemment ce n'est pas la même chose. » Int 6</p>
	Sans référent on est moins séniorisé	<p>« comme on est entre l'assistante et la PH on est un peu entre les deux on est beaucoup moins libre et à la fois on est beaucoup moins séniorisé parce qu'elles ne font pas attention elles se disent toujours que l'autre va gérer je me suis souvent retrouvé toute seule. » Int 4</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
ORGANISATION DES COURS	Cours sur les bases des différentes spécialités, orienté médecine générale	<p>« C'était sympa comme infection des voies urinaires, prise en charge de l'insuffisance cardiaque,... des choses qui aurait dû être du quotidien pour nous futur médecin généraliste » Int 2</p> <p>« les 60% d'intéressant donc surtout je parle pour la médecine gé, dans le sens où c'était des cours plus de base » Int 3</p> <p>« tous ce qui est pneumo c'est pas mal accès médecine générale » Int 4</p> <p>« les cours ont été organisé par les chefs [...] et les internes du pôle avaient tous cours en même temps cela évitait de refaire 2 fois les mêmes cours » Int 5</p> <p>« On a eu vraiment de tout on a eu par exemple interprétation de la radio, on a eu douleur abdominale on a eu de la diabétologie, on a eu de l'endocrinologie, on a eu la cardio avec de l'insuffisance cardiaque et plusieurs sujets de médecine générale quoi. » Int 6</p> <p>« la qualité des cours franchement elle était bonne [...] c'était vraiment des thèmes de médecine générale en tout cas des pathologies qu'on peut rencontrer en médecine générale du diabète, ... » Int 5</p>
	Thèmes en rapport aux pathologies rencontrées dans le service	<p>« c'était assez varié c'était des choses qu'on allait rencontrées en garde ce qui nous permettait de mieux appréhender les gardes du coup » Int 1</p> <p>«... par rapport à tous ce qu'on voit ici dans le service. » Int 2</p> <p>« c'est parfois trop spécialisé car ils font en cours ce que eux ils font dans leur pratique » Int 4</p> <p>« grosso modo on avait un cours par semaine sur une pathologie particulières ou sur un thème de pathologies. » Int 5</p>
	Cours trop spécialisé	<p>« ...40% des cours je trouve que c'était trop spécialisé pour un médecin généraliste [...]se sont des choses qu'on ne verra pas forcément en ville on le fait pas dans notre cabinet ... » Int 2</p> <p>« Après les cours ça dépend qu'ils les font mais ils sont plutôt assez poussée et bien dans l'ensemble. » Int 4</p> <p>« c'est parfois trop spécialisé » Int 4</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPNSES - VERBATIM
ORGANISATION DES COURS	Fréquence hebdomadaire	« Alors on avait cours tous les matins les premiers mois aux urgences et ensuite on avait des cours spécifique à certaine matière le mercredi une fois par semaine. » Int 1 « on a eu les cours le matin aux urgences » Int 2 « On a eu un peu près un cours par semaine » Int 3 « c'est un cours par semaine » Int 4 « passait grosso modo on avait un cours par semaine » Int 5 « au total on a dû en avoir au moins une fois par semaine voir deux fois par semaines » Int 6
	Diminution de la fréquence lors des vacances	« un cours par semaine au début puis cela s'est espacé en aout juillet voilà il y avait les vacances... » Int 3 « générale ils ont en fait beaucoup plus avant les vacances qu'après c'est normal. Eux... c'était à cause des vacances » Int 6
	Intérêt pratique des cours	« Les cours du matin aux urgences étaient interactifs, les chefs nous faisait participer et les chefs étaient impliqués j'ai trouvé que cela nous a bien été utiles » Int 1
	Difficulté d'organisation	« c'était bien intéressant on a vu de tout à part les petits couacs où on vient mais les chefs ne sont pas là »
	Cours spécialement fait pour les généralistes	«En neuro on avait des AVC sachant qu'on est des internes en médecine générale les PH se sont adaptés aussi je pense il nous faisait des cours en fonction. » Int 5 « j'ai trouvé les cours très bien fait, adapté à nous jeunes internes de médecine générale. Les cours étaient plutôt adapté dans l'ensemble » Int 6

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
ORGANISATION DE LA ROTATION ENTRE LES SERVICES	Choix initial puis arrangement entre les internes	« on a du se mettre d'accord avec tous les internes pour la rotation » Int 1 « J'ai eu la chance d'aller en médecine interne c'est ce que je voulais » Int 1 « On s'est arrangé entre nous » Int 3
	Rotation prédéfini	« l'ordre de rotation c'est l'ordre de choix, moi j'avais choisi pneumo et donc le sens de rotation était comme ça » Int 4 « on s'est répartis la première journée du stage on a formé des duos et après on tournait en duo on gardait le même binôme et on tournait ensemble dans les 3 services » Int 5
	Choix initial puis tirage au sort	« on a fait un tirage au sort » Int 2
	Manque d'Accueil personnalisé en fonction du niveau de l'interne	« Ici en médecine interne ils m'ont accueillis normalement pas désolé pas non plus dans le grand questionnement de savoir si je connais ou ce que je ne connais pas ils étaient seulement content d'avoir un interne » Int 2
	Explication du rôle et du fonctionnement du service	« on a été très bien briefé sur notre rôle, ce qu'on devait faire comment c'était organiser à qui s'adresser en cas de problèmes » Int 1 « la présentation du service rien de particulier ils nous ont présenté le service » Int 5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
ORGANISATION DE LA ROTATION ENTRE LES SERVICES	Pas d'accueil organisé par le service, l'interne n'est pas accompagné dans les premiers jours	<p>« En cardio cela a été très dur dans le sens où on a été dès le premier jour mis dans le bain on nous a fait faire d'emblée la visite seul quasiment et du coup et on a eu du mal à trouver nos marques donc cela nous a fait peur donc on a un peu angoissé pour la suite du stage » Int 1</p> <p>« je trouve qu'au début ils ne nous ont pas trop expliqué ce qu'il fallait faire. » Int 3</p> <p>« Et on ne m'a pas forcément expliqué comment se déroulait le stage, j'ai dû donc un peu me débrouiller seule. » Int 3</p> <p>« ben en fait la rotation en elle-même elle s'est faite du jour au lendemain sans beaucoup d'explication » Int 6</p> <p>« . Après dans le deuxième stage ce n'est pas qu'on n'a pas été accueillis mais c'était plus comme si tu reprenais un lundi, tu reprenais ce que l'autre avait laissé quand il est parti. Après c'est tout on n'avait pas eu plus d'explication que ça » Int 6</p>
	Différence d'accueil entre les 2 services, meilleure accueil dans le premier service	<p>« changer mais on n'avait pas besoin qu'on nous explique mais c'est vrai qu'on n'a pas eu de visites de début de stage comme un début de stage du 1^{er} mai ou du 1^{er} novembre comme d'habitude. On n'a pas été présenté à l'équipe de la même manière on n'a pas eu tout ça. J'ai senti vraiment une différence entre la cardio et la gastro » Int 6</p>
	Accueil via les co-internes déjà présents dans le service	<p>« Dans le feu de l'action se sont mes co-internes qui m'ont aidé [...] on s'est entre aidé » Int 2</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
ADAPTATION AU NOUVEAU SERVICE	Quitter un service auquel l'interne est habitué et devoir tout recommencer	« le fait de rechanger au bout de 3 mois c'est fatiguant pour nous aussi et pour le service » Int 4 « et l'autre facteur c'est qu'il faut tout recommencer » Int 4
	Difficulté d'adaptation si l'activité des services est différente	« c'était pas le même rythme dans les 2 services c'est pas la même rigueur en plus on est adapté à un rythme par exemple dans notre pôle celui qui commence par la pneumo qui ont énormément bossé et puis en gastro ils s'ennuient et dans le sens contraire lorsqu'il arrive en pneumo ils ont été habitués à un rythme cool et ils sont dépassés par la quantité de boulot qu'il y a dans l'autre service. » Int 4 « Les patients sont différents mais je viens d'un service où les patients sont très lourds et là les patients sont plus ou moins lourds » Int 2
	Quitter un service auquel on est habitué et devoir tout recommencer	« On vient de s'habituer à un service au fonctionnement et là il faut tout recommencer pour 3 mois c'est court » Int 4
	Arriver dans un service moins bien n'est pas motivant	« on a moins envie et en plus avec du recul je me sentais mieux dans la pneumo donc mon premier stage que dans la gastro au niveau de l'équipe et de l'ambiance et donc on s'investie moins » Int 4
	L'ancienneté joue un rôle dans les facilités d'adaptation	« il faut s'adapter à des nouvelles personnes, à un nouveau mode de fonctionnement et quand on est un vieux semestre c'est plus facile, on s'est déjà adapté plusieurs fois à d'autres services » Int 4

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
ADAPTATION AU NOUVEAU SERVICE	adaptation au fonctionnement du service	<p>« on avait donc beaucoup de charge de travail de secrétariat alors qu'en médecine interne c'était la cadre qui faisait tout » Int 1</p> <p>« il faut s'adapter à des nouvelles personnes, à un nouveau mode de fonctionnement » Int 4</p> <p>« Le premier mois c'est toujours un peu difficile comme dans tout service avec cette période où tu dois prendre tes marques tes repères, et après faire connaissance avec les équipes les infirmières etc... et donc là il faut un temps d'adaptation » Int 6</p>
	Difficulté en terme technique	« en pneumologie je n'étais pas sous informatique alors qu'ici tous est informatisé » Int 2
	Pas de difficulté d'adaptation logistique car identique entre les services	« l'organisation intrinsèque de l'hôpital est la même par rapport au logiciel de prescription par rapport au format de demande des examens complémentaires au numéro utiles, les services comment ils fonctionnent entre eux cela ne change pas donc au niveau du logistique on ne perdait pas de temps à s'adapter à ça donc déjà c'est une grande chose » Int 5
	L'intégration dépend de la participation personnelle	« je pense que l'intégration est une question de participation personnel » Int 2
	S'adapter est une obligation et une habitude	<p>« on n'a pas le choix on s'adapte tout de suite » Int 2</p> <p>« t'es souvent seul donc tu deviens autonome vite et en plus moi cela ne m'a pas posé beaucoup de problème car dans le stage où j'étais avant j'étais seul et cela m'a permis d'apprendre beaucoup et cela m'a avantage pour être autonome. » Int 3</p> <p>« C'est sûr qu'en 2 mois il fallait s'adapter rapidement en même temps comme c'était moitié moitié pathologies spécialisées et pathologies tout venant des urgences on arrivait assez vite à garder une organisation » Int 5</p>
	L'envie de changer permet de s'adapter plus facilement.	« la rotation s'est fait toute en douceur et cela s'est bien passé peut être aussi parce que j'avais envie de changer » Int 1

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
AUTONOMIE	Autonomie rapidement acquise sur le fonctionnement du service	« cela fait environ 15 jours que j'ai repris et je me sens à l'aise sur le fonctionnement du service » Int 2
	Savoir gérer l'urgence de la spécialité	« J'arrive à distinguer l'urgence absolu à l'urgence relative en pneumologie je serais faire le tri dans mes patients » Int 2
	Fondamentaux acquis	« pas du tout dans l'excellence mais plus dans la maîtrise » Int 2 « Je trouve, que je gère, je connais mieux les traitements de base. » Int 3 « avoir aussi acquérir des bases pour informer mes patients quand je les enverrais en neurologie pour des pathologies neurologique mais cela va avec la maladie infectieuse et l'endocrinologie. » Int 5
	Plus compétent mais pas autonome	« . Je me sens plus compétente par rapport à ce que j'étais avant, à ma sortie de l'externat mais je ne me sens pas autonome, je ne pourrais pas me débrouiller encore seule si je rencontre certaines pathologie en ville. » Int 4 « à la fin des 2 mois je me sentais assez bien assez à l'aise, on se sentait bien dans le service. Par rapport aux pathologies que j'ai pu rencontré j'ai pu avoir un bon aperçu des différentes pathologies » Int 5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
AUTONOMIE	Acquisition d'une vision globale et non spécialisée/ap profonde	<p>« Au niveau des pathologies du service c'est clair qu'on ne peut pas prétendre être neurologue en 2 mois mais en même temps vu qu'on était encadré cela permettait d'avoir une vision globale assez polyvalente on voyait vraiment de tout sans être... moi je me suis jamais réellement senti perdu en tout cas » Int5</p> <p>« A la fin je commençais vraiment à gérer certaine chose dans la spécialité. En fait c'est le temps que cela devienne un automatisme si tu préfères. Le temps que les choses deviennent un peu plus acquises » Int 6</p>
	Changement moins brutale qu'entre 2 hôpitaux	<p>« Après quand on change de service je me suis sentis beaucoup plus à l'aise que quand on change de stage clairement on a pas du tout l'impression de repartir de zéro » Int 5</p>
	Amélioration de la maîtrise et de la façon de faire dans la spécialité	<p>« on part quand on est autonome quand on est un peu plus dans la maîtrise de l'outil, du patient et de la façon de faire » Int 2</p> <p>« cela m'a permis de voir comment les spécialistes appréhendaient leur spécialité, leur façon de pratiquer leur médecine dans leur service et les rapports qu'ils pouvaient avoir les généralistes et ce qu'on pouvait leur demander » Int 5</p> <p>« ... après on ne peut pas prétendre être neurologue ou avoir le niveau d'un interne de neurologie ni de dire qu'on maîtrise la spécialité, mais j'ai vu pas mal de pathologie et comment elles sont pris en charge à l'hôpital » Int 6</p>
	Reconnaitre et savoir gérer les cas graves	<p>« En infectiologie on en voit beaucoup en médecine générale mais pas aussi grave mais là cela m'a permis de voir les cas grave des infections » Int 5</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
SENTIMENT PAR RAPPORT A LA SPECIALITE	Caractère formateur du fait de la polyvalence des pathologies rencontrées	« Je me suis senti beaucoup plus à l'aise,...] cela a été hyper formateur beaucoup de [...] pathologies que je vois en ville des HTA, des personnes âgées poly cardiaques et donc beaucoup plus à l'aise dans la prescription et dans la gestion des AVK dans la gestions des diurétiques. » Int 1 « j'ai l'impression d'avoir vu un champ assez varié et diverse qui me permet d'être plus à l'aise » Int 4 « en gastro j'en ai appris moins spécifiquement à la gastro mais plus de choses polyvalente donc du coup t'apprends plein de choses » Int 6
	Meilleur gestion de la spécialité car service	« Alors pour la cardio 3 mois c'est suffisant car il y avait de tout et ça tournait vite » Int 1 « Car vraiment cela tourne pas mal donc on a le temps en 3 mois de voir pas mal de chose
	Acquisition des gestes utiles en médecine de ville	« Cela va beaucoup mieux avec les gestes, car on a fait beaucoup de geste, tu apprends à infiltrer à faire des ponctions » Int 3
	Nécessiter de comparaison à d'autres services	« faudrait que je passe dans d'autres services pour me rendre compte réellement ce que j'ai loupé ou pas mais j'ai l'impression d'avoir vu tout ce j'allais voir en tout cas tout ce que moi je m'attendais à voir » Int 1
	Spécialité trop vaste pour tout couvrir en 3 mois	« c'est une spécialité trop vaste pour tout couvrir [...] donc 3 mois c'est un peu court. » Int 1 « c'est vaste et il y a beaucoup de pathologies qu'on voit moins... » Int 3 « par exemple l'hypertension on en pas en charge dans le service, non, non il y a plein de chose qui manque mais je ne pense pas que ce soit des choses qui soient faites à l'hôpital plutôt au cabinet » Int 6
	Durée plus longue dans le même service n'apporte pas plus en	« on voit le même genre de patient au bout de 4 mois c'est un cycle. On a fait le tour de la patientelle en 4 mois qu'on verrait de façon régulière en pneumologie ici » Int 2 « après 6 mois je ne sais pas si cela aurait changé la donne? je ne suis pas persuadé » Int 2

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
SENTIMENT PAR RAPPORT A LA SPECIALITE	Plus compétente mais pas autonome pour la ville	« Je me sens plus compétente par rapport à ce que j'étais avant, à ma sortie de l'externat mais je ne me sens pas autonome, je ne pourrais pas me débrouiller encore seule si je rencontre certaines pathologies en ville. » Int 4 « Je pense que maintenant la cardio en ville me semble gérable pour les choses quotidiennes » Int 6
	Le champ couvert dépend de l'activité du service	« Après cela dépend du stage car par exemple en pneumo il y avait vraiment un gros turnover on a vu plein de chose différente tandis qu'en gastro où cela tourne beaucoup moins je vois beaucoup moins de chose différente » Int 4
	Plus compétent dans la spécialité qu'avant	« Je me sens plus compétente par rapport à ce que j'étais avant, à ma sortie de l'externat » Int 4 « C'est clair que je me sens plus compétent qu'avant d'y être passé, j'ai acquis des réflexes, des méthodes, j'ai vu un spécialiste par exemple un neurologue faire un examen neurologique. Je pense que je n'ai pas perdu par rapport à un stage polyvalent classique » Int 5 « cardiologie j'ai appris beaucoup de chose mais moins pluridisciplinaire peut être plus centré sur quelque chose de cardio donc tu prends moins le patient dans sa globalité donc j'ai appris plus des trucs de cardiologie » Int 6
	Acquisition de réflexe et d'une méthode	« je me sens plus compétent qu'avant d'y être passé, j'ai acquis des réflexes, des méthodes, j'ai vu un spécialiste par exemple un neurologue faire un examen neurologique » Int 5 « Après 3mois ce n'est pas assez pour pouvoir dire qu'on est compétent mais après pour la médecine générale je pense que c'est une bonne manière de voir les choses globalement » Int 6

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
CE QUI VOUS A PARU ESSENTIEL OU INADAPTE A LA MEDECINE GENERALE	Dépend des attentes et objectifs de l'interne	« on est interne de médecine générale et pas interne de cardio on n'a pas forcément les mêmes connaissances en arrivant et pas les mêmes attentes non plus » Int 1
	L'HDJ est très spécialisée	« ce que l'on voit en HDJ est vraiment super spécialisé. » Int 3
	Pathologies trop grave	« Ce n'est pas forcément le médecin généraliste qui devrait gérer mais plutôt de la réanimation. » Int 2
	Apprendre les éléments essentiels au suivi en ville	« ce qui pourrait être utile c'est la surveillance après la mise en place du traitement. » Int 3 « Après il y a plein de chose qu'on ne va pas gérer comme les patients sous chimio cela nous concerne moins quand on sera généraliste mais à la fois cela nous permet de connaître le devenir des patients qu'on suivra même si on le gère pas » Int 4. « après il y a aussi eu un intérêt de voir comment se déroule les coronarographies, et de mieux savoir quand les gens ressortent de cardio leur traitement de sortie, de vérifier, de repasser, de revoir leur ordonnance » Int 6
	Redondance des pathologies rencontrées	« Finalement on se rend compte que au bout de 2 mois on voit toujours les mêmes types de pathologies. » Int 3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
CE QUI VOUS A PARU ESSENTIEL OU INADAPTE A LA SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE	Hôpitaux de périphéries et Service pas hyperspécialisé	« comme ceux sont des hôpitaux de périphérie c'est beaucoup plus adapté car ceux ne sont pas des services hyperspécialisés comme on peut rencontrer en CHU » Int 4 « en fait ce n'est pas un stage hyper spécialisé non plus et donc tout à fait adapté au généraliste » Int 6
	Pathologie transversale, peu spécialisée	« cela n'était pas très spécialisé et il y avait beaucoup de patient post urgence et donc j'ai trouvé dans l'ensemble cela complètement adapté à la médecine générale. » Int 1 c'est vrai qu'il y a un ensemble de patients assez variés et c'est pas mal de médecine assez basique ils n'ont pas des techniques pointus de spécialiste » Int 4
	Pathologies rencontrées en ville	« Alors en pneumo c'est toute la gestion de toutes les broncho-pneumopathies, de ce qu'on verrait au quotidien en ville » Int 2 « et c'est pas mal de médecine assez basique ils n'ont pas des techniques pointus de spécialité donc se seront le même type de patients qu'on va recevoir en cabinet et qu'on va adresser à un spécialiste » Int 4 « toutes les pathologies que l'on voit beaucoup dans les services se sont des pathologies que l'on va croiser en médecine générale, donc ça c'est adapté » Int 5 « en cardiologie j'ai vu pas mal de prise en charge de décompensation, donc là je pense que c'est vraiment important de savoir bien gérer et de savoir quand relayer aux urgences débiter une prise en charge minimale » Int 6

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLE EST L'ATTITUDE DU SERVICE AU PRINCIPE DE LA ROTATION	C'est une obligation	<p>« Pour eux je pense que cela est un peu plus compliqué que pour les internes car nous l'avons choisi » Int 1</p> <p>« Le chef de service de pneumo n'était pas très ok mais j pense ça s'est imposé à lui » Int 2</p> <p>« on sent quand même que cela énerve tout le monde qu'on tourne et qu'on soit obligé de tourner au bout de 3 mois » Int 4</p>
	Difficile pour les médecins mais pas pour l'équipe paramédicale	<p>« alors au niveau infirmière cela se passe super bien en fait ils s'en foutent, mais au niveau des médecins on sent que cela les énervent » Int 4</p> <p>« Mais je me suis nettement plus intégré à l'équipe paramédicale qu'à l'équipe médicale. » Int 3</p> <p>« En tout cas les infirmières et équipe para médicales, rien à dire, que cela change ne les dérangeait pas plus que ça » Int 5</p>
	Difficulté de S'habituer à une équipe	<p>« les infirmières car elles doivent se faire à l'équipe d'interne et en plus au moment où on se sent plus à l'aise dans l'équipe c'est le moment où on partait » Int 1</p>
	Le premier interne est toujours mieux accueilli que le second	<p>« je pense que cela se ressent des 2 côtés car en fait cela se passait toujours bien avec le premier interne dans les deux services et moins avec le 2^{ème} interne dans les 2 services » Int4</p> <p>« Je pense que moi j'ai ressenti, que par exemple en gastro il ont été soulé de changer et que je ne sois pas former en plus c'était la période des vacances donc ils m'ont laissé un peu seule plus livrée à moi-même » Int 3</p> <p>« Après la différence aussi c'est que quand je suis arrivée en cardio c'était l'arrivée de l'ensemble des internes de l'hôpital on a eu des réunions dans l'hôpital ce n'est pas tant dans le service. Alors que quand on a changé au bout de 3 mois on a une petite explication vraiment sommaire minimale du service on nous a dit voilà les dossiers sont là tu t'occupes de ça et ça et c'est tout. En cardio je me suis senti plus intégré qu'en gastro, beaucoup moins en gastro. » Int 6</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLE EST L'ATTITUDE DU SERVICE AU PRINCIPE DE LA ROTATION	Déception lors du changement car ils se sont investis dans la formation de l'interne	<p>« 3 mois c'est pile le temps où l'interne est bien et à chaque fois ils ont qu'un mois un interne autonome au fonctionnement du service donc du coup ils peuvent plus se reposer sur l'interne ils ont toujours l'impression de former » Int 4</p> <p>« ils disent quand même que c'est dommage car ils nous forment et qu'après on part quand on est autonome » Int 2</p> <p>« Ils se disent un peu désolé, ils ont l'impression un peu d'avoir été formateur mais ensuite abandonné » Int 2</p> <p>« Je pense, que en fait comme dans tous les stages les chefs font quand même un investissement ils forment les internes si on parle pédagogiquement c'est difficile pour un service et pour l'interne même » Int 3</p> <p>« mais au niveau des médecins on sent que cela les énervent de former quelqu'un et au bout de trois mois ils doivent recommencer alors que l'interne a acquis l'autonomie » Int 4</p>
	Mécontentement	<p>« Les chefs...hm...râlaient pas mal » Int 4</p> <p>« Autant dire qu'ils ne sont pas du tout d'accord cela ne leur plait pas d'avoir des internes qui changent au bout de trois mois...voilà ils nous le disent directement » Int 6</p>
	Acceptation et participation au système de rotation	<p>« ils ont tous joué le jeu tout le monde avait l'air assez content du fonctionnement » Int 1</p> <p>« Je ne sais pas depuis combien de temps cela se passait dans ce service là mais en tout cas tout le monde était content tout le monde avait accepté ce système-là » Int 5</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS POSITIFS DES STAGES COUPLES	Variété des pathologies	« on couvre un panel plus grand de pathologies tout en se sur spécialisant » Int 1 « c'est au niveau de la thérapeutique j'ai plus peur » Int 1 « grande variété des pathologies rencontrées, c'est polyvalent.» Int 5 « alors tout d'abord cela permet d'avoir une vision globale de chaque spécialité donc c'est plutôt bien cela permet de voir beaucoup de chose dans une période assez restreinte » Int 6
	S'amélioration par rapport au niveau précédent	« j'ai quand même acquis certaines compétences par rapport à quand je suis arrivé » Int 3
	Expérimenter des façons s différentes de travailler	« au final tu vois 2 équipes différentes opérées de façon différentes avec des prises en charge différentes dans un même hôpital » Int 2 « on apprend des façons différentes de travailler, on est plus en vitesse de travail » Int 3 « Cela permet aussi de voir aussi plusieurs prises en charge différentes, de voir plusieurs fonctionnements différents » Int 4
	Avoir accès à 2 spécialités	« c'est qu'on voit plus de spécialité dans une formation qui est quand même courte.» Int 4
	Possibilité de changer si mauvaise entente dans une équipe	« si tu ne t'entends pas bien avec quelqu'un la possibilité de passer à autres chose » Int 2
	Approche globale du patient	« c'est une vision un peu plus globaliste, variée » Int 2

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
LESPOINTS POSITIFS DES STAGES COUPLES	Format adapté au champ de la médecine générale	« ... on n'a pas besoin d'entrée plus profondément dans les spécialités que quand on se destine à la médecine générale cela permet de voir pas mal de choses. » Int 4
	3 mois sont suffisants pour se former	« Vraiment je pense que 3 mois suffisent comme temps de formation. » Int 4
	Patient venant des urgences donc poly pathologique et donc prise en charge polyvalente	« je n'ai pas perdu par rapport à un stage polyvalent classique car la médecine adulte polyvalente je l'ai fait en même temps car par exemple en infectiologie les patients avaient d'autres choses que la simple pathologie principales, ils avaient des escarres, un diabète, ils étaient constipé. Donc même si c'est un stage de spécialité on voit, on doit gérer le patient dans sa globalité » Int 5
	Aide pour se créer un réseau pour plus tard	« cela peut servir je pense pour plus tard pour savoir s'adapter et avoir des référents différents pour notre futur réseau. » Int 4
	Ce qui est appris en 2 ou 3 mois est pris	« Ce que j'ai pris en 2 mois je l'ai quand même pris ce qui est pris est pris je n'ai pas l'impression d'avoir perdu mon temps d'avoir bâclé. » Int 5

NALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
LESPOINTS POSITIFS DES STAGES COUPLES	Bon compromis entre variété et acquisition	« En même temps on était content d'avoir fait trois stages différents trois spécialités différentes mais en même temps on se disait que cela été un peu court. Mais tu ne peux jamais tout avoir donc au final c'était une sorte de compromis » Int 5
	Connaître la prise en charge d'un spécialiste	« avoir le point de vue du spécialité sur la prise en charge des pathologies, avoir accès à la pratique d'un spécialiste dans un service hospitalier que c'était quand même de la médecine générale au final » Int 5
	Ambiance familiale entre les services du pôle dans les hôpitaux de périphérie	« l'accueil dans chaque service il était bon on avait de la chance d'être dans un hôpital de périphérie car tous les services se connaissent les gens sont assez détendus et on s'est rapidement fait connaître » Int 5
	Regret de ne pas plus participer aux consultations	« à posteriori je regrette de ne pas y être plus allé parce que les pathologies qu'on voit en consultations se rapprochent peut être plus des pathologies qu'on voit en médecine générale. Par exemple en neurologie les migraines on les voyait jamais en hospitalisation » Int 5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES

QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS NEGATIFS DES STAGES COUPLES	Quitter un service où on se sent à l'aise	<p>« au moment où j'étais ou je me sentais à l'aise je devais partir tout en étant content à la fois de partir car je n'avais pas envie de faire 3 mois de plus » Int 1</p> <p>« j'ai trouvé un peu dommage au moment où j'étais ou je me sentais à l'aise je devais partir » Int 3</p> <p>« dès qu'on commence à être plus à l'aise c'est devoir rechanger et de se réadapter » Int 2</p>
	Devoir s'adapter à des modes de fonctionnement dans un temps plus court	<p>« devoir s'adapter avec des prises en charge différente dans un laps de temps encore plus court » Int 2</p>
	Temps insuffisant pour approfondir la spécialité	<p>« les patients sont variés, on a plus le temps d'approfondir » Int 3</p> <p>« peut-être que c'est un peu court pour bien approfondir... » Int 6</p>
	La nécessiter de se réadapter, c'est usant	<p>« c'est devoir rechanger et de se réadapter » Int 2</p> <p>« c'est difficile de se remettre à l'organisation du chef » Int 3</p> <p>« cela demande plus d'adaptation c'est plus fatiguant. » Int 4</p> <p>« peut-être l'intégration, peut-être refaire une deuxième intégration dans une nouvelle équipe pour se sentir intégrer à la nouvelle équipe et repartir dans le second stage. Donc cela s'est embêtant. » Int 6</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS NEGATIFS DES STAGES COUPLES	3 mois sont courts pour mettre en pratique ses acquisitions	<i>« 3 mois je pense que c'est un peu court pour commencer à être à l'aise d'une avec l'équipe et après mettre un peu en pratique les acquis pour la spécialité » Int 3</i>
	Adaptation plus facile au fonctionnement du service que celui du chef	<i>« c'est difficile de se remettre à l'organisation du chef. Le service ici c'est facile car on a la même équipe infirmière » Int 3</i>
	Un temps d'adaptation total plus long que sur un semestre	<i>« il y a plus de temps d'adaptation au final mais comme au début de chaque stage » Int 5</i>
	Difficulté avec les semaines de vacances	<i>« mis à part le problème des vacances qui s'imbrique » Int 2</i>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLE EST LA FORMATION OPTIMAL POUR SE FORMER A LA MEDECINE GENERALE	Durée de l'internat trop courte : l'allonger à 4 ans	« je pense qu'il faudrait 4 ans d'internat et pas trois euh... car il y a des stages que je voulais faire et je n'ai pas pu faire [...] j'avais une maquette à valider et je n'avais pas la place de tout faire entrer en 6 semestres » Int 1 « Je pense que 3 ans c'est court, je pense qu'il faudrait 4 ans » Int 3
	Formule stage couplé pour les spécialités seulement	« les 3mois-3mois c'est pas mal, mais après seulement pour les spécialités » Int 2
	Plus de stage ambulatoire	« c'est notre futur métier et si on fait qu'un seul stage ambulatoire je pense qu'on se rend pas réellement compte des difficultés et ce qui nous attend pour la suite » Int 1 « Déjà plus de stage chez le prat. » Int 2 « après plus de médecine de ville » Int 6
	Supervision personnalisée via un « coach »	« Après je pense à un superviseur qu'on soit plus dans la supervision personnalisée [...] et adaptation en fonction entre guillemet de ton auto évaluation et de l'évaluation de ton superviseur de façon à essayer de balayer [...] si tu te sens pas bien dans tel ou tel matière ou abordé des choses... » Int 2
	Coupler le stage mère-enfant	« pédiatrie j'en avais peur mais donc très rapidement on se rend compte que les pathologies sont un peu près toujours les mêmes [...] donc je pense que 3 mois j'en aurais tout autant appris que en 6 mois et du coup j'aurais pu faire un peu de gynéco » Int 1 « je pense qu'on ne doit pas nous obliger de choisir entre pédiatrie et gynéco mais faudrait faire les deux car je pense en cabinet on voit forcément des femmes et des enfants donc si tu n'as pas vu les 2 c'est un peu embêtant » Int 3
	Amélioration des cours à la faculté	« des cours adapté en fac » Int 2
	Plusieurs spécialités sont indispensables	« la gériatrie c'est indispensable pour maintenant et de plus en plus pour demain » Int 2 « Après les spécialités indispensables, les plus représentative, les plus intéressante, et à la fois pas trop spécialisé par exemple pneumologie, gastro, neurologie, maladie infectieuse » Int 5 « Après la diabète, la pneumo me semblent indispensables mais après... en fait c'est tout qui est indispensable » Int 6

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLE EST LA FORMATION OPTIMAL POUR SE FORMER A LA MEDECINE GENERALE	6 mois de stage sont nécessaires	« Je pense que 6 mois c'est un bon délai de temps car on se sent bien à 6 mois et après c'est chiant de changer et en même temps cela te permet d'approfondir » Int 3
	La durée de l'internat à 3 ans est correcte	« Après la durée d'internat est adapté, pas trop long en tout cas » Int 5
	Avoir une vue d'ensemble des spécialités principales	« après au niveau des spécialités je vois pas mal de spécialité, peut être passer trois mois dans plusieurs spécialité je pense que pour la formation pour être généraliste c'est indispensable d'avoir une vue d'ensemble, donc surtout la pneumo, endoc, gastro, la cardio mais générale... » Int 4
	La maquette actuelle est adaptée	« Actuellement la maquette me paraît pas mal adaptée. » Int 5
	Un seul stage en ville suffit	« les stages chez les prat sont des bons stages... » Int 4 « Evidemment le stage ambulatoire reste indispensable » Int5
	Les urgences sont indispensables	« Je pense que dans l'internat le stage aux urgences est indispensable » Int 4 « Les stages d'urgences restent indispensables car je pense qu'on apprend énormément la façon de gérer car on voit vraiment beaucoup de choses, pour la traumatologie la petite chirurgie sinon de la traumatologie on n'en voit jamais Int 5
Plus de semestre libre pour correspondre au projet professionnel de l'interne	« selon ce qui nous intéresse de faire plus tard comme la dermatologie, la rhumato, la gériatrie selon comment l'on conçoit notre pratique futur. » Int 4 « Après la durée d'internat est adapté, pas trop long en tout cas. Après faut laisser le choix aux internes, le choix de pouvoir faire plusieurs stages ambulatoires, ne pas en faire. » Int 5 « Après cela dépend ce que chacun veut faire moi personnellement je n'ai pas envie de faire de la pédiatrie donc après ceux sont des choix individuel. » Int 6	

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
GENERALISATION DES POLES PEDAGOGIQUES A L'ENSEMBLE DES STAGES DE MEDECINE ADULTE	Varier les expériences, sans être sur-spécialiser	« cela nous permet de voir plus de chose donc du coup d'être plus à l'aise sans forcément d'être surspécialisé » Int 1
	L'adaptation n'est plus un problème car l'interne doit toujours s'adapter	« de toute façon en tant qu'interne on passe notre temps à s'adapter si ce n'est pas au service, c'est à l'équipe, ou si c'est pas l'équipe de jour, ou l'équipe du soir ou même l'équipe des urgences voilà on fait avec. » Int 2
	Le système est stage/service dépendant	« c'est intéressant, c'est varié, c'est sympa, mais c'est très stage dépendant, très service dépendant » Int 2 « Non je ne pense pas que cela puisse s'appliquer à tous les stages cela dépend, » Int 5
	Acquérir les bases / Savoir comment mener la prise en charge	« on connaît les bases on apprend à quoi rechercher en premier quitte à après à adresser au spécialiste mais voilà au moins on s'est comment réagir face à une première consultation » Int 1
	Très bon système si tout le monde joue le jeu	« Dans l'absolu cela peut être très bien si tout le monde y met de la volonté et que cela se passe dans l'harmonie avec les internes » Int 2 « cela peut être pertinent si cela se passe de façon réglo. » Int 2
Mettre en balance acquérir, approfondir et varier les	« en terme de formation cela permettrait d'avoir un aperçu sur plusieurs spécialités mais je ne sais pas si c'est faisable si c'est rentable au niveau de l'acquisition au niveau des compétences » Int 3	

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES INTERNES		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
GENERALISATION DES POLES PEDAGOGIQUES A L'ENSEMBLE DES STAGES DE MEDECINE ADULTE	Correspond à la spécificité de la médecine générale	« Ouais pour la formation de médecine générale le fait de coupler 2 spécialités c'est vraiment pas mal pour la formation de la médecine générale, mais vraiment pour l'aspect formateur du stage et spécificité de la spécialité de médecine générale. » Int 4
	Contre une généralisation plus comme un choix	« Après des stages qui mutualisent comme là je trouve ça génial mais le généralisé je ne pense pas. Il faut laisser le choix » Int 5
	A adapter en fonction du projet professionnel de l'interne	« cela dépend aussi du projet de l'interne qui souhaite par exemple finaliser par un stage qui l'aurait toujours aimé faire. Si il a l'opportunité de le faire, car aujourd'hui les gens souhaitent avoir tout de même un petit domaine de prédilection » Int 5
	Permet trait de faire un tour de synthèse	« je pense que c'est pertinent parce que tu revois tout, tu refais une vrai synthèse cela permet de revoir son ECN en tant qu'interne » Int 6

10.2. Résultats des enseignants

Les caractéristiques des enseignants interrogés sont regroupées dans le tableau suivant :

ENSEIGNANT	SEXE	STATUT	SPECIALITE	ANNEXE
E 1	Féminin	Praticien Hospitalier	Maladie infectieuse	12
E 2	Féminin	Praticien Hospitalier	Rhumatologie	13
E 3	Masculin	Praticien Hospitalier Contractuel	Médecin généraliste	14
E 4	Masculin	Praticien Hospitalier Contractuel	Médecin généraliste	15
E 5	Féminin	Chef de service	Hépatogastro-entérologue	16
E6	Masculin	Chef de service	Maladie infectieuse	17
E7	Masculin	Maître de sage	Médecine générale	18
E8	Masculin	Maître de stage	Médecine générale	19

Les résultats des entretiens des enseignants sont représentés dans les grilles d'analyse suivant l'ordre des questions posées au cours des entretiens semi-dirigés.

