Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(Décret du 25 Novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement

le 06 Octobre 2022 à Poitiers

par **Melle Juliette BODDAERT**

Le vécu des médecins généralistes faisant leurs premiers pas en tant que maîtres de stage de niveau 1 :

étude qualitative menée en Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Associé Pierrick ARCHAMBAULT

Madame la Docteure Anne KERHARO-NICOLAS

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Associé Pascal PARTHENAY

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe BINDER, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Associé Pascal PARTHENAY, je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir guidée dans l'élaboration de cette étude qualitative. Recevez ici le témoignage de ma vive considération.

À Monsieur le Professeur Associé Pierrick ARCHAMBAULT, un grand merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse, ainsi que pour votre disponibilité et nos échanges enrichissants durant le semestre effectué à vos côtés. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

À Madame la Docteure Anne KERHARO-NICOLAS, un immense merci pour votre bienveillance et votre accompagnement tout au long de mon internat. Je suis ravie de vous compter parmi les membres de mon jury ; en espérant que cette première se passe au mieux pour nous deux ! Je vous suis sincèrement reconnaissante.

À tous les MSU, merci tout particulièrement à ceux ayant accepté de participer à ce travail pour le temps que vous m'avez consacré et pour vos témoignages précieux ; et merci également à tous les autres pour votre implication pédagogique auprès des étudiants.

Aux différents services de la faculté de médecine de Poitiers, notamment aux bibliothécaires et aux agents administratifs de la scolarité, pour les réponses à mes questions.

À Khanh et Sophie, quel privilège d'avoir fait votre rencontre ! Merci pour votre écoute, votre soutien, votre confiance, et votre partage de la médecine générale (entre autres choses), qui m'ont assurément confortée dans mes choix.

À Emmanuel, merci pour tes remarques pertinentes concernant mon guide d'entretien.

À tous mes maîtres de stages, mes enseignants des facultés de médecine de Tours et de Poitiers, aux équipes médicales et paramédicales des différents services dans lesquels je suis passée, aux patients dont j'ai un jour croisé la route : je vous dois ce que je suis professionnellement aujourd'hui.

À tous mes co-externes et co-internes rencontré(e)s au fil de mon parcours, avec une mention spéciale pour Sarah S, Stéph', Nour, Raph', Émilie ; sans oublier mes remarquables camarades de GEP et nos traditionnels restos !

À mes "**señoritas**", **Paupau, Claire, Roxou, Capu, Hélène L, Amélie, Audrey :** pour nos années fac bien sûr, mais surtout pour nos formidables week-ends et nos merveilleuses escapades, passées et à venir. Tous ces moments partagés ensemble comptent énormément pour moi. Une fois n'est pas coutume, je suis encore la dernière… à soutenir ma thèse !

À Petite mamie, j'aurais tellement aimé que tu sois là aujourd'hui. Je tiens extrêmement fort à toi. La bague que tu m'as donnée continue de m'accompagner à chaque étape de ma vie.

À Papy René, parce que tu es un grand-père incroyable, vraiment. Merci pour tous ces délicieux repas que tu nous mijotes, tous ces feuilletons policiers visionnés ensemble, et pour tout ce que tu m'as appris. Chaque moment passé avec toi est précieux.

À Mamie Nicole, merci pour ces heures passées à discuter ensemble, une tasse de thé à la main, avec tes anecdotes inépuisables et bien sûr nos parties de