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
COMMENT SE DEROULE LE STAGE DE L'INTERNE ?	Gestion de l'HDJ	« L'interne est assez autonome il a la gestion de l'HDJ » E1
	L'interne du pôle pédagogique est considéré comme les autres internes	« il est interne dans le service comme les autres internes du service qui ne font pas partis du pôle pédagogique, avec 2 internes de spécialité médicale et les autres sont internes de médecine générale » E4
	Gestion des lits d'hospitalisations	« ...3 internes en hospitalisation classique qui se partagent les 15 lits... » E2 « ils font la visite en hospitalisation eux même... » E4 « sa journée se déroule de la manière suivante, il arrive le matin il fait la visite avec le chef et l'après il fait la contre visite supervisé par un chef il voit les entrants il fait l'observation du dossier et il fait les comptes rendus et voilà » E5
	Gère des consultations en autonomie	« consultations et du dépistage car il y a le centre de dépistage donc l'interne du pôle pédagogique il fait les deux » E1
	L'interne est comme un collègue	« ... Généralement cela se passe bien, j'aime souvent travailler comme collègue avec l'interne... » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
Rôle de supervision	Travail en binôme	« en binôme surtout au début quand les internes connaissent pas bien donc notre rôle est vraiment au quotidien » E1 « Il arrive le matin il fait la visite avec le chef et l'après-midi il fait la contre visite supervisé par un chef » E5
	Apprentissage au lit du patient par autonomie progressive	« ... un côté pratique au lit du patient, où l'examen clinique, l'examen clinique type est montré à l'interne... » E2
	Reductions des dossiers en fin de journées	« ... avec une première partie où l'interne observe on lui donne les... repères et ensuite on le voit faire et ensuite où il fait seul. Donc c'est en plusieurs étapes.... » E2
		« les dossiers de l'HDJ sont rediscuter pas de façon systématique mais seulement lorsqu'il y a un problème ou lorsque l'on reçoit des résultats » E1
		« ... correction des CR après avec une critique avec l'interne... » E2
		« l'avantage d'un petit service comme ici les séniors sont à proximité et toujours disponible, dans le coin et du coup l'interne peut solliciter le médecin sénior au moment même où il voit le patient ... » E1 « sachant qu'on a des jeunes semestres on est toujours sur place ben on ne fait pas des visites officielles » E4
	Un chef chapote plusieurs internes.	« ... 3 internes en hospitalisation classique [...] chapotés par un PH.. » E2
	Volonté d'un équilibre entre autonomie et supervision	« En ambulatoire les internes sont assez autonomes et à la fois ils nous ont à côté... » E1 « On s'organise en fonction de chaque praticien, par exemple dans mon secteur il y a 3 grandes visites lundi, mercredi et vendredi ce qui laisse aux internes 2 jours d'autonomie. » E3 « ils commencent à 9h on fait 2 visites séniorisées officielles par semaine le reste du temps ils font la visite eux même » E4 « On revoit tous les patients ensemble on les laisse jamais seuls. On revoit avec eux on voit comment ils raisonnent comment ils arrivent à leurs conclusions ce qui propose de faire ce qu'ils demandent comme examen. » E4

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LL'OFFRE PEDAGOGIQUE AU COURS DU STAGE COUPLE	Recherche bibliographique pour présentation en Staff	« ...on aide l'interne à faire une biblio car nous avons des staffs biblio... » E1 « ... là les internes sont fortement incités à faire une préparation avec nous et ils présentent aussi les dossiers » E4 « on organise un jeudi sur deux dans notre service de l'enseignement qui est fait par des intervenants extérieurs soit par des séniors soit par un interne à propos d'un cas qui nous a posé un problème et il y a un topo derrière qui répond au problème. » E5
	Cours spécifique aux pathologies rencontrées dans le service	« ...on donne des cours spécifiques infectieux et au début du semestre spécifique VIH et spécifique tuberculose car ils vont en traiter tout de suite.. » E1 « ... Généralement on aborde les maladies qu'on retrouve le plus souvent dans toutes les spécialités cités... » E3
	Cours réguliers hebdomadaires	« ... Les cours sont tous les lundis entre 12h et 14h... » E1 « Nous il y a les cours du pôle de médecine une fois par semaine tous les vendredi après- midi » E4 « Donc cela est une fois par semaine » E5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
L'OFFRE PEDAGOGIQUE AU COURS DU STAGE COUPLE	Cours en commun avec l'ensemble des internes du pôle pédagogique reprenant les têtes de chapitres.	<p>« ... Voilà on essaie de balayer toutes les têtes de chapitres en rhumatologie et ses cours sont ouverts aux internes de rhumatologie et aux internes de diabétologie... » E2</p> <p>« il y a des cours organisé avec plusieurs spé, pneumo, diabétologie, neurologie, cardiologie et la rhumatologie » E3</p> <p>« il y a les cours du pôle de médecine une fois par semaine tous les vendredi après-midi [...] Il y a un staff d'infectieux une fois par mois le mercredi, il y a un staff avec les radiologues une fois par semaine aussi. » E4</p> <p>« En pratique on participe au pool des cours fait par les médecins entre guillemet au sens large du terme de la maison qui ont lieu le vendredi dans l'après-midi et où alternativement les médecins de l'hôpital font un ou plusieurs cours sur leur terre d'élection3 » E5</p>
	Ateliers pratiques	« les cours pratique des gestes et de l'acquisition des gestes... » E2
	Présentation des dossiers difficiles	<p>« ... une fois par semaine entre 14 et 16h on présente des dossiers qui posent problèmes ou les dossiers intéressant... » E3</p> <p>« C'est une présentation sur un cas particulier soit des histoires incroyables soit des trucs simples mais pour refaire le point sur certain sujet avec de la bibliographie et de recherche » E4</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
CE QUI APPARAÎT UTILE OU INADAPTE A LA MEDECINE GENERALE	Savoir gérer un patient en ambulatoire	« ...pour un futur médecin généraliste on apprend super bien à gérer une consultation à gérer un patient en ambulatoire voilà j'ai un patient en ambulatoire j'ai un problème voilà comment je fais pour gérer le fait qu'il ne soit pas hospitalisé... » E1
	Patient type de la spécialité de ville	« ... c'est très bien pour un médecin généraliste car ce sont des patients que vous serez amené à voir... » E1 « ... on balaye assez large et toutes ces pathologies sont rencontrées en ville par le médecin généraliste. » E2
	Apprentissage par l'expérience de cas concret.	« ... C'est à partir du terrain qu'on vous parle, qu'on complète avec la théorie... » E2
	Acquérir les conduites à tenir dans chaque spécialité sur les pathologies fréquentes de ville	« ...les lombalgies et les sciatiques vraiment un motif de consultation fréquent quand une lombosciatique nous arrive avec déjà une IRM on est un peu outré c'est pas...il y a des choses à revoir quelques connaissances et certaines prises en charge qui sont le b.a.-ba de tout médecin... » E2 « c'est de faire des diagnostics de ne pas passer à côté de quelque chose qui va pouvoir être investigués pas passer à côté d'une pathologie c'est difficile de savoir quand il faut s'inquiéter » E5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES I ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
CE QUI APPARAÎT UTILE OU INADAPTE A LA MEDECINE GENERALE	Pathologie rencontrées dans le service transversal et variées.	« permet aux internes de voir plusieurs pathologies de type inflammatoire, systémique des maladies avec une prise en charge complexe... » E3 « Le service de médecine interne ont à 75% de recrutement de post urgences c'est du tout-venant pathologies très variés, pour un médecin généraliste il voit vraiment un éventail de toutes les pathologies qu'on peut voir à l'hôpital et en ville » E4
	Patients adressés par les médecins traitants	« Cela présente un intérêt du fait que les patients sont adressés aux urgences par leur médecin traitant. Se sont des patients qu'ils seront donc amenés à voir au cabinet et comment cela se passe après » E4
	Gestion du retour à domicile et du suivi, communication avec les pairs	« On appuie pas mal également sur la gestion du retour à domicile des relations avec le médecin traitant après de prévenir d'envoyer des courriers à temps, etc...on essaie au maximum d'appuyer ce genre de communication. » E4
	Apprendre à effectuer une recherche bibliographique	« la manière de faire un cours, comment faire une bibliographie, partir d'un cas d'un malade et savoir le présenter est la même pour toute les pathologies la démarches est la même » E5

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
CE QUI APPARAÎT UTILE OU INADAPTE A LA MEDECINE GENERALE	Les cours sont orientés sur l'essentiel et transversaux	<p>« ...des cours qui sont orientés vers la médecine générale qui recouvrent un peu tous diverses et même transversaux. Ce sont vraiment des cours adaptés variés et » E3</p> <p>« c'est vrai que de temps en temps c'est assez spécialisé pour les cours du jeudi car ils sont fait plutôt pour l'hépatologie donc autant les cours du vendredi sont fait pour la médecine générale car ils abordent les grand thèmes autant les cours sont fait pour approfondir un problème que l'on connaît mal donc du coup c'est un peu plus spécialisé » E5</p>
	Connaitre le travail avec un réseau-	« ... qui voit en premier ce type de patient ? C'est le médecin traitant. Et nous en fait on a fait un réseau ville-hôpital où on demande aux MG de nous appeler directement... » E2
	Savoir gérer une consultation	« ...quand on est interne de médecine générale et qu'on a un tout petit peu de recul donc qu'on sait gérer une consultation.. » E1

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
COMMENT SE DEROULE LA ROTATION	Pas de difficulté rencontrée	« la rotation se fait sans problèmes on s'arrange très bien avec l'interne. » E1 « La rotation se déroule très bien généralement... » E3
	L'interne n'était pas au courant de la rotation initialement	« et la DRASS n'avait pas très bien fléché l'interne pensait qu'elle allait faire 6 mois en neurologie et l'interne arrivait et elle faisait un peu la queue en arrivant mais on lui a expliqué comment cela se passait et au final elle était très contente » E4
	Difficulté d'organisation avec les vacances non répartis sur les 6 mois	« ...c'est que sur un semestre d'été [...] elle a pris toutes ses vacances sur les 3 mois chez nous donc du coup elle n'a pas été tout le temps avec nous.. » E1
	Présentation à toute l'équipe	« ... comme d'habitude on présente toute l'équipe.. » E1 « ... Les internes sont accueillis par la cadre ou une infirmière pour leur expliquer le fonctionnement commun... » E2
	Mis directement en situation d'autonomie	« ...on la met vite dans le bain car il y a vite les HDJ à gérer... » E1

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
L'ADAPTATION DE L'INTERNE AU SERVICE	Moins d'un mois	« ... c'est un peu après 2-3 semaines.. » E1
	Un temps d'adaptation et un temps d'acquisitions puis d'autonomie	« ...le temps d'adaptation car ensuite il y a les acquisitions qu'on doit conforter et ensuite il y a l'autonomie à avoir donc eux il reste du chemin. L'autonomie elle est faite à 4 mois. » E2
	Le temps d'adaptation dépend du tempérament et de la personnalité de l'interne	« ...c'est une question de tempérament aussi c'est à dire qu'il y a des gens qui ont des qualités d'adaptation incroyables on a eu des semestres même des très jeunes même en 3-4 jours c'était bon donc c'est vraiment une question de personnalité.. » E1 « ... après cela dépend des internes il y en a qui s'adapte plus vite que d'autre. » E4
	Aucune difficulté d'adaptation technique	« ... après ils sont libérés un peu des contraintes qu'on connaît et qu'on rencontre quand on est interne de premier semestre au début des contraintes de la journée de l'administratif des sorties. » E4
	Plus d'un mois	. « ...Le temps d'adaptation en hospitalisation classique il est à 1 mois et demi 2 mois... » E2 « . Quand on est jeune semestre ils ont la tête sous l'eau pendant un mois un mois et demi après cela dépend des internes il y en a qui s'adapte plus vite que d'autre. » E4 « les souvenirs que j'en ai moi ce qui m'avait frappé c'est qu'on patauge complètement 2 mois et au bout du 3 ^{ème} on est à flot. Je pense que c'est toujours le même schéma » E5 « L'autonomie elle est faite à 4 mois. » E2

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
L'ADAPTATION DE L'INTERNE AU SERVICE	Adaptation plus difficile si passage d'une spécialité à une prise en charge plus globale du patient	<p>« La majorité sortaient de service de spécialité et dont le fonctionnement est différent de la médecine interne. Nous avons une vision plus globale du patient une prise en charge polyvalente... » E3</p> <p>« C'est vrai qu'en neurologie c'est très spécialisé c'est une prise en charge très stéréotypée et donc plus rapide, c'est-à-dire que eux ils vont très vite dans leur raisonnement car leur raisonnement est très stéréotypé [...] Alors que nous comme on a un éventail de pathologies plus larges, plus étalés plus variés cela se rapproche plus de ce qu'il connaisse » E4</p>
	Difficulté d'adaptation technique	« pour certain interne qui venaient de service qui n'avait pas ce logiciel donc nous sommes le premier service à avoir donc on a patiner pendant 2 semaines. » E3
	Rotation difficile si les 2 services sont très différents en terme d'activité	<p>«... l'exercice est vraiment difficile car les services sont différents car chez nous cela tourne énormément il y a beaucoup de boulot alors qu'en maladie infectieuse c'est de la consultation,... » E5</p> <p>« c'est plus pour un exercice de ville et c'est très différent que dans notre service. » E5</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
L'ADAPTATION DE L'INTERNE AU SERVICE	Le temps d'adaptation dépend de l'ancienneté de l'interne	<p>« ... elle est jeune semestre donc je pense que cela a été plus difficile pour elle parce qu'on on ose moins on a un peu peur de déranger et en plus on s'adapte plus ou moins... » E1</p> <p>« des internes de 2nd semestre donc cela a été un avantage en plus ils sont pour la plupart passer aux urgences et qui avaient déjà pleins de connaissances par rapport aux semestres passés qui pour eux c'était nettement plus difficile car ils étaient comme des externes. Même parfois on a eu des internes de 4^{ème} semestre qui ont eu un temps d'adaptation beaucoup plus court. » E3</p> <p>« c'est vrai qu'il faut être très réactif et donc pour un jeune semestre cela peut être très violent de commencer par la neurologie en termes de rapidité » E4</p> <p>« Après en générale on a des jeunes semestres après les vieux semestres s'adapte plus vite » E4</p>
	Nécessiter de s'amender des habitudes de l'ancien service	<p>« ... après la rotation on constate qu'ils sont déjà autonome sur certain point du fonctionnement, mais parfois il y a des problèmes d'adaptation avec les habitudes par rapport à l'ancien service. » E3</p> <p>« C'est vrai qu'en neurologie c'est très spécialisé c'est une prise en charge très stéréotypée et donc plus rapide, c'est-à-dire que eux ils vont très vite dans leur raisonnement car leur raisonnement est très stéréotypé [...] Alors que nous comme on a un éventail de pathologies plus larges, plus étalés plus variés cela se rapproche plus de ce qu'il connaisse » E4</p> <p>« Eux ils trouvent que c'est très différent quand ils arrivent en maladie infectieuse au début ils sont un peu désarçonné car c'est pas du tout le même exercice et après ils sont toujours contents au final » E5</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES I ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
CE QUE LES ENSEIGNANTS ATTENDENT DES INTERNES	Soient impliqués et se sentent responsable	<p>« ...je trouve que la prise d'autonomie elle a un super bon impact c'est-à-dire que l'interne se sent encore plus responsable donc du coup il se sent plus impliqué et donc il fait plus attention et donc il apprend plus... » E1</p> <p>« déjà c'est de jouer le jeu d'être impliqué dans le service c'est de s'occuper bien des malades d'être le vrai référent du patient dans notre service c'est ça l'objectif il est atteint et cela dépend des internes » E4</p> <p>« voilà je veux des gens impliqués. Quelqu'un qui ne sait pas mais qui s'en fout pas ce n'est pas grave mais quelqu'un qui s'intéresse pas c'est insupportable. Je veux des internes qui s'intéressent à la vie du service, au service, aux patients qui sont sympas avec les malades qui posent des questions enfin qui sont motivés et intéressés » E5</p>
	Que l'interne soit investi et autonome	« ...en première ligne cela met les internes en première ligne et moi c'est ça que j'attends d'eux c'est-à-dire qu'ils se sentent investit et ils participent pleinement au fonctionnement du service et le fait d'être responsable du patient en HDJ cela fait ça.. » E1
	Gestions des situations d'urgence	« on attend beaucoup de choses pratiques surtout être autonome sur la gestion gestions des situations d'urgences... » E3
	Savoir gérer les situations fréquentes	« ... on attend d'eux surtout qu'ils soient autonome c'est pour cela qu'on les laisse certain jours de visite seul pour affronter les difficultés pour permettre de les grandir » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
CE QUE LES ENSEIGNANTS ATTENDENT DES INTERNES	Acquérir une façon de réfléchir, une méthodologie de travail, des réflexes	<p>« Mais après ce qu'on attend aussi c'est d'apprendre le raisonnement médicale c'est ça la médecine interne, d'acquérir une manière de penser et de réfléchir qui puisse appliquer à n'importe quelle situation et en médecine générale aussi. C'est vraiment l'objectif du stage. » E4</p> <p>« Ce que je voudrais en sortant c'est qu'ils acquièrent des réflexes qui vont garder toute leur vie sur la manière d'aborder une maladie du foie et d'y penser c'est essentiellement ça » E5</p>
	On ne leur demande pas d'être spécialisés	« on ne peut pas arriver en un seul semestre avoir suffisamment de connaissance pour avoir le raisonnement de médecine interne on ne leur demande pas l'impossible » E4
	Les objectifs sont atteints par l'interne	<p>« Les deux internes du pôle pédagogiques sont vraiment motivés et ils y arrivent. Elles prenaient en charge les malades » E4</p> <p>« C'est vrai au début ils arrivent avec quelques carences et à la fin en gros ils y arrivent. C'est l'objectif sinon cela ne sert à rien. » E4</p> <p>« Après je me rends compte qu'il y a des internes qui sont passés dans le service et qui m'appellent pour certain patient et ils savent quand appeler ils ne se trompent pas. Voilà ils ont until il a ça qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que je peux te l'envoyer donc il y a des internes qui y arrivent. » E5</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
DIFFICILE POUR LE SERVICE A ORGANISER LA ROTATION	Aucune tant que les internes s'organisent entre eux.	« ...quand ils sont en binôme c'est-à-dire qu'il y a les 2 internes ils s'arrangent entre eux les consultations et l'HDJ... » E1
	Aucune, service habitué à la rotation des internes entre les différentes parties du service	« Même les internes du service tournent au bout de trois mois car il y a une HDS, HDJ, la salle et bientôt on aura une unité d'aval des urgences. Donc dans toute ces unités les internes tournent au bout de trois mois donc il y avait déjà une rotation qui se faisait avant donc on inclue un interne de plus c'est tout. Cela n'a rien changé. » E4
	Aucune difficulté notée	« ... c'est assez clair que cela ne présente pas de difficulté pour nous. » E1 « Aucune car comme on a plusieurs unités les internes tournent au bout de trois mois » E4 « Aucune difficulté. Tout le monde a joué le jeu, comme d'habitude. On est toujours triste quand ils en aillent » E5
	Difficulté d'organisation des congrés	« Avec les vacances on a eu quelques soucis avec l'organisation au sein du service... » E1 « Certains internes prennent leur 3 semaines de vacances sur la même période de 3 mois ce qui r fait court » E2 « chose c'est d'en avoir un de moins et que cela tombe pendant les vacances et donc du coup il faut se serrer la ceinture. Donc les vacances posent parfois des problèmes. » E5
	L'interne doit s'adapter aux spécificités du service	« c'est l'interne qui s'est adapté au chef dans les 3 mois c'est un peu juste... » E3
	Efficacité du binôme interne-chef trop courte	« Donc au final on peut dire qu'on travaille bien en binôme seulement sur le dernier mois. Donc 3 mois c'est un peu juste pour nous. » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES I ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS NEGATIFS	Pas de retour sur l'investissement	« ...on va investir sur un interne en lui apprenant pas mal de choses et l'aidant au début pour finalement qu'il soit très peu là donc il y a peut-être une petite bascule à ce niveau-là... » E1 « ... Cela serait même décourageant parce qu'il y a un investissement... » E2 « ... mais c'est de recommencer à tout apprendre au 2 ^{ème} interne alors que les autres sont déjà rodés donc cela doit demander plus d'effort. C'est de reprendre à zéro à M3 alors qu'on est habitué que cela roule, » E5
	Turn-over de patient important pour un interne non adapté	« ... en tant que fonctionnement de service, et cela désorganiserait totalement les choses. Sachant qu'on a une DMS (durée moyenne de séjour) et un déroulement qui est assez rapide... » E2
	L'impression de bâcler le rôle d'apprentissage	« ... On aurait l'impression de bâcler et de pas finir un travail et à la fin personne ne serait avancer parce que il y a tellement de chose à apprendre, tellement de chose à conforter et donc 3 mois ce n'est pas possible. » E2
	Pas le temps d'approfondir	« ...elle n'a pas assez le temps, elle a l'impression qu'elle loupe quelque chose elle n'a pas le temps d'approfondir car elle n'a pas été là assez longtemps... » E1
	On les sent déçus	« ...par contre eux ils trouvent ça un peu court donc du coup ils se sentent un peu déçu parce qu'il ne voit pas tout... » E1

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS NEGATFS	Acquisition de lacune dans les différentes spécialités	« Les lacunes du fait qu'ils voient différente chose mais ils acquièrent également des lacunes dans les spécialités... » E3
	Déstabilisation des équipes infirmières ne font pas confiance	« Pour les services et les infirmières elles sont perturbées de voir plusieurs changements. » E3
	Erreur de prise en charge et surcoût	« Parfois on constate pendant les transmissions il y a des loupés et cela prolonge l'hospitalisation et donc induit des dépenses en plus à prendre en compte » E3
	L'interne Se transforme en super externe	« Car l'externat est là pour voir un peu ce qui se passe dans tous les stages, les services. L'internat c'est pour plus voilà on est médecin on prend en charge les malades, on s'occupe des malades on est le référent du malade dans le service ils ne doivent pas se comporter comme le super externe devant chaque difficulté demander au chef que dois-je faire » E4 « négatif c'est que peut être dans leur tête cela ressemble un peu à l'externat comme c'est la même chose en terme de durée » E5
	Ralentissement dans le fonctionnement du service	« De plus on est dans la politique du chiffre donc on doit faire tourner la machine donc on doit faire des sorties donc en plus avec les lacunes cela arrive à un ralentissement du nombre de sortie. » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS NEGATIFS	6mois est mieux que 3 mois pour les former	« Et donc le passage externe à interne que l'on voit chez les premiers semestres qu'ils doivent acquérir. Si on pouvait les avoirs 6 mois c'est sûr que c'est mieux que 3 mois » E4
	Avoir un demi-poste donc un interne sur 3 mois non remplacé	« L'autre point négatif c'est qu'on a un poste divisé par deux et que donc on a qu'un demi-poste et donc on n'a personne les 3 derniers mois et donc on a pris des habitudes de luxe et on a du mal à abandonner » E5
	Le non choix de la spécialité n'est pas motivant pour l'interne	« on a des cas de figures où les internes qui avait choisi médecine interne en second choix et comme il y a une sorte de tirage sort ils peuvent se retrouver en cardiologie et donc il sera vraiment désaxé dans son projet. Donc un manque de motivation et un découragement de leur part. » E3
	Pas le temps nécessaire d'installer un apprentissage c'est tout, tout de suite	« ...quand on a 6 mois c'est plus facile quand par exemple l'interne vient nous solliciter pour un dossier de dire attends on voit ça après alors que quand il y a 3 mois là je l'ai senti ce semestre ci pour celle qui est là elle aimerait bien qu'on lui apprenne tout de suite, qu'on lui réponde tout de suite... » E1

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LLES POINTS POSITIFS	Permet d'avoir un interne de plus	« ... nous on était très content d'avoir un 2 ^{ème} interne... » E1
	Variété de connaissance et de formation	« ... il y a cette variété de connaissance qu'on acquiert durant le stage avec en plus toutes les formations durant le stage, la façon de prendre en charge différemment des patients » E3 « cela est plus intéressant de tourner je trouve qu'on apprend beaucoup plus de chose on apprend des choses au début après on s'installe » E5
	Permet d'alléger le planning des internes	« ...cela permet à l'autre de souffler un peu... » E1
	La possibilité d'accéder à plusieurs spécialités selon son projet	« celui qui n'a pas eu l'occasion de faire cardio avec ce système pourra bénéficier de plusieurs expériences qu'il souhaite soit de la neuro ou autre » E3
	Les médecins généralistes sont les relais	« ...nous on a besoin des médecins généraliste qui vont être notre relais car les patients ont ne peut pas les voir tout le temps pour le moindre truc... » E1
	Suffisant pour une vision globale mais pas dans le détail	« . Sur 3 mois ils ont une vision assez globale. Après dans le détail non 3 mois et même 6 mois ce n'est pas assez. Mais après ils ont vu tous ce qu'on peut faire » E4

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
LES POINTS POSITIFS	Les internes sont contents	« Après les internes sont contents car elles voient avec nous le raisonnement médical » E4
	Savoir quand, comment adresser à un spécialiste	« , comment cela se passe différemment voir comment cela se passe où les patients vont aller quand on ne va pas s'en occuper quand on envoie le patient aux urgences. Qu'est ce qui va se passer quand on envoie un patient voir un spécialiste, ce qui faut dire au patient » E4
	Le raisonnement médical est universel quel que soit la spécialité	« de toute façon le raisonnement médical est universel et je sais qu'en neurologie ils ont ce raisonnement-là » E4
	Connaître le suivi en ville	« Le suivi des malades qui sortent de l'hôpital comment on gère les complications post chimio par exemple donc si ils l'ont pas vu ils ne pourront pas l'inventer et les prendre en charge » E4
	L'internat est lieux des expériences que l'on n'aura plus l'occasion de faire	« L'internat est l'occasion de faire des choses qu'on ne fera plus jamais et que c'est l'occasion justement d'avoir sur des courtes durées d'avoir des expériences de choses qu'on ne verra plus. En cela le pôle pédagogiques est plutôt bien » E4

NALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
LES POINTS POSITIFS	Occasion de voir des maladies rares pour mieux les dépister	« Et même les maladies rares qu'on voit en médecine interne et ben c'est intéressant pour un médecin généraliste car c'est peut-être rare mais un médecin généraliste il en voit des malades donc statistiquement il va en voir c'est sûr. Et donc si on n'en a jamais vu, on ne connaît pas et on ne s'est jamais posé la question et bien on ne peut pas les dépister, ou les diagnostiquer ou même suspecter qui peut avoir. Et c'est qui le médecin le premier qui peut suspecter un problème, c'est le médecin généraliste et c'est lui qui va pouvoir orienter le malade et détecter qu'il y a un problème » E4
	Adapter la pédagogie à chaque interne, s'améliorer	« ... le fait de former des internes nous permet de réactualiser aussi sur le plan pédagogique et peut être de réfléchir à une façon de fonctionner différemment en fonction de l'interne qu'on a en face de nous, on s'adapte à chaque cela permet donc de se renouveler.... » E2
	Chaque interne apporte quelque chose de différent	« ... chaque interne est différent du coup on peut avoir des idées nouvelles apportés par l'interne... » E2
	On apprend réellement seulement ce qu'on expérimente	« On sait prendre en charge seulement ce que l'on a vu et ce que l'on a vécu. » E4 « si ils l'on pas vu ils ne pourront pas l'inventer et les prendre en charge » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPOSES - VERBATIM
QUELLE EST LA FORMATION OPTIMALE POUR SE FORMER A LA MEDECINE GENERALE	Chacun cite sa spécialité comme indispensable	<p>« ...ce qui est sur je pense que l'infectieux c'est absolument indispensable... » E1</p> <p>« ... Du point de vue de ma spécialité je pense qu'elle est incontournable pour un généraliste... » E2</p> <p>« je pense que la gastro est assez bien adapté à la médecine générale car elle touche à l'alcool [...] cela touche à la procto [...] à la cirrhose qui est une maladie méconnue et cela est bête mais des maladies virales il y en a des caisses » E5</p>
	Les spécialités de médecine chronique sont indispensables	<p>« ...je pense qu'il faut passer en maladie infectieuse, au même type de passer en diabète car c'est de la médecine chronique.. » E1</p> <p>« Après je pense à l'endocrino pour le diabète et la cardio car je n'y connais rien et je serais terrorisé par ça » E5</p>
	Les urgences sont indispensables	<p>« Je pense aussi aux urgences, c'est indispensable » E1</p> <p>« Les urgences sont indispensables. » E3</p>

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
QUELLE EST LA FORMATION OPTIMALE POUR SE FORMER A LA MEDECINE GENERALE	Le stage chez le praticien est incontournable	« ... stage chez le praticien me paraît indispensable aussi car c'est vraiment mettre un pied dans la vie... » E2 « Je pense que dans la maquette de médecine générale de multiplier les expériences en médecine de soins primaires ce qui est l'objectif d'un interne de médecine générale je n'en vois pas le sens dans le sens que se sera ce qu'elle fera pendant toute sa vie, et l'apprendra » E4
	Le schéma actuel est satisfaisant	« la maquette actuelle est bien pour se former à la médecine générale. » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
UNE GENERALISATION DES POLES PEDAGOGIQUES SERAIT- ELLE PERTINENTE ?	Cela dépend des stages et de la spécialité	« ...faire cardio pneumo sur 6 mois c'est peut-être pas mal mais en même temps cela me paraît tellement vaste... » E1 « ...dans quel service on va si par exemple un interne fait de la maladie systémique ou de la maladie vasculaire très bizarre il sera pas paré pour prescrire... » E1 « Cela ne se prête pas partout il faut des gens motivés, que les lieux de stage soit adaptés, que le stage soit aussi intéressant » E4
	Pas favorable car 3 mois sont courts pour être à l'aise	« ...je mettrais un bémol sur le fait que 3 mois c'est court pour appréhender et être à l'aise dans le stage c'est un peu court... » E1
	Ce système permet de motiver l'interne par l'expérience	« Pour des spécialités comme ça cela serait utile de varier pour expérimenter aux manettes. Pour des petits trucs pour des techniques, savoir ne pas passer à côté, savoir quand il faut s'inquiéter ou quand le patient va mal. Au final je suis assez contente du système car cela booste. » E5
	C'est la qualité qui compte et non la quantité.	« ... Je pense que ce n'est pas plus on voit de spécialité plus on est formé, encore faut-il que dans chaque spécialité on soit bien formé. Ce n'est pas la quantité qui compte c'est la qualité. » E2
	Voir plus pour être former est un raccourci	« ... En pensant que plus on voit de spécialité et plus on est formé mais je pense que cela est un raccourci. » E2
	Favorable mais avec des services qui fonctionnent à l'identique	« Oui cela peut être pertinent car cela dépend des hôpitaux, il faut des hôpitaux qui regroupent tous ces services. Cela dépend du fonctionnement des différents services » E3

ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS		
QUESTIONS DE L'ETUDE CATEGORIE	SOUS CATEGORIES	REPONSES - VERBATIM
UNE GENERALISATION DES POLES PEDAGOGIQUES SERAIT-ELLE PERTINENTE ?	Les pôles pédagogiques permettent de faire un tour	« Donc l'internat c'est le seul moment où on peut de manière organisée faire le tour avoir plusieurs expériences voir plusieurs choses. Cela peut être dans des endroits spécialisés, » E4
	Conserver l'essentiel et s'amender des subtilités	« ben j'étais noyé deux mois et le 3 ^{ème} je commençais à émerger et même j'ai gardé actuellement ce que j'avais appris en trois mois et j'ai oublié toute les subtilités d'ailleurs cela ne sert à rien après pour moi gastro et donc pour un généraliste » E5
	Oui mais les services doivent s'investir	« Car ce n'est pas intéressant de faire 3 mois dans un stage de merde et 3 mois dans un stage bien. Le pôle pédagogique ne doit pas être là pour monnayer » E4
	C'est en expérimentant qu'on apprend	« à mon avis tant qu'on n'est pas au manette on ne sait pas faire » E5 « qu'on doit avoir l'habitude pour apprendre et pour ne pas oublier. Pour des spécialités comme ça cela serait utile de varier pour expérimenter aux manettes » E4 « Voilà tant qu'on n'a pas les rennes donc si on fait ça dans chaque spécialiste » E5
	Laisser le choix aux internes selon leur projet professionnel	« . Après cela dépend du choix de l'interne, pour certain c'est plus intéressant de rester 6 mois dans une structure dans lequel on peut s'investir et en général on voit que la progression n'est pas la même entre 6 mois et 3 mois » E4
	Le pôle pédagogique ne doit pas se transformer en super externat	« pédagogiques il faut laisser le choix entre les 3 mois et les 6 mois car encore une fois les internes ne sont pas des super externes » E4 « peut-être que cela ferait trop haché mon problème à moi c'est de me dire que cela ressemble à un externat E5

11. DISCUSSION

L'analyse des résultats détaillée ci-dessus permet de porter un regard éclairé et nuancé sur les stages en pôles pédagogiques. Cette partie a pour objectif de présenter les principales conclusions et de les discuter au regard des forces et limites de la méthodologie employée et des travaux préexistants. L'enquête n'a pas la prétention de définir les besoins de formation des futurs médecins généralistes ; cette enquête qualitative permet d'en approcher la perception que peut avoir chacun des acteurs des pôles pédagogiques – les internes comme les enseignants : les représentations que se font les internes de leurs besoins de formation pratiques, d'une part, et d'autre part les enseignants de leur rôle de former et leurs motivations.

Il ressort de l'étude que les stages couplés présentent des intérêts incontestables, tant du point de vue de l'interne, que de l'enseignant, mais également certaines contraintes qui doivent être mesurées. Le stage couplé ne constitue donc pas la panacée et ne doit être envisagé que dans certaines conditions : l'étude permet d'identifier les facteurs clés de succès des stages couplés, qui tiennent à l'interne, à l'enseignant, mais également, au-delà, au service et à l'établissement.

11.1. FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL DE RECHERCHE

11.1.1. Forces du travail de recherche

Une étude inédite sur un sujet d'actualité à fort enjeu. L'intérêt majeur de l'enquête est son caractère inédit. Aucun travail de recherche, du moins public, n'a été réalisé à ce jour sur les stages couplés.

Or une étude critique des stages couplés semble pouvoir apporter des éléments de réponse, partiels mais novateurs et concrets, à une problématique d'actualité : comment assurer demain en France une médecine de proximité de qualité. L'étude peut faire écho à plusieurs rapports récents s'intéressant à cet enjeu, comme par exemple celui rendu en 2010 par le Docteur M. Legmann⁵⁴ sur un « nouveau modèle de médecine libérale » ou en 2011 par E. Hubert¹ sur la « médecine de proximité ».

L'étude s'efforce de formuler des propositions concrètes, de nature opérationnelle pour optimiser l'apport des stages couplés.

Les constats et recommandations formulés sont confortés par la rigueur de la méthode utilisée.

En effet, l'étude répond aux exigences scientifiques d'une étude qualitative. L'entretien individuel permet la verbalisation de phénomènes profonds, propres à chacun des acteurs des stages couplés.

- Les internes et les enseignants ont été interviewés séparément afin de limiter les biais de confusion entre les réponses apportées par les enseignants et les internes.
- L'échantillon se veut représentatif : le nombre de personnes interrogées (15) correspond à l'entretien d'un interne et d'un sénior dans chaque centre hospitalier proposant des stages couplés.
- La population cible a permis d'arriver à saturer les données.
- Le moment de recueil des données a été spécialement positionné en fin de semestre pour limiter le biais de mémorisation. L'interne et le sénior sont en fin de semestre plus aptes à faire une synthèse de leur semestre.

11.1.2. Limites du travail de recherche

Plusieurs limites peuvent toutefois être identifiées. **La première limite tient à l'échantillon interviewé :**

- La plupart des internes interrogés sont des jeunes semestres. Etant jeunes, certaines de leurs réponses concernant l'adéquation de la formation à la spécificité de la médecine générale peuvent ne pas être assez pertinentes par méconnaissance de la médecine de ville. Cependant, cela correspond à l'état actuel des pratiques, les pôles pédagogiques étant choisis par de jeunes internes de premier et second semestres. En outre, les jeunes semestres, de par leur manque d'expérience, ne sont pas à même de comparer avec le fonctionnement d'autres services hospitaliers, mais cela peut également apparaître comme un atout dans l'interprétation des résultats, les jeunes internes apportant leur avis sans a priori, sans être parasités par les expériences précédentes dans d'autres services.
- Concernant les enseignants, on constate que parmi les médecins séniors interrogés seulement deux sont médecins généralistes de formation devenus médecins hospitaliers par la suite : les médecins spécialistes peuvent apporter une réponse moins pertinente au regard de la spécificité de la médecine générale.
- Le nombre d'entretiens s'est limité à l'entretien d'un enseignant et d'un interne par centre hospitalier proposant des stages couplés. Il aurait été intéressant d'interroger l'ensemble

des internes et des enseignants participant aux pôles pédagogiques et sur plusieurs semestres.

La question du nombre d'entretiens ou de participants à interviewer reste difficile à déterminer. Toutefois, la cohérence et la redondance dans les sous-catégories émergentes nous permettent de dire que la saturation des données a été atteinte.

D'autres limites tiennent notamment à la période et à la méthode de recueil des données.

- La période de recueil des données : lors du semestre d'été, le problème des congés prolongés pris par les internes et les enseignants représente un biais de confusion. Les résultats montrent en effet que l'organisation de la rotation entre deux services a été pour la plupart parasitée par le planning des vacances de chacun. Il aurait été judicieux d'interroger des intervenants lors du semestre d'hiver. Mais certains enseignants, de leur expérience passée, déclarent sans ambiguïté que durant le stage d'hiver les vacances ne sont pas un problème pour organiser la rotation.
- Concernant la méthode de recueil des données : l'organisation des réponses aux questions en sous-catégorisations relève d'un choix interprétatif qui est au cœur de la démarche compréhensive et qui induit comme limite l'habileté et l'expertise du chercheur pour catégoriser.
- Concernant la validité, la reproductibilité et la généralisabilité des résultats : la recherche qualitative étant interprétative par nature, elle ne peut répondre au critère d'objectivité exigé en recherche quantitative mais elle doit répondre au critère de réflexivité⁴⁹, qui implique que le chercheur doit prendre conscience de sa contribution dans la production, de la manière dont l'influence les résultats et d'en rendre compte. Dans cette étude, j'ai pris conscience que la tournure et le ton employé pour poser les questions pouvaient influencer les réponses. Le critère de reproductibilité n'est pas transposable en tant que tel à la recherche qualitative. Pour en rendre compte, j'ai explicité précisément les étapes de l'analyse.

11.2. Principaux résultats et intérêts

A titre liminaire, il apparaît que l'objectif diffère selon qu'il s'agisse de l'interne ou de l'enseignant.

- Pour l'interne, il s'agit de se former en apprenant au maximum, devenir plus compétent, apprendre son métier de médecin généraliste en variant les champs d'activité. Les internes de médecine générale se rendent compte au fur et à mesure de l'étendue de la médecine générale. Ils ont conscience que son domaine est vaste et qu'il nécessite beaucoup d'expériences et de compétences. Une étude qualitative menée en 2009⁵⁵ sur la représentation des médecins généralistes de leur spécialité révèle que, ce qui constitue les limites du champ d'application de la médecine générale, sont les propres compétences du médecin. La connaissance de ses propres limites apparaît comme une compétence nécessaire à l'exercice de la discipline. Le domaine de la médecine générale apparaît au vu de l'enquête comme « infini ». Cela rejoint l'état d'esprit des internes interrogés dans le cadre de mon étude, qui ont pris conscience et qui disent vouloir ainsi se former à cet « infini ». De même que cet état d'esprit corrobore les résultats d'une enquête⁵⁶ effectuée auprès des jeunes médecins généralistes fraîchement installés en ville. Cette enquête montre que les jeunes médecins généraliste apparaissent comme des médecins polyvalents et qui à eux seuls réunissent plusieurs métiers ou spécialités en un. La formation doit tenir compte des aspirations des internes et doit répondre à cette obligation de polyvalence.
- Pour l'enseignant, l'objectif est de former l'interne tout en assurant le bon fonctionnement du service dont il est responsable.

De part et d'autre, l'accueil réservé au nouveau système de pôle pédagogique est plutôt positif.

En effet, le premier constat est que le système de stages couplés est attractif :

- Les internes le choisissent pour des raisons telles que le caractère validant et la proximité géographique, mais surtout pour l'accès à différentes spécialités.
- Les établissements mettent en place les stages couplés pour leur caractère validant qui leur garantit de pourvoir l'ensemble des postes lors du choix de stage, mais également pour les avantages attachés à la mutualisation des ressources pédagogiques.

Au-delà de ces constats généraux, les entretiens menés permettent d'apporter des réponses aux hypothèses formulées a priori sur les apports des pôles pédagogiques, détaillées ci-après.

11.2.1. Une durée inférieure à 6 mois est-elle suffisante pour assurer la consolidation des fondamentaux?

L'enquête ne permet pas d'apporter une réponse tranchée à la question posée. Il apparaît clairement, pour les internes et les enseignants, que moins de 6 mois semblent insuffisants pour se dire formé à une spécialité. Il faut un internat de 4 ou 5 ans pour être cardiologue ou gastro-entérologue. L'objectif des stages en médecine générale est d'acquérir les connaissances suffisantes pour pouvoir exercer tous les champs de la médecine générale en ambulatoire. Mais à quoi correspondent réellement ces connaissances dans chaque spécialité ? La question reste ouverte (quid d'un référentiel des compétences par spécialité).

- Selon les internes :

Les stages couplés permettent d'acquérir un certain nombre de fondamentaux, d'automatismes, de réflexes et la manière de réfléchir dans la spécialité. Les internes se sentent plus compétents et plus à l'aise dans la pratique de la spécialité. Ce qui est important, c'est qu'ils ont appris des choses. Ils font le lien entre la théorie qu'ils ont acquise durant leur préparation au concours national classant et la pratique de la spécialité au quotidien.

L'étude ne permet pas de dire si les fondamentaux ont été consolidés. Elle permet seulement de mettre en avant que le ressenti de l'interne en terme de compétences et de connaissances à la fin des 2 ou 3 mois est bon. Ils ont retenus certaines pratiques simplement par le fait de les avoir pratiquées et expérimentées.

Cependant l'internat de par sa durée restreint clairement l'interne. De plus l'interne de médecine générale doit par définition acquérir les fondamentaux dans toutes les spécialités cardiologie, neurologie, pneumologie, et etc.

La plupart des internes déclarent lors des entretiens que les pôles pédagogiques apparaissent comme un bon compromis entre variété et acquisition.

Une question est soulevée : peut-on acquérir tous les fondamentaux durant l'internat de médecine générale ?

- Selon les enseignants :

Les enseignants sont plus catégoriques dans leurs réponses. Moins de 6 et même 6 mois sont manifestement insuffisants pour acquérir tous les fondamentaux. Surtout que la plupart des

enseignants sont des spécialistes, et non des généralistes. Selon eux les fondamentaux pour un futur généralistes sont la gestion des situations d'urgence, la gestion des pathologies fréquemment rencontrées en ville. Les internes rencontrent durant les 2 ou 3 mois plusieurs fois ce genre de situation, mais pas suffisamment pour qu'elles soient consolidées.

La mise en commun des cours au sein du pôle pédagogique permet de compléter la formation pratique. Les internes en sont particulièrement contents car ils apportent une vision d'expert sur le domaine en question.

11.2.2. Une rotation des internes au bout de 2 ou 3 mois ne pose-t-elle pas de difficultés en termes de temps d'adaptation et de suivi pédagogique ?

Il apparaît clairement que la rotation entre différents services pose des difficultés pour les internes et pour les enseignants. La capacité d'adaptation apparaît comme l'élément majeur pour les internes. On pourrait penser que le temps d'adaptation ne change pas entre un stage classique de 6 mois et un stage organisé en pôles pédagogiques. Cependant plusieurs facteurs propres aux pôles pédagogiques sont déterminants dans l'adaptation d'un interne à un nouveau service.

Internes et enseignants s'accordent sur un cut-off, celui d'un mois. Au bout d'un mois, l'interne devient efficace : il sait comment organiser sa prise en charge au sein du service, quels sont les examens à demander et comment le faire. Après vient le temps de l'autonomie.

- Selon les internes :

La contrainte principale de la rotation est l'adaptation au nouveau service. Cette adaptation recouvre deux facettes : d'une part, l'adaptation « technique » au fonctionnement du service, d'autre part, l'adaptation médicale aux pathologies rencontrées dans le service.

L'adaptation technique correspond au mode de fonctionnement d'un service : la façon de prescrire, de demander des examens complémentaires, l'identification des personnes ressources, les méthodes et le rythme de travail du chef, etc. Les internes s'adaptent rapidement ; cela ne représente pas un réel problème puisque la rotation se fait au sein de deux services d'un même hôpital, utilisant dans la plupart des cas les mêmes ressources techniques.

L'adaptation médicale constitue la plus grande difficulté de la rotation. Les internes doivent littéralement redoubler d'effort durant leur stage couplé. Ils doivent recommencer, se ré-adapter à une façon de réfléchir, à une méthode de travail et à une spécialité. Cependant ils l'ont choisi et

sont motivés. De plus, la faible variété des pathologies rencontrées permet de surmonter rapidement cette difficulté : au bout de 2-3 mois, les internes ont pris en charge plusieurs fois les mêmes pathologies fréquentes dans le service ; certains se posent même la question de savoir si une période de 6 mois leur permettrait véritablement de rencontrer davantage de pathologies. En effet, le système de pôle pédagogique ne s'effectue actuellement qu'au sein d'hôpitaux de périphérie, dans des services de spécialité peu spécialisés ; dans la plupart des services interrogés, le recrutement des patients se fait via le service d'accueil des urgences (pour rappel, plus de 16% des patients des urgences sont adressés par leur médecin traitant⁵⁷).

Le temps d'adaptation ne dépend pas seulement de la motivation de l'interne mais également de celle de l'enseignant. Or ce dernier peut montrer une certaine réticence/des signes d'épuisement à devoir former un nouvel interne au bout de 2 ou 3 mois. Être bien accueilli et bien présenté à la nouvelle équipe apparaît comme un facteur clé de succès pour faciliter l'adaptation de l'interne au nouveau service.

- Selon les enseignants :

Plusieurs facteurs entrent en jeu dans l'adaptation d'un interne au service. Le premier est l'ancienneté de l'interne : un jeune semestre met plus de temps à s'adapter. Puis vient la motivation/volonté de l'interne à vouloir s'investir dans un nouveau service.

S'investir dans la formation chaque nouvel interne est épuisant, l'investissement est peu rentable sur 3 mois par rapport à une organisation traditionnelle sur 6 mois.

11.2.3. Quels sont les apports du pôle pédagogique par rapport à l'organisation traditionnelle des stages pour l'interne / pour l'hôpital ?

Les avantages des pôles pédagogiques sont multiples mais différents selon le point de vue des internes et des enseignants.

- Selon les internes :

Les internes ont cité plusieurs points positifs : le caractère formateur du fait de sa polyvalence (voir et expérimenter, d'augmenter son champ d'expérience clinique), la possibilité de voir différentes méthodes de travail, et surtout connaître la façon de penser d'un cardiologue face à une cardiopathie, connaître la façon de travailler d'un spécialiste dans sa spécialité. Cette expérience

particulière dans la spécialité permet d'acquérir un recul technique et médical utile pour la pratique de cette spécialité par un médecin généraliste. Être interne dans un service de spécialité permet de mieux appréhender la spécialité, ne plus se dire incompetent.

Il y a toutefois une contradiction apparente dans les déclarations des internes, à vouloir découvrir un maximum de spécialités, et donc de services, sans vouloir subir les contraintes liées à la nécessaire réadaptation aux différents services.

- Selon les enseignants :

Le point de vue du corps des enseignants rejoint celui des internes sur les apports des pôles pédagogiques, à une nuance près : les pôles pédagogiques permettent d'expérimenter plus et de voir la façon d'un spécialiste de prendre en charge et d'organiser le suivi en ville ; cela ne doit cependant pas ressembler à l'externat. En effet, l'internat correspond à la formation professionnalisant de la médecine et c'est en étant aux commandes de la prise en charge d'un patient que l'on apprend. Et plus l'interne expérimente, plus il consolide ses connaissances.

Un autre point positif mentionné par les enseignants est l'offre pédagogique proposée au cours du semestre qui en devient multiplier par la mise en commun des ressources pédagogiques au sein du même hôpital.

11.2.4. Ce type d'organisation correspond-il à une situation gagnant-gagnant pour l'étudiant et le service hospitalier l'accueillant ?

L'organisation en pôle pédagogique doit concilier deux objectifs, aussi importants l'un que l'autre : assurer la bonne formation de l'interne, futur médecine généraliste et assurer le bon fonctionnement du service hospitalier.

L'objectif principal d'un interne est de terminer son internat en étant bien formé. Plusieurs études^[58-61] montrent que la plupart des internes considèrent leurs connaissances insuffisantes à l'issue de l'internat. De nombreuses spécialités sont mentionnées par les internes comme étant insuffisamment maîtrisées. La formation lors des stages hospitaliers se compose de la formation pratique au lit du malade et de la formation théorique avec les cours dispensés par les différents services. Les stages couplés apportent une réponse à cette nécessité de formation tout en variant les champs d'activité.

Le bilan est positif pour les internes car ils expérimentent deux ou trois spécialités différentes, tout

en respectant le temps restreint défini par l'internat. Les internes ont le sentiment que le temps dédié à la formation du médecin généraliste est trop court.

Pour le service, le bilan est plus mitigé : devoir reformer un interne au bout de 2 ou 3 mois représente un effort supplémentaire pour les enseignants par rapport aux stages traditionnels, ce qui est chronophage et constitue une perte d'efficacité pour le service, à l'heure de la tarification à l'activité (T2A) où les services ont une obligation de rendement⁶² pour assurer à la fois une offre de soins de qualité et respecter l'enveloppe budgétaire allouée.

La situation de gagnant-gagnant dépend essentiellement du type de service et de la volonté de chaque acteur à participer au système de stages couplés.

11.2.5. Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente ?

Cette question a été posée pour mettre en perspective le pôle pédagogique dans la maquette de médecine générale, d'avoir une vue d'ensemble et de faire prendre de la hauteur aux acteurs des pôles pédagogiques. Une autre question qui a été posée dans cette optique durant les entretiens est la vision des internes et des enseignants de la formation idéale à la médecine générale.

- Selon les internes :

L'enquête révèle que les internes ne sont ni pour ni contre une généralisation. Ils sont dans l'ensemble favorables à un tel système mais proposent des aménagements pour en améliorer le contenu et le fonctionnement.

Le système des stages couplés ne peut marcher que dans des services adaptés, c'est-à-dire peu spécialisés, utilisant les mêmes outils techniques, avec un turn-over convenable des malades pour avoir accès à un panel varié de pathologies tout en conservant une certaine redondance pour assurer une consolidation des acquis. Ils qualifient le pôle pédagogique de « service-dépendant ». En outre, le pôle pédagogique doit rester un choix et non une obligation.

- Selon les enseignants :

Leur avis sur la question est très mitigé. Les enseignants interrogés se partagent entre ceux qui considèrent que voir plus pour être plus formés est un raccourci et ceux qui estiment que les pôles pédagogiques seraient un bon moyen de faire un « tour » en conservant l'essentiel, mais

seulement pour des internes motivés et expérimentés.

Cela suppose cependant selon eux, comme selon les internes, que les pôles pédagogiques restent un libre choix du service, non une obligation.

Pour finaliser cette vue d'ensemble des pôles pédagogiques dans la formation des futurs médecins généraliste, l'avis des maîtres de stages de médecine générale a été recueillie. Il semble évident selon eux que l'expérimentation d'une spécialité au cours de l'internat permet de mieux appréhender la discipline en ville. Un interne qui a effectué un stage de 3 ou 6 mois dans telle spécialité est plus à l'aise, plus performant, plus confiant dans sa pratique de cette discipline. Un exemple est particulièrement donné concernant la pédiatrie, l'interne qui a effectué son stage de pédiatrie avant son stage chez le praticien connaît et a acquis le mode de prise en charge des enfants.

Ils rejoignent les enseignants hospitaliers en rappelant que l'objectif principal de l'internat. Selon eux l'internat correspond au moment privilégié pour l'interne de se former, l'occasion d'amasser et d'acquérir le plus de connaissance.

11.3. COMPARAISON AVEC D'AUTRES TRAVAUX EXISTANTS

Si à ce jour aucun travail de recherche ne traite des stages couplés, les recherches bibliographiques menées ont permis d'identifier trois études présentant un intérêt particulier. Ces études permettent de mettre en perspective les résultats détaillés plus haut. La première aborde la question du sentiment « d'être prêt à exercer » chez les jeunes médecins généralistes ; la deuxième traite de l'impact des missions d'enseignement sur le fonctionnement d'un service hospitalier ; la troisième – que je développerai ci-après davantage – s'intéresse aux attentes des internes en médecine générale vis-à-vis des stages hospitaliers en matière de formation.

11.3.1. Le sentiment « d'être prêt à exercer »

Une étude qualitative s'est porté sur le sentiment « d'être prêt à exercer »⁵⁹ la médecine générale chez les internes de médecine générale et les jeunes généralistes. L'étude est partie de deux principaux constats : le retard d'installation des jeunes généralistes et la prise de conscience de l'auteure de la thèse des compétences nécessaires pour l'exercice de la profession de médecin généraliste lors de son stage en ambulatoire.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre l'émergence du sentiment « d'être prêt à exercer » à l'issue du DES de médecine générale. L'enquête consiste en une série de focus groupes interrogeant des internes de médecine générale et des jeunes médecins.

L'étude met en avant trois moments phénoménologiques de l'expérience vécue « de se sentir prêt à exercer » :

- Le premier correspond à celui du choc de la découverte d'un nouveau métier, avec angoisse devant l'écart entre les connaissances acquises et les habilités mobilisées.

Les pôles pédagogiques ont pour principal objectif de varier les expériences. Ils permettent ainsi de palier par l'expérience à cet écart entre les connaissances acquises et la pratique futur de la médecine générale. En s'appuyant sur les résultats de cette étude l'efficacité, en termes d'acquisition de compétences, des stages couplés serait meilleur si l'interne a déjà effectué auparavant un semestre en ambulatoire.

- Le deuxième moment est celui de la confrontation à des situations authentiques et de la conscience des besoins nécessaires : c'est le moment où la réflexivité construit l'expérience.

Le pôle pédagogique comme tout stage assure cette fonction de mise en situation authentique. L'avantage du pôle pédagogique est de mettre en situation l'interne dans plusieurs spécialités. Le corps enseignants confirment de leur côté que l'interne apprend en étant aux « commandes ». Et par la même manière, ils prennent conscience en l'expérimentant⁶³ de l'étendue du champ de la médecine générale. Ils déclarent que deux ou trois mois sont une bonne durée convenable pour acquérir certains réflexes.

- Le troisième moment est celui de l'acquisition d'une expertise, d'un savoir dans la pratique de la médecine générale dans sa vision professionnelle et individuelle.

Les pôles pédagogiques répondent partiellement à cette troisième condition pour qu'un interne se sente prêt à exercer la médecine générale. Les deux ou trois mois passés dans un service de spécialité ne permettent pas selon les internes et les seniors d'acquérir une expertise dans la spécialité. Les 3 mois permettent d'acquérir certains réflexes, automatismes et surtout la vision professionnelle d'un expert dans sa spécialité. Les pôles pédagogiques comme l'expriment clairement les internes permettent d'aborder la « façon de penser », de « réfléchir d'un spécialiste ».

Mais pour exercer une spécialité telle que la rhumatologie, le médecin généraliste a-t-il besoin d'être dans l'expertise ? De même, prenons l'exemple d'un interne de médecine générale qui n'est

jamais passé par un service de rhumatologie à la fin de son internat. Son attitude thérapeutique ou diagnostic face à une pathologie rhumatologique sera-t-elle la même ou moins adaptée qu'un interne ayant expérimenté la rhumatologie via un stage couplé ?

L'étude met en avant également la temporalité du phénomène « se sentir prêt à exercer la médecine générale ». Ce sentiment grandit et s'approfondit avec le temps et l'expérience. Le pôle pédagogique dans sa dimension de polyvalence et de mutualisation permet de répondre aux contraintes de temps de l'internat tout en augmentant le nombre d'expérience. Répéter les expériences apparaît essentiel à l'efficacité du futur médecin et à son sentiment d'être prêt. Cette contrainte de temps est souvent remise en cause dans plusieurs études^[63-67] et même par le CNIPI qui préconisent l'allongement de l'internat de médecine générale à 4 années.

11.3.2. Les « impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers »

En 2006, la fédération hospitalière française a établi un dossier⁶² sur les « impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers ». L'étude consiste en une analyse qualitative sur les différentes conséquences du temps d'enseignement au sein d'un service hospitalier.

Elle a abouti à un certain nombre de constats :

- L'existence d'une très grande variabilité des activités de formation selon les sites (CHU, hôpitaux de périphérie,...).
- Pour un interne, on peut aller d'un compagnonnage effectif, consommant beaucoup de temps « senior » à une forte délégation de tâches, situation dans laquelle l'interne, loin de coûter, est très rentable.

Ceci rejoint le ressenti des médecins encadrant les internes lors de la rotation. Ils s'investissent en termes de temps et d'effort dans la formation d'internes qui ne restent plus que trois mois au lieu de six. L'enseignement devient chronophage alors que le temps effectif de l'interne est réduit. Les pôles pédagogiques apparaissent ainsi désavantageux pour les enseignants.

L'enseignement à tirer de cette étude au regard de mon sujet et de mes conclusions est :

- que le risque de voir la qualité de la formation négligée au profit d'une logique de « rendement » est inhérent à tout stage hospitalier, en pôle pédagogique ou traditionnel ;

- que ce risque est potentiellement renforcé dans le cas de pôles pédagogiques, l'effort à fournir étant plus fréquent, compte tenu des rotations (2 à 3 fois).

Les conclusions de cette étude sont confirmées par une étude⁶⁸ qui a pour objectif de valider des critères indicateurs permettant d'évaluer le niveau de compétences pédagogiques d'un enseignant. Cette étude conclut que la fonction d'enseignement semble en partie occultée par d'autres tâches hospitalo-universitaire comme les soins et la recherche ce qui rend plus difficile l'implication des enseignants dans leur fonction de formation. Cependant un grand nombre d'entre eux montre un intérêt et une volonté pour s'investir dans l'enseignement universitaire.

Le facteur clé de succès est donc, d'une part, l'adhésion de l'équipe enseignante au projet et donc le caractère volontaire de la démarche de construire des pôles pédagogiques, d'autre part, le travail de sensibilisation des enseignants sur les spécificités des pôles pédagogiques.

11.3.3. Les attentes des internes en médecine générale vis-à-vis des stages hospitaliers

En 2012, une thèse de médecine générale⁶⁹ a étudié les attentes des internes en médecine générale vis-à-vis des stages hospitaliers et les améliorations possibles. Il s'agit d'une étude qualitative avec un recueil des données par focus groupes. La population cible est composée d'internes du DES de médecine générale en fin d'internat (5^{ème} et 6^{ème} semestre) ayant déjà fait des remplacements en ville et de jeunes médecins remplaçants à temps plein. Ont été réalisés 3 focus groupes de de 7, 8 et 9 participants, entre avril et mai 2011, à la faculté de Rouen.

L'analyse des résultats des 3 focus groupes permet à l'auteur de proposer un stage hospitalier idéal. Il ne donne pas une formule « clé en main » du stage idéal mais met en évidence plusieurs points sur lesquels il serait possible d'agir.

La majorité des intervenants sont d'accord pour dire que les stages hospitaliers sont indispensables à la formation de la médecine générale par :

- Leur caractère formateur
- Avoir une vue plus globale dans leur future prise en charge
- Acquérir des compétences spécifiques dans certaines spécialités médicales
- La répétition de l'expérience les rend plus confiant dans leur pratique.
- S'approprier les thérapeutiques spécifiques
- L'entretien des connaissances médicales est plus important en milieu hospitalier qu'en ville.

Par ailleurs, ils semblent également s'accorder sur certains points négatifs des stages hospitaliers :

- Le recrutement hospitalier de patients atteints de pathologies le plus souvent graves ou évoluées ne correspond pas aux pathologies rencontrées en ville
- La maquette du DES de médecine générale ne prépare pas globalement à la pratique en ville
- Certains stages dans certaines spécialités sont trop longs par rapport aux informations utiles à acquérir pour la médecine générale.

L'étude formule les recommandations suivantes :

- Se rapprocher plus de la ville
 - Fixer des objectifs en relation étroite avec l'ambulatoire
 - Cibler les acquis les plus utiles dans chaque spécialité et les rendre obligatoires : *« savoir quoi venir chercher »*
 - Certaines spécialités rarement rencontrées en ville sont trop souvent abordées en stages, et inversement
 - Le manque de formation dans une spécialité peut amener à une « inertie » dans les futures rencontres au cabinet avec cette spécialité.
- Un emploi du temps formateur
 - Un stage intéressant correspond à un stage avec des actions variées et différentes.
 - Participations aux différentes consultations.
 - Recrutement des patients étendu (stage de médecine interne)
- Une volonté de transmettre des savoirs
 - Un équilibre gagnant-gagnant entre l'interne et le service hospitalier concernant les tâches d'un côté utiles pour le service (le plus souvent des tâches répétitives) et de l'autre côté utiles pour l'interne et sa pratique futur de la médecine générale.
 - Proposer une formation plus homogène entre les différents lieux de stage et plus diversifié.
- Concernant la maquette du DES
 - Certaines expériences « extrêmes » dans une spécialité permettent d'acquérir de l'assurance dans cette spécialité.
 - Proposition d'une alternance au sein du même stage d'une spécialité entre son

aspect hospitalier et son aspect de ville.

- Poser pour chaque stage les objectifs à acquérir.

La médecine générale doit répondre aujourd'hui à des critères de qualité. La maquette actuelle du DES ne permet pas de répondre à ce critère qualité. Pour cela la maquette idéale devra :

- Garantir un bon niveau de connaissance dans l'étendue du champ de la médecine générale
- Maximiser les facteurs favorisant l'apprentissage :
 - Poser les objectifs de stage avant le stage permet de mieux retenir et se focaliser sur l'essentiel.
 - Adapter le contenu des stages hospitalier en offrant des activités changeantes, variées et nouvelles.
 - Varier et répéter des situations de contextualisation.

Les résultats de cette étude sur les stages hospitaliers confortent les résultats de notre étude. En effet le ressenti des internes sur le sujet reste identique. L'étude arrive aux mêmes propositions pouvant améliorer l'organisation et le contenu du stage hospitalier permettant ainsi d'améliorer la formation des internes⁶⁰. Les pôles pédagogiques présentent deux avantages par rapport à une organisation traditionnelle qui selon l'enquête représente 2 points à améliorer : la mutualisation de l'offre pédagogique et la variété des pathologies rencontrées.

11.4. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

L'enquête permet d'aboutir à plusieurs propositions pour améliorer le fonctionnement des pôles pédagogiques.

Les facteurs clés de succès d'une organisation en pôles pédagogiques sont les suivants :

- Assurer un accueil / présentation au service de l'interne à chaque rotation de façon homogène.
- Couplés des services hospitaliers ayant le même plateau technique.
- Couplés des services ayant la même intensité d'activité.
- Etablir un carnet de bord listant les compétences/objectifs précis à atteindre et spécifique à chaque spécialité.
- Organiser les congés de tous les internes pour éviter de délaissé un service.

- Etablir un système de tutorat comprenant un interne/ un sénior afin d'améliorer l'adhésion des 2 parties au principe de la rotation.
- Assurer une fréquence hebdomadaire des cours en commun au sein du pôle pédagogiques.
- Faire participer les internes aux consultations.

Concernant le profil des internes, il serait préférable pour des stages couplés de cibler les internes remplissant les critères suivants :

- après un certain nombre de semestres
- ayant effectué le stage ambulatoire
- adhérant au principe de la rotation

L'adhésion au principe de la rotation par les enseignants et par les internes apparaît comme l'élément fondateur de la réussite de l'organisation des stages en pôles pédagogiques. Cette conclusion est confirmée par une étude⁷⁰ américaine qui a pour objectif de combiner la formation des médecins généralistes avec celle d'autres spécialités. L'étude conclut également que le stress de l'interne, l'organisation du service d'accueil, l'identification d'objectifs pédagogiques précis jouent également un rôle essentiel dans le succès d'une telle organisation.

Cela permettra à la fois de répondre aux problématiques soulevées par les internes et les enseignants qui sont, le temps d'adaptation qui semble plus court pour de plus vieux internes et ainsi répondre à une demande d'efficacité, d'avoir une expérience de la ville et savoir ainsi comment aborder le stage hospitalier et savoir cibler et baliser ses objectifs. Cette problématique est l'objet d'une étude⁷¹ dont l'objectif principal est de formaliser le programme pédagogique hospitalier pour les internes en utilisant la méthode Delphi. L'étude conclut que cette méthode permet au sein d'une équipe de formateurs, d'obtenir un programme pédagogique réaliste et réalisable. Cette démarche^{72,73} génère une motivation des formateurs et des étudiants propices à un apprentissage de qualité. L'emploi de la méthode Delphi⁷⁴ peut optimiser la qualité pédagogique des stages couplés en apportant l'avis des médecins généralistes et des spécialistes.

Serait-il pertinent de coupler trois stages de quatre mois sur 12 mois ? Cela permettrait de satisfaire à énormément de points soulevés lors de l'enquête. Tout d'abord pour les internes ils conservent la possibilité de tourner sur plusieurs services et ainsi garder cette polyvalence tout en conservant le temps d'approfondir la spécialité.

Pour les enseignants, l'effort de re-former un nouvel interne est diminué, l'interne restant plus longtemps dans le service il devient plus efficace sur la fin. L'équilibre interne/enseignant paraît plus satisfaisant.

12. CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif d'évaluer l'apport d'une nouvelle organisation des stages de médecine adulte en « stages couplés » au cours de l'internat de médecine générale.

Les entretiens ont permis d'appréhender le positionnement des internes et des enseignants vis-à-vis de l'adéquation des pôles pédagogiques à leur vision de la formation d'un futur médecin généraliste.

Les résultats de l'enquête ont permis de mettre en évidence les avantages et les inconvénients des stages couplés par rapport à un stage traditionnel hospitalier. Une fois mis en avant, ils permettent d'établir une liste des points sur lesquelles il est possible d'agir pour optimiser cette nouvelle organisation en pôle pédagogique.

Il est difficile de trancher de façon univoque à la question de l'opportunité d'une généralisation des stages en pôles pédagogiques.

Reste que dans un contexte où le prolongement de l'internat^{75,76} de médecine générale⁴ pose un certain nombre de questions ou difficultés (report de l'arrivée de cohortes de jeunes médecins généralistes en période de fort besoin, notions de coûts...), une extension raisonnée de ce type de stages pourrait constituer une réponse partielle : tous les intervenants attestent de l'intérêt des stages couplés, en précisant que ce ne peut être la panacée ; une extension raisonnée consisterait donc à proposer, d'étendre ce type de stages, mais en respectant certains critères (établissements non spécialisés/suffisamment généralistes, centrés sur la 2^e partie de l'internat afin d'assurer une meilleure adaptabilité des internes au moment de la rotation...).

L'enquête permet d'élaborer de nouvelles pistes de recherche telle que la création d'un référentiel des connaissances fondamentales spécialité par spécialité destinés aux internes afin de permettre aux deux acteurs, internes et enseignants, de baliser leur démarche d'apprentissage d'une part, et pédagogique d'autre part. Les résultats de l'étude s'inscrivent dans la dynamique nationale de volonté de réforme, d'amélioration des études médicales et proposent ainsi un nouveau dispositif de formation des futurs médecins généralistes, actuellement bien accueilli par les internes et les enseignants.

⁴ L'allongement de la durée de l'internat de médecine générale d'une année est souvent proposé comme une évolution permettant de répondre aux besoins de formation des médecins généralistes (proposition de la commission nationale de l'internat et du post internat – CNIPI).

12. CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif d'évaluer l'apport d'une nouvelle organisation des stages de médecine adulte en « stages couplés » au cours de l'internat de médecine générale.

Les entretiens ont permis d'appréhender le positionnement des internes et des enseignants vis-à-vis de l'adéquation des pôles pédagogiques à leur vision de la formation d'un futur médecin généraliste.

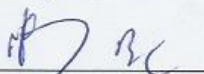
Les résultats de l'enquête ont permis de mettre en évidence les avantages et les inconvénients des stages couplés par rapport à un stage traditionnel hospitalier. Une fois mis en avant, ils permettent d'établir une liste des points sur lesquelles il est possible d'agir pour optimiser cette nouvelle organisation en pôle pédagogique.

Il est difficile de trancher de façon univoque à la question de l'opportunité d'une généralisation des stages en pôles pédagogiques.

Reste que dans un contexte où le prolongement de l'internat^{75,76} de médecine générale⁴ pose un certain nombre de questions ou difficultés (report de l'arrivée de cohortes de jeunes médecins généralistes en période de fort besoin, notions de coûts...), une extension raisonnée de ce type de stages pourrait constituer une réponse partielle : tous les intervenants attestent de l'intérêt des stages couplés, en précisant que ce ne peut être la panacée ; une extension raisonnée consisterait donc à proposer, d'étendre ce type de stages, mais en respectant certains critères (établissements non spécialisés/suffisamment généralistes, centrés sur la 2^e partie de l'internat afin d'assurer une meilleure adaptabilité des internes au moment de la rotation...).

L'enquête permet d'élaborer de nouvelles pistes de recherche telle que la création d'un référentiel des connaissances fondamentales spécialité par spécialité destinés aux internes afin de permettre aux deux acteurs, internes et enseignants, de baliser leur démarche d'apprentissage d'une part, et pédagogique d'autre part. Les résultats de l'étude s'inscrivent dans la dynamique nationale de volonté de réforme, d'amélioration des études médicales et proposent ainsi un nouveau dispositif de formation des futurs médecins généralistes, actuellement bien accueilli par les internes et les enseignants.

12/06/12



5/6/13



⁴ L'allongement de la durée de l'internat de médecine générale d'une année est souvent proposé comme une évolution permettant de répondre aux besoins de formation des médecins généralistes (proposition de la commission nationale de l'internat et du post internat – CNIPI).

13. BIBLIOGRAPHIE

1. Hubert Elisabeth, Mission de concertation sur la médecine de proximité, *Présidence de la République française*. 2010:23-44.
2. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, *Journal officiel de la république française (JORF)*.2004.
3. Ordonnance n°58-1373 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médicale et au développement de la recherche médicale.
4. Décret n°60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, *JORF*, 1960, 8803.
5. Loi n° 353-1979 adopté par l'Assemblée nationale relatif aux études médicales et pharmaceutiques n° 423, *JORF*, 21 juin 1979, 3765.
6. Loi n°82-1098 du 31 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques du 26 décembre 1982, *JORF*, 3861.
7. Ecole des Hautes études en Santé Publique, La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics. *Actualités et dossier en Santé Publique*.2000 ;(32) : 26-27.
8. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales (NOR: RESK8800250D), *JORF*.1988.
9. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, *JORF*. 2001.
10. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, *JORF*.2001.
11. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, *JORF*.2004(233) :170-76.
12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR: SASX0822640L).2009.
13. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J*.2000;320:326-7.
14. Certain MH, Gervais Y, Perrin A. *Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier*. Editions osmose, 1999 :113-130.
15. WONCA Europe, La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, 2002.
16. Groupe Certification. CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer*.2005 :74-94.
17. Kandel O., Duhot D., Very G., Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?, *La revue du praticien - médecine générale*.2004(18) :75-86.
18. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrmann J, Svab I, Ram P. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *British Journal of General Practice*, 2002;52(479):526-7.
19. Aniel T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité, Thèse de médecine générale, Faculté de Médecine Lyon Nord, 2008.
20. Le référentiel métier du rhumatologue, Collège Français des médecins rhumatologue, 2012.
21. Aguzzoli F., Le Fur Ph, Clientèle et motifs de recours en médecine générale France 1992, CREDES, 1994.
22. Clerc P., Boissault P., Kandel O. et al. Observatoire de la médecine générale : quels bénéfices pour les médecins ?, *la revue du praticien médecine générale*.2004 ; 18(650) :569-71.
23. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie, DRESS.

2004(315):3-5.

24. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF. Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2, *Care Editions*, Bruxelles, 2000.
25. Véronique L., Marie J., Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation de 1979-2001, CREDES.2004.
26. Direction Générale de l'Offre de soins, Ministère de la santé, rapport de la Commission de l'Internat et du Post-Internat. 2011.
27. Conférence ministérielle européenne, Processus de Bologne, Pour un espace européen de l'enseignement supérieur, 1999.
28. Enquête nationale de l'ISNAR-IMG, Evolution de la formation de l'interne de médecine générale, ISNAR IMG. 2007.
29. Bartholomeeussen S, Bultinx F, De Cock L, Heyrman J. The incidence of diseases in general practice: results of the morbidity registration of the Intego - network. - Department of General Practice. Katholieke Universiteit Leuven: Acco, 2001.
30. AMEE, Statement on the Bologna process and Medical education, world federation for medical education.2005:1-7.
31. Ambroise-Thomas P., La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui, *académie des sciences morales et politiques*.2007:3-8.
32. Directive du parlement européen et du conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005/36/CE , *Journal Officiel de l'Union européenne*.2005 : 27-
33. Site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé, www.who.int/système/medesanté
34. Dubuisson Michel, Les études médicales au Royaume-Uni, *Bulletin de l'association médicale franco-britannique*. 2007:1-5.
35. Site internet du *Foundation programme*, www.foundationprogramme.nhs.uk
36. Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, A guide for medical schools, Public Health Education for Medical Student.2008, 1-9. www.phpc.cam.ac.uk
37. General Medical Council. Guidance on UK medical education delivered outside the UK. 2008. www.gmc.uk.org/education
38. The GP Registrar Scheme Vocational Training for General Medical Practice Department of health, *The UK guide*.2002:1-57. www.dh.gov.uk
39. Department of Health, GP registrar scheme, *The Uk guide*. 2002:6.
40. Bourgueil, Y. Durr , Ben Halima M. et al, La régulation des professions de santé – études monographiques Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis, *DREES*, Document de travail n° 22, Série Etudes. 2002 : 50-54.
41. Bourgueil Y., Marek A., Mousques J. - Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France? - *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris*.2007 (127) :1-7.
42. *Euro guidance-France* : Les études de médecine en Allemagne.2003, 1-7.
43. Site internet allemand, <http://www.aerztekammer-berlin.de>
44. Van Royen P., Cours d'introduction à la recherche qualitative, *institut médecine tropical de Bruxelles*, 2007.
45. Daniel K. Schneider, Balises de méthodologie pour la recherche en science sociale, Méthodes de recherches et de rédaction des mémoires, 2004, 1-40.
46. Centre de documentation et de recherche en médecine générale, Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés, n°294, 2003, 1-3.
47. Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Edition Nathan Université Coll. Sociologie.2000(128) : 201-205.
48. Arborio A.-M., Fournier P., *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Nathan Université, Collection sociologie 128, 1999.

49. Glaser BG, Strauss AA, La découverte de la théorie ancrée, stratégie pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin, 2010.
50. Rubak S, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55:305-12.
51. Aubin-Auger I., Mercier I., Bauman L., Lehr-Drlewicz AM., Imbert P., Letrillart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone GROUM-F, exercer la revue française de médecine générale.2008 ;84 :142-5.
52. Mays N., Pope C., Qualitative research in health care : assessing quality research, *BMJ.*2000;320(50):1-8.
53. De Singly F., L'enquête et ses méthodes: le questionnaire, collection 128, Armand Colin.2006:35-47.
54. Legmann M, Définition d'un nouveau modèle de la médecine générale, Présidence de la République Française, 2010 :1-46.
55. Aniel T., Comment les généralistes se représentent leur spécialité, thèse de médecine générale directeur Comte C., Faculté de médecine Lyon Nord, 2008.
56. Bloy G., Jeunes généralistes : polyvalents plus que spécialistes, *la revue du praticien médecine générale.*2011 ; 25(869) :710-12.
57. Motif et trajectoire de recours aux urgences hospitalières, direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, n°215, 2003.
58. Deschaume J., Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice, enquête auprès des étudiants inscrits en TCEM1 en 2004 à l'université Paris 7, thèse de médecine, 2010,64-65.
59. Isambert A., Le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale : déterminants et éléments de mesure, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Montpellier, 2007.
60. Angot O., Faut-il réformer l'internat de médecine générale, *la revue du praticien médecine générale.*2007 ; 21(774) :633-35.
61. Budowski M., Gay B., Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine, *la revue exercer.*2005(75) :144-42.
62. Belorgey N., Les impacts des activités d'enseignement et recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers, *Rapport à la FHF*, 2006.
63. Vanthuyne D., Pestiaux D.L'aabord de la fonction clinique durant les stages de médecine générale. *Pédagogie médicale.* 2002; 3 (2): 71-73.
64. Duane M, Green LA, Dovey S, Lai S, Graham R, Fryer GE. Length and content of family practice residency training. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 201–8.
65. Duane M, Dovere SM, Klein LS, Green LA. Follow-up on family practice residents' perspectives on length and content of training *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 377–83.
66. Ferentz KS, Sobal J, Colgan R. Family medicine resident training—three or four years? *J Fam Pract* 1988; 26: -415-20.
67. Saultz J, David A. Is it time for a 4-year family medicine residency? , *Fam Med.*2004; 36: 363–6.
68. Mette C., Leroux C., Gagnayre R., Détermination de critères/indicateurs d'évaluation de la compétence pédagogique par une enquête d'opinion auprès d'enseignants chercheurs de l'UFR de médecine de Bobigny (Université Paris 13),*Pédagogie médicale* 2005 (6), 32-41.
69. Casaux-Voronic L., les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale, thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de rouen.2012.
70. Chapman R., Nuovo J., Combined residency training in family practice and other specialties, *Fam Med.*1997;29(10):715-8.

71. Gerbeaux P., Zanini D., Torro D., et al, Méthodologie d'élaboration d'un programme pédagogique pour l'apprentissage hospitalier de la médecine d'urgence. *Pédagogie médicale*.2003 ; 4(2) :97-102.
72. Mager RF., Comment définir des objectifs pédagogiques. Paris: Editions Dunod.2001.
73. Jean P., Pour une planification méthodique des activités de formation. *Pédagogie médicale*.2001; 2:101-107.
74. Linstone H. A., Turrof, M., The Delphi method, techniques and applications, *Addison wesley publishing*, 1975.
75. Robin O, Winter MD., How long does it takes to become a competent family physician? , *J Am Board Fam Med*,.2004;17(5):391-393.
76. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, et al. Family practice development around the world. *Fam Pract* 1996; 13(4):351-6.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot - Paris 7
Le Professeur Jean Pierre Aubert

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date

5/6/13



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

14. ANNEXES

Annexe n°1 – Guide d'entretien des internes

PRISE DE CONTACT

« Bonjour M/Me X, je me présente : Richard Chocron; dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise une enquête sur les avantages et les inconvénients des pôles pédagogiques. Pourriez-vous m'accorder un créneau horaire d'1h environ afin que nous puissions nous entretenir sur votre expérience à ce sujet s'il vous plait? »

« ... ce n'est pas une évaluation »

PRESENTATION INTRODUCTION :

1. En quelle année d'internat êtes-vous ? Quel semestre? Quel âge? Sexe?
2. Brièvement parlez-moi de vos stages précédents ?
 - 2.1. Quels stages ?
 - 2.2. Stages formateurs ?
 - 2.3. Pour quelles raisons ?
3. Quel est votre projet professionnel ?
 - 3.1. Au cours de l'internat ?
 - 3.2. Après l'internat ?
 - 3.3. Ce qui vous a influencé ?
 - 3.4. Les stages que vous aimeriez faire ?

LE STAGE DE MEDECINE ADULTE COUPLE

4. Quelles ont été les raisons qui vous ont conduit à choisir ce stage ?
 - 4.1. Proximité géographique ?
 - 4.2. Stage validant ?
 - 4.3. Réputation du stage ?
 - 4.4. Accès à différente spécialité ?
 - 4.5. Projet professionnel ?
5. Décrivez-moi votre stage actuel ?
 - 5.1. Vos journées ?
 - 5.2. La supervision ?
 - 5.3. Votre planning ?
 - 5.4. L'organisation des cours ?
 - 5.4.1. Cours en commun ?
 - 5.4.2. Qualité pédagogique des cours ?
 - 5.4.3. La fréquence ?
 - 5.4.4. Les thèmes abordés ?
 - 5.5. La présence aux consultations ?
 - 5.6. Les services dans lesquels vous êtes allés ?

LA ROTATION AU COURS DU STAGE COUPLE

6. Comment s'est déroulé la rotation entre les 2 (ou 3) services ?

- 6.1. Règle de la rotation ?
- 6.2. Accueil dans les services ?
- 6.3. Supervision ?
- 6.4. Temps d'adaptation ?
- 6.5. Temps d'autonomisation ?
- 6.6. Organisation entre les services diffère-t-elle ?
- 6.7. Êtes-vous senti à l'aise ?

7. Vous venez de terminer 2 (ou 3 mois) dans la spécialité « X », comment vous sentez-vous par rapport à la spécialité ?

- 7.1. Autonome ?
- 7.2. Compétent ?
- 7.3. Ce qui vous a paru essentiel à la formation d'un médecin généraliste ou au contraire inadapté ?
 - 7.3.1. Pour quelles raisons ?
- 7.4. Pensez-vous avoir couvert l'ensemble de la spécialité ?
- 7.5. 2 (ou 3 mois) vous semblent-ils suffisent ?

8. Comment qualifieriez-vous l'attitude du service (PH, CCA, chef de service, infirmière, ...) au principe de la rotation ?

- 8.1. Ont-ils joué le jeu ?
- 8.2. Avez-vous noté des difficultés ?
- 8.3. Dans quelles mesures en avez-vous pâti ?
- 8.4. Êtes-vous senti intégré au service ?

CONCLUSION

9. Quels ont été les points négatifs et positifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

10. Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

11. Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Annexe n°2 – Guide d'entretien des enseignants

PRISE DE CONTACT

« Bonjour M/Me X, je me présente : Richard Chocron; dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise une enquête sur les avantages et les inconvénients des pôles pédagogiques. Pourriez-vous m'accorder un créneau horaire d'1h environ afin que nous puissions nous entretenir sur votre expérience à ce sujet s'il vous plait? »

« ... ce n'est pas une évaluation »

PRESENTATION/ INTRODUCTION :

1. Pouvez-vous vous présenter ?

- 1.1. *Quel est votre spécialité ?*
- 1.2. *Quels sont vos fonctions au sein du service ?*

LE STAGE DE MEDECINE ADULTE COUPLE

2. Décrivez-moi comment se déroule le stage dans votre service ?

- 2.1. *Vos journées avec l'interne ?*
- 2.2. *Votre rôle de supervision ?*
- 2.3. *Organisation du suivi pédagogique ?*
- 2.4. *Les dispositifs pédagogiques mis en places ?*
 - 2.4.1. *Organisation des cours ?*
 - 2.4.2. *Travail personnel demandé aux internes ?*
 - 2.4.3. *Ce qui vous a paru utiles, adaptés ?*
 - 2.4.4. *Pour quelles raisons ?*

3. Qu'est-ce qui vous a paru essentiel à la formation d'un médecin généraliste ou inadapté ?

- 3.1. *Les pathologies rencontrées ?*
- 3.2. *Les connaissances acquises sont-elles suffisante à la pratique de votre spécialité en médecine générale ?*

LA ROTATION AU COURS DU STAGE COUPLE

4. Comment s'est déroulée la rotation des internes ?

- 4.1. *Déroulement de l'accueil des nouveaux internes ?*
- 4.2. *Quelles difficultés les internes ont pu rencontrer à l'arrivée dans votre service ?*
- 4.3. *Temps d'adaptation des internes ?*
- 4.4. *Qu'attendez-vous du passage d'un interne dans votre service ? y arrivent-ils ?*

5. Quelles difficultés avez-vous noté pour le service (PH, CCA, infirmières, ...) et vous-même à organiser les rotations ?

- 5.1. *Dans quelles mesures le service en a pâti ?*
- 5.2. *Les internes ont-ils joué le jeu ?*

CONCLUSION

6. Quels ont été les points négatifs et positifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

7. Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

8. Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Annexe n°3 – 11 critères de la définition européenne de la médecine générale proposée en 2002 par la WONCA.

1 - Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert

et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

2 - Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

3 - Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.

4 - Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

5 - Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

6 - Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

7 - Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

8 - Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

9 - Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

10 - Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

11 - Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Annexe n°4 - Dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale.

ABCÈS SUPERFICIEL	CICATRICE
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	CIRRHOSE DU FOIE
ACCÈS ET CRISE	COCCYDYNIE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
ACNÉ VULGAIRE	COLIQUE (SYNDROME)
ACOUPHÈNE	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
ADÉNOPATHIE	COMPORTEMENT (TROUBLES)
ALBUMINURIE	CONJONCTIVITE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	CONSTIPATION
ALGODYSTROPHIE	CONTRACEPTION
AMAIGRISSEMENT	CONTUSION
AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE	CONVULSION FÉBRILE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	COR – DURILLON
ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER	CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
ANÉVRYSME ARTÉRIEL	CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)	CRAMPE MUSCULAIRE
ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE	CYSTITE – CYSTALGIE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	DÉCÈS
ANOMALIE POSTURALE	DÉMENCE
ANOREXIE – BOULIMIE	DENT (PATHOLOGIE DE LA)
ANXIÉTÉ – ANGOISSE	DÉPRESSION
APHTE	DERMATOPHYTOSE
APPÉTIT (PERTE D')	DERMATOSE
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	DERMITE SÉBORRHÉIQUE
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE	DIABÈTE DE TYPE 1
ARTHROSE	DIABÈTE DE TYPE 2
ASTHÉNIE – FATIGUE	DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
ASTHME	DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
BACTÉRIURIE – PYURIE	DIFFICULTÉ SCOLAIRE
BALANOPOSTHITE	DORSALGIE
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES	DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES	DOULEUR PELVIENNE
BOUFFÉES DE CHALEUR	DYSLIPIDÉMIE
BRONCHIOLITE	DYSMÉNORRHÉE
BRONCHITE AIGUË	DYSPHAGIE
BRONCHITE CHRONIQUE	DYSPNÉE
BRÛLURE	DYSURIE
CANAL CARPIEN	ECCHYMOSE SPONTANÉE
CANCER	ECZÉMA
CATARACTE	ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
CÉPHALÉE	ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
CÉRUMEN (BOUCHON DE)	ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
CERVICALGIE	ENGELURE
CHALAZION	ENROUEMENT
CHEVEUX (CHUTE)	ENTORSE
CHOLÉCYSTITE	ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
	ÉPAULE (TÉNOZYNOVITE)

ÉPICONDYLITE
ÉPIGASTRALGIE
ÉPILEPSIE
ÉPISTAXIS
ÉRYSIPELE
ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
ESCARRE
ÉTAT FÉBRILE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
FÉCALOME
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
FISSURE ANALE
FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FRACTURE
FURONCLE – ANTHRAX
GALE
GASTRITE CHRONIQUE
GINGIVITE
GLAUCOME
GOITRE
GOÛT (ANOMALIE DU)
GOUTTE
GROSSESSE
HALLUX VALGUS
HÉMATURIE
HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
HÉMORROÏDE
HÉPATITE VIRALE
HERNIE – ÉVENTRATION
HERNIE HIATALE
HERPÈS
HTA
HUMEUR DÉPRESSIVE
HYGROMA
HYPERGLYCÉMIE
HYPERSUDATION
HYPERTHYROÏDIE
HYPERURICÉMIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
HYPOTHYROÏDIE
IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE
THÉRAPEUTIQUE
IMPÉTIGO
INCONTINENCE URINAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE
INSOMNIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
INTERTRIGO
JAMBES LOURDES
KYTE SÉBACÉ
KYTE SYNOVIAL
LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)
LEUCORRHÉE
LIPOME
LITHIASE BILIAIRE
LITHIASE URINAIRE
LOMBALGIE
LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
LUXATION
LYMPHANGITE
MAL DE GORGE
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
MÉLÉNA
MÉMOIRE (PERTE DE)
MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
MÉTÉORISME
MIGRAINE
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
MOLLUSCUM PENDULUM
MORSURE – GRIFFURE
MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
MYALGIE
NAEVUS
NAUSÉE OU VOMISSEMENT
NERVOSISME
NÉVRALGIE – NÉVRITE
OBÉSITÉ
ŒDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
ŒDÈME LOCALISÉ
ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
ŒIL (LARMOIEMENT)
ŒIL (TRAUMATISME)
ŒIL (TROUBLE DE LA VISION)
ONGLE (ANOMALIE DE L')
ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
ONGLE (TRAUMATISME)
ONGLE INCARNÉ
ORCHI-ÉPIDIDYMITIS
ORGELET
OSTÉOCHONDROSE
OSTÉOPOROSE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
OTITE MOYENNE

PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 PANARIS
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 PARKINSONIEN (SYNDROME)
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 PHOBIE
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)
 PIED D'ATHLÈTE
 PIQÛRE D'INSECTE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PLAIE
 PLAINTE ABDOMINALE
 PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 POLLAKIURIE
 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 PPR – HORTON
 PRÉCORDIALGIE
 PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 RÉACTION TUBERCULINIQUE
 RECTORRAGIES
 REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL
 SCIATIQUE
 SCLÉROSE EN PLAQUES
 SEIN (AUTRE)
 SEIN (TUMÉFACTION)

SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
 SEXUELLE (DYSFONCTION)
 SINUSITE
 SOUFFLE CARDIAQUE
 STÉNOSE ARTÉRIELLE
 STOMATITE – GLOSSITE
 SUICIDE (TENTATIVE)
 SUITE OPÉRATOIRE
 SURCHARGE PONDÉRALE
 SURDITÉ
 SYNDROME DE RAYNAUD
 SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 SYNDROME ROTULIEN
 TABAGISME
 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
 TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
 TENDON (RUPTURE)
 TÉNOSYNOVITE
 THROMBOPHLÉBITE
 TIC
 TOUX
 TOXICOMANIE
 TRAC
 TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL
 TREMBLEMENT
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
 TUMÉFACTION
 TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
 ULCÈRE DE JAMBE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE
 URÉTRITE
 URTICAIRE
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE – FIBROME)
 VACCINATION
 VARICELLE
 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
 VERRUE
 VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX
 VIH
 VULVITE – VAGINITE
 ZONA

Annexe n°5 – Retranscription interne 1

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis en 3^{ème} année d'internat de MG, je suis donc en 6^{ème} semestre et j'ai 27 ans.

Parlez-moi de vos stages précédents ?

Alors en premier semestre j'étais aux urgences de Pontoise où cela c'est très bien passé, très séniorisé, très formateur ensuite j'ai fait un pôle pédagogique à l'hôpital d'Eaubonne en cardiologie et en médecine interne où c'était un peu plus dur et ensuite en pédiatrie à Meaux, avec beaucoup d'urgences ce qui me plaisait beaucoup et on tournait aussi dans les salles entre les petits et les grands donc ça c'était génial mais dur car c'était le semestre d'hiver et cela reste de la pédiatrie, ensuite le stage chez le prat donc 2 prat à Vitry, donc un qui faisait que de la pédiatrie et l'autre vraiment généraliste donc tout deux très différents et un où cela s'est mieux passé que l'autre, puis 4^{ème} semestre aux urgences de Saint Louis où là c'était juste excellent et dernièrement là à la PASS de Saint Louis où il y eu de très bon côté et d'autres côté un peu plus difficile c'est de la consultation pour les personnes en situation de précarité.

Quel est votre projet professionnel ?

Alors je termine dans un mois, je vais remplacer au début et je vais essayer de me garder du temps pour finir ma thèse au plus vite et après je vais remplacer dans un premier temps. Donc je reste plutôt en ville pour à terme m'installer comme généraliste.

Et ce qui vous a influencé ?

Ben je voulais faire de la médecine gé dès la D3 donc j'ai fait mon internat de médecine gé dans l'idée de m'installer à long terme.

Il y a-t-il des stages que vous auriez aimé faire dans le cadre de votre projet professionnel ?

Ouais, j'aurais bien aimé faire de l'endocrino...la dermato...la rhumato... ouais surtout ça pour être plus à l'aise dans ces spécialités.

Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à choisir le stage couplé ?

Alors j'étais nulle en cardiologie donc je voulais faire un stage de cardio et en même temps je ne voulais pas faire 6 mois donc je me suis dit que cela allait être un peu trop long et que je n'étais pas très fan de la cardio à la base donc je voulais y aller pour avoir moins peur après mais donc 6 mois je n'avais pas trop envie non plus et 3 mois tout pile c'est ce qu'il me fallait juste le temps de me mettre suffisamment à l'aise avec cette spé.

D'autres raisons ?

Non pas particulièrement, en plus ce n'était pas tout près de chez mais c'était accessible par le train malgré tout et le stage de médecine interne je savais qu'il était bien donc j'y suis allé. Et par contre le fait que ce soit un stage validant qui valide la médecine adulte a été hyper important pour moi, fallait que cela valide la maquette.

Et par rapport à votre projet professionnel cela correspondait ?

Alors oui d'abord d'une part la cardio d'une je voulais être un peu plus formé à la cardio pour en avoir moins peur et la médecine interne je savais que cela n'était pas un gros service de médecine interne c'était plus du post urgence donc finalement je verrais plus ce que je verrais en ville ce n'était pas des pathologies trop compliqué et donc c'est plus formateur pour la suite de mon parcours.

Pouvez-vous décrire le stage organisé en pôle pédagogique ?

Alors les 3 premiers mois de mai à fin juillet j'étais en cardio donc on étaitil y avait 2 secteurs... 2 internes pas secteurs avec un sénior par secteur de chaque côté, et ensuite j'ai tourné en médecine interne de aout jusqu'à fin octobre où là j'avais un chef attiré enfin on était un interne et un sénior pour la visite on fonctionnait en binôme. Alors en cardio je me souviens qu'il y avait la visite professorale en gros les jeudis et que dans ma partie de salle j'étais avec une co-interne et un chef qui était très absent du coup on faisait la visite avec ma co-interne et on se partageait les lits et on était du coup assez seul. Alors il y avait un gros turn-over en cardio donc du coup on avait beaucoup de sorties et donc beaucoup d'entrant donc il y avait un système de CV qu'on partageait avec ma co-interne ce qui me permettait de faire nos comptes rendus et comme cela tournait énormément on avait beaucoup de compte rendu et donc en gros on était de CV un jour sur deux.

Et les cours ?

Alors on avait cours tous les matins les premiers mois aux urgences et ensuite on avait des cours spécifique à certaine matière le mercredi une fois par semaine.

Et les thèmes abordés ?

Alors cela allait à la prise en charge d'un état de mal épileptique à un surdosage en AVK ben c'était assez varié c'était des choses qu'on allait rencontrer en garde ce qui nous permettait de mieux appréhender les gardes du coup. Après les cours de spé je m'en souviens plus.

Et la qualité ?

Les cours du matin aux urgences étaient interactifs, les chefs nous faisait participer et les chefs étaient impliqués j'ai trouvé que cela nous a bien été utiles pour la suite des gardes et après les cours des spé étaient plus spécialisé mais j'en ai plus trop de souvenir mais ils m'ont pas trop marqués ceux du mercredi.

Et les consultations ?

Absolument pas, mais on m'a proposé en médecine interne mais cela était un peu compliqué avec la gestion de la salle et en cardio on n'avait pas accès aux consultations on nous a proposé d'aller en USIC mais pour le roulement de la salle c'était pareil c'était compliqué mais j'aurais bien aimé aller à l'USIC.

Comment s'est déroulée la rotation entre les 2 services ?

Donc moi à la base j'ai choisi la cardiologie donc moi je savais que les 3 premiers mois j'allais être en cardiologie donc c'était un choix et ensuite on ne savait pas donc on a du se mettre d'accord avec tous les internes pour la rotation donc moi j'ai eu la chance d'aller en médecine interne c'est ce que je voulais donc moi j'ai eu mon évaluation avec ma chef de cardio et cela s'est bien passé et donc je suis arrivée en médecine interne où j'étais attiré à un chef pour un secteur et avec qui cela s'est très bien passé.

Et l'accueil dans les services ?

Alors en cardio cela a été très dur dans le sens où on a été dès le premier jour mis dans le bain on nous a fait faire d'emblée la visite seul quasiment et du coup et on a eu du mal à trouver nos marques donc cela nous a fait peur donc on a un peu angoissé pour la suite du stage. Et en médecine interne cela s'est bien passé mais la particularité c'est que c'était au mois d'août donc il y avait des lits fermés donc on était aussi mélangé avec la neuro et l'endocrino donc du coup le premier mois non même pas les 2 premières semaines je crois on avait eu moins de lits et très vite ... donc du coup on a été très bien briefé sur notre rôle, ce qu'on devait faire comment c'était organiser à qui s'adresser en cas de problèmes, donc très bien briefé en médecine interne.

Et votre adaptation aux différents services ?

Alors très rapide en médecine interne donc la rotation s'est fait toute en douceur et cela s'est bien passé peut être aussi parce que j'avais envie de changer ... on avait donc beaucoup de charge de travail de secrétariat alors qu'en médecine interne c'était la cadre qui faisait tout et elle s'occupait de prendre les rendez-vous.

Vous avez terminé 3 mois en cardio puis 3 mois en médecine interne comment vous sentez-vous par rapport à ces spécialités ?

Je me suis senti beaucoup plus à l'aise , malgré tout en cardio cela a été hyper formateur beaucoup d'insuffisance cardiaque et pathologies que je vois en ville des HTA, des personnes âgées poly cardiaques et donc beaucoup plus à l'aise dans la prescription et dans la gestion des AVK dans la gestions des diurétiques donc cela a été très formateur et en médecine interne également plus à l'aise peut être la partie plus infectieux que médecine interne car voilà plus de pneumopathie et de prostatite et autres...

Et ce qui t-a paru essentiel et/ou inadapté à la formation d'un médecin généraliste ?

En cardio c'était peut-être... en fait pas trop le fait que ce soit trop spécialisé mais c'était surtout le fait d'être seul d'avoir l'impression d'être seul alors se dire qu'on est interne de médecine générale et pas interne de cardio on a pas forcément les mêmes connaissances en arrivant et pas les mêmes attentes non plus donc j'aurais préféré être plus séniorisé en cardio. Et en médecine interne cela n'était pas très spécialisé et il y avait beaucoup de patient post urgence et donc j'ai trouvé dans l'ensemble cela complètement adapté à la médecine générale.

Pensez-vous avoir couvert l'ensemble de la spécialité ?

Je pense que oui après faudrait que je passe dans autres services pour me rendre compte réellement ce que j'ai loupé ou pas mais j'ai l'impression d'avoir vu tout ce j'allais voir en tout cas tout ce que moi je m'attendais à voir quand j'ai choisi le stage. Alors pour la cardio 3 mois c'est suffisant car il y avait de tout et ça tournait vite et en médecine interne non. Car c'est une spécialité trop vaste pour tout couvrir car j'aurais peu vu de pathologies auto immune vu de... donc non en médecine interne 3 mois c'est un peu court.

L'attitude du service au principe de la rotation ?

Pour eux je pense que cela est un peu plus compliqué que pour les internes car nous nous l'avons choisi alors qu'on savait d'emblée qu'on allait tourner. Pour les chefs j pense que c'est difficile et encore plus pour les infirmières car elles doivent se faire à l'équipe d'interne et en plus au moment où on se sent plus à l'aise dans l'équipe c'est le moment où on partait donc je pense que pour elle c'était plus compliqué pour

les internes. Mais ils ont tous joué le jeu tout le monde avait l'air assez content du fonctionnement. Je n'ai pas ressenti de difficulté.

Quels sont les points positifs et négatifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Les points positifs c'est du coup plus variés et du coup on couvre un panel plus grand de pathologies tout en se sur spécialisé notamment en cardio donc je le conseille vivement. Après les points négatifs eux se sera encore une fois pour la cardio, c'était un peu compliqué pour moi donc j'ai trouvé un peu dommage au moment où j'étais ou je me sentais à l'aise je devais partir tout en étant content à la fois de partir car j'avais pas envie de faire 3 mois de plus. Autre point positif c'est au niveau de la thérapeutique j'ai plus peur du lasilix®, j'ai plus peur de l'AVK je sais gérer un surdosage en INR et mine de rien se sont des choses qu'on voit souvent en ville et en médecine interne j'ai l'impression d'avoir vu ce que je voulais voir en tout cas.

Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

La maquette optimale déjà je pense qu'il faudrait 4 ans d'internat et pas trois euh... car il y a des stages que je voulais faire et je n'ai pas pu faire parce que j'avais une maquette à valider et je n'avais pas la place de tout faire entrer en 6 semestres. Par exemple j'aurais bien aimé faire de l'endoc et bien aimé être mieux former au diabète et sinon faire plus de stage en ambulatoire car par exemple dans ma fac on nous propose le stage de niveau 1 comme tout le monde qu'on ne peut faire qu'à partir du 3^{ème} semestre si on a de la chance sinon c'est au 4^{ème}, 5^{ème} voir au 6^{ème} semestre et après il y a le SASPAS mais par exemple il n'y a que onze prat au choix donc pour 11 étudiants. Et je pense pour de la médecine générale c'est très peu et mine de rien c'est notre futur métier et si on fait qu'un seul stage ambulatoire je pense qu'on se rend pas réellement compte des difficultés et ce qui nous attend pour la suite donc... ; Euh... Ouais 4 ans. Pour mettre un stage libre encore pour faire ce que l'on souhaite faire comme moi pour l'endoc et 6 mois de plus pour faire un SASPAS. Alors je viens d'auvergne et le stage de mère enfant ils font 3mois de pédiatrie et 3 mois de gynéco et ça je trouve vraiment dommage qu'il ne le propose pas du coup la pédiatrie j'en avais peur mais donc très rapidement on se rend compte que les pathologies sont un peu près toujours les mêmes en tout cas sur le semestre d'hiver c'est vrai entre les bronchiolite et les gastro donc je pense que 3 mois j'en aurais tout autant appris que en 6 mois et du coup j'aurais pu faire un peu de gynéco et ce qui me pourrait m'être utile aussi et peut être cela m'aurait donné l'envie un DU de gynéco et d'en faire au cabinet et c'est vrai que j'aurais aimé faire aussi donc 3 mois de péd et de 3 mois de gynéco.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs généraliste ?

Ben je pense que oui parce que du coup cela nous permet de voir plus de chose donc du coup d'être plus à l'aise sans forcément d'être surspécialisé mais au moins on connaît les bases on apprend à quoi rechercher en premier quitte à après à adresser au spécialiste mais voilà au moins on s'est comment réagir face à une première consultation pareil pour la dermato j'aurais bien aimé le faire et si il y a des stages qui font 3 mois de dermato et 3 mois de médecine interne. Donc je pense que le pôle pédagogique ils pourraient l'installer dans la maquette.

Annexe n°6 - Retranscription interne 2

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis en 2^{ème} semestre d'internat, j'ai 30 ans et je suis en spécialité de médecine générale.

Parlez-moi de votre stage précédent ?

J'étais en gastro à Aulnay, cela s'est bien passé c'était relativement agréable.

C'était formateur ?

Oui pas mal formateur. Parce que c'était mon premier stage alors on passe de zéro à plus et puis parce que j'ai eu une approche assez large sachant que c'était un stage de gastro mais on avait de tout et n'importe quoi.

Quel est votre projet professionnel ?

Au cours de l'internat je veux tranquillement finir mon internat et après l'internat passer en libéral et peut-être garder une passerelle avec un suivi médecin gériatrique en maison de retraite quelque chose comme ça. Avec peut être un DU de gériatrie et peut être des DU qui pourrait m'intéresser mais quand j'aurais un peu plus le temps.

Et qu'est-ce qui vous a influencé ?

C'est mon parcours de vie qui m'a influencé mais pas de stage en particulier.

Et des stages que vous aimeriez faire?

Ben passez chez le prat c'est ce que je vais faire parce que j'ai une approche vraiment de médecine de famille qui me plait et peut être de la gériatrie aussi et peut être dans un deuxième temps car j'ai déjà vu ça et cela m'avait beaucoup plus et que je sais que c'est quelque chose qui va me parler.

Les raisons qui vont conduit à choisir ce stage?

A la base je suis passé en pneumo en première partie du semestre et en deuxième partie en médecine interne. Alors j'avais lu les commentaires de la pneumo qui disait que c'était un stage formateur qu'on était très encadré et que cela se passait très bien donc je suis allé là-bas et sachant que je n'avais pas beaucoup de choix et d'un point de vue géographique c'était mieux. Et aussi le fait que ce soit validant.

Et la réputation?

Non seulement les commentaires sur le site mais pas de vive voix.

Et l'accès à différente?

Cela était très sympa cela me plaisait sur le principe mais sachant ici que l'on a fait 2 mois 4 mois sachant que il y avait les problèmes de vacances on est sur un stage de vacance, si on décide de ne pas prendre de vacances au début on se retrouve dans les 2 mois à prendre des vacances après c'était très intéressant et me dire qu'on pourra varier.

Décrivez-moi votre stage actuel?

Là ici on fonctionne avec des CV mais pas en pneumo ben donc quand je ne suis pas de CV j'ai simplement le matin la visite, la visite complète avec un déroulement tranquille sachant que je suis aussi secondée par le chef de service c'est lui mon sous-chef. Et quand on est de CV on accueille les patients qui arrivent dans l'après-midi et cela se finit quand on a vu tous les patients.

Et la supervision?

Ici je suis avec le chef, il est présent quand je demande quelque chose j'ai quelqu'un à l'écoute. Il y a une visite organisé avec lui de même pour la pneumologie.

Et l'organisation des cours?

Chez moi cela fonctionne le jeudi en moyenne il y a 3 ou 4 jeudi sur cinq, sachant que pendant les vacances on n'en a pas eu. Et après il y a les cours à l'hôpital au début on a eu les cours le matin aux urgences ils étaient plus ou moins ponctuel cela s'est pas mal passé c'était bien intéressant on a vu de tout à part les petits couacs où on vient mais les chefs ne sont pas là. Et après ici en médecine interne je n'ai quasiment pas eu de cours, je sais qu'on a dû en avoir un ou deux mais on en a pas eu, on a eu le planning des cours mais pas les cours.

Et les thèmes abordés lors des cours?

C'était sympa comme infection des voies urinaires, prise en charge de l'insuffisance cardiaque,... des choses qui aurait dû être du quotidien pour nous futur médecin généraliste et sûrement par rapport à tous ce qu'on voit ici dans le service.

Et les consultations?

Non pas du tout je ne suis allé à aucune consultation. On ne nous a même pas proposé.

Comment s'est déroulée la rotation entre les 2 services?

Ben pour moi c'est un peu particulier car j'ai été malade et j'ai été prise de court dans le retard les interrogations sur le fait que je ne sois pas venue. Dans le feu de l'action se sont mes co-internes qui m'ont aidé, par exemple en pneumologie je n'étais pas sous informatique alors qu'ici tous est informatisé donc voilà on s'est entre aider. Après ici on a fait 4 mois 2 mois. Donc initialement après mon choix de stage j'ai commencé par la pneumologie et après on s'est réuni et on a choisi ce que chacun voulait et en fonction du nombre de place en l'occurrence en médecine interne il y avait 5 demandeurs pour 3 places donc on a fait un tirage au sort.

Et l'adaptation après la rotation ?

Mauvaise personne, on n'a pas le choix on s'adapte tout de suite. Les patients sont différents mais je viens d'un service où les patients sont très lourds et là les patients sont plus ou moins lourds c'est-à-dire c'est moins dans l'urgence le patient ne va pas mourir tout de suite.

Et l'autonomie ?

On est autonome de fait. Oui de fait. Par exemple là on est le 30 septembre on est censé avoir repris le 2-3 septembre et moi je n'ai pas repris tout de suite donc cela fait environ 15 jours que j'ai repris et je me sens à l'aise sur le fonctionnement du service à part l'informatique sinon c'est un peu tranquille ici en médecine interne enfin je veux dire qu'on fait avec.

Vous êtes-vous senti à l'aise ?

Déjà on a eu du mal à savoir le moment exacte de la rotation et donc de la reprise. Fin juillet on nous a annoncé que la rotation ne se fera que le 9 septembre à cause des vacances et que les services avaient fusionnés celui de neuro et diabéto donc finalement cela ne faisait que 1 mois et 3 semaines au bon vouloir

des chefs de services au final ils se sont dit que cela n'était pas une si mauvaise idée le 2 septembre du fait qu'ici ils sont informatisé et pas en pneumo et donc cela serait plus facile la première semaine de septembre du fait qu'on a moins de lits d'ouverts donc du 2 au 9 donc le temps d'adaptation. Après cela s'est fait dans la précipitation. Je sais que ma co-interne qui a pris le secteur neurologie du 2 au 9 alors qu'en fait elle devait être en médecine interne et comme l'interne qui devait être en neuro était en vacance cette semaine-là elle a dû la remplacer au final on est un peu bouche trou.

Vous venez de terminer 3 mois en pneumo et 2 mois en médecine interne comment vous sentez-vous par rapport à ces spécialités?

Je me sens moins dans le... plus dans la maîtrise pas du tout dans l'excellence mais plus dans la maîtrise et dans la gestion de l'urgence. J'arrive à distinguer l'urgence absolu à l'urgence relative en pneumologie je serais faire le tri dans mes patients.

Ce qui vous a paru essentiel ou au contraire inadapté à la formation d'un médecin généraliste?

Alors en pneumo c'est toute la gestion de toutes les broncho-pneumopathies, de ce qu'on verrait au quotidien en ville et puis même l'urgence du fait de reconnaître les situations qui nécessitent une hospitalisation de façon formelle ou relative et puis qu'est ce qui m'a semblé inadéquat peut être l'urgence absolu de toutes les situations qui font que l'on est dépassé, car c'est pas forcément le médecin généraliste qui devrait gérer mais plutôt de la réanimation.

Pensez-vous avoir couvert l'ensemble de la spécialité ? (Quel a été la couverture de la spécialité au cours des 3mois)

Je n'ai pas cette prétention de dire que j'ai tout vu, mais après...4mois si cela est suffisant mais après 6 mois je ne sais pas si cela aurait changé la donne? je ne suis pas persuadé. Car dans un service il y a forcément des situations qui se on a forcément le même genre de patient qui arrive c'est sûr que ce n'est pas dans ce service qu'on verra des sarcoïdoses ou des pathologies un peu plus ciblés qui peuvent être vus ailleurs donc oui on voit le même genre de patient au bout de 4 mois c'est un cycle. On a fait le tour de la patientelle en 4 mois qu'on verrait de façon régulière en pneumologie ici.

Comment qualifiez-vous l'attitude du service au principe de la rotation ?

Le chef de service de pneumo n'était pas très ok mais j'y pense ça s'est imposé à lui. Les infirmières et infirmier cela leur est égale l'essentiel pour eux c'est d'avoir un interne. Oui, ils ont joué le jeu. Mais ils disent quand même que c'est dommage car ils nous forment et qu'après on part quand on est autonome quand on est un peu plus dans la maîtrise de l'outil, du patient et de la façon de faire, de la pathologie. Forcément on ne voit pas les mêmes choses en pneumo qu'ici en médecine interne. Ils se disent un peu désolé, ils ont l'impression un peu d'avoir été formateur mais ensuite abandonné mais bon après....Ici en médecine interne ils m'ont accueillis normalement pas désolé pas non plus dans le grand questionnement de savoir si je connais ou ce que je ne connais pas ils étaient seulement content d'avoir un interne...

Vous êtes-vous senti intégré dans les 2 services?

Oui mais je pense que l'intégration est une question de participation personnel...

Pouvez-vous lister les points positifs et négatifs de ce nouveau système en pôle pédagogique par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers?

D'abord le fait que ce sont les chefs qui décident que c'est 4 mois 2 mois. Les points positifs c'est tout d'abord la diversité, la possibilité de si tu ne t'entends pas bien avec quelqu'un la possibilité de passer à autre chose, le fait que au final tu vois 2 équipes différentes opérés de façon différentes avec des prises en charge différentes dans un même hôpital car en fait quand on va d'un semestre à un autre on va pas forcément dans le même hôpital donc on voit deux façons différentes de prise en charge alors que là on est plus dans quelque chose de proche oui on a les mêmes urgentistes donc on a les mêmes envois de patient d'une même équipe. Oui je pense que c'est une vision un peu plus globaliste, variée. Les points négatifs là aussi c'est le devoir de s'adapter avec des prises en charge différentes dans un laps de temps encore plus court puis au final dès qu'on commence à être plus à l'aise c'est devoir recharger et de se réadapter.

Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Déjà plus de stage chez le prat ensuite des cours adaptés en fac et à l'hôpital une prise en charge optimale... je pense aussi à la durée, oui les 3mois-3mois c'est pas mal, mais après seulement pour les spécialités. Je suis contente d'avoir fait de la pneumo, la gériatrie c'est indispensable pour maintenant et de plus en plus pour demain mais pas dans le sens vulgaire du terme. La gastro on peut voir mais je pense qu'en médecine interne on passe sur toute la gastro du généraliste...euh...la cardiologie je ne pense pas cela indispensable...Après je pense à un superviseur qu'on soit plus dans la supervision personnalisée une sorte de supervision pas celle que l'on a actuellement à la faculté que je trouve pourri avec les RSCA, non plus une supervision par un maître de stage et adaptation en fonction entre guillemets de ton auto évaluation et de l'évaluation de ton superviseur de façon à essayer de balayer un peu tout ça et puis oui des stages de 3 mois en fonction de ton autoévaluation si tu te sens pas bien dans tel ou tel matière ou abordé des choses que ton superviseur s'adapte aussi pour qu'il t'oriente vers tel ou tel service.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Oui je pense que c'est intéressant, c'est varié, c'est sympa, mais c'est très stage dépendant, très service dépendant. Dans l'absolu cela peut être très bien si tout le monde y met de la volonté et que cela se passe dans l'harmonie avec les internes. Après mis à part le problème des vacances qui s'imbrique des 4mois-2 mois au lieu de 3m/3m et la nécessité d'adapter et de toute façon en tant qu'interne on passe notre à s'adapter si ce n'est pas au service, c'est à l'équipe, ou si c'est pas l'équipe de jour, ou l'équipe du soir ou même l'équipe des urgences voilà on fait avec, donc oui cela peut être pertinent si cela se passe de façon réglo.

Annexe n°7 - Retranscription interne 8

Pouvez-vous vous présenter ?

Je m'appelle V., en première année d'internat en 2^{ème} semestre et voilà. Donc j'ai déjà fait un stage de gériatrie aiguë et là j'ai choisi la rhumatologie-diabétologie.

Et votre précédent stage pouvez-vous m'en parler ?

C'était un stage de gériatrie aiguë en CHU à Bichat. Et c'était un stage dur parce que nous avons beaucoup de l'aiguë. On avait 20 patients et on était 2 internes, donc un peu prêt 10 patients chacun c'était très formateur. Les chefs encadraient très bien ils étaient présents. C'était donc un stage un peu prenant du fait que c'était mon premier stage et que je débarquais dans un stage de maladie aiguë et en plus avec des personnes âgées donc c'était lourd la prise en charge mais c'était très bien. Voilà.

Quel est votre projet professionnel ?

Moi je voudrais faire de la médecine générale et faire un DESC de gériatrie.

Ce qui vous a influencé dans ce projet ?

J' pense que j'ai toujours été intéressé par la médecine polyvalente, j'ai jamais été intéressé par une spé, genre cardiologie, je trouve qu'on devient organologue on ne voit plus les malades dans leurs ensembles. En plus la gériatrie m'a toujours attiré et en plus mon premier stage m'a vraiment convaincu. Je sais que dans cette spécialité il y aura toujours du boulot, les personnes elles ont plein de pathologies, et humainement c'est enrichissant. Voilà. C'est mon point de vue. J'aimerais bien être dans un service de SSR gériatrique soit à l'hôpital public ou en clinique, je crois que cela existe.

Quel stage aimeriez-vous faire dans le cadre de votre projet professionnel ?

J'aimerais faire de la gériatrie encore et de la MPR pour la suite, mais je ne sais pas si cela va être possible.

Quels ont été les raisons qui vous ont conduit à choisir le stage actuel ?

Alors parce que je me suis dis que soit chez les personnes âgées ou soit si je ne fais le DESC ; en ville on voit beaucoup de lombalgie et de pathologie de rhumatologie donc je voulais savoir me débrouiller mieux sur la prise en charge de base en rhumatologie. Aussi parce que l'hôpital était vraiment à côté, c'était pratique. Aussi c'était un stage validant.

Et la réputation du stage ?

Ben je ne connaissais pas beaucoup avant, alors j'avais appelé dans le service un interne qui était assez satisfaite donc voilà.

Et l'accès à plusieurs spécialités ?

Non pas vraiment parce que quand j'avais appelé les lits restent séparés entre la rhumatologie et l'endocrinologie. L'interne d'avant m'avait expliqué que même si on avait des cours en commun et etc... je n'allais pas gérer directement le diabète.

Décrivez-moi votre stage actuel ?

On est 3, on est 3 internes, et 2 sont en salle où il y a 15 patients et un en HDJ. Donc voilà on a tourné 2 moi/2mois chacun. 4mois en salle et 2mois en HDJ. On a environ 7/8 patients par interne. Le stage est prenant mais les horaires de travail sont corrects. Les journées on arrive on fait les transmissions avec les infirmières. L'équipe paramédicale est vraiment super et puis après on voit chacun nos malades on règle les problèmes on fait notre visite de notre côté. Les mercredis ont fait la visite avec la chef de service qui vient que les mercredis. Et puis un peu près il y a 2 PH qui sont présentes pas tout le temps car elles font des consultations et qui revoit les patients avec nous pendant la semaine et pendant la visite.

Et la supervision ?

Ben nous en fait on voit tous les entrants, les entrants programmés par exemple les patients vus en consultations ou soit en HDJ. Soit des patients provenant des urgences pour toutes pathologies rhumatologiques. On les voit on lance un peu les bilans et les examens et généralement la chef les revoit avec nous, les PH pour décider si on a bien fait ou pas.

Comment s'organise les cours ?

On a eu un peu près un cours par semaine au début puis cela s'est espacé en août juillet voilà il y avait les vacances. Donc on a arrêté. C'était des cours soit de diabète, avec le diabète pendant la grossesse car ils font beaucoup de diabète en grossesse. On avait donc plusieurs cours. La prise en charge des urgences diabétiques et enfin des cours de rhumato. Les cours étaient fait par des PH de chaque spécialité.

Et la qualité pédagogique des cours ?

Il y en a eu ... non on va dire les 60% d'intéressant. Donc surtout je parle pour la médecine gé, dans le sens où c'était des cours plus de base, sur la polyarthrite rhumatoïde, les spondylarthrites ankylosante et les autres 40% je trouve que c'était trop spécialisé pour un médecin généraliste parce que c'était souvent des cours sur les biothérapie sur la polyarthrite rhumatoïde se sont des choses qu'on ne verra pas forcément en ville on le fait pas dans notre cabinet, tu fais du methotrexate mais tu pourras pas faire une perfusion de Rencia ou voilà. Mais sinon il y en avait des très utiles. Les cours de diabète était bien plus sauf un qui était bien mais c'était sur les diabètes mitochondriaux, et d'autres choses un peu particuliers mais sinon les autres c'était des trucs générale c'était très bien.

Et les consultations ?

Quand on a été en HDJ les 2 mois que l'on fait en HDJ, on faisait les consultations de diabètes et de rhumatologie. En fait l'interne qui est en HDJ, le matin il va en HDJ et s'occupe des patients de l'HDJ cela peut être 2-3 par matinée, souvent se sont des perfusions donc ils restent pour surveiller jusqu'à 13h et l'après-midi si tu ne dois pas aider ta collègue en salle si par exemple il y avait des fois où la collègue était toute seule, donc au lieu d'aller en consultation tu ne vas pas la laisser seule tu viens en salle. Mais tu vas assister aux consultations de rhumatologie donc c'est soit se sont des consultations normales soit la densitométrie ou tu peux aller en consultation de diabétologie donc c'était pas mal mais personnellement j'en ai pas fait beaucoup parce que il y avait les vacances sinon c'était pas mal, mais en consultation tu es un peu comme un externe tu ne fais pas grand-chose, tu regardes. Mais c'est vrai moi personnellement cela ne m'a pas beaucoup apporté car j'ai dû en faire 6 au total car après je suis partis pendant 2 semaines en vacances.

Comment s'est déroulée la rotation ?

On était 3 on avait 6 mois donc on a décidé de faire 2 mois chacun en HDJ de rhumato. On s'est arrangé entre nous, par exemple pour une des collègues elle voulait être en HDJ à la fin du semestre pour être un peu plus tranquille les 2 derniers mois donc les autres 4 mois on s'est partagé avec les collègues.

Et l'accueil dans les services ?

L'accueil était bien soit au début, Ben en fait je trouve qu'au début ils ne nous ont pas trop expliqué ce qu'il fallait faire. Pour moi c'est peut être particuliers comme j'ai commencé par l'HDJ quand je suis arrivé en salle je ne connaissais pas bien le fonctionnement alors que mes collègues elles connaissaient bien comme elles étaient là depuis 2 mois. Et on ne m'a pas forcément expliquer comment se déroulait le stage, j'ai dû donc un peu me débrouiller seule. Je trouve que j'ai mis quand même 2 semaines et demi pour m'adapter mais pour des choses basement matériel comme l'observe, c'est où qu'on range ça, les entrées/sorties à quelle heure on doit les faire. Avant par exemple les entrants c'était que l'après-midi et là maintenant tu les a tout le temps le matin les après-midi donc cela changeait un peu d'organisation.

Et le temps d'autonomisation ?

En fait il faut dire du fait que les PH et la CCA font beaucoup de consultation t'es souvent seul donc tu deviens autonome vite et en plus moi cela ne m'a pas posé beaucoup de problème car dans le stage où j'étais avant j'étais seul et cela m'a permis d'apprendre beaucoup et cela m'a avantage pour être autonome. Puis après si il y a des urgences tu appelles tes chef, elles sont à côté.

L'organisation diffère-t-elle entre les services ?

Entre l'HDJ et la salle de rhumato ? Oui car il y a des façons de travailler différente. Quand on est en HDJ il faut tout faire dans la matinée, prendre les décisions faire les bons, décider de la prise en charge du suivi. Souvent en HDJ c'est une seule personne, c'est l'assistante qui voit les patients alors qu'ici les patients sont vus à plusieurs donc on discute plus souvent sur les cas et tu as plus de temps.

Vous êtes-vous senti à l'aise par rapport à ce changement ?

Oui, oui, juste un peu au début je ne savais pas trop comment ça roulait la salle mais sinon après 2 semaines cela allait. Je pense que pour mes collègues c'était plus facile qui ont fait salle et puis HDJ.

Vous venez de terminer 2 mois d'HDJ et 4 mois en salle, comment vous sentez vous par rapport à la spécialité de rhumatologie ?

Je trouve, que je gère, je connais mieux les traitements de base tous ce qui est méthotrexate, pris en charge de la PR. Cela va mieux avec les bisphosphonates, les traitements de l'ostéoporose, la prise en charge de l'ostéoporose les recherches d'ostéoporose secondaire. Cela va beaucoup mieux avec les gestes, car on a fait beaucoup de geste, tu apprends à infiltrer à faire des ponction et etc...Il reste quand même une partie essentiel se sont les images. En fait au début j'avais voulu qu'on m'apprenne plus à regarder plus des radiographie des images et ça je pense qu'on avait beaucoup de boulot on avait pas forcément tout le temps de se mettre là poser avec les internes.

Vous sentez vous compétente, autonome par rapport à la spécialité rhumatologie et endocrinologie ?

La rhumato je dirais 7/10 et le diabète moins car quand même on a eu des cours et des consultations mais on n'a pas gérer nous directement des patients avec du diabète et moi j'avais un patient qui est déséquilibré on a souvent demandé un avis à l'autre bout du couloir mais ce n'est pas moi qui est pris l'initiative. Mais pour gérer les antalgiques ou autres traitements rhumatologiques je le fais mais souvent quand c'est du diabète je demande aux internes à côté.

Qu'est-ce qui vous a paru essentiel à la formation d'un médecin généraliste ou contraire inadapté ?

Alors peut être inadapté, la partie très spécialisé tout ce qui est perfusion, biothérapie même si c'est très intéressant, mais c'est moins adapté, je pense que les posologies et tout ça cela relève moins au médecin généraliste parce qu'il ne les mettra pas en place mais ce qui pourrait être utile c'est la surveillance après la mise en place. Donc former les généralistes c'est-à-dire, par exemple voilà on a un patient sous anti-TNF et si il fait de la fièvre et hop c'est aux urgences tout de suite pour la diverticule. Donc ça ce n'était pas très adapté par contre tous ce qui était infiltration prise en charge du diabète, etc....c'est bien cela collait avec la pratique d'une généraliste.

Pensez-vous avoir couvert l'ensemble de la spécialité ?

Non je ne pense pas, non c'est vaste et il y a beaucoup de pathologies qu'on voit moins et qui donc par exemple des lupus je suis moins à l'aise. Je dirai que par rapport la médecine générale je dirais 7/10 car par exemple être à l'aise avec les images car en ville les patients apportent leurs radios et tu dois regarder les

images si il y a des discopathies ou pas des hernies si il y a une compression canalaire et etc...moi je pense que je sais faire moi.

Le temps de 4 mois a été suffisant pour apprendre ?

Oui je pense ...parce que finalement ... on était 3 internes non spécialistes de rhumato, donc je pense que pour un interne de généraliste c'est mieux 6 mois en salle. Car ce que l'on voit en HDJ est vraiment super spécialisé. C'est difficile de juger car si en 6 mois cela ne suffit pas pour couvrir la rhumatologie j'imagine que de faire 3 mois/3 mois, ça...tu mets du temps à t'adapter au service. C'est claire idéalement j'aurais bien aimé de voir plus de spécialité. Je pense qu'il faudrait faire une gestion mixte c'est-à-dire un interne au lieu de prendre 7 lits en rhumatologie de faire 3 lits en diabéto et 4lits en rhumatologie. Peut-être que cela pourrait se faire.

Cela pourrait se faire mais quels sont les obstacles à un tel système ?

Je pense, que en fait comme dans tous les stages les chefs font quand même un investissement ils forment les internes si on parle pédagogiquement c'est difficile pour un service et pour l'interne même. Tu te retrouverais d'avoir des PH en rhumato et en diabéto donc tu répondrai à 6 personnes se serait difficile quand même.

Ont-ils joué le jeu ?

Oui il n'y a pas eu de problème pour aller en consultation de diabétologie et aller aux cours. Au contraire. Non pas de problèmes mais après je ne suis pas sur si il s'agit d'aller prendre des lits et de partager des lits entre les 2 services. Parce que je pense qu'elle se sentira plus travailler en équipe donc c'est plus chronophage se serait difficile ?

Quels sont les points positifs et négatifs des pôles pédagogiques par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Les points positifs sur le roulement ? C'est ça ? Le point positifs c'est que même si on a pas touché tout le temps au diabète car on a demandé des avis tout le temps on a quand même vu, on est allé en consultation et on a eu des cours donc quand même maintenant je sais mettre en place un schéma de basal-bolus , j'ai quand même acquis certaines compétences par rapport à quand je suis arrivé .l'autre point positif c'est qu'on apprend des façon différentes de travailler, on est plus en vitesse de travail, on doit apprendre à suivre le suivi du patient car c'est toujours les même patients qui reviennent. Tu apprends quelque chose sur les biothérapies ce qui n'est pas mal tout de même. Les points négatifs c'est que pour la formation de généraliste je pense qu'il faut rester 6 mois en salle car les patients sont variés, on a plus le temps d'approfondir on a plus de gestes, il y a moins de spécialisé en plus il y avait beaucoup d'entrée via les urgences et pour moi c'est plus intéressant que le patient avec la lombosciatique seulement par exemple. Aussi l'autre point négatif c'est difficile de se remettre à l'organisation du chef. Le service ici c'est facile car on a la même équipe infirmière donc les infirmières sont les mêmes et surtout elle nous aide car par exemple elles nous alertent si les glycémies sont pas bonnes, elles sont formées pour mettre seules l'insuline mais je pense qu'au niveau du chef se serait difficile d'apprendre en 3 mois une nouvelle façon de travailler des PH car chacun à sa façon de travailler.

Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Je pense que 3 ans c'est court, je pense qu'il faudrait 4 ans, le passage aux urgences c'est très bien, chez le prat c'est très bien, je pense qu'on ne doit pas nous obliger de choisir entre pédiatrie et gynéco mais

faudrait faire les deux car je pense en cabinet on voit forcément des femmes et des enfants donc si tu n'as pas vu les 2 c'est un peu embêtant. Par exemple comme externe je ne suis pas passé en gynéco ni en tant qu'interne donc je n'y connais rien c'est dommage. Et je mettrais un stage libre en plus. Je pense que 6 mois c'est un bon délai de temps car on se sent bien à 6 mois et après c'est chiant de changer et en même temps cela te permet d'approfondir. Après concernant les spécialités c'est difficile de dire, conçu comme ça cela me semble pas mal, mais sinon je dirais cardio, pneumo et...l'endocrinologie mais bon cela fait beaucoup !!! Mais le raccourcissement je ne sais pas si 3 mois sont suffisants pour connaître bien une spécialité. Je pense que la solution est de rallonger l'internat c'est ce qui est fait pour les autres spécialités, je ne vois pas pourquoi les généralistes s'est 3 ans. 4 ans se serait bien. Là j'ai vu que Je pense que 6 mois c'est un bon délai de temps car on se sent bien à 6 mois et après c'est chiant de changer et en même temps cela te permet d'approfondir, mais mettre un stage hospitalier en plus ne serait pas mal. Un an en plus et un stage en moins chez le prat.

Une généralisation des pôles pédagogiques est-il pertinent pour les stages de spécialité ?

Je pense que oui en terme de formation cela permettrait d'avoir un aperçu sur plusieurs spécialités mais je ne sais pas si c'est faisable si c'est rentable au niveau de l'acquisition au niveau des compétences dans le sens que 2-3 mois je pense que c'est un peu court pour commencer à être à l'aise d'une avec l'équipe et après mettre un peu en pratique les acquis pour la spécialité. 3 mois peut être pour des spécialités proches comme cardio-pneumo, rhumato-dermato,... je ne sais pas je pense que c'est difficile, je ne sais pas si cela peut marcher.

Annexe n°8 - Retranscription interne 4

En quelle année d'internat êtes-vous ? Quel semestre ? Quel âge ? Sexe ?

Alors je suis en 2nd semestre d'internat de médecine générale j'ai 26ans.

Brièvement parlez-moi de vos stages précédents ?

Alors j'ai été en pédiatrie avant, c'était un stage très prenant mais formateur.

Pour quelle raison était-il formateur ?

Car dans les services il y avait un gros débit, avec une population très variée, des pathologies très variées, et très bien encadré et toujours séniorisé.

Quel est votre projet professionnel ?

Je ne sais pas encore vraiment je pense la médecine générale en cabinet en ville pour l'instant mais je ne sais pas trop.

Ce qui vous a influencé ?

Ben les stages que j'ai fait et le fait qu'on voit plein de chose en médecine gé que ce soit varié. C'est pour cela que j'ai hâte de faire le stage chez le prat et les urgences aussi.

Quelles ont été raisons qui vous ont conduit à choisir ce stage en pôle pédagogique ?

Eux...déjà cela validait la maquette le stage de médecine polyvalente, et en plus c'était un bon stage et aussi comme j'étais mal classée c'était l'un des seuls stages qui était validant et un bon stage à la fois. Aussi

le fait d'accéder à plusieurs spécialités car au lieu d'aller en médecine polyvalente je préférerais aller dans 2 spécialité différentes pour avoir une vision un peu plus poussée.

Décrivez-moi votre stage actuel ?

Alors dans les 2stages ? Alors le premier stage était la pneumologie on ne fait pas de garde donc on est tous les jours dans le service donc on fait aussi un weekend end je veux dire un samedi sur deux toute la journée. Sinon une journée c'est de 9h 19h avec le staff le matin puis les transmissions la visites un jour sur deux avec un sénior et l'après-midi les entrées et les compte rendus à rattraper. Ce qui est très bien c'est qu'on est en binôme avec un chef un PH donc qui supervise, qui est toujours au bout de son téléphone qui fait donc la visite 3 fois par semaine et qui les autres jours passe à la fin de la visite pour savoir si il y a des soucis particuliers il vérifie toute les prescriptions des entrées voir si tout est bien donc du coup on est jamais seul, on est très séniorisé mais à la fin on est tout seul dans le service.

Et l'organisation des cours ?

On fait les cours dans les 2 services c'est un peu...comme on est que 2 internes qui tournent donc on s'arrange mais on a vraiment pas mal de cours qui reprend les deux spé avec la gastro et la pneumo. Bon là comme c'était les vacances on a eu moins de cours que prévu mais sinon en dehors des vacances on avait 2 cours par semaines et pas du tout pendant les vacances .Sinon c'est un cours par semaine. Après les cours ça dépend qu'ils les font mais ils sont plutôt assez poussée et bien dans l'ensemble. Alors tous ce qui est pneumo c'est pas mal accès médecine générale parce que c'est pas mal BPCO, pneumonie, pris en charge des cancers suivi du cancer mais on est moins concernés pas d'autres sujets comme l'endoscopie ou le traitement du cancer mais cela permet d'avoir une vision globale quand on envoie à un spécialiste c'est parfois trop spécialisé car ils font en cours ce que eux ils font dans leur pratique mais sinon parfois ils nous font faire des cours qu'ils font aux médecins généralistes du coup ils nous refont.

En gastro on arrive on fait les transmissions et la visite. On a 2 séniors un assistant et un PH. Pour la visite un jour c'est la PH l'autre c'est l'assistante sinon les autres jours je suis seule à faire la visite. L'après-midi c'est pareil je fais les entrés mais on partage avec l'assistante les entrées et on partage les comptes rendus donc on s'ennuie un peu. Le service est beaucoup moins organisé il y a beaucoup moins de staff beaucoup moins ... donc la prise en charge est beaucoup moins globale et comme on est entre l'assistante et la PH on est un peu entre les deux on est beaucoup moins libre et à la fois on est beaucoup moins séniorisé parce qu'elle ne font pas attention elles se disent toujours que l'autre va gérer je me suis souvent retrouvé toute seule 3 ou 4 fois et elles arrivent derrière et elle te dit que c'est n'importe quoi donc voilà.

Et les consultations ?

Non pas tellement, mais ils nous proposent mais en fait c'est parce que en pneumo par exemple on a pas du tout le temps pour participer aux consultations.

Comment s'est déroulée la rotation entre les 2 services ?

Alors la rotation entre les 2 services, tout d'abord l'ordre de rotation c'est l'ordre de choix. Donc en fait ici c'est un nouveau stage en pôle pédagogique donc en fait dans le choix c'était pneumo ou gastro donc c'est seulement après le choix que nous avons su que cela tournait donc moi j'avais choisi pneumo et donc le sens de rotation était comme ça.

Et l'accueil ?

Dans le 2^{ème} service cela s'est bien passé, aussi bien que dans le premier service mais on sent quand même que cela énerve tout le monde qu'on tourne et qu'on soit obligé de tourner au bout de 3 mois alors au niveau infirmière cela se passe super bien en fait ils s'en foutent, mais au niveau des médecin on sent que cela les énerve de former quelqu'un et au bout de trois mois ils doivent recommencer alors que l'interne a acquis l'autonomie. Ensuite dans le 2^{ème} service j'ai eu plus de mal et j'ai mis plus longtemps à m'adapter. Je pense que si D'une part j'étais fatigué des stages d'avant ou j'ai beaucoup donné et cela faisait 8 mois que je travaillais un weekend sur deux mais c'est un facteur qui n'a rien avoir avec le stage et l'autre facteur c'est qu'il faut tout recommencer. On vient de s'habituer à un service au fonctionnement et là il faut tout recommencer pour 3 mois c'est court. On est ...on a moins envie et en plus avec du recul je me sentais mieux dans la pneumo donc mon premier stage que dans la gastro au niveau de l'équipe et de l'ambiance et donc on s'investie moins mais ouais le fait de rechanger au bout de 3 mois c'est fatigant pour nous aussi et pour le service. J'ai vraiment mis beaucoup plus de temps à m'adapter dans le premier que dans le deuxième. Je peux dire que dans le premier stage j'ai mis un mois alors que là j'ai mis au moins un mois et demi pour commencer à être à l'aise. Après dit être autonome oui...mais en fait non je ne me sens pas autonome ni dans l'un ni dans l'autre c'est un peu juste cela commence mais 3 mois c'est un peu juste pour être totalement autonome.

Lors de la rotation, tu as rencontrés deux types de fonctionnement, comment as-tu ressenti ce changement ?

Comme c'est nouveau, ce sont des nouvelles personnes, il faut s'adapter à des nouvelles personnes, à un nouveau mode de fonctionnement et peut être aussi parce qu'il faut s'adapter à des nouvelles personnes, à un nouveau mode de fonctionnement et pour les chefs c'est pareil ils doivent reformer quelqu'un au bout 3 mois et ça on le ressent et surtout ils le disent beaucoup ils le formulent et ils nous le font ressentir...

Comment te sens-tu par rapport à ces spécialités ?

Je me sens vraiment plus à l'aise en terme médicale en pneumo, j'ai vraiment plus appris en pneumo et puis en plus cela me plaisait plus et en gastro j'ai appris pas mal de chose mais je ne me sens pas encore assez à l'aise avec cette spécialité. Je me sens plus compétente par rapport à ce que j'étais avant, à ma sortie de l'externat mais je ne me sens pas autonome, je ne pourrais pas me débrouiller encore seule si je rencontre certaines pathologie en ville.

Ce qui t'a paru essentiel ou au contraire inadapté à la spécialité de médecine générale ?

Alors comme ceux sont des hôpitaux de périphérie c'est beaucoup plus adapté car ceux ne sont pas des services hyperspécialisé comme on peut rencontrer en CHU donc c'est vrai qu'il y a un ensemble de patients assez variés et c'est pas mal de médecine assez basiques ils n'ont pas des techniques pointus de spécialité donc se seront le même type de patients qu'on va recevoir en cabinet et qu'on va adresser à un spécialiste eux...donc ça c'est vraiment pas mal. Après il y a plein de chose qu'on ne va pas gérer comme les patients sous chimio cela nous concerne moins quand on sera généraliste mais à la fois cela nous permet de connaître le devenir des patients qu'on suivra même si on le gère pas.

Penses-tu avoir couvert l'ensemble de la spécialité ?

Je pense que l'on voit vraiment pas mal de chose qui permet de couvrir ce qu'on verra en ville, c'est vraiment pas mal. Car vraiment cela tourne pas mal donc on a le temps en 3 mois de voir pas mal de chose par rapport à la spécialité j'ai l'impression d'avoir vu un champ assez varié et diverse qui me permet d'être plus à l'aise. Après cela dépend du stage car par exemple en pneumo il y avait vraiment un gros turn-over

on a vu plein de chose différente tandis qu'en gastro où cela tourne beaucoup moins je vois beaucoup moins de choses différente ouais cela dépend du service. Et en plus c'est un service où il y a beaucoup d'hospitalisation programmé pour des colos, des choses comme ça donc du coup on voit beaucoup moins des patients des urgences beaucoup moins de pathologies variées.

Comment qualifieriez-vous 'attitude du service (PH, CCA, Chef de service, infirmière, ...) au principe de la rotation ?

Les chefs...hm...râlaient pas mal surtout en pneumo car 3 mois c'est pile le temps où l'interne est bien et à chaque fois ils ont qu'un mois un interne autonome au fonctionnement du service donc du coup ils peuvent plus se reposer sur l'interne ils ont toujours l'impression de former quelqu'un et je pense que cela se ressent des 2 côtés car en fait cela se passait toujours bien avec le premier interne dans les deux services et moins avec le 2^{ème} interne dans les 2 services. Ils donnaient la raison de l'adaptation et aussi du fait que c'était pas le même rythme dans les 2 services c'est pas la même rigueur en plus on est adapté à un rythme par exemple dans notre pôle celui qui commence par la pneumo qui ont énormément bossé et puis en gastro ils s'ennuient et dans le sens contraire lorsqu'il arrive en pneumo ils ont été habitués à un rythme cool et ils sont dépassé par la quantité de boulot qu'il y a dans l'autre service.

Ont-ils joué le jeu de la rotation ?

Je ne sais pas, je pense que moyennement ils jouaient le jeu. Je pense que moi j'ai ressenti, que par exemple en gastro ils ont été soulé de changer et que je ne sois pas former en plus c'était la période des vacances donc ils m'ont laissé un peu seule plus livrée à moi-même. Mais je me suis nettement plus intégré à l'équipe paramédicale qu'à l'équipe médicale.

Quels ont été les points négatifs et positifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Les points positifs c'est qu'on voit plus de spécialité dans une formation qui est quand même courte voir des choses plus différentes et à la fois on n'a pas besoin d'entrée plus profondément dans les spécialités que quand on se destine à la médecine générale cela permet de voir pas mal de choses après dans les points négatifs cela demande plus d'adaptation c'est plus fatiguant. Cela permet aussi de voir aussi plusieurs prise en charge différente, de voir plusieurs fonctionnements différents, cela peut servir je pense pour plus tard pour savoir s'adapter et avoir des référents différents pour notre futur réseau.

Quelle est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Je pense que dans l'internat le stage aux urgences est indispensables les stages chez les prat sont des bons stages, après au niveau des spécialité je vois pas mal de spécialité, peut être passer trois mois dans plusieurs spécialité je pense que pour la formation pour être généraliste c'est indispensable d'avoir une vue d'ensemble, donc surtout la pneumo, endoc, gastro, la cardio mais générale après les choses qui peuvent être plus intéressante selon ce qui nous intéresse de faire plus tard comme la dermatologie, la rhumato, la gériatrie selon comment l'on conçoit notre pratique futur. Vraiment je pense que 3 mois suffisent comme temps de formation mais là je parle dans les services dans lesquelles je suis passée.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs généralistes ?

Ouais pour la formation de médecine générale le fait de couplé 2 spécialités c'est vraiment pas mal pour la formation de la médecine générale, mais vraiment pour l'aspect formateur du stage et spécificité de la

spécialité de médecine générale mais après je n'ai pas d'autres éléments de comparaison car je suis au début de mon internat.

Annexe n°9 - Retranscription interne 5

Pouvez-vous vous présenter ?

Alors j'ai 27 ans, je suis en 2^{ème} année d'internat de médecine générale.

Brièvement parlez-moi de vos stages précédents ?

Alors le stage de pôle pédagogique était mon premier stage. Ensuite vous voulez parler de tous les stages que j'ai fait...Alors je suis allé aux urgences de Lagny sur Marne c'était un stage d'urgence classique avec une activité de traumatisme et de médecine séparée et des lits portes où on tournait, très intéressant et formateur, ensuite j'ai refait des urgences mais cette fois si en CHU très formateur aussi, plus de protocole, plus encadré, pointu par contre plus stressant et quand même et ... plus stressant et là je finis mon stage de médecine ambulatoire de niveau 1 dans le cabinet du Dr.J. en semi rural cela très bien passé j'étais très vite en autonomie et là c'est vraiment la découverte du médecin avec le patient j'ai vraiment eu cette impression-là de ne pas tant progresser sur le plan médicale quoique je me suis à jour sur certaine pathologie que l'on ne voit pas à l'hôpital sinon c'est surtout la relation avec le patient que l'on ne voit pas à l'hôpital c'est une relation totalement différente.

Quel est votre projet professionnel ?

Pour le moment il n'est pas défini pour le moment moi je veux faire un DU de médecine de sport pour avoir une petite complémentarité dans ma pratique quotidienne je ne sais pas si je vais m'installer en libéral ou faire de la médecine salariée je ne me ferme aucune porte. L'hôpital pourquoi pas si je trouve un service avec des conditions de travail correcte et des horaires sympas et une rémunération qui va avec je n'ai rien contre l'hôpital même je pense qu'au début cela peut être très intéressant.

Ce qui vous a influencé dans le choix de votre projet professionnel ?

Ce qui m'a influencé c'est d'une part je n'ai pas envie de m'installer tout de suite en libéral par peur justement de solitude dans le boulot des charges administratives et voilà c'est surtout ça donc j pense que je vais attendre déjà de me faire une idée d'ensemble de la façon de pratiquer la médecine générale j'ai envie d'explorer toutes les pistes de toute façon je ne me ferme aucune porte donc se sera en fonction des opportunités qui se présentent.

Des stages que vous aimeriez faire ?

Ben là je vais peut-être commencer un DU de médecine du sport éventuellement se serait sur un stage de rééducation ou un stage accès la dessus sinon je pense que si je devais refaire un stage hospitalier j pense que ferais un stage de maladie infectieuse.

Quelles ont été les raisons qui vous ont conduit à choisir le stage ce en pôle pédagogique ?

Alors le stage là c'était mon premier stage ce qui m'a attiré c'est que j'allais faire trois spécialités différentes, cela m'a attiré et aussi le fait d'accéder aux spécialités en général tout en sachant que le fait d'avoir accès à 3 spécialités différentes en me disant que si jamais je n'étais vraiment pas à l'aise avec une spécialité je pourrais faire une autre spécialité 2 mois après donc cela allait j'étais tranquille. Aussi le stage était bien noté et qu'il soit validant. De toute façon en premier semestre je ne prendrais jamais un stage qui

n'est pas validant pour la maquette. Surtout en premier stage car on a envie de valider notre maquette mais après en dernier stage pourquoi pas... mais voilà.

Correspond-il à votre projet professionnel ?

Il correspond à mon projet professionnel en tant que médecin généraliste après eux...complètement car ce que j'ai découvert là-bas c'était adapté se sont des services de spécialité mais qui accueillent des avales des urgences donc cela reste de la pathologie classique et donc cela correspondait.

Décrivez-moi comment s'est organisé le stage ?

Globalement se sont des services d'hospitalisation standard avec des hospitalisations programmées et pas mal d'hospitalisation des urgences on avait grosso modo on avait la moitié d'aval des urgences ... c'est reparti... donc on étaient 6 internes sur 3 services répartis 2 mois chaque duo et après dans chaque service on avait chacun une moitié du service avec un sénior qui avait aussi sa moitié du service cela faisait environ 15 patients grosso modo chacun. Donc il y avait le service de neurologie, endocrinologie et diabétologie rassemblés et maladie infectieuse et médecine interne. Alors pour le pôle neuro et le pôle maladie infectieuse-médecine interne c'était pareil en terme d'organisation et de consultations. Mais les consultations on n'avait pas trop le temps d'en faire. L'hospitalisation c'était du style visite le matin, courrier l'après-midi et contre visite si besoin et voilà...en fait on restait pour gérer les problèmes voilà ce qui avait d'autre... en diabétologie c'était différent car cela été un hôpital de semaine donc forcément c'était organisé différemment donc cela été plus en fonction du programme de chaque patient.

Et l'organisation des cours ?

Alors les cours ont été organisés par les chefs de services et ils étaient délivrés par les différents PH ou assistants des différentes spécialités et les internes du pôle avaient tous cours en même temps cela évitait de refaire 2 fois les mêmes cours et puis cela se passait grosso modo on avait un cours par semaine sur une pathologie particulière ou sur un thème de pathologies.

Et la qualité des cours ?

Après la qualité des cours franchement elle était bonne et les PH avaient le choix de ce qui allaient faire en cours donc du coup il faisait un cours sur un sujet qu'ils maîtrisaient et qu'ils aimaient bien. Ensuite c'était vraiment des thèmes de médecine générale en tout cas des pathologies qu'on peut rencontrer en médecine générale du diabète, en neuro on avait des AVC sachant qu'on est des internes en médecine générale les PH se sont adaptés aussi je pense il nous faisait des cours en fonction.

Et les consultations ?

Alors ils nous ont proposé de participer aux consultations surtout en neurologie mais par contre on n'avait pas beaucoup de temps de le faire mais si on avait des journées un peu relax on avait un peu de temps on pouvait aller à ce moment-là en consultation. Donc en fait à posteriori je regrette de ne pas y être plus allé parce que les pathologies qu'on voit en consultations se rapprochent peut être plus des pathologies qu'on voit en médecine générale. Par exemple en neurologie les migraines on les voyait jamais en hospitalisation car en fait la plupart du temps on les voyait en consultations et ça c'était pareil pour les épileptiques voilà...

Comment s'est déroulée la rotation entre les 3 services ?

Ben tous simplement on étaient 6 donc tous les 2 mois on changeait de service voilà c'était ... on s'est répartis la première journée du stage on a formé des duos et après on tournait en duo on gardait le même

binôme et on tournait ensemble dans les 3 services mois perso je me suis très bien entendu avec ma co interne donc c'était vraiment pas mal.

L'accueil dans chaque service ?

Donc l'accueil dans chaque service il était bon on avait de la chance d'être dans un hôpital de périphérie car tous les services se connaissent les gens sont assez détendus et on s'est rapidement fait connaître par nos chefs on avait des bonnes relations ils étaient proches de nous et assez disponibles la présentation du service rien de particulier ils nous ont présenté le service. En plus vu que c'était un même pôle on était amené à travailler ensemble finalement il y a des patients qui passaient d'un service à l'autre donc on était amené à parler avec une autre spécialité ce n'était pas complètement étanche entre les étages voilà.

Et la supervision ?

En fait la supervision ne dépendait pas trop des services mais surtout des chefs la dysautonomie a été assez progressive avec parfois des passages à vide comme d'habitude quand on pose pas de questions ...voilà il faut poser des questions et puis après quand même pour un premier stage on nous laissait beaucoup de responsabilité donc c'était pas mal intéressant..

Et l'adaptation dans chaque service ?

C'est sûr qu'en 2 mois il fallait s'adapter rapidement en même temps comme c'était moitié moitié pathologies spécialisé et pathologies tout venant des urgences on arrivait assez vite à garder une organisation, finalement l'organisation intrinsèque de l'hôpital est la même par rapport au logiciel de prescription par rapport au format de demande des examens complémentaires au numéro utiles, les services comment il fonctionne entre eux cela ne change pas donc au niveau du logistique on ne perdait pas de temps à s'adapter à ça donc déjà c'est une grande chose. Au niveau des pathologies du service c'est clair qu'on ne peut pas prétendre être neurologue en 2 mois mais en même temps vu qu'on était encadré cela permettait d'avoir une vision globale assez polyvalente on voyait vraiment de tout sans être... moi je me suis jamais réellement senti perdu en tout cas. Après quand on change de service je me suis senti beaucoup plus à l'aise que quand on change de stage clairement on a pas du tout l'impression de repartir de zéro par contre à la fin des 2 mois je me sentais assez bien assez à l'aise, on se sentait bien dans le service. Par rapport aux pathologies que j'ai pu rencontrer j'ai pu avoir un bon aperçu des différentes pathologies cela m'a permis de voir comment les spécialistes appréhendaient leur spécialité, leur façon de pratiquer leur médecine dans leur service et les rapports qui pouvait avoir les généralistes et ce qu'on pouvait leur demander. Le plus intéressant a posteriori c'est de me rendre compte et de savoir comment travaille les spécialistes et de savoir moi en tant que généralistes quand je pourrais faire appel à eux et quand je vais pouvoir leur passer la main et comment ils travaillent après au niveau... après on peut pas prétendre être neurologue ou avoir le niveau d'un interne de neurologie ni de dire qu'on maîtrise la spécialité, mais j'ai vu pas mal de pathologie et comment elles sont pris en charge à l'hôpital, un peu avoir des délais et avoir aussi acquérir des bases pour informer mes patients quand je les enverrais en neurologie pour des pathologies neurologique mais cela va avec la maladie infectieuse et l'endocrinologie. L'endocrinologie a été très très instructif par rapport au diabète car on voit tellement de diabète en ville c'était la prise en charge de tous les facteurs de risques cardio-vasculaires. En infectiologie on en voit beaucoup en médecine générale mais pas aussi grave mais là cela m'a permis de voir les cas grave des infections que l'on peut voir en médecine générale cela m'a vraiment donné l'envie de faire plus d'infectiologie et de prendre en charge en ville. C'est clair que je me sens plus compétent qu'avant d'y être passé, j'ai acquis des réflexe, des méthodes, j'ai vu un spécialiste par exemple un neurologue faire un

examen neurologique. Je pense que je n'ai pas perdu par rapport à un stage polyvalent classique car la médecine adulte polyvalente je l'ai fait en même car par exemple en infectiologie les patients avaient autre choses que la simple pathologie principales, ils avaient des escarres, un diabète, ils étaient constipé. Donc même si c'est un stage de spécialité on voit, on doit gérer le patient dans sa globalité. Comme il y avait pas mal de pathologie d'aval des urgences on voit de tout.

Ce qui vous a paru essentiel ou au contraire inadapté à la formation d'un généraliste ?

Il y a des cas exceptionnel donc ils ne sont pas adaptés, mais finalement dans les services il y en a pas beaucoup, donc finalement toutes les pathologies que l'on voit beaucoup dans les services se sont des pathologies que l'on va croiser en médecine générale, donc ça c'est adapté. Même en neuro aucun regret c'est très adapté. En fait rien inadapté. Je pense que j'aurais aimé faire plus de consultation.

Les 2 mois sont-ils suffisant pour couvrir l'ensemble de la spécialité ?

En même temps on était content d'avoir fait trois stages différents trois spécialités différentes mais en même temps on se disait que cela été un peu court. Mais tu ne peux jamais tout avoir donc au final c'était une sorte de compromis et au final je pense que si on avait eu 2 fois 3 mois on aurait été content quand même. J'ai pas eu l'impression non plus que cela était trop court. Ce que j'ai pris en 2 mois je l'ai quand même pris ce qui est pris est pris je n'ai pas l'impression d'avoir perdu mon temps d'avoir bâclé.

Comment qualifiez-vous l'attitude du service (PH, CCA, Chef de service, Infirmière,...) au principe de la rotation ?

Je ne sais pas depuis combien de temps cela se passait dans ce service là mais en tout cas tout le monde était content tout le monde avait accepté ce système-là après je n'ai pas poser la question directement aux chefs mais peut être que cela les soulent d'avoir des internes à former, donc j'imagine que cela a été plus difficile pour eux. Peut-être que c'est plus facile à gérer avec des semestres un peu plus ancien. En tout cas les infirmières et équipe para médicales rien à dire que cela change ne les dérangeait pas plus que ça et au niveau du ressenti ils nous l'ont jamais fait ressentir.

Quels ont été les points négatifs et positifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Ben on va faire une liste : Positif : grande variété des pathologies rencontrées, avoir le point de vue du spécialité sur la prise en charge des pathologies, avoir accès à la pratique d'un spécialiste dans un service hospitalier que c'était quand même de la médecine générale au final. C'est polyvalent.

En négatifs : il y a plus de temps d'adaptation au final mais comme au début de chaque stage c'est un point négatif mais en même temps ce n'est pas ce que je retiens. Après j'ne vois pas trop de plus.

Selon vous quelle serait la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Les stages d'urgences restent indispensables car je pense qu'on apprend énormément la façon de gérer car on voit vraiment beaucoup de choses, pour la traumatologie la petite chirurgie sinon de la traumatologie on n'en voit jamais. Le stage de médecine polyvalente y compris ce type de stage est indispensable car c'est pareil car c'est qu'à ce moment qu'on se rend compte de la pratique d'un spécialiste dans un service. Evidemment le stage ambulatoire reste indispensable. Après les spécialités indispensables, les plus représentative, les plus intéressante, et à la fois pas trop spécialisé par exemple pneumologie, gastro, neurologie, maladie infectieuse qui est peut être le premier le plus adapté, médecine interne, cardio je ne

pense pas. Après la durée d'internat est adapté, pas trop long en tout cas. Après faut laisser le choix aux internes, le choix de pouvoir faire plusieurs stages ambulatoires, ne pas en faire. Actuellement la maquette me paraît pas mal adaptée.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes?

Non je ne pense pas que cela puisse s'appliquer à tous les stages cela dépend, après cela dépend aussi du projet de l'interne qui souhaite par exemple finaliser par un stage qui l'aurait toujours aimé faire. Si il a l'opportunité de le faire, car aujourd'hui les gens souhaite avoir tout de même un petit domaine de prédilection. Après des stages qui mutualisent comme là je trouve ça génial mais le généralisé je ne pense pas. Il faut laisser le choix.

Annexe n°10 - Retranscription interne 6

Pouvez-vous vous présenter ?

Alors j'ai 25 ans, je suis interne en second semestre en médecine générale, je viens de faire un stage polyvalent en gastrologie et en cardiologie à Montfermeil.

Pouvez-vous me parler de vos stages précédents ?

Au premier semestre j'étais aux urgences à Montreuil cela c'est très mal passer premier stage en tant qu'interne avec beaucoup d'appréhension au final très bonne surprise. Et c'était très formateur.

Quel est votre projet professionnel ?

Au cours de mon internat je veux me former au maximum et après l'internat d'être en ville en cabinet et de faire de la médecine générale. Avec peut être des DU mais pour l'instant pas de DU en tête.

Ce qui vous a influencé dans votre choix ?

Oui... Ben c'est au métier auquel j'aspire, c'est être en ville et généraliste. Surtout être en libéral pour pouvoir avoir mon indépendance et pour exercer la médecine sans être chaperonner.

Quel stage aimeriez-vous faire ?

La gynécologie et... de la diabétologie.

Quel ont été les raisons qui vont conduit à choisir le stage en pôle pédagogique ?

Alors... premièrement parce que je trouvais cela très intéressant de pouvoir partager deux disciplines qui sont importantes en médecine générale et très polyvalent tout en se voulant général. Et deuxièmement la proximité géographique ça c'est sur et pour mon apprentissage et ...aussi le fait que cela soit validant. En plus moi j'avais une copine qui l'avait fait avant et du coup elle m'avait dit que c'était un stage très intéressant mais finalement on n'a pas eu la même expérience des 2 stages eux...je n'ai pas ressenti les échos que j'avais eu.

Ce stage correspond-il à votre projet professionnel ?

Oui tout à fait ce que je recherchais c'était la polyvalence.

Décrivez-moi comment se déroule vos journées à l'hôpital ?

Ben comme tout stage à l'hôpital de 9 heures jusqu'à pas d'heure... Avec visite le matin et compte rendu ou CV l'après-midi au choix cela dépend des jours, voir les patients comme tout stage. En cardiologie au début on était avec un chef référent donc un interne un chef très bien encadré avec le chef et là c'est la même chose avec un plus petit service alors que le service de cardiologie il avait 50 lits c'était plus grand. Là il y a 2 chefs pour 2 internes. En cardio et en gastro le fonctionnement est en fait quasiment le même sauf qu'en cardiologie on ne faisait pas les compte rendus.

Et les cours ?

Dans les services ils essayaient de faire des cours de médecine générale ils ont en fait beaucoup plus avant les vacances qu'après c'est normal. Eux... c'était à cause des vacances et de la rotation et donc au total on a dû en avoir au moins une fois par semaine voir deux fois par semaines. On a eu vraiment de tout on a eu par exemple interprétation de la radio, on a eu douleur abdominale on a eu de la diabétologie, on a eu de l'endocrinologie, ... on a eu la cardio avec de l'insuffisance cardiaque et plusieurs sujets de médecine générale quoi.

Et comment qualifiez-vous La qualité des cours ?

Alors moi j'ai trouvé les cours très bien fait, adapté à nous jeunes internes de médecine générale. Les cours étaient plutôt adaptés dans l'ensemble surtout ceux de diabète après les autres aussi.

Et les consultations ?

Ben en fait on ne m'a jamais proposé. Non jamais pas du tout.

Comment s'est déroulée la rotation entre les différents services ?

Ben alors on a fait 3 mois 3 mois. Alors comme il y avait les vacances entre les deux on a hésité à faire 4 mois 2 mois pour que tout le monde puisse prendre des vacances et débiter septembre octobre bien. Mais au final les chefs nous ont dit de faire 3 mois 3 mois donc cela c'est fait comme ça avec les vacances entre les deux difficilement car il fallait gérer l'emploi du temps de tout le monde et adapté les vacances de tout le monde de faire en sorte qu'il est toujours 2 internes et que les internes ne prennent pas leur vacances sur le même tour, pas 2 internes en cardio. Alors sinon la rotation...l'été c'est un peu différent, avec les chefs qui ne sont pas là et etc... ben en fait la rotation en elle-même elle s'est faite du jour au lendemain sans beaucoup d'explication bon après on était prévenu que cela allait changer mais on n'avait pas besoin qu'on nous explique mais c'est vrai qu'on n'a pas eu de visites de début de stage comme un début de stage du 1^{er} mai ou du 1^{er} novembre comme d'habitude. On n'a pas été présenté à l'équipe de la même manière on n'a pas eu tout ça. J'ai senti vraiment une différence entre la cardio et la gastro. Après dans le deuxième stage ce n'est pas qu'on n'a pas été accueillis mais c'était plus comme si tu reprenais un lundi, tu reprenais ce que l'autre avait laissé quand il est parti. Après c'est tout on n'avait pas eu plus d'explication que ça.

Et la supervision entre les services ?

Alors entre les services la supervision elle n'est pas très différente mais c'est vraiment chef dépendant. Ce n'est pas lié au fait qu'on change. Pour ma part j'ai été encadré correctement quand j'étais en cardio et en gastro aussi mais différemment ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas la même activité ils ne font pas

les choses de la même manière. Je pense que c'est pareil que se retrouver dans le même service avec 2 chefs différents.

Et ton adaptation dans les différents services ?

Le premier mois c'est toujours un peu difficile comme dans tout service avec cette période où tu dois prendre tes marques tes repères, et après faire connaissance avec les équipes les infirmières etc... et donc là il faut un temps d'adaptation. Et après quand tu commences à vraiment t'adapter tu switches. C'est un peu frustrant. Vraiment en un mois et demi je me sentais bien, dans l'équipe et après d'un point de vue connaissance lorsque tu commences vraiment à faire entrer les choses effectivement tu changes de services. C'est plus difficile de gérer cela. A la fin je commençais vraiment à gérer certaine chose dans la spécialité. En fait c'est le temps que cela devienne un automatisme si tu préfères. Le temps que les choses deviennent un peu plus acquises. Ben du coup le deuxième le stage était un peu plus court avec les vacances c'est un peu différent. C'était un peu court.

Vous venez de terminer 3 mois en cardio et 3 mois en gastro comment vous sentez-vous par rapport aux spécialités ?

En cardiologie j'ai appris beaucoup de chose mais moins pluridisciplinaire peut être plus centré sur quelque chose de cardio donc tu prends moins le patient dans sa globalité donc j'ai appris plus des trucs de cardiologie alors qu'en gastrologie comme ce sont des prise en charge plus globale j'ai appris plus de choses dans l'ensemble mais moins sur la spécificité de la gastro. Donc en cardio et par rapport à la cardio même je me sens plus à l'aise sur plus de choses alors qu'en gastro j'en ai appris moins spécifiquement à la gastro mais plus de choses polyvalence donc du coup t'apprends plein de choses pas que sur la gastro. Après 3mois ce n'est pas assez pour pouvoir dire qu'on est compétent mais après pour la médecine générale je pense que c'est une bonne manière de voir les choses globalement après si tu fais une spé c'est sûr que c'est insuffisant. Je pense que maintenant la cardio en ville me semble gérable pour les choses quotidiennes. Après si la question est de savoir que 6 mois sont mieux que 3 mois je ne pense pas forcément car je pense qu'au bout d'un moment les choses deviennent répétitives donc du coup tu revois des choses alors que la gastro c'est différent où je pense que 6 mois c'est une bonne chose alors que 3 mois de cardio tu as en a vu des choses, des choses intéressantes et tu as en fait quand même un petit tour.

Ce qui t'a paru essentiel ou au contraire inadapté à la médecine générale ?

D'un point de vue médicale, en cardiologie j'ai vu pas mal de prise en charge de décompensation, donc là je pense que c'est vraiment important de savoir bien gérer et de savoir quand relayer aux urgences débiter une prise en charge minimale et d'après il y a aussi eu un intérêt de voir comment se déroule les coronarographie , et de mieux savoir quand les gens ressortent de cardio leur traitement de sortie de vérifier de repasser de revoir leur ordonnance et en gastro c'était surtout le patient cirrhotique et tous leur problèmes qui les accompagne donc c'est aussi un problème de médecine générale. Et les choses inadaptés, finalement pas tant que ça car en fait ce n'est pas un stage hyper spécialisé non plus et donc tout à fait adapté au généraliste. Peut-être en cardio la seule chose un peu moins utile c'était la préparation à une coronarographie donc ça non et savoir qu'il faut ça et ça avant de faire une coro ce n'est pas trop intéressant mais après on prend le stage dans sa globalité.

Penses-tu avoir couvert l'ensemble de la spécialité ?

Non pas du tout, par exemple l'hypertension on en pas en charge dans le service, non non il y a plein de chose qui manque mais je ne pense pas que ce soit des choses qui soient faites à l'hôpital plutôt au cabinet.

Après en 3 mois on fait un bon tour donc c'est vraiment pas mal et c'est suffisant plutôt donc oui mais c'est un peu frustrant de partir au bout de 3 mois quand même car tu as appris des choses et tu as envie toujours d'en apprendre plus et cela dépend de ton caractère mais bon c'est une bonne manière de voir plusieurs et de me permettre de faire en un seul stage ce que je n'aurais pas pu faire dans mon internat.

Comment qualifierais-tu l'attitude du service au principe de la rotation ?

Autant dire qu'ils ne sont pas du tout d'accord cela ne leur plait pas d'avoir des internes qui changent au bout de trois mois...voilà ils nous le disent directement. Après je pense que cela est lié à plein de chose et pas seulement qu'à ça. Après pendant l'été il y a eu les vacances scolaires. Je pense mais après c'est mon idée après si cela s'était passé en hiver cela se serait passé différemment. Après la différence aussi c'est que quand je suis arrivée en cardio c'était l'arrivée de l'ensemble des internes de l'hôpital on a eu des réunions dans l'hôpital ce n'est pas tant dans le service. Alors que quand on a changé au bout de 3 mois on a une petite explication vraiment sommaire minimale du service on nous a dit voilà les dossiers sont là tu t'occupes de ça et ça et c'est tout. En cardio je me suis senti plus intégré qu'en gastro, beaucoup moins en gastro.

Quels sont les points négatifs et les points positifs des pôles pédagogiques par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Points positifs, alors tout d'abord cela permet d'avoir une vision globale de chaque spécialité donc c'est plutôt bien cela permet de voir beaucoup de chose dans une période assez restreinte eux...principalement ça et aussi le fait que cela soit validant mais je ne suis pas sûr que cela rentre la dedans. Les points négatifs même pas peut-être que c'est un peu court car je ne trouve pas mais peut être l'intégration peut être refaire une deuxième intégration dans une nouvelle équipe pour se sentir intégrer à la nouvelle équipe et repartir dans le second stage. Donc cela s'est embêtant.

Quel serait selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Alors des stages de 3 mois c'est plutôt bien pour nous permettre de passer dans plusieurs services eux et après plus de médecine de ville. Après la diabéto, la pneumo me semblent indispensable mais après... en fait c'est tout qui est indispensable. Après cela dépend ce que chacun veut faire moi personnellement je n'ai pas envie de faire de la pédiatrie donc après ce sont des choix individuel.

Penses-tu qu'une généralisation des pôles pédagogiques soit pertinente ?

Oui, oui, Je pense que c'est vraiment une bonne chose, comme je l'ai dit tout à l'heure je vais me répéter mais je pense que c'est pertinent parce que tu revois tout tu revois tout tu refais une vrai synthèse cela permet de revoir son ECN en tant qu'interne.

Annexe n°11 - Retranscription interne 7

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis C. je suis interne en 2^{ème} semestre de médecine générale et je suis en cours de stage maladie infectieuse et 3 mois gastrologie.

Parlez-moi de votre stage ?

En premier semestre j'étais aux urgences à pontoise c'était un stage très formateur pour un premier stage aux urgences c'était un peu dur mais très formateur et en plus l'ambiance était moyenne. Ben les urgences en premier stage d'internat s'est formateur.

Quel est votre projet professionnel ?

Je ne sais pas trop. A priori être en médecine de ville en ambulatoire mais je pense que je ne ferais pas que de la clinique il me manque quelque chose en fait c'est trop pour moi faire de la clinique il me manque quelque chose d'autre soit de la recherche soit ...peut être faire partie de campagne de santé publique.

Il y a-t-il des stages que vous aimeriez faire dans le cadre de votre projet professionnel ?

Ben comme je ne sais pas trop c'est un peu dur comme je ne sais justement mais pourquoi pas un stage dans un labo d'épidémiologie. Je me rend compte qu'en clinique, moi dès le début la médecine c'était vraiment c'était pas tellement pour soigner j'étais intéressé par le corps humain et donc la recherche médicale donc pour moi c'était comme ça au départ et au cours des études de médecine j'ai fini par choisir un internat de médecine générale car j'ai trouvé que c'était très intéressant de mettre en pratique ce qu'on avait appris car clairement j'aime le contact humain mais voir des patients à la chaîne comme ça je n'arrive pas... En plus je préfère la ville à l'hôpital car parfois il y a des ambiances moyennes des histoires de hiérarchie, de façade, cela m'énerve je préfère être autonome et gérer les choses moi-même

Les raisons qui vous ont conduit à choisir ce stage organisé en pôle pédagogique ?

Plusieurs, déjà le lieu on choisit toujours nos stages en fonction de sa localisation moi j'habite dans le 18^{ème} donc clairement c'était proche ensuite Saint-Denis donc j'avais envie de voir... bon... avant j'ai fait les urgences de Pontoise mais j'avais clairement envie de voir la population particulière et c'est quand même très intéressant comme type de population et je trouve cela très formateur et puis ensuite le stage pédagogique moi j'étais ravi qu'il reste une place en pôle pédagogique donc avec la gastro et la maladie infectieuse car je trouvais ça génial de pouvoir faire deux services en 1 stage de spécialité c'est vraiment enrichissant. Avant le choix j'avais appelé qui était là avant et qui avait fait 3mois/3mois et qui en était très contente qui en plus m'avait parlé de la gastro et de la maladie infectieuse qui étaient des bons stages. Voilà. En plus comme je ne savais pas trop mon projet professionnel il est vraiment pas clair mais clairement en gastro où j'étais très nul donc cela m'a vachement aidé et ici en maladie infectieuse comme c'est essentiellement du VIH et ceci est très pratique pour la ville de ne plus avoir ce tabou avec le VIH et se sentir à l'aise avec ça.

Pouvez-vous me décrire votre stage actuel ?

Alors 3 mois en gastro où c'était de l'hospitalisation donc on était là tous les jours de 9h à 18-19h-plutôt 20h c'était intense avec beaucoup de lit, on a 30 lits pour 2 ou 3 internes normalement 3 internes mais avec les repos de garde, les cours, les congés on était souvent que 2 donc c'était assez intense avec pas mal d'entrée, enfin cela tourne beaucoup après les chefs étaient présents, super sympa, encadrants très très sympa toujours dispos, cela aide beaucoup très bonne ambiance avec les chefs. Le jeudi j'allais en cours à la fac et on avait des cours pour les internes le vendredi après-midi de 14h à 15h30, et cela tous les vendredis après-midi qui sont faits pour tous les internes de l'hôpital. Donc j'ai trouvé ça très bien. En plus on avait un staff tous les vendredis midi où on parlait des patients un peu compliqué qui nous posait problème ou quand on se trouvait un peu dans une impasse on obtient alors l'avis des autres médecins le jeudi une semaine sur deux on avait un staff dit « intello » où on présentait enfin un d'entre nous faisait un power point ou bien il y avait l'intervention d'un labo qui présentait un truc et le lundi midi le staff du service avec

les infirmières et les médecins où elles présentaient elle-même les patients ce que j'ai trouvé très très bien car on se rend compte à quel point elle ne comprend pas forcément très bien donc on peut leur apprendre des choses comme elle peuvent nous apprendre sur le plan social du patient et comment il vit.

Les cours pouvez-vous me donner plus de détails ?

Alors les cours étaient bien, ils balayaient pas mal de choses ce qui était bien en gastro on pouvait y aller à chaque fois mais en maladie infectieuse du coup comme j'ai des consultations à 14h je n'y suis jamais allé dans les 3 derniers mois mais les 3 premiers mois j'ai trouvé cela était très intéressant, avec différents sujets abordés par différents spécialité avec à chaque un médecin qui nous a fait un power point qui nous expliquait vraiment la base on sentait qu'ils étaient investis, pas comme dans d'autres stages où les médecins pouvaient oublier ou ils préparent un vieux power point, sur ce coup je trouvais qu'il y avait un effort de leur part pour la qualité du cours.

Et pour la maladie infectieuse ?

Alors c'est un peu différent en maladie inf car c'est l'HDJ en fait c'est pas de l'hospitalisation, en fait on est là tous les matins de 9-14h on fait l'HDJ se sont des patients qui viennent pour leur bilan annuel de VIH ou découverte de tuberculose donc ça tourne autour de ça parfois bilan d'altération de l'état général amis c'est principalement des bilan de VIH donc voilà, donc c'est ce qu'on fait le matin et l'après- midi on a des consultations en tant qu'interne et soit se sont des patients VIH suivis dans le service qui ont raté leur rendez-vous avec leur sénior chef référent et du coup quand il veulent reprendre rdv comme tous les séniors sont pris ils ont une consultations avec l'interne quand c'est en fait consultation de suivi ou renouvellement d'ordonnance sinon cela peut être des patients envoyés par leur médecin traitant par exemple découverte de séropositivité qui m'était adressé comme ça une fièvre typhoïde quand par exemple se sont des MT qui appellent dans le service et cherchent à avoir un rendez-vous rapidement et comme les plannings des séniors se complètent rapidement il sont avec nous mais clairement les séniors sont toujours présents je ne me suis jamais retrouvée toute seule, merde qu'est-ce que je fais je ne me suis jamais retrouvé toute seule je peux aller les déranger pendant leur consultation.

Et les consultations de gastro ?

En gastro on avait pas du tout le temps d'aller en consultation clairement le matin on faisait la visite de l'hospit et l'après-midi on faisait les entrants les comptes rendus et donc impossible d'aller en consultations de gastro. J'ai pu y aller mais j'ai demandé en endoscopie.

Comment s'est déroulée la supervision ?

En gastro il y avait une visite le lundi et vendredi matin avec le chef et ensuite il y avait toujours une CV avec les chefs qui revenaient vers 18-19h donc d'une part on reprenaient les dossiers des entrants et puis on pouvait reparler des patients du matin chez qui on avait récupéré plein de choses donc du coup ce qu'on en faisait donc voilà ils étaient présent et même l'après-midi si on avait un entrants dont on ne savait pas trop quoi faire on pouvait les joindre par téléphone. En consultation elles étaient toujours disponibles. Et en maladie infectieuse c'est pareil en fait elles sont toujours en consultation mais on peut les déranger sans soucis mais il y a toujours le côté qu'on sent qu'on dérange quand même donc eux ... mais au bout d'un moment faut accepter et faut aller de l'avant toquer à la porte et demander et voilà ce qu'est-ce que je fais voilà c'est bon.

Comment s'est déroulée la rotation ?

Alors j'ai fait 3 mois gastro et 3 mois maladie infectieuse. En fait on était 4 interne au début avec moi compris et ils se sont retrouvés à 3 quand je suis partie et en maladie infectieuse il y avait déjà un interne qui faisait 6 mois et moi je le supplémentais les 3 derniers mois.

Et l'accueil dans les différents services ?

En gastro, très bon accueil, médecins très très sympa, 3 femmes super vraiment on est choyé on elles sont très agréables très bon accueil. Ici peut être un peu plus dur peut-être parce que je suis arrivée les 3 derniers mois et du coup le premier interne avait été ... du coup elles avaient pensé que j'arrivais en plus et comme le stage avait déjà commencé pour l'autre interne moi c'est vraiment à moi de m'adapter donc au début cela a été très dur, elles sont gentilles mais j'ai senti qu'il y en avait beaucoup pour l'autre interne alors que moi je devais courir derrière j'étais pas le grand bienvenu je l'ai senti comme ça mais maintenant aujourd'hui c'est en train de changer du coup j'ai commencé à prendre le truc ou je sais pas c'est peut-être parce que je me sens plus à l'aise donc cela passe mieux ou car elles me connaissent mieux donc cela passe mieux mais je sens vraiment que je fais partie intégrante du service. Au début j'ai un peu senti le truc je suis un rajout mais maintenant beaucoup moins.

Et l'adaptation entre les 2 services ?

A comparer c'est difficile entre les 2 services. Alors moi je suis quelqu'un qui met du temps à m'adapter enfin parce que je veux toujours tout très bien faire donc au début je suis un peu paumée j'arrive pas toujours à tout gérer ce qui est difficile pour tout le monde mais du coup moi j'ai besoin de tout tout bien contrôler donc j'ai toujours l'impression d'être larguée au début mais j'ai du mal à évaluer .. mais en gastro j'ai l'impression que c'était vraiment dur au début parce que beaucoup beaucoup de travail mais bon cela fait au bout du compte et puis ici j'aime pas mal ici car l'interne qui était là avant moi et qui est toujours là m'a pas mal supervisé et aidé au début, c'est un petit peu comme un généraliste car au début j'ai assisté à ses consultations il m'a vite expliqué des trucs en plus c'est un interne c'était plus facile du coup j'ai beaucoup appris de lui donc après il m'a laissé toute seule au début il était à côté de moi et il regardait ce que je faisais et après il m'a laissée toute seule mais je pouvais toujours lui demander de l'aide des questions il était très dispo je suis vraiment bien tombée, je suis très contente, il m'a beaucoup appris au début on fait beaucoup, on essaie de pallier sans vraiment savoir si on fait bien ou pas là du coup je me suis un peu.. J'ai fait un peu comme lui donc le temps d'adaptation a été plus rapide.

Et l'autonomie ?

Et l'autonomie alors, j'ai beaucoup plus d'autonomie ci alors disons en gastro comme c'est un service d'hospitalisation il y a des visites bon on est autonome mais on ne gère pas les patients tout seul alors que là on est seul dans un box de consultation qu'on soit en HDJ ou en consultation l'après-midi on est vraiment autonome juste du fait d'être seul. Après les médecins ont des façons différentes de travailler et des horaires différents. Donc il a fallu s'adapter ça c'est clair et c'est sûr que cela change, ça change d'organisation et de chef mais bon on s'adapte. Mais ça va je n'ai pas eu beaucoup de difficulté pour m'adapter et être autonome mais après c'est comme tout changement de stage au bout du compte c'est comme si on faisait 2 stages.

Vous venez de terminer 3 mois en gastrologie et en maladie infectieuse comment vous sentez vous par rapport à la spécialité ?

En gastro je dirais que j'ai vu... Bon pour ma part je partais de loin en gastro je n'y connaissais rien cela m'avait vraiment jamais intéressé donc je faisais un peu...je fermais les yeux sur tout ce qui était gastro tout

le temps donc cela m'a forcé un peu... donc j'ai appris et vu beaucoup de choses qui avant était obscure après de là à dire que je me sente très à l'aise non je ne pense pas il reste encore pas mal de choses. Quand on fait de l'hospitalisation on voit beaucoup de patient on fait un peu de l'abatage et on a pas le temps de réfléchir... au début on est largué et au moment où on acquiert des réflexes, des automatismes des choses qu'on reproduit avec tous les patients et du coup je ne sais pas si ... bien sur j'ai appris des choses mais est-ce que toute seule dans un cabinet je serais vraiment quoi faire en gastro non je ne pense pas au bout du compte il y a quand même beaucoup de choses où je ne sais pas comment faut faire quoi rechercher, face à certain symptôme. Peut-être finalement parce qu'on a pas trop le temps. Ou alors peut-être aussi parce que j'étais très bien encadré que quand je ne savais pas quoi faire je demandais à la chef qui me disait quoi faire alors j'ai peut-être pas trop recherché par moi-même. Mais en même temps niveau temps quand je me disais que je vais rechercher par moi-même je n'avais pas le temps. Ici en maladie infectieuse j'ai plus le temps de réfléchir c'est un service où on a besoin de parler avec le patient il y a une éducation thérapeutique, on est obligé de prendre son temps cela fait partie de la consultation donc peut être j'ai plus réfléchis et donc du coup avec la prise en charge du VIH je me sens vraiment vraiment plus à l'aise et en plus je trouve qu'en dehors d'un stage en maladie infectieuse on y connaît rien pas grand-chose. Là je me sens beaucoup plus armée même pour rassurer les patients le comportement à avoir ce qui existe comme traitement comment vivent les patients. Après dans le cadre de la médecine générale je saurai orienter... même si il reste des côtés obscures des choses que je ne sais pas trop mais je pense au moins je sais orienter, ce qui a de grave ou de moins grave savoir orienter à un spécialiste à quel moment passer la main.

Ce qui vous a paru essentiel ou au contraire inadapté à la formation d'un futur médecin généraliste ?

En gastro, il y avait beaucoup de suivi de patient avec une cirrhose, car ils tournent beaucoup la dessus et pour moi en tant que médecin généraliste l'essentiel c'est de savoir dépister, reconnaître une cirrhose savoir orienter à un gastro et assurer le suivi régulier et savoir dépister les urgences comme les hémorragies digestives, savoir vite adresser aux urgences. Ce qui m'a paru inadapté à la médecine générale j'ai du mal à voir là... je vois pas car il n'y avait pas des choses trop spécialisées tout ce que j'ai vu cela se voit en médecine générale, comme les maladies de Crohn, un peu de pancréatite, au final c'est pas si spécialisé, enfin un peu sur la cirrhose mais pour moi on peut les voir en ville donc du coup qui ne me paraît pas inadapté. Et en maladie infectieuse ce qui est vraiment adapté c'est de vraiment de savoir ce que c'est le VIH, savoir le dépister, savoir le suivi, savoir les rassurer, les traitements possibles, peut-être ce qui est spécialisé c'est les traitements antirétroviraux comment l'instaurer les effets secondaires des antirétroviraux, quand l'instaurer les interactions médicamenteuses, tout ça est un peu spécialisé mais cela peut s'apprendre rapidement en tant que médecin généraliste, mais après on peut le faire en ville si on s'y intéresse, ou en passant un coup de téléphone en maladie infectieuse, avoir un peu d'aide d'un spécialiste.

Les 3 mois vous semblent-ils suffisants ?

C'est difficile de répondre à la question, je pense que presque non car en soi c'est vrai que... la gastro j'ai l'impression que j'aurais voulu rester un peu finalement pour prendre plus de recul il y a ça aussi prendre du recul, savoir ce que je sais maintenant ce j'avais acquis et ce qui me reste à faire. Aujourd'hui je dis ça mais là 2 mois après et quand je vois mes co-internes qui croulent toujours sous le rythme de travail et qui sont restées en gastro j'ai l'impression qu'elles n'apprennent pas plus, j'ai l'impression de pas avoir plus appris du fait de l'abatage, de la masse de patient. On n'a pas réellement le temps de se pencher vraiment sur chaque chose mais après c'est mon caractère à moi j'ai besoin de me plonger bien dans chaque chose. En maladie infectieuse, je pense avoir appris beaucoup de chose après je ne sais pas jusqu'ou je suis sensé apprendre parce que encore une fois je n'arrive pas à me rendre compte si beaucoup de généraliste suivent des patients VIH en ville je ne sais pas et je ne pense pas...Car en médecine de ville on est vite rapidement

dépasser c'est difficile de se tenir à la page sur tout. Ici j'ai appris principalement du VIH donc peut-être ce qui manque c'est de faire autre chose un peu de tuberculose.

Comment qualifieriez-vous l'attitude du service au principe de la rotation ?

Je les ai trouvés très ouverts aucun souci. En gastro ils sont habitués à ce qu'une interne tourne donc ils nous ont tout de suite demandé, donc je ne me suis pas sentie par exemple on sait que tu vas bientôt partir donc genre on ne va pas créer de lien vraiment pas du tout il n'y avait pas du tout ça et puis quand je suis partie ils étaient un peu tristes et là quand j'y retourne ce qui est bien c'est qu'ils sont très contents de me voir. En maladie infectieuse, ici c'était un peu dur, un peu difficile alors peut-être parce que je n'y connaissais pas grand-chose alors que l'autre l'interne connaissait plus et en plus il était plus âgé, et du coup en effet comme on se trouve à faire des consultations toute seule du coup les médecins sont habitués à des internes très autonomes donc peut-être au début pour moi ils ont senti que j'étais plus apeurée j'étais plus jeune, enfin.. Je n'en sais rien. Je ne sais pas si c'était une idée de ma part mais je les ai trouvés un peu froids c'était à moi de faire vraiment plus d'effort. Mais par contre l'équipe paramédicale très très sympa, très amicale du coup je ne me suis pas sentie comme auprès des chefs comme la deuxième arrivée, elles ont été tout de suite très sympas elles m'ont tout montrés sans dire que cela les embêtait ou autre chose j'ai jamais entendu du style oh elle sait pas alors que l'autre interne sait tout depuis un moment alors que moi je régalerai au début.

Quels ont été les points positifs et négatifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Les points positifs c'est vraiment le fait de voir 2 spécialités en 6 mois donc c'est quand même génial car on apprend beaucoup l'envers du truc c'est qu'on reste moins longtemps en stage donc peut-être qu'on en apprend pas autant que ceux qui sont restés dans ce stage. Un autre point c'est que cela nous apprend à nous adapter et le point négatif c'est la même chose c'est devoir se réadapter déjà je trouve que tous les 6 mois c'est dur, mais là ça reste dans un même hôpital donc je trouve que cela est mieux car je suivais déjà les cours avec l'autre service donc du coup je me familiarise déjà avec des médecins, l'endroit. Sinon tous les 6 mois c'est déjà dur s'adapter une manière de fonctionner, des nouvelles personnes avec qui interagir, en plus c'est toujours nous qui débarquons dans un nouveau service c'est à nous de faire des efforts finalement même si les gens ils peuvent être gentils, moi j'ai trouvé que quel que soit l'endroit c'est à nous internes de nous adapter, à nous de nous intégrer rarement eux qui étaient très gentils avec nous c'était à nous de faire beaucoup d'effort donc là c'est encore plus car au bout de 3 mois faut se réadapter. Puis faut s'adapter à une nouvelle façon de s'adapter voilà c'est comme dans tous les stages on n'a pas nos marques il faut reprendre de nouvelles marques, une nouvelle façon de fonctionner. Moi je trouve cela pédagogique car on apprend beaucoup de choses. Si c'est à refaire je le ferais complètement je pense que si j'avais un prochain stage à choisir je le ferais.

Quelle est selon la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

J'en sais rien c'est dur, je me sens encore jeune car je ne sais pas trop encore ce qu'est mon projet professionnel je me sens trop jeune dans mes semestres pour me rendre compte ce que j'ai appris pour moi j'ai encore beaucoup de temps avant d'être médecin généraliste. Je trouve que la formation est plutôt bien. Je trouve que ces stages pédagogiques cela nous permet d'apprendre beaucoup 2 stages différents et 2 spécialités mais c'est bien aussi de faire des stages de 6 mois où on apprend beaucoup de ce service car au bout d'un moment on passe un cap on se sent assez à l'aise pour approcher avoir une autre approche dans le stage. Si on faisait que des stages de 3 mois je ne pense pas que cela soit une bonne chose.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Ouais je pense que cela serait très bien de le généraliser aux stages de médecine polyvalente. J'ai été ravi de l'avoir pris je suis très contente au bout du compte.

Annexe n°12 - Retranscription enseignant 1

Pouvez-vous vous présenter ?

Alors je suis le Dr. P je suis infectiologue et je suis PH dans le service de maladie infectieuse et tropical.

Décrivez-moi comment se déroule le stage dans votre service ?

Nous avons un service d'ambulatoire déjà, faut savoir ça, on reçoit quasiment, c'est un service de maladie infectieuse, exclusivement du VIH et de la tuberculose et on a un interne qui s'occupe sur 6 mois de l'HDJ. L'interne est assez autonome il a la gestion de l'HDJ plus une consultation orientée l'après-midi où il reçoit les patients qui ont loupés des rendez-vous et qui ont besoin d'être vu rapidement et qu'il n'y a pas de place pour voir un sénior il voit aussi les paludismes, les AES (Accidents d'Exposition au Sang) donc ça c'est l'après-midi. Alors avant on avait un seul interne sur 6 mois et depuis quelque semestre on a un interne un 2^{ème} interne qui vient sur 3 mois et qui a le même job en gros, sachant comme du coup ils sont deux on a pu organisé en plus donc de cette activité d'HDJ, 2 consultations et du dépistage car il y a le centre de dépistage donc l'interne du pôle pédagogique il fait les deux, il fait tout il fait les mêmes choses et en plus il peut avoir des consultations participer aux consultations voyage et dermato.

Quel est votre rôle de supervision ?

On a un volet suivi pratique de suivi des patients où l'interne peut nous solliciter à tout moment pour les patients de l'HDJ l'avantage d'un petit service comme ici les séniors sont à proximité et toujours disponible, dans le coin et du coup l'interne peut solliciter le médecin sénior au moment même où il voit le patient en HDJ donc c'est pour ça que c'est souvent en binôme surtout au début quand les internes connaissent pas bien donc notre rôle est vraiment au quotidien mais si c'est de l'ambulatoire les internes sont assez autonome et à la fois ils nous ont à côté. Alors les dossiers de l'HDJ sont rediscuter pas de façon systématique mais seulement lorsqu'il y a un problème ou lorsque l'on reçoit des résultats et puis à côté de ça on a un rôle de formation sur le dépistage donc on fait du dépistage en binôme avec l'interne en début de semestre où donc l'interne est avec nous pour les consultation pré et post test alors ici c'est dépistage VIH et hépatite. Et puis une partie plus théorique ou on aide l'interne à faire une biblio car nous avons des staffs biblio et on donne des cours spécifique infectieux et au début du semestre spécifique VIH et spécifique tuberculose car ils vont en traiter tout de suite, aussi palu, AES, dépistage donc ça se sont des choses que l'ont fait spécifiquement pour les internes.

Et l'organisation des cours durant le semestre?

Les cours sont tous les lundis entre 12h et 14h et comme dans beaucoup d'hôpitaux il y a des cours qui sautent qu'on décale mais l'avantage d'une petite équipe c'est que le cours qui a été loupé je peux le refaire aux internes lorsque j'ai un moment cela prend trois quart d'heure et donc ce n'est pas très formel mais par contre ils sont faits.

Qu'est-ce qui vous a paru essentiel à la formation d'un médecin généraliste ou inadapté ?

Je pense que ce type de stage est particulièrement agréable pour les internes qui ont un petit peu de bagages c'est ça dire pour des très jeunes semestre ils sont peut-être un peu perdu car c'est très spécifique comme activité le VIH c'est manipuler les anti rétro viraux en gros donc ça c'est difficile en début de semestre par contre donc quand on est interne de médecine générale et qu'on a un tout petit peu de recul donc qu'on sait gérer une consultation on sait ce que c'est le VIH on en a déjà un petit peu vu en salle et donc par contre pour un futur médecin généraliste on apprend super bien à gérer une consultation à gérer un patient en ambulatoire voilà j'ai un patient en ambulatoire j'ai un problème voilà comment je fais pour gérer le fait qu'il ne soit pas hospitaliser donc ça c'est bien et apprendre le dépistage apprendre à reconnaître les prises de risques et il y a aussi du suivi de patient chronique donc il y a aussi une intervention dans les HTA et le diabète donc à mon avis c'est très bien pour un médecin généraliste car ce sont des patients que vous serez amené à voir. Donc cela me paraît tout à fait adapté à la médecine générale.

Comment s'est déroulée la rotation de l'interne du pôle pédagogique ?

Alors on a fait 3mois-3mois donc ça c'était assez facile, ce qui est un tout petit peu mais après ça c'est une question d'organisation dans le service ce qui est dommage c'est que sur un semestre d'été mais cela a été comme ça d'autres fois eh ben elle a pris toutes ses vacances sur les 3 mois chez nous donc du coup elle n'a pas été tout le temps avec nous je pense que cela est un peu dommage car elle n'a pas profiter du stage pleinement mais ça c'est une question d'organisation. Mais la rotation se fait sans problèmes on s'arrange très bien avec l'interne.

Et l'accueil ?

En général on... mois je n'étais pas là c'est l'assistante qui était présente et on fait comme d'habitude on présente toute l'équipe, voilà on la met vite dans le bain car il y a vite les HDJ à gérer mais cela s'est très bien passé.

Le temps d'adaptation ?

Alors c'est un peu après 2-3 semaines, bon ce semestre cela a été un peu plus long car il y eu les vacances et des médecins absent donc cela a été un peu compliqué pour elle en plus elle est jeune semestre donc je pense que cela a été plus difficile pour elle parce qu'on on ose moins on a un peu peur de déranger et en plus on s'adapte plus ou moins mais ça c'est une question de tempérament aussi c'est à dire qu'il y a des gens qui ont des qualité d'adaptation incroyable on a eu des semestre même des très jeunes même en 3-4 jours c'était bon donc c'est vraiment une question de personnalité donc il y a des gens qui vont tout de suite comprendre le système et rapidement se débrouiller alors que d'autre un peu moins qu'on un peu plus peur qu'on pas l'habitude et qui ont un peu moins d'organisation très ambulatoire, mais cela ne m'a pas paru très compliqué pour s'adapter.

Qu'attendez-vous du passage d'un interne dans votre service ?

Ce que j'attends un interne dans le service ...alors pour nous il a vraiment une place à part entière c'est vraiment un collègue et c'est pas ;on est là pour aider, pour former et etc. Mais eux ... je trouve que la prise d'autonomie elle a un super bon impact c'est-à-dire que l'interne se sent encore plus responsable donc du coup il se sent plus impliqué et donc il fait plus attention et donc il apprend plus à mon avis on est là on surveille et ils savent très bien que si il y a un soucis on est là on donne conseil mais le fait de se retrouver seul face au patient et de devoir répondre au question et etc. Cela vous met en première ligne cela met les internes en première ligne et moi c'est ç a que j'attends d'eux c'est-à-dire qu'ils se sentent

investit et ils participent pleinement au fonctionnement du service et le fait d'être responsable du patient en HDJ cela fait ça. D'un point de vue complètement pratique on est que 3 médecins permanent avec une fil active d'un peu près de 1000 patients et un peu plus on a énormément de consultations et on est énormément sollicité et donc on ne pourrait pas en plus gérer l'HDJ donc l'interne est rassurément indispensable et cela se passe hyper bien. Il y a aucun souci là-dessus. L'interne du pôle pédagogique est un peu désavantagé parce que il y tout cette histoire d'adaptation et de vacances donc si on considère une adaptation de 3 semaines et après 3 semaines de vacances donc il ne reste pas grand-chose pour être à l'aise et profiter c'est ça aussi.

Et pendant le stage d'hiver ?

C'est vrai que c'est un peu court mais celle de l'année dernière c'est très bien passé.

Et il y eu des difficultés pour le service à organiser la rotation ?

Non, ben on a organisé des choses et cela se passe super bien quand ils sont en binôme c'est-à-dire qu'il y a les 2 internes ils s'arrangent entre eux les consultations et l'HDJ et... non c'est assez clair que cela ne présente pas de difficulté pour nous.

Et l'interne a-t-il joué le jeu ?

Oui, oui ils sont bien investis et cela s'est très bien passé.

Quels sont les points positifs et négatifs par rapport à une organisation traditionnelle du stage de médecine adulte ?

Le point négatif je pense est plus pour nous en terme d'organisation car on va investir sur un interne en lui apprenant pas mal de choses et l'aidant au début pour finalement qu'il soit très peu là donc il y a peut-être une petite bascule à ce niveau-là mais après je pense que c'est aux internes de répondre à cette question après nous on était très content d'avoir un 2^{ème} interne cela permet à l'autre de souffler un peu et on a pas de problème à l'accueillir à lui apprendre des choses par contre eux ils trouvent ça un peu court donc du coup ils se sentent un peu déçu parce qu'il ne voit pas tout quand on a 6 mois c'est plus facile quand par exemple l'interne vient nous solliciter pour un dossier de dire attends on voit ça après alors que quand il y a 3 mois là je l'ai senti ce semestre ci pour celle qui est là elle aimerait bien qu'on lui apprenne tout de suite, qu'on lui réponde tout de suite quand elle vient nous déranger en consultation on dit ben écoute on verra ça après et elle est déçue qu'on ne réponde pas tout de suite à ses demandes donc ça c'est peut-être le petit point négatif car elle n'a pas assez le temps, elle a l'impression qu'elle loupe quelque chose elle n'a pas le temps d'approfondir car elle n'a pas été là assez longtemps. 3mois ce n'est pas très long alors peut être en service d'hiver car on prend une semaine ou 10 jours de vacances.

Quel est selon vous la formation optimale pour se former à la médecine générale ?

Alors ça je ne pense pas pouvoir répondre car je ne suis pas passé par la médecine générale eux... ce qui est sur je pense que l'infectieux c'est absolument indispensable alors que ce soit fait dans un service de médecine interne ou en service de maladie infectieuse, je pense avoir une connaissance de l'antibiothérapie en maladie virale chronique c'est indispensable pour un médecin généraliste maintenant il y des consensus où le médecins généralistes est censé savoir suivre un patient VIH en ville et puis après les autres spécialité...dans le processus de se former à la médecine générale je pense qu'il faut passer en maladie infectieuse, au même type de passer en diabéto car c'est de la médecine chronique particulièrement pour notre bassin de vie tel que la Seine-Saint-Denis donc nous on a besoin des médecins

généraliste qui vont être notre relais car les patients ont ne peut pas les voir tout le temps pour le moindre truc donc on est vraiment content que ce soit des médecins généralistes qui viennent ici car les spécialistes n'ont pas forcément besoin.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Je ne pense pas avoir les éléments nécessaires pour répondre à cette question parce que je connais très mal votre maquette je mettrais un bémol sur le fait que 3 mois c'est court pour appréhender et être à l'aise dans le stage c'est un peu court en comptent les absence pour courts, les absence pour repos de garde et les vacances à mon avis c'est un peu juste mais c'est mon avis un peu général après faire cardio pneumo sur 6 mois c'est peut-être pas mal mais en même temps cela me paraît tellement vaste faire 3 mois seulement de cardio pour un interne de médecine générale qui est censés être capable de suivre l'insuffisance cardiaque, l'HTA, et toutes les artériopathie cela me paraît léger mais après cela dépend comment les stages sont organisés dans quel service on va si par exemple un interne fait de la maladie systémique ou de la maladie vasculaire très bizarre il sera pas paré pour prescrire de l'antibiothérapie.

Annexe n°13 - Retranscription enseignant 2

Bonjour, Pouvez-vous présenter ?

Praticien hospitalier (PH) de rhumatologie depuis 8 ans.

Au sein du service quelles sont vos fonctions ?

Mes fonctions sont diverses, je suis responsable avec ma collègue Dr. R. de l'hospitalisation classique, conventionnelle qui comprend 15 lits en alternance responsable aussi de l'hôpital de jour où pratique une assistante et activité de consultation et d'échographie.

Décrivez-moi comment se déroule le stage dans votre service ?

Alors, les internes, nous avons 3 internes en hospitalisation classique qui se partagent les 15 lits chapotés par un PH et un interne en HDJ et voilà et en fait chaque interne passe en HDJ. L'interne qui est en HDJ fait non seulement l'activité d'HDJ et donne des avis avec l'assistance au sein de l'hôpital et beaucoup de consultation.

Et la supervision ?

Notre rôle de supervision se fait à différent niveau : il y a un côté pratique au lit du patient, où l'examen clinique, l'examen clinique type est montré à l'interne un rôle qui va être de supervision sur les acquisitions et notamment les observations et le compte rendu (CR) avec un œil un peu plus critique sur les CR correction des CR après avec une critique avec l'interne. Des cours, plus théorique.

Par rapport aux cours pouvez-vous me donner plus de détails sur l'organisation des cours ?

Alors les cours on a en début de semestre une liste de cours qui alternent avec des staffs. Les cours sont réalisés par des PH et assistant. Des têtes de chapitre de type ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde, la biothérapie, la spondylarthrite, les arthrites infectieuses, la goutte. Voilà on essaie de balayer toutes les têtes de chapitres en rhumatologie et ses cours sont ouverts aux internes de rhumatologie et aux internes de diabétologie. C'est où on se retrouve.

Ensuite il y a une supervision de la pratique des gestes et de l'acquisition des gestes. Les gestes sont assez variés eux.... Notamment les ponctions articulaires, ponction de genoux, infiltrations, infiltrations épidurales, biopsie des glandes salivaires. Donc avec une première partie où l'interne observe on lui donne les... repères et ensuite on le voit faire et ensuite où il fait seul. Donc c'est en plusieurs étapes.

Il y a-t-il du travail personnel demandé aux internes ?

Il y a du travail personnel parce que dans la liste de staff on staffe avec les praticiens et les cours théoriques, les staffs avec les labos qui nous présentent les dernières actualités de congrès et ou une biothérapie, une molécule avec présentation des internes où les questions sont posées de façon ouverte et à partir des 2 derniers mois on donne aux internes un sujet, un sujet avec un patient, un cas intéressant qui a été rencontré durant leur semestre. Il présente le cas clinique et à partir du cas clinique ont une présentation exhaustive avec les dernières, ...une bibliographie récente et après une discussion ouverte aussi donc généralement ils ont un cas parfois 2 chacun. Donc à cette occasion les internes bien entendu de diabétologie sont invités.

Par rapport à cette offre pédagogique que vous proposez dans le service est-ce que cela vous paraît utile, adapté pour la formation des médecins généraliste ?

Tout à fait, à plusieurs raisons, déjà le fait de retenir un cas intéressant déjà ce qu'on leur apprend en fait c'est, on vous donne une partie des connaissances, mais c'est à vous d'être actif aussi. Comment être actif on a tout un panel de pathologie on fait de la rhumatologie mais de la médecine interne aussi. On a tout un panel de pathologie intégré au patient. A partir d'un patient c'est là que l'accroche est faite, donc des que vous avez un cas intéressant c'est à vous de lire de votre côté, de lire, de vous documenter de refaire une bibliographie on en rediscute ensemble et il n'y a que comme ça qu'on apprend et que les acquisitions sont faites. C'est à partir du terrain qu'on vous parle, qu'on complète avec la théorie qui est apporté par le médecin hospitalier, le sénior mais vous avez une part active, que vous devrez avoir tout au long de votre formation et de votre pratique. Voilà.

Qu'est-ce qui vous a paru essentiel ou au contraire inadapté à la formation d'un médecin généraliste ?

Pour le médecin généraliste ce qui me paraît essentiel en rhumatologie on se rend bien compte que nous on travaille avec les médecins de ville et on se rend bien compte que parfois l'attitude est parfois pas adapté sur certaine pathologie notamment les sciatiques qui est, les lombalgies et les sciatiques vraiment un motif de consultation fréquent quand une lombosciatique nous arrive avec déjà une IRM on est un peu outré c'est pas...il y a des choses à revoir quelques connaissances et certaines prises en charge qui sont le b.a.-ba de tout médecin. Donc en fait cela permet de remettre au clair des prises en charge pratique et que le médecin généraliste rencontrera tout au long de sa vie, par rapport à des pathologies fréquentes : l'arthrose, les sciatiques, les polyarthrites rhumatoïdes, les spondylarthrites. C'est lui qui va avoir ce type de patient et on sait très bien maintenant avec l'avènement des biothérapies que plus le traitement est instauré tôt, plus on a de chance de contrôler ces pathologies, qui voit en premier ce type de patient ? C'est le médecin traitant (MT). Et nous en fait on a fait un réseau ville-hôpital où on demande aux MG de nous appeler directement quand ils ont des patients comme ça des atteintes articulaires pour qu'on puisse voir rapidement ces patients, l'idéal c'est de les voir dans les 2 mois où débute la pathologie pour faire un diagnostic rapide et instauré un traitement efficace. Il y a beaucoup de chose à faire avec les généralistes, c'est bien de les avoir justement en formation pour leur donné les bons...voilà.

Les connaissances acquises au cours du semestre sont telle suffisante à la pratique de votre spécialité en médecine générale ?

Elles sont déjà Mais elles sont suffisantes sur les 6 mois d'où la question de raccourcir ce délai, parce que raccourcir ce délai cela veut dire que cette acquisition de toutes ces connaissances il faut du temps parce que les réflexes, il y a une rigueur à instaurer il y a une pratique, il y a un apprentissage de plusieurs pathologies, les traitements à apprendre aussi, enfin les réflexes l'acquisition c'est l'autonomie. C'est quand on est autonome que l'on se rend compte qu'on a retenu ou pas donc il y a tout ça à avoir. Donc si on n'arrive pas au bout de ce cheminement c'est un peu dommage.

Comment se déroule la rotation des internes entre la rhumatologie et l'endocrinologie ?

La rotation alors, sur le plan hospitalisation classique il n'y a pas de rotation ensuite comme je vous l'ai dit l'interne qui est 2 mois en HDJ va se rendre aux consultations de diabétologie et ensuite les cours dispensés et par les diabétologues et par les rhumatologues eux même sont obligatoires pour les internes de rhumatologie et les internes de diabétologie et donc c'est là où on se retrouve...

Et l'accueil... ?

Elle se fait séparément dans les 2 spécialités. Les internes sont accueillis par la cadre ou une infirmière pour leur expliquer le fonctionnement commun, c'est-à-dire de l'hôpital : tout ce qui est bons, organisation du service, voilà. Parce que les infirmières, aides-soignantes et la cadre sont commun aux 2 spécialités.

Avez-vous noté des difficultés pour les internes lors de cette rotation ?

Alors pour nous il n'y pas vraiment de difficulté dans le sens où ils restent dans une organisation purement rhumatologique que l'apport de la consultation de diabétologie leur ouvre une fenêtre d'autant plus qu'on travaille même en étant en hospitalisation classique il y a des échanges c'est-à-dire que nous on a des patients diabétiques qui ont des pathologies rhumatismale et donc des avis sont demandés et vice et versa. C'est-à-dire qu'en hospitalisation classique dès lors l'interne de diabéto va me dire : tiens j'ai un patient qui a une pathologie articulaire ou rhumatologique on va l'examiner ensemble on va au lit du malade et donc là il y a aussi ponctuellement apprentissage au lit du patient d'une pathologie rhumatismale.

Et leur temps d'adaptation à la rotation ?

C'est tous les 2 mois en HDJ. Le temps d'adaptation en hospitalisation classique il est à 1 mois et demi 2 mois. C'est-à-dire le temps d'adaptation car ensuite il y a les acquisitions qu'on doit conforter et ensuite il y a l'autonomie à avoir donc eux il reste du chemin. L'autonomie elle est faite à 4 mois. A 4 mois on commence à être autonome c'est-à-dire qu'après il faut répéter les gestes, répéter les prises en charges, pour conforter cette autonomie. C'est un début d'autonomie à 4 mois. Il y a beaucoup de chose, on a des pathologies inflammatoires : PR, spondylarthrite, rhumatisme pso il y a les pathologies mécaniques : lombosciatique, arthrose, eux... les pathologies osseuses : l'ostéoporose, les métastases osseuses, l'oncologie, et d'autre pathologie de médecine interne, on balaye assez large et toutes ces pathologies sont rencontrées en ville par le médecin généraliste donc on a tout intérêt à avoir un apprentissage complet puisqu'à long terme c'est fondamentale pour le MG. C'est clair.

En parallèle avez-vous noté des difficultés pour le service à organiser ce roulement ?

Tel que l'on fonctionne actuellement, non. Parce que il n'y a pas la frustration comme on a entendu dans certain hôpitaux, au bout de 3 mois on change ce n'est pas possible, pour nous ce n'est pas possible. On aurait l'impression de bâcler et de pas finir un travail et à la fin personne ne serait avancer parce que il y a tellement de chose à apprendre, tellement de chose à conforter et donc 3 mois ce n'est pas possible. Cela serait même décourageant parce que il y a un investissement qui est fait par l'interne parce qu'on lui

demande un certain travail mais il y a aussi notre investissement. Donc en tant que formateur, en tant que fonctionnement de service, et cela désorganiserait totalement les choses. Sachant qu'on a une DMS (durée moyenne de séjour) et un déroulement qui est assez rapide on a une DMS à 6.3 donc il y a ça aussi du coup cela désorganiserait les choses et du coup on serait assez frustrés.

Et entre l'HDJ et l'hospitalisation avez-vous noté des difficultés ?

Non, non c'est une suite logique. En HDJ on aura un peu plus de rhumatisme inflammatoire et de biothérapie et c'est donc important pour un MG pour comprendre ce que c'est une biothérapie comment on doit la surveiller, quelles sont les complications car il sera le premier acteur en ville à voir ces patients-là. En HDJ l'interne est en fait chapoté et a peu de patient donc il a tout le loisir de développer et de prendre, et de compléter ses acquis de façon confortable et donc on pousse un peu plus dans ses retranchements.

Quels sont les points positifs et négatifs par rapport à une organisation traditionnelle d'un stage semestre hospitalier ?

Tel qu'on fonctionne là je ne vois que des points positifs. Nous on... je ne vois pas de points négatifs, car au cours des six mois on met à profits tous ce que je vous ai expliqué. Un point positif est le renouvellement d'interne qui est à chaque fois donc eux apporte quelque chose au service car chaque interne est différent du coup on peut avoir des idées nouvelles apportés par l'interne et pour nous le fait de former des internes nous permet de réactualiser aussi sur le plan pédagogique et peut être de réfléchir à une façon de fonctionner différemment en fonction de l'interne qu'on a en face de nous, on s'adapte à chaque cela permet donc de se renouveler.

Selon vous quel la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Pour ma spécialité vous voulez dire ?

En globale ?

Vous voulez dire la maquette ? En prenant en compte les autres spécialités ?

Oui, mais en prenant une vision globale et en prenant en compte de la spécificité de la médecine générale ?

Du point de vue de ma spécialité je pense qu'elle est incontournable pour un généraliste. Si vous avez vus une étude des différents types d'hospitalisation chez un généraliste la rhumatologie s'est au moins 60%. Ma spécialité est incontournable pour un généraliste et un passage en SSR est tout aussi important. Parce ce que c'est là qu'on a les acquisitions les bons réflexes, la rigueur et cela va être important pour la pratique en ville.

Par rapport aux autres spécialités. L'internat dure 3 ans la nouveauté qui est déjà ancienne du stage chez le praticien me paraît indispensable aussi car c'est vraiment mettre un pied dans la vie et donc c'est une bonne chose. Après dans les autres spécialités, je ne vais pas m'aventurer sur la maquette, mais cardiologie me paraît essentielle aussi, pédiatrie, urgence, et diabétologie. Ce sont des têtes, des spécialités qui me semblent incontournables.

Une généralisation du dispositif de rotation vous semble-t-il pertinent pour la formation des futurs généralistes ?

Non pour toutes les raisons que je vous ai avancé mais je pense qu'on sera obligé d'y arriver malgré tout, car je pense que si on veut garder nos internes on va peut être obligé de faire une rotation de 3 mois et je trouve ça dommage.

Et pourquoi vous serez obligé... ?

Car cela va nous être imposé. Il me semble.

Pour quelles raisons ?

En pensant que plus on voit de spécialité et plus on est formé mais je pense que cela est un raccourci. Je pense que ce n'est pas plus on voit de spécialité plus on est formé, encore faut-il que dans chaque spécialité on soit bien formé. Ce n'est pas la quantité qui compte c'est la qualité.

Annexe n°14 - Retranscription enseignant 3

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis le docteur N. je suis praticien hospitalier contractuel dans le service de médecine interne. Je suis médecin généraliste de formation.

Vos fonctions dans le service ?

J'occupe une aile qui comprend 10 patients avec un interne.

Décrivez mois comment se déroule le stage ?

C'est un stage de formation d'accord, pour tous les internes. On s'organise en fonction de chaque praticien, par exemple dans mon secteur il y a 3 grandes visites lundi, mercredi et vendredi ce qui laisse aux internes 2 jours d'autonomie. Généralement cela se passe bien, j'aime souvent travailler comme collègue avec l'interne surtout au niveau des compte rendus et de la visite tous le transferts je préfère faire les comptes rendu. Quand le patient est transféré le compte rendu est reçu par un collègue et généralement il préfère parler avec le chef et non pas l'interne c'est pour ça que je préfère faire les compte rendus des transferts.

Et les dispositifs pédagogiques proposés au cours du stage ?

Durant le stage il y a plusieurs dispositif, il y a les staffs inter-service et intra-service. Alors les staffs intra service, on a deux staffs correspondant à chaque aile alors moi j'ai deux staffs un staff avec assistance sociale pour le devenir et le projet des patients et ensuite concernant la prise en charge des patients pour que l'équipe paramédicale soit informé donc ça c'est le mardi. Et un staff intra service rien que médical qui se passe avec tous les PH et tous les internes qui se passent tous les lundis et une fois par semaine entre 14 et 16h on présente des dossiers qui posent problèmes ou les dossiers intéressant. Par ailleurs il y a les staffs inter service de cancéro multidisciplinaire et les vendredis il y a des présentations avec souvent les cardios le vendredi à 13h et il y a différent secteur dans les staffs de cancéro avec l'aéro-digestif et gynéco le lundi à partir de 17h et le thoracique qui est le mardi. Les internes participent aux staffs car tous les dossiers sont présentés par les internes en présence des chefs. Après il y a des cours et en plus on est entré dans la rotation des internes 3 mois par services il y a des cours organisé avec plusieurs spé, pneumo, diabétologie, neurologie, cardiologie et la rhumatologie. Bien entendu notre service de médecine interne et polyvalente associé à l'addictologie et maladie infectieuse. Les cours sont répartis sur la période des 6 mois et il y a un cours tous les mercredis qui va de 14h à 15h dans l'ancien système on faisait les cours le matin mais comme il y a des cours en parallèle avec les urgences qui se déroulent le matin. C'est pour cela que nous avons

décalsés. Généralement on aborde les maladies qu'on retrouve le plus souvent dans toutes les spécialités cités, l'ostéoporose, le SAS, les maladies auto-immune, la PR, la maladie de Horton, infection des voies urinaire, broncho pulmonaire et il y a également les insuffisances cardiaques.

Cela vous a paru utile, adapté à la formation d'un futur médecin généraliste ?

Oui se sont des cours qui sont orientés vers la médecine générale qui recouvrent un peu tous sur la pneumo, la diabéto,.... Se sont vraiment des cours adapté variés et diverses et même transversaux. Etant dans un service de médecine interne on peut se retrouver avec une pyélonéphrite jusqu'au dépistage d'un cancer avec des traitements lourds qui se passent dans le service et cela permet aux internes de voir plusieurs pathologies de type inflammatoire, systémique des maladies avec une prise en charge complexe, comme les patients VIH et toutes ses complications toxoplasmose, démence lié au VIH. Généralement les internes sortent très content de ce stage en médecine interne. En plus avec ce nouveau système la rotation avec la pneumologie qui est aussi très importante qui est un système quand même qui nécessite une prise en charge très pointu car ils font de la VNI donc ils voient beaucoup de choses variés.

Par rapport aux connaissances acquises suffisent-elles pour exercer en médecine de ville ?

Oui je pense que c'est suffisant.

Comment se déroule la rotation des internes entre les différents services ?

La rotation se déroule très bien généralement, le seul soucis, par exemple la spécialité diabétologie j'ai trouvé que c'était un peu trop long en plus c'est un service qui un peu centré rien que sur la diabétologie et non l'endocrinologie cela se résume si on peut dire à l'équilibre des glycémies et adapter l'insuline 3 mois pour un interne la bas est très limité car c'est un service qui ne prescrit pas beaucoup et qui n'entre pas dans les autres pathologies autres que le diabète alors que en faisant un mois cela devient suffisant. Bon malheureusement il y a certain qui sont obligé de tourner 2 fois dans le même service car selon la répartition 3mois-3mois on constate que certain internes font 6 mois dans le même service puisqu'en fonction des différentes spécialité ici en médecine interne qui se partage avec la maladie infectieuse forcément il y a un interne qui reste dans le même service en tournant entre la médecine interne et la maladie infectieuse et en plus qui se ressemble un peu.

L'accueil des nouveaux internes ?

Un peu difficile surtout ce stage car on entré dans un système informatique avec la venue de cristale net pour avoir accès aux prescription informatisé qui se propage progressivement dans tous l'hôpital donc pour certain interne qui venaient de service qui n'avait pas ce logiciel donc nous sommes le premier service à avoir donc on a patiner pendant 2 semaines. Bon on a eu de la chance que ce soit des internes qui savaient déjà manipuler le système informatique donc en 2 semaines ils reviennent au niveau de ceux qui nous ont quittés. Il y avait aussi des difficultés au niveau des congés car ceux qui n'ont pas pris de vacance la bas qui viennent prendre dans notre service leurs vacances c'est donc un handicap car il arrive après avoir fait 3 mois donc il se place directement en vacances donc sa le pénalise. Cela crée un vide. La majorité sortaient de service de spécialité et dont le fonctionnement est différent de la médecine interne. Nous avons une vision plus globale du patient une prise en charge polyvalente surtout avec la population qui vieillit et surtout il y a des problèmes de lits d'aval. Par exemple au cardiologie la prise en charge est accès sur la prise en charge cardio vasculaire et ils ne font que ça. En plus on est un des services qui prescrit beaucoup avec une durée de séjour moyen qui est plus long car on ne prend pas seulement le problème médical mais aussi le problème social. Donc notre mode de prise ne charge est plus globale que dans les spécialités.

Le temps d'adaptation ?

Cela n'a pas été long, car les internes que nous avons eu ceux sont des internes de 2nd semestre donc cela a été un avantage en plus ils sont pour la plupart passer aux urgences et qui avaient déjà pleins de connaissances par rapport aux semestres passés qui pour eux c'était nettement plus difficile car ils étaient comme des externes. Même parfois on a eu des internes de 4^{ème} semestre qui ont eu un temps d'adaptation beaucoup plus court.

Et vos attentes par rapport aux internes ?

Tout d'abord acquérir les connaissances nécessaire, bon les internes ils ont déjà des cours à la faculté des cours théoriques alors qu'ici on attends beaucoup de choses pratiques surtout être autonome gestions des situations d'urgences et le contact avec les familles les entretiens les annonces de diagnostic qui sont différent des cours dédiés à la faculté alors que là on est dans la pratique on attend d'eux surtout qu'ils soient autonome c'est pour cela qu'on les laisse certain jours de visite seul pour affronter les difficultés pour permettre de les grandir. C'est vraiment le but du stage.

Y sont-ils arrivés après 3 mois ?

Après 3 mois, cela dépend toujours du niveau initial de l'interne car un interne du premier semestre et un interne du 4^{ème} semestre ce n'est pas la même chose et de même pour un interne de début de semestre et celui qu'on reçoit en fin de semestre pour les 3 derniers mois ce n'est pas la même chose. Car quand on arrive on acquiert les habitudes du service et le fonctionnement et cela va très vite alors après la rotation on constate qu'ils sont déjà autonome sur certain point du fonctionnement, mais parfois il y a des problèmes d'adaptation avec les habitudes par rapport à l'ancien service.

Avez-vous noté des difficultés pour le service à organiser la rotation ?

C'est un peu difficile pour les chefs car avant on avait des internes pour 6 mois complets, ce qui fait que généralement on dit que c'est l'interne qui s'est adapté au chef dans les 3 mois c'est un peu juste car déjà il y a les problèmes des congés dont je vous ai fait part. On n'a pas eu le temps de travailler réellement ensemble. Donc au final on peut dire qu'on travaille bien en binôme seulement sur le dernier mois. Donc 3 mois c'est un peu juste pour nous. Les avis sont un peu partagé, moi j'étais contre l'instauration de cette rotation et je constate avec les lacunes cela me renforce dans ma position. Les lacunes du fait qu'ils voient différente chose mais ils acquièrent également des lacunes dans les spécialités. De plus on est dans la politique du chiffre donc on doit faire tourner la machine donc on doit faire des sorties donc en plus avec les lacunes cela arrive à un ralentissement du nombre de sortie. Parfois on constate pendant les transmissions il y a des loupés et cela prolonge l'hospitalisation et donc induit des dépenses en plus à prendre en compte.

Pensez-vous que les internes ont joué le jeu ?

C'est un peu difficile de répondre à la question mais je pense que les internes sont un peu partagé car cela leur permet de voir un peu tout alors que d'autres cela les déstabilise un peu surtout pour le semestre qu'on a eu et on a des cas de figures où les internes qui avait choisi médecine interne en second choix et comme il y a une sorte de tirage sort il peuvent se retrouver en cardiologie et donc il sera vraiment désaxé dans son projet. Donc un manque de motivation et un découragement de leur part. Donc pour eux cela avait été plus difficile. Ils ne sont pas satisfaits.

Les points négatifs et positifs du système de rotation par rapport un système traditionnel de stage hospitaliers ?

Au niveau des points positifs il y a cette variété de connaissance qu'on acquiert durant le stage avec en plus toutes les formations durant le stage , la façon de prendre en charge différemment des patients , le point négatif je l'ai dit tout à l'heure tout d'abord par rapport aux attentes des internes, le problèmes des vacances, et donc les 3 mois sont court. Pour les services et les infirmières elles sont perturbées de voir plusieurs changements.

Quel serait selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Il y a déjà un schéma existant avec la péd, la gynéco, les urgences, la médecine interne, avec un choix libre et le stage chez le prat. Donc le pôle pédagogique va dans ce cas-là dans les points positifs car celui qui n'a pas eu l'occasion de faire cardio avec ce système pourra bénéficier de plusieurs expériences qu'il souhaite soit de la neuro ou autre. Les urgences sont indispensables. Mais finalement la maquette actuelle est bien pour se former à la médecine générale.

Une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte est- elle pertinente ?

Oui cela peut être pertinent car cela dépend des hôpitaux, il faut des hôpitaux qui regroupent tous ces services. Cela dépend du fonctionnement des différents services. Mais je pense que je préfère le système de 6 mois tout de même pour les raisons que je vous ai exposé.

Annexe n°15 - Retranscription enseignant 4

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis le docteur B. PH en médecine interne. Je suis généraliste à la base.

Décrivez-moi comment se déroule le stage dans votre service ?

Pour l'interne du pôle pédagogique. Donc nous on a un interne qui est partagé entre la médecine interne et la neurologie en général l'interne commence par les 3 mois en médecine interne et ensuite il fait les 3 mois d'après en neurologie et il est interne dans le service comme les autres internes du service qui ne font pas partis du pôle pédagogique, avec 2 internes de spécialité médicale et les autres sont internes de médecine générale. Les journées s'est du lundi au vendredi en général ils commencent à 9h on fait 2 visites séniorisées officielles par semaine le reste du temps ils font la visite eux même sachant qu'on a des jeunes semestres on est toujours sur place ben on ne fait pas des visites officielles les autres jours et il y a le mercredi où on fait des réunions hebdomadaires avec les paramédicaux et l'assistante sociale et on voit tous les patients du service on organise les entrants et sortants. Ensuite ils ont un samedi. Il y a plusieurs unités mais l'interne du pôle pédagogique reste en médecine interne et donc il tourne avec ses collègue de médecine interne donc ils ont un samedi sur 4 cela dépend du nombre d'interne et le dimanche ils tournent avec les internes du pôle.

Les dispositifs pédagogiques mis en place ?

Nous il y a les cours du pôle de médecine une fois par semaine tous les vendredi après-midi après en neuro je ne sais pas comment cela se passe. Il y a un staff d'infectieux une fois par mois le mercredi, il y a un staff avec les radiologues une fois par semaine aussi. Il y a le club de médecine interne qui réunit tous les services de médecine interne du 93, où là les internes sont fortement incités à faire une préparation avec

nous et ils présentent aussi les dossiers autour d'un buffet dinatoire. C'est une présentation sur un cas particulier soit des histoires incroyables soit des trucs simples mais pour refaire le point sur certains sujets avec de la bibliographie et de la recherche. Le service de médecine interne ont à 75% de recrutement de post-urgences c'est du tout-venant pathologies très variées, pour un médecin généraliste il voit vraiment un éventail de toutes les pathologies qu'on peut voir à l'hôpital et en ville. Cela présente un intérêt du fait que les patients sont adressés aux urgences par leur médecin traitant. Se sont des patients qu'ils seront donc amenés à voir au cabinet et comment cela se passe après. On appuie pas mal également sur la gestion du retour à domicile des relations avec le médecin traitant après de prévenir d'envoyer des courriers à temps, etc...on essaie au maximum d'appuyer ce genre de communication.

Qu'est-ce qui vous a paru essentiel à la formation d'un médecin généraliste ou inadapté ?

3 mois ce n'est pas assez il faut 3 ans pour se former à la médecine générale. Sur 3 mois ils ont une vision assez globale. Après dans le détail non 3 mois et même 6 mois ce n'est pas assez. Mais après ils ont vu tout ce qu'on peut faire oui vu le brassage de patients qu'on a oui je pense.

Comment s'est déroulée la rotation de l'interne ?

Il n'y a aucun problème, là c'est la 2^{ème} en pôle pédagogique la première le poste était une création donc du coup le poste n'était pas très fléché trois mois trois mois donc il n'y avait pas d'évaluation avant par les internes et la DRASS n'avait pas très bien fléché l'interne pensait qu'elle allait faire 6 mois en neurologie et l'interne arrivait et elle faisait un peu la gueule en arrivant mais on lui a expliqué comment cela se passait et au final elle était très contente. C'est vrai qu'en neurologie c'est très spécialisé c'est une prise en charge très stéréotypée et donc plus rapide en terme de c'est-à-dire que eux ils vont très vite dans leur raisonnement car leur raisonnement est très stéréotypé. Et donc c'est vrai qu'il faut être très réactif et donc pour un jeune semestre cela peut être très violent de commencer par la neurologie en termes de rapidité d'action. Alors que nous comme on a un éventail de pathologies plus larges, plus étalés plus variés cela se rapproche plus de ce qu'il connaît cela leur permet d'avoir déjà une entrée en matière plus douce comme ça ils sont préparés pendant trois mois après ils sont libérés un peu des contraintes qu'on connaît et qu'on rencontre quand on est interne de premier semestre au début des contraintes de la journée de l'administratif des sorties. Après en générale on a des jeunes semestres après les vieux semestres s'adaptent plus vite. Quand on est jeune semestre ils ont la tête sous l'eau pendant un mois un mois et demi après cela dépend des internes il y en a qui s'adaptent plus vite que d'autres.

Qu'attendez du passage de l'interne dans votre service ?

Nous ce qu'on attend des internes dans le service déjà c'est de jouer le jeu d'être impliqué dans le service c'est de s'occuper bien des malades d'être le vrai référent du patient dans notre service c'est ça l'objectif il est atteint et cela dépend des internes. Il y en a qui s'impliquent vraiment et qui y vont et à la fin ils sont les vrais référents. L'objectif de l'interne c'est qu'il connaisse mieux le malade que moi. Les deux internes du pôle pédagogiques sont vraiment motivés et ils y arrivent. Elles prenaient en charge les malades. Quand on est jeune semestre on ne peut pas arriver en un seul semestre avoir suffisamment de connaissance pour avoir le raisonnement de médecine interne on ne leur demande pas l'impossible. Mais après ce qu'on attend aussi c'est d'apprendre le raisonnement médical c'est ça la médecine interne, d'acquérir une manière de penser et de réfléchir qui puisse appliquer à n'importe quelle situation et en médecine générale aussi. C'est vraiment l'objectif du stage. On revoit tous les patients ensemble on les laisse jamais seul. On revoit avec eux on voit comment ils raisonnent comment ils arrivent à leurs conclusions ce qui propose de

faire ce qui demande comme examen. C'est vrai au début ils arrivent avec quelques carences et à la fin en gros ils y arrivent. C'est l'objectif sinon cela ne sert à rien.

Quelles difficultés avez-vous noté pour le service (PH, CCA, infirmières,...) et vous-même à organiser les rotations ?

Aucune car comme on a plusieurs unités les internes tournent au bout de trois mois. Même les internes du service tournent au bout de trois mois car il y a une HDS, HDJ, la salle et bientôt on aura une unité d'aval des urgences. Donc dans toute ces unités les internes tournent au bout de trois mois donc il y avait déjà une rotation qui se faisait avant donc on inclue un interne de plus c'est tout. Cela n'a rien changé. Les deux internes du pôle sont très contentes.

Quels ont été les points positifs et négatifs par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Cela dépend de plein de choses. L'intérêt de l'internat c'est de pouvoir rester longtemps dans un endroit on peut dire quand même si on veut vraiment s'investir réellement et apprendre tout d'un service de médecine interne c'est vrai que c'est mieux de rester 6 mois que de rester 3 mois. Mais c'est vrai que c'est une demande des internes de voir plusieurs choses. Après cela dépend de ce qu'on en attend, ce qu'on l'on attend des stages. Car l'externat est là pour voir un peu ce qui se passe dans tous les stages, les services. L'internat c'est pour plus voilà on est médecin on prend en charge les malades, on s'occupe des malades on est le référent du malade dans le service ils ne doivent pas se comporter comme le super externe devant chaque difficulté demander au chef que dois-je faire. Ils doivent essayer d'y répondre et après voir avec le chef si la réponse est adaptée ou pas. Et donc le passage externe à interne que l'on voit chez les premiers semestres qu'ils doivent acquérir. Si on pouvait les avoirs 6 mois c'est sûr que c'est mieux que 3 mois. Ça c'est sûr. Après les internes sont contents car elles voient avec nous le raisonnement médical et de toute façon le raisonnement médical est universel et je sais qu'en neurologie ils ont ce raisonnement-là. C'est un très bon service.

Quel est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

L'internat est l'occasion de faire des choses qu'on ne fera plus jamais et que c'est l'occasion justement d'avoir sur des courtes durées d'avoir des expériences de choses qu'on ne verra plus. En cela le pôle pédagogiques est plutôt bien le fait d'avoir des choses très différentes où on reste toute la journée où on est impliqué entièrement dans le service c'est très bien. Je pense que dans la maquette de médecine générale de multiplier les expériences en médecine de soins primaires ce qui est l'objectif d'un interne de médecine générale je n'en vois pas le sens dans le sens que se sera ce qu'elle fera pendant toute sa vie, et l'apprendra. Alors que l'internat est le seul moment où elle peut voir autre chose et voir comment cela se passe ailleurs, comment cela se passe différemment voir comment cela se passe où les patients vont aller quand on ne va pas s'en occuper quand on envoie le patient aux urgences. Qu'est ce qui va se passer quand on envoie un patient voir un spécialiste, ce qui faut dire au patient. Par exemple il passe en chimiothérapie il voit exactement comment cela se passe en chimiothérapie en vrai. Donc cela est une expérience comme cela, ils pourront leur expliquer comment cela se passe la pose d'un porta cath quelles sont les complications. Le suivi des malades qui sortent de l'hôpital comment on gère les complications post chimio par exemple donc si ils l'on pas vu ils ne pourront pas l'inventer et les prendre en charge. On sait prendre en charge seulement ce que l'on a vu et ce que l'on a vécu. Et même les maladies rares qu'on voit en médecine interne et ben c'est intéressant pour un médecin généraliste car c'est peut-être rare mais un médecin généraliste il en voit des malades donc statistiquement il va en voir c'est sûr. Et donc si on n'en a

jamais vu, on ne connaît pas et on ne s'est jamais posé la question et bien on ne peut pas les dépister, ou les diagnostiquer ou même suspecter qui peut avoir. Et c'est qui le médecin le premier qui peut suspecter un problème, c'est le médecin généraliste et c'est lui qui va pouvoir orienter le malade et détecter qu'il y a un problème. Donc l'internat c'est le seul moment où on peut de manière organisée faire le tour avoir plusieurs expériences voir plusieurs choses. Cela peut être dans des endroits spécialisés, moi je ne vois pas pourquoi les généralistes ont fermés les postes dans les services trop spécialisés. Car selon moi le raisonnement médical il s'apprend n'importe où. Voilà. Donc multiplier les stages au cabinet ce n'est pas qu'il y en est un ok pas de soucis pour voir comment cela se passe moi je l'ai fait j'ai trouvé cela hyper intéressant mais les multiplier et faire 6 mois je ne trouve pas cela pertinent car au bout de 15 jours on a compris comment cela se passe et on a compris si c'est ce qu'on veut faire plus tard. Après cela dépend de son projet de carrière. Mais après cela n'est pas politiquement correct. Moi je trouve que cela est dommage car la maquette de médecine générale a gagné d'avoir un semestre supplémentaire et d'avoir accès à l'hôpital dans des services formateurs pour voir comment cela se passe, la médecine générale y a gagné.

Pensez-vous qu'une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Cela dépend il faut laisser du choix. Cela ne se prête pas partout il faut des gens motivés, que les lieux de stage soient adaptés, que le stage soit aussi intéressant. Car ce n'est pas intéressant de faire 3 mois dans un stage de merde et 3 mois dans un stage bien. Le pôle pédagogique ne doit pas être là pour monnayer. Après cela dépend du choix de l'interne, pour certains c'est plus intéressant de rester 6 mois dans une structure dans laquelle on peut s'investir et en général on voit que la progression n'est pas la même entre 6 mois et 3 mois en 6 mois après 3 mois on peut se permettre de plus se concentrer sur le malade en se libérant des contraintes administratives et également se centrer sur le raisonnement donc il faut laisser les pôles pédagogiques il faut laisser le choix entre les 3 mois et les 6 mois car encore une fois les internes ne sont pas des super externes.

Annexe n°16 - Retranscription enseignant 5

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis PH hépato-gastro-entérologie chef de service de hépato-gastro-entérologie.

Pouvez-vous me décrire comment se déroule le stage pour l'interne dans votre service ?

L'interne arrive le premier jour du stage on le reçoit comme les autres internes et on le met au parfum sur son activité il passe trois mois dans notre stage et ensuite il descend au 4ème étage où il fait 3 mois en maladie infectieuse. De plus il a des cours en maladie infectieuse même pendant le premier trimestre qu'il passe chez nous. Ensuite sa journée se déroule de la manière suivante, il arrive le matin il fait la visite avec le chef et l'après il fait la contre-visite supervisée par un chef il voit les entrants il fait l'observation du dossier et il fait les comptes rendus et voilà.

Quel est votre rôle de supervision ?

Je passe en salle comme un chef de clinique j'entends quand un des 2 médecins qui sont titulaires de la salle sont absents je vois de temps en temps des dossiers à discussion j'assiste au staff qui a lieu le mardi où il y a tout le monde les infirmières, les aides-soignantes, ben tout le monde pour discuter des dossiers un par un en faisant le tour de tout le monde et on organise des staffs d'organisation et d'enseignement.

Et les cours ?

En pratique on participe au pool des cours fait par les médecins entre guillemet au sens large du terme de la maison qui ont lieu le vendredi dans l'après-midi et où alternativement les médecins de l'hôpital font un ou plusieurs cours sur leur terre d'élection moi par exemple je fais la cirrhose ou le cancer du foie d'autres font les maladies inflammatoires les hépatites virales et puis les autres médecins de la maison font la prise en charge du diabète, la prise en charge du VIH et etc. Donc cela est une fois par semaine. Et nous on organise un jeudi sur deux dans notre service de l'enseignement qui est fait par des intervenants extérieurs soit par des séniors soit par un interne à propos d'un cas qui nous a posé un problème et il y a un topo derrière qui répond au problème.

Les cours vous ont-ils paru utiles ou au contraire inadapté à la médecine générale ?

Eux... écoutez personne ne s'est plaint que cela était trop spécialisé mais après je n'ai pas réfléchi de manière... nous c'était des dossiers qui nous posé problème donc c'est vrai que de temps en temps c'est assez spécialisé pour les cours du jeudi car ils sont fait plutôt pour l'hépatologie donc autant les cours du vendredi sont fait pour la médecine générale car ils abordent les grand thèmes autant les cours sont fait pour approfondir un problème que l'on connaît mal donc du coup c'est un peu plus spécialisé mais bon la manière de faire un cours, comment faire une bibliographie, partir d'un cas d'un malade et savoir le présenter est la même pour toute les pathologies la démarches est la même.

Qu'est-ce qui vous a paru essentiel ou au contraire inadapté à la formation d'un médecin généraliste au cours du stage ?

Ce qui me paraît essentiel pour un généraliste c'est de faire des diagnostics de ne pas passer à côté de quelque chose qui va pouvoir être investiguer pas passer à côté d'une pathologie c'est difficile de savoir quand il faut s'inquiéter. Même pour nous c'est difficile de savoir quand il faut s'inquiéter et donc on leur apprend quand il faut s'inquiéter pour une maladie du foie quand il faut poser le diagnostic de cirrhose et aussi prendre en charge des problèmes liés à l'alcool prendre en charge des patients toxico et des patient atteint de maladie virale.

Comment s'est déroulée la rotation des internes ?

Au début on ne s'avait pas trop, c'était une fois en premier chez nous puis en maladie infectieuse donc on ne savait pas. Donc maintenant on a décidé qu'il faisait toujours en premier en gastro puis en maladie infectieuse. Comme ça il y a plus d'erreur. L'interne est plutôt content, l'exercice est vraiment difficile car les services sont différents car chez nous cela tourne énormément il y a beaucoup de boulot alors qu'en maladie infectieuse c'est de la consultation, de la CDAG, donc c'est de la prévention, de l'annonce de diagnostic il y une relation beaucoup plus d'égal à égal avec le patient il n'y a pas d'intermédiaire ils sont dans un bureau il voit les patients directement c'est plus pour un exercice de ville et c'est très différent que dans notre service.

Et l'adaptation de l'interne au service ?

Je ne leur ai pas posé directement la question, les souvenirs que j'en ai moi ce qui m'avait frappé c'est qu'on patauge complètement 2 mois et au bout du 3^{ème} on est à flot. Je pense que c'est toujours le même schéma. Eux ils trouvent que c'est très différent quand ils arrivent en maladie infectieuse au début ils sont un peu désarçonné car c'est pas du tout le même exercice et après ils sont toujours contents au final. Car en plus moi j'ai une consultation de maladie infectieuse donc je revois les internes donc je papote avec eux et j'ai un bon retour.

Ce que vous attendez du passage d'un interne dans votre service ?

Alors j'attends d'abord...Souvent ils savent des trucs que l'on ne fait pas c'est-à-dire les façons d'aborder les pathologies qui sont neuves nous nous sommes resté accrochés à nos questions d'internat et ne correspondent pas à nos spécialités ils savent des choses que nous on ne sait pas donc eux...ce n'est pas mal et puis c'est jeune c'est motivé ça bouge c'est ... je trouve qu'ils font du bien à l'équipe. Après ce n'est pas compliqué ce que j'attende d'eux... je suis comme tout le monde je déteste des gens qui s'en foutent voilà je veux des gens impliqués. Quelqu'un qui ne sait pas mais qui s'en fout pas ce n'est pas grave mais quelqu'un qui s'intéresse pas c'est insupportable. Je veux des internes qui s'intéressent à la vie du service, au service, aux patients qui sont sympas avec les malades qui posent des questions enfin qui sont motivés et intéressés. Ce que je voudrais en sortant c'est qu'ils acquièrent des réflexes qui vont garder toute leur vie sur la manière d'aborder une maladie du foie et d'y penser c'est essentiellement ça. Ils disent qu'ils apprennent plein de choses mais après je ne fais de comparatif avant après donc je n'ai pas de conclusion mais j'espère. Après je me rends compte qu'il y a des internes qui sont passés dans le service et qui m'appellent pour certain patient et ils savent quand appeler ils ne se trompent pas. Voilà ils ont untel il a ça qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que je peux te l'envoyer donc il y a des internes qui y arrivent.

Quelles difficultés avez-vous noté pour le service (PH, CCA, infirmières,...) et vous-mêmes à organiser les rotations ?

Aucune difficulté. Tout le monde a joué le jeu, comme d'habitude. On est toujours triste quand ils en aillent. On est toujours triste parce que d'un jusqu'à maintenant j'ai eu de la veine j'ai eu des internes très sympas et la 2^{ème} chose c'est d'en avoir un de moins et que cela tombe pendant les vacances et donc du coup il faut se serrer la ceinture. Donc les vacances posent parfois des problèmes.

Quels sont les points négatifs et positifs des pôles pédagogiques par rapport à une organisation traditionnelle des stages hospitaliers ?

Le point positif c'est que les gens sont content et que cela donne une attraction pour le service... cela donne de l'attractivité au service eux le point négatif c'est que peut être dans leur tête cela ressemble un peu à l'externat comme c'est la même chose en terme de durée et je me suis posé la question à savoir si ils pensent qu'ils sont encore un peu externe je ne sais pas. L'autre point négatif c'est qu'on a un poste divisé par deux et que donc on a qu'un demi-poste et donc on n'a personne les 3 derniers mois et donc on a pris des habitudes de luxe et on a du mal à abandonner. Et aussi je trouve cela est plus intéressant de tourner je trouve qu'on apprend beaucoup plus de chose on a prend des choses au début après on s'installe c'est désagréable de s'installer. Si on veut apprendre il faut tourner beaucoup. Un autre point négatif c'est qu'on a jamais encore le 2^{ème} interne, mais c'est de recommencer à tout apprendre au 2^{ème} interne alors que les autres sont déjà rodés donc cela doit demander plus d'effort. C'est de reprendre à zéro à M3 alors qu'on est habitué que cela roule, j'imagine.

Quelle est selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale ?

Alors petit un je ne suis pas généraliste et petit 2 je ne sais pas bien je n'ai aucune idée de ce que c'est l'exercice de médecine générale mais il y a un seul truc que je me rends compte en vieillissant c'est que c'est beaucoup plus difficile que je ne le croyais quand j'étais jeune et deuxièmement que pour moi la terreur si j'étais généraliste c'était de passer à côté d'un truc. C'est passé à côté d'un petit signe qui déboule sur un truc grave et donc de passer à côté et donc cela me stresserait. Après je pense que la gastro est assez bien adapté à la médecine générale car elle touche à l'alcool et dieu sait qu'il y en a cela touche à la procto et dieu sait qu'il y en a la cirrhose qui est une maladie méconnue et cela est bête mais des maladies virales il y en a des caisses. La médecine générale n'est pas une spécialité facile par exemple les

généralistes ont l'IPP facile donc on ne fera pas la fibro donc on va passer à côté de quelque chose plus grave donc je pense que c'est une spécialité pas très exclusive autant la neuro cela me paraît exclusive autant la gastro c'est plus large. Je pense que du coup c'est pas mal pour un généraliste d'avoir une expérience en gastro pendant son internat. Après je pense à l'endocrino pour le diabète et la cardio car je n'y connais rien et je serais terrorisé par ça. Après je pense que la pédiatrie aussi, l'obstétrique également.

Selon vous une généralisation des pôles pédagogiques à l'ensemble des stages de médecine adulte serait-elle pertinente pour la formation des futurs médecins généralistes ?

Je ne sais pas faudrait leur demander peut-être que cela ferait trop haché mon problème à moi c'est de me dire que cela ressemble à un externat je n'ai pas d'idée je ne suis pas sûr... je ne suis pas sûr qu'il faille pas faire un peu pour augmenter leur champ de vision à mon avis tant qu'on est pas au manette on ne sait pas faire c'est comme on connaît un itinéraire si on conduit la voiture si on est passager on ne sait pas enfin on s'en souvient moins bien. Par exemple l'insuline et tout ça... moi je me rends bien compte qu'il faut que j'appelle le diabéto pour l'insuline alors que le généraliste ne peut pas passer son temps à passer des coups fils donc je pense qu'on doit avoir l'habitude pour apprendre et pour ne pas oublier. Pour des spécialités comme ça cela serait utile de varier pour expérimenter aux manettes. Pour des petits trucs pour des techniques, savoir ne pas passer à côté, savoir quand il faut s'inquiéter ou quand le patient va mal. Par exemple s'inquiéter devant une ampoule chez le diabétique des trucs comme ça qu'on a appris mais qu'on ne palpe pas tant qu'on n'y est pas confronter. Et l'infectiologie c'est aussi bien mais ils font beaucoup de VIH et manier les antibiotiques après moi j'appelle la bactério de l'hôpital pour qu'elle me dise quoi mettre mais quand on est en ville on ne peut pas faire ça. Au final je suis assez contente du système car cela booste. C'est vrai quand je leur demande pourquoi ils ont choisis le stage en 3 mois plutôt qu'en 6 mois la réponse ne m'a pas surprise c'était pour voir plus de choses mais après je ne sais pas si il y a d'autres raisons aussi cela peut être limités les risques au cas où on n'est pas bien dans un stage on a la deuxième partie. Je pense aussi qu'il faut s'adapter, moi je me souviens d'avoir été interne en néphrologie et c'était l'horreur j'étais allé aux cours des externes et le patron m'avait viré en me disant que je n'avais pas besoin d'être là erreur fatal je ne comprenais que dal et ben j'étais noyé deux mois et le 3^{ème} je commençais à émerger et même j'ai gardé actuellement ce que j'avais appris en trois mois et j'ai oublié toute les subtilités d'ailleurs cela ne sert à rien après pour moi gastro et donc pour un généraliste. Maintenant je sais que quand la créatinine passe de 80 à 130 c'est grave. Voilà ce que l'on ne sait pas forcément quand on a été externe. Voilà tant qu'on n'a pas les rennes donc si on fait ça dans chaque spécialiste. Après ça c'est un avis de spécialiste par exemple un interniste ils vont vous parler de la globalité tutti frutti et après c'est normal chacun voit midi à sa porte.

Annexe n°17 - Retranscription enseignant 6

Pouvez-vous vous présenter et me faire part de votre avis sur l'organisation des stages hospitaliers en stages couplés ?

Donc je suis le coordinateur pédagogique dans les hôpitaux militaires et certains stages en ville en gynéco et pédiatrie. Alors le stage couplé n'est pas du tout dans les textes militaires, il est toléré dans certain établissement et en concertation avec les différentes universités donc ce n'est pas du tout une règle générale comme par exemple je ne le pratique pas dans mon établissement je suis en autre le responsable pédagogique de l'hôpital Begin de Saint Mandé et je suis le coordinateur de tous les comités pédagogiques des hôpitaux parisiens. Personnellement je n'étais pas du tout partisan de ces stages couplés du tout fervent défenseur de ce type de stage. En revanche la plupart de mes collègues et la plupart de mes internes sont assez satisfaits de ces stages couplés. Mais qui ne sont pas du tout une généralité. En plus certains hôpitaux valident leur stage en saucissonnant des périodes de stages en ORL en ophtalmo, l'idée est venue de là. En fait ils ne font pas vraiment 3 mois/ 3mois, ils font par exemple 4 mois puis 2 semaines en orthopédie à la consultation, une semaine en ORL et une semaine en psychiatrie. L'idée est venue que la médecine militaire est très polyvalente en unité beaucoup d'urgence, beaucoup de traumatisme, mais aussi des familles de la pédiatrie, de l'ORL et de l'ophtalmo. L'idée était de leurs donner un panel assez large. Cela

est plutôt la première impression, après il y a ceux qui comme moi défendent l'organisation classique du stage d'internat de 6 mois plus sur le fait que manger du malade voir des patients s'intégrer à une équipe médicale et est un élément important pour un jeune médecin, il y a deux visions différentes. Moi je trouve que se sont un peu des supers externes, les internes qui font ce genre de stage même en terme de responsabilisation et etc.... cela peut-être discutable. Mais du coup il n'y a rien d'écrit dans les textes, il n'y a pas de recommandations se sont plutôt des gestions locales en fonction de l'offre des hôpitaux militaires mais pas toujours la même en fonction du centre. Par exemple à Begin c'est un centre très médical où il y a beaucoup de stage validant pour la fac mais à côté il y a beaucoup d'hôpitaux de province qui n'ont qu'un seul service de médecine et donc les internes ne peuvent pas tourner seulement sur un service en médecine donc il faut aussi un peu varier les choses.

Quel est le ressenti des internes au sujet des stages couplés ?

Oui alors, les internes sont dans l'ensemble assez favorables. Quand on discute avec des internes de Percy ou ceux de province, ils sont assez contents d'explorer à chaque fois différentes matières mais bon nos internes de médecine militaire sont dans un cursus plus scolaire, plus compliqué ils ont plus de cours que dans le civil, ils ont toujours le module militaire spécifique en plus sur le risque biologique, l'épidémiologie, ils font plus de choses. Ils ont un programme beaucoup plus copieux par rapport à vous car il y a des spécialités militaires qu'ils font en fin de parcours. Mais chez nous il y a aussi des concours qui vont jouer sur leur affection donc ils sont dans une ambiance plus scolaire que vous et de compétition qui finalement ils cherchent un peu à se dégager du temps ou à ne pas être à l'hôpital jusqu'à 20h, ils vont donc chercher à faire un stage plus soft pour pouvoir travailler sur la thèse, le mémoire et les examens et etc. Donc ce n'est pas tout à fait comparable à ce que l'on vous demande à l'internat c'est d'apprendre du métier et de manger du malade que ce soit chez le généraliste ou à l'hôpital. Nous il y a un classement de 0 à 120 avec des cours et des examens donc l'ambiance est différente. Donc du coup ils se disent que c'est plus cool d'aller faire un stage en ORL en hôpital de semaine. Donc il y a aussi ça. A ma connaissance personne n'a validé des études évaluant que telle formation donnait finalement un meilleur produit fini on n'est pas au stade de la validation. Nous ils ont énormément d'objectifs pédagogiques, ils ont ceux de la fac, ceux du service de santé des armées avec des spécificités avec des cours le mercredi plus centré sur la transfusion, les gestes d'urgences, on vous suit on double avec la fac, tous n'est pas toujours bien fait les choses vont parfois vite. Le problème avec la médecine générale pour l'instant elle est chez nous coachée par des non généralistes on est tous des spécialistes, des spécialistes hospitaliers. Cela nous met parfois en porte faux avec les départements de médecine générale qui se sont musclés ces dernières années avec des professeurs, mais on n'évolue pas dans le même monde. On coache les généralistes mais on a une vision un peu globale car on a tous fait un peu de médecine générale au début sur le terrain. On est superposable du tout. On est assez différent de vous.

Il y a deux écoles différentes, et on n'a pas encore évalué l'avantage de l'un ou l'autre. Ce qui est évident est que la formation universitaire n'est pas suffisamment bien faite pour les généralistes. Le choix de stage ne permet pas à tout le monde de passer dans toutes les disciplines. Maintenant c'est mieux fait car le stage chez le prat n'était pas fait dans le temps et il y a des stages qui sont remis dans le choix des stages, il y a peut-être eu une réflexion mais ce n'est pas encore parfait. Pour un interne qui ne reste pas trop longtemps qui fait que picorer des semaines je ne suis pas sûr qu'il en retire une formation très très bonne il faut se mettre dans le cambouis il faut se confronter aux malades et la position d'observateur en stage en fin d'internat moi me gêne un peu. 3 mois je trouve pour certaine spécialité c'est vraiment un peu juste après cela va dépendre de l'objectif final, par exemple un médecin militaire qui va être généraliste dans un régiment en France ils vont partir 3 mois au Mali dans un poste de secours qui correspond à un espèce de mini SAU avec le matériel et etc....par exemple ce qu'on va leur demander en ORL c'est d'être capable de reconnaître les urgences ORL, l'épistaxis de faire un méchage ou par exemple en ophtalmo c'est les grosses pathologies, le glaucome, la traumato ce n'est pas l'ophtalmologie inflammatoire de la Pitié tout c'est truc. Pour nous les stages courts ne sont pas si inintéressants car nos objectifs sont très précis. C'est beaucoup plus moderne car cela dépend des objectifs. Mais après pour les généralistes c'est plus difficile car c'est plus large car la médecine générale en France est vaste.

Quelles sont selon vous les limites du champ d'actions de la médecine générale ?

Je crois que cela dépend des objectifs pédagogiques de la fac qui sont déjà complexe ; qu'est ce qui faut maîtriser mais cela on l'a avec la fréquence des événements de santé en médecine générale, la fréquence en pédiatrie en gynéco, la gériatrie qui augmente, le diabète l'HTA, les infections ORL, le bon usage des antibiotiques, Je crois qu'il faut caller le programme sur les indicateurs de santé publique. Et du coup le généraliste il n'a pas besoin de savoir gérer les maladies du système, de savoir faire de la cardio de haute volée, il y a certainement un nombre de stage qui ne sont pas utiles mais qui sont sûrement passionnant, mais pas utiles dans la pratique de tous les jours. On peut limiter en ne donnant pas les agréments à tous les services. Comme en gynéco il faut mieux être en consultation que d'être au bloc pour tenir les écarteurs. Mais par exemple pour nous les militaires le passage au bloc est indispensable pour savoir faire une appendoc savoir arracher une dent. Mais après c'est pas du tout comparable avec vous car vous on ne peut pas vous demander de faire ça.

Par rapport aux fiches d'évaluations des stages couplés il y a-t-il des points négatifs ou positifs qui ressortent ?

Sur les fiches, moi je n'ai pas de donnée précise. J'en ai sur le stage couplé gynéco pédiatrie, mais c'est surtout à l'hôpital Percy, mais le ressenti semble bon sans réel point négatif qui ressortent. Mais le retour des internes est bon c'est pour cela qu'ils ont pérennisé le système voilà. Après cela nous arrange de faire tourner les internes car on ne peut pas garder un interne dans le même service.

Quel serait selon vous la formation optimum pour se former à la médecine générale, la maquette vous semble adaptée ?

Je pense que la maquette est bien, elle a bien progressée et évoluée. Avant on faisait n'importe quoi avec de la chirurgie et des stages hyper spécialisé, pas de stage en ville chez le généraliste. La maquette est plutôt bien faite, le stage chez le praticien est indispensable, nous ils font leur stage dans leur régiment d'affectation et dispensaire. C'est assez logique qu'ils apprennent le métier qu'ils vont pratiquer plus tard. Après je pense que la gynécologie et la pédiatrie me semblent indispensable surtout aujourd'hui aussi. La maquette me paraît bien composée. Mais je pense que c'est plutôt les terrains de stage et l'objectif pédagogique l'implication de spécialistes hospitalier dans la formation et l'interaction généralistes spécialistes hospitaliers et encore imparfaite. Parce que les départements de médecine générale sont encore un peu brimé par les chefs des CHU. Cela reste encore un peu emprisonné. Politiquement ils n'ont pas encore le poids même si logiquement ils sont acceptés et mes doyens sont bien veillant. Ils n'ont pas réussi à s'impliquer.

Mais c'est un courant logique de faire de la médecine générale une spécialité mais par contre comme cela reste minoritaire au niveau des sphères de l'hôpital il reste beaucoup de travail à faire. Je pense qu'en médecine générale on s'est plus impliqué dans la formation de nos internes on sait demander ce qui est utile pour nos internes, et ainsi cela nous a permis de définir des objectifs pédagogiques précis pour la médecine générale militaire. On a des programmes et une réflexion par rapport à notre exercice qui est sans doute plus avancée plus pragmatique. Surtout à cause de la spécificité de la médecine militaire mais après on est une petite boutique donc c'est plus facile à mettre en place. On a beaucoup réfléchi à nos programmes, ce qui faut savoir en ophtalmo, ce qui faut savoir en gynéco, en ORL, et etc. Ils apprennent des choses bien précises et à la fois le b.a.ba car ceux sont les médecins sentinelles. Alors que dans les facs françaises on apprend n'importe quoi, par exemple vous prenez le cardiologue qui va vous racontez toute la cardiologie et plein de choses qui n'ont pas d'intérêt pour un généralistes. Après le généraliste c'est par le biais de la formation médicale continue (FMC) qu'il va combler ses lacunes et entretenir ses acquis la FMC est beaucoup plus réaliste donc beaucoup mieux faite, beaucoup plus réaliste que ce qu'il a pu voir dans un grand CHU parisien même si c'est passionnant alors que cela ne lui sert pas à rien. Savoir dépister un lupus oui c'est bien de le savoir mais vous serez alors spécialiste dans ce domaine mais cela n'impacte pas en terme de santé publique alors que vous n'êtes pas capable de gérer un diabétique. Il faut centrer la formation sur les indicateurs de santé publique. C'est ce qui a été fait pour l'internat avec un changement

des objectifs. Avec une logique de ce qui est important ou pas. Par exemple l'hygiène et le bon usage des antibiotiques. Cela doit correspondre un compromis entre les objectifs et le temps consacré.

Annexe n°16 - Retranscription enseignant 7

Quel est votre avis, que pensez-vous de l'organisation des stages de médecine adulte en stages couplés dans le cadre de la formation des médecins généralistes ?

Ben j'en pense que c'est potentiellement une bonne idée car cela permet de multiplier a priori les expériences sachant que si on se réfère au concept de soins primaires, globalement la délégation des tâches chez les médecins généralistes va être de plus en plus importante donc l'idée c'est que plus il voit de choses mieux c'est. D'autant plus, je dirai que le cahier des charges des soins primaires ne nécessite pas d'être hyper spécialiste par contre cela nécessite d'avoir des compétences je dirais assez précieuses dans tous les domaines après sur l'idée des 3 mois je dirai que c'est en fonction de la disponibilité des services et de ce qu'ils peuvent proposer. Clairement il ne faut pas que cela se passe dans des services hyperspécialisés car du coup on en aura pas l'utilité mais globalement je pense que 3 mois c'est une durée suffisante pour se faire une idée de comment fonctionne une spécialité d'organe en tant qu'interne quoi.

Avez-vous reçu des internes qui ont effectué des stages couplés ?

Oui j'en ai déjà reçu. Après savoir si cela leur a servi. C'est un peu biaisé car c'était au cours d'un SASPAS le plus souvent, en plus l'interne avait une idée très très précise de ce qu'elle voulait faire donc elle s'était organisée de manière à qu'elle soit complètement opérationnelle dans le domaine dans lequel elle s'était spécialisée. En l'occurrence, ce stage, visiblement, lui avait apporté un plus, après dans quelle mesure cela l'avait rendu plus compétente c'est difficile à dire. C'était intéressant de savoir qu'elle avait pu faire en 6 mois 2 spécialités différentes.

Avez-vous ressenti des différences entre la pratique au cabinet d'un interne ayant effectué un stage couplé par rapport à un interne qui n'en a pas fait l'expérience ?

Ben clairement déjà tu le sens, tout bêtement en comparaison aux externes. Tu sens une compétence, tu le sens plus à l'aise, tu sens une certaine expérience dans certain domaine. Après je prends l'exemple de la pédiatrie, je crois que cela est un bon exemple, l'interne qui a fait 6 mois de pédiatrie, après cela dépend dans quel type de service il est passé hyper spécialisé ou pas, si le stage est hyperspécialisé celui n'est pas forcément adapté aux pathologies rencontrées en soins primaires. Donc pour le coup 6 mois en pédiatrie dans un service hyperspécialisé cela ne vaut pas le coup. Après les internes qui ont fait aussi la gynéco et qui ont fait des pathologies de soins primaires et pas seulement des pathologies hospitalières comme les fausses couches, et autres je pense que globalement que oui il y a une différence. On le ressent bien. C'est bien de proposer ce genre de service mais l'activité des services doit entrer dans le cahier des charges de soins primaires et qu'ils comprennent bien les demandes, les savoirs en gynécologie en soins primaires pour qu'ils puissent sortir au bout des trois mois avec...savoir faire un frottis, traiter une vulvovaginite, etc... Savoir gérer telle situation. Cela ne doit pas être callé en fonction des besoins du service mais plutôt les attentes de l'interne.

Que pensez-vous de la maquette de médecine générale ?

Je pense qu'il y a un peu trop de stage hospitalier très clairement et que c'est pas forcément en adéquation avec les compétences que l'on demande aux internes aux jeunes médecins. La deuxième chose mais cela ne dépend pas d'eux, c'est que l'on puisse proposer ce type de stage en ville en cabinet et idéalement en centre de santé adapté avec des médecins qui ont une spécialité de médecine générale et qui ont une compétence supplémentaire typiquement un médecin qui aurait un DESC ou un DU de médecine infectieuse et qui transmet son savoir infectieux avec le ressenti de l'ambulatoire puisqu'il y a beaucoup chose tel que les hépatites le VIH qui peuvent être gérés en ambulatoire et par forcément par des services

spécifiques. Je pense aussi à l'algologie qui se développe en ville avec des médecins qui ont développé cette compétence-là qui puissent la transmettre à leur internes en stage je pense aussi aux DU de gynéco et pédiatrie qui viennent compléter la formation. Mais après pour répondre à ta question sur la maquette de médecine générale en elle-même, je pense qu'il faut plus une composition ambulatoire et il faut pas que cela soit redondant avec ce qu'il voit en cabinet de médecine générale classique car du coup il ne vont pas voir grand-chose pas apprendre plus. On n'a pas besoin de passer 3 fois dans un cabinet de médecine générale sauf si chaque cabinet à une activité différente. Après faire des stages un peu plus court que cela soit en hospitalier ou ambulatoire sur des activités spécifiques c'est ce qu'ils font au Québec, car ils ont une formation beaucoup plus pragmatique avec des objectifs pédagogiques et ils font tous les 3 mois ils passent dans des services avec des objectifs précis et après ils peuvent dire ben voilà j'ai fait ça et je peux le faire en soins primaires. La maquette elle est selon moi pas encore hyper adaptée aux soins primaires et l'obligation de passer dans un CHU je trouve ça une aberration. En plus je crois que cela devait être prévu de ne plus passer en CHU. J'ai l'impression que cela fait reliquat de vestige de l'ancien système, après là on est un peu dans une zone de transition et clairement l'offre de stage a évolué sur les 10 dernières années et en plus les compétences des médecins n'est plus la même qu'il y a 10 ans. Et c'est logique car on s'est mieux donc après on était meilleur enseignant cela crée un boucle vertueuse. Je crois qu'on est dans une zone de transition.

Selon vous quelles sont les spécialités qu'un interne de médecine générale doit expérimenter ?

Je pense ce qu'ils devraient faire de manière évidente au cours de leur internat c'est la gynéco de façon évidente mais ça on l'avait déjà dit tout à l'heure et pédiatrie et pas l'un ou l'autre je pense que la pédiatrie est aussi important que la gynéco en ville et je ne comprends pas pourquoi c'est l'un ou l'autre car se sont vraiment deux choses différentes surement une question de temps parce que c'est clair que sur des stages de 6 mois faire l'un ou l'autre globalement là on a intérêt à faire des maquette couplée 3 mois -3 mois. Après je pense à la dermatologie clairement il devrait passer 3 mois dans un service de dermato ou plutôt chez un généraliste dermato et pas dans un service de dermatomyosite qu'ils ne verront jamais mais après savoir gérer les psoriasis c'est pas si difficile que ça savoir gérer certaine pathologie chronique et qui finalement ne relève pas d'un spécialiste en plus il y a de moins en moins de dermatologiste donc il y a aussi un transfert de compétence. Aussi clairement en rhumatologie ou en médecine du sport histoire d'avoir une approche un peu plus pragmatique de toutes les pathologies qui ne sont pas enseignées à l'internat et n'oublions pas que l'hôpital ne peuvent pas l'enseigner car ils ne savent pas. Un exemple typique est l'histoire du joggeur avec un syndrome de l'essuie-glace qui est facile à diagnostiquer mais que tout bêtement tu ne va pas rencontrer en CHU. Aujourd'hui je pense qu'un médecin doit savoir traiter avec pas mal de geste comme l'infiltration à visée antalgique et pas seulement l'ablation du bouchon de cérumen ou encore la simple vaccination. Je pense qu'il faut élargir les compétences. Cela nécessite du temps mais je pense que 2-3 mois tu as fait le tour. Après cardiologie je pense que non car je pense qu'on passe suffisamment de temps durant notre externat en cardiologie pour qu'on sache gérer les risques cardio-vasculaire ou l'insuffisance cardiaque de la personne âgée, après j'envoie rarement chez le cardiologue généralement c'est pour qu'il me fasse une échographie ou une épreuve d'effort. Paradoxalement on pense que la cardiologie est indispensable mais clairement non. Après les urgences oui clairement il faut y passer cela fait partie du bagage et faut savoir se rassurer savoir si cela est urgent ou pas. Après de l'endocrinologie pour la diabéto et je pense que 3 mois c'est amplement suffisant. Après la neurologie n'a aucun intérêt dans l'absolu ce n'est pas dans ce type de service que tu apprendras à savoir gérer une migraine ou des pathologies de ville après je pense à l'urologie médicale mais le soucis c'est que quand tu es en CHU c'est de l'urologie chir que tu vois. En résumé c'est la gynéco, la pédiatrie, la rhumato, la dermato, les urgences et la médecine du sport qui doivent apparaître. Après pour le reste cela dépend de la volonté de l'interne et de ses objectifs. Je pense à la psychiatrie par exemple comment manier les neuroleptiques et les antidépresseurs, quand savoir s'inquiéter, quand adresser et quand hospitaliser et après on n'a pas toujours un psychiatre sous la main donc on doit savoir se débrouiller seul. Le mieux c'est d'avoir un centre de santé qui regroupe plusieurs spécialités et envoyer l'interne là-dedans pour qu'il apprenne chaque spécialité du point de vue d'un médecin ambulatoire.

Annexe n°18 – Retranscription enseignant n°7

Quel est votre avis sur les stages hospitaliers organisés en pôle pédagogique ?

Ce que j'en pense, je ne sais pas si je verrais la différence en termes de compétence des internes qui seraient formés d'une façon ou d'une autre donc je ne peux me référer à ma propre expérience de médecin généraliste, de ma propre formation. Moi dans ma formation j'ai toujours trouvé que 6 mois c'était très long, et qu'en fait au bout de trois on avait fait grosso modo le tour de ce que pouvait nous apporter le service et que les 3 mois suivants on gagnait en efficacité, on approfondissait des choses, c'est-à-dire qu'on voyait plus précisément les problématiques et qu'on apprenait beaucoup moins que les 3 derniers mois donc je pense en tant qu'ancien interne et externe je pense que c'est plus logique de faire 3 mois. Je pense que moins de 3 mois ce n'est pas terrible, après 4 mois c'est pas mal, serait bien aussi, 6 mois il y a clairement, je ne dis pas qu'on apprend rien mais on apprend moins. Je pense qu'il n'y a pas de possibilité en médecine générale de savoir exhaustive, je pense qu'aucun généraliste ne sait tout même mal, je pense qu'ils ont des points forts et des points faibles mais comme tout le monde mais je pense qu'il ne faut pas rêver d'une formation qui formerait des médecins en mission, c'est du rêve. Je pense que toute façon les médecins ont des affinités ont des compétences différentes et ils s'orientent toujours un peu en fonction de tout ça. Pour dire les choses de façon différente, si on regarde un médecin généraliste installé depuis 10 ans on se rencontre quelque part qu'il est spécialiste il y a des choses qu'il ne fait plus et il y a des choses qu'il fait bien et donc... je ne suis pas très sûr de la définition d'un médecin généraliste. Au début les médecins généralistes ont une formation très globale et ils sont capables de répondre à beaucoup de choses mais au gré des pathologies qu'ils voient et de leurs goûts ils vont orienter leurs activités dans un sens ou dans un autre je ne sais pas si cela est mal. Par contre la variabilité la variation des stages cela a un avantage certain c'est de leur ouvrir les portes leur donner des cours à plus de choses c'est-à-dire pour eux de leur permettre de trouver ce qu'ils leur convient.

Mais pensez-vous que l'externat joue ce rôle de découverte ?

Non pas vraiment car l'externat c'est la découverte de la médecine en générale, de l'hôpital de la clinique, du fonctionnement du monde médicale hospitalier surtout et que c'est vraiment en fin d'externat qu'on est en état de goûter à la subtilité de l'endroit où on est. En début d'externat on apprend à gérer un malade, à examiner un malade, de découvrir la relation médecin-patient je ne suis pas certain que l'on découvre les spécialités médicales pendant l'externat.

Quel est votre avis, votre ressenti sur les internes qui ont vécu les stages couplés sur leur pratique en ambulatoire ?

Je ressens clairement que dans certains domaines les internes sont compétents et dans d'autre ils nagent complètement. Alors les domaines dans lesquels ils nagent se sont souvent les domaines non hospitaliers c'est-à-dire la pathologie ORL courante, ils n'ont pas vu des otites mais il n'y a pas lieu de le voir à l'hôpital après il y a aussi la dermatologie de ville. Bien sûr, les internes qui sont passés en gynéco ou en pédiatrie sont beaucoup plus à l'aise, ils ont alors ce point fort, mais ces internes ont également des points faibles. Après c'est clair que varier les stages, cela pourrait les aider à voir plus de choses, certainement. L'omni compétence, je pense qu'on n'est jamais vraiment totalement formé dans notre métier. C'est-à-dire ce n'est pas parce qu'on a fait 3 ou 6 mois de pédiatrie qu'on a tout vu, ben sûr il y aura un plus à faire 6 mois mais en même temps on ne fait 3 mois d'autre chose donc faut mettre en balance. Après je ne pense pas que quelqu'un a fini sa formation lorsqu'il a fait 3 mois un peu partout. C'est plus long que cela d'être spécialiste dans un domaine. Pour un cardiologue il lui faut tout un internat et encore il apprendra encore. On apprend avec le temps et l'expérience. Vraiment le domaine, mais qui est-ce qui m'avait dit ça, c'était un patient qui avait fait une école de commerce et son fils avait fait médecine donc le mec avait un superbe diplôme avec un superbe poste et il m'avait dit : « Franchement docteur, quand je vois ce que fait mon fils quand je le vois travailler nous ce qu'on a fait en école de commerce c'est du pipeau, mais la quantité d'informations qu'un médecin doit emmagasiner c'est impressionnant ! ». Je pense que nous médecin on ne se rend pas compte,

je pense qu'on fait partis des gens qui accumulent un savoir énorme en terme de quantité. Mais après les autres sont très bon dans leur domaine, cela n'est pas pour dénigrer les autres métiers, mais la médecine est le domaine, le métier où l'on doit manipuler autant de savoirs, autant de concept. Cela va des maths à la biologie, en passant à la psychologie, et autre. En termes d'apprentissage c'est très important mais je ne pense pas que les internes se rendent compte.

Au vu des entretiens des internes qui ont effectué le stage couplé, il apparait qu'un mois est nécessaire à leur adaptation au service qui les accueillent ? Quel est selon vous le temps nécessaire à leur adaptation à votre pratique ambulatoire ?

Alors c'est un peu variable d'un interne à l'autre. Il y a plusieurs, je pense qu'il leur faut plus de temps que cela, je pense que pour être vraiment à l'aise c'est minimum 2 mois, 2 mois et demi. Au début il y a tout l'aspect relationnel, technique ils sont très noyés au début par le fait de faire tout seul, par la relation avec le patient, le logiciel médical, mais ça c'est partout pareil. Aussi par les pathologies qui ne connaissent pas, parfois se sont des pathologies bénignes, ou plus grave qu'ils connaissent mieux. Et puis il y a tout l'aspect tout particulier du stage ambulatoire qui est le rapport avec le praticien, se sentir bien à l'aise avec le praticien, c'est-à-dire se sentir libre, de bien fonctionner. C'est-à-dire faire confiance à son chef. Je sens très bien le moment quand l'interne commence à se libérer, moi j'appelle cela comme ça c'est-à-dire quand il commence à exister comme individu médecin. Là ça y est, il a compris ce qu'il a à faire, il a compris sa fonction, il est dans son métier. Après ils ne sont pas à l'aise, ils ont peur de mal faire, ils ont peur qu'on les engueule, il y a un temps qui est long d'autonomie je trouve. 1 mois cela me paraît trop court c'est vraiment plus. C'est sûr que cela dépend aussi de l'ancienneté de l'interne, un interne plus vieux semestre se sent mieux dans ses baskets, il a confiance dans un certain nombre de repères qu'il s'est construit. Il possède un certain nombre de certitude. Alors qu'un jeune semestre il est plein de doute.

Que pensez-vous de la maquette actuelle de l'internat de médecine générale ?

Je la trouve plus ou moins adaptée. Je la trouve relativement adaptée. Je vais dire un truc qui ne plairait pas au département mais je suis très très contre le fait d'allonger l'internat je trouve que cela est déjà assez long au lieu d'avoir une année de plus il faut un moment lâcher les laisser autonome. Il faut qu'il se forme tout seul les médecins. Je ne vois pas l'intérêt d'allonger l'internat car on est jamais totalement formé à la médecine générale, une fois qu'on a compris ça cela ne sert à rien d'allonger l'internat. Après on ne sera un as du volant tout de suite mais en même temps, il faut laisser faire. Après l'histoire de multiplier les stages, je ne sais pas. Après il ne faut pas que cela soit du saupoudrage non plus, cela serait je ne sais pas. En même temps si un interne est bien quelque part est-ce qu'il a le droit de faire 6 mois ou deux fois le même stage. D'ailleurs comment mesurer l'impact pédagogique d'un tel système. Comment peut-on dire à la sortie du stage que celui-là est meilleur que celui-là ? En sachant qu'ils n'ont pas travaillé autant les 2 comment savoir qui est le plus compétent. Après je pense que 4 mois est une durée de format. Je pense que toutes les spécialités sont utiles pour la médecine générale. Je suis dans l'incapacité de donner des spécialités essentielles pour la maquette, puisque selon moi toutes sont utiles. Après c'est le rêve de l'exhaustivité dans des fonctions qui sont aussi variée complexe et volumineuse en terme de connaissance. Je ne vois pas la solution.

Je fais un parallèle avec la médecine militaire qui a mis en place des objectifs pédagogiques définis préalablement ? Pensez-vous que cela peut être appliqué à la médecine de ville ?

Je pense qu'en médecine de ville on n'a pas les mêmes contraintes qu'en médecine militaire. Ils doivent être dans la capacité de résoudre tous les problèmes graves. C'est pour cela qu'ils ont des objectifs très précis. Mais après la spécificité de la médecine générale n'est pas encore clairement défini. Soit on prend les pathologies les plus fréquentes, mais après le rôle du médecin généraliste ce n'est pas de traiter des choses fréquentes il y a aussi les urgences, c'est aussi de la prévention, c'est du dépistage mais aussi c'est de savoir dépister les trucs plus rare puisque se sont nous qui les voyons en premier. C'est important de savoir ce qu'il y a surveillé dans ce type de pathologie, mais après quel intérêt de prendre du temps pour enseigner ce type de pathologie aux futurs généralistes. Je pense qu'il n'y a pas de limites il n'y a que nos propres limites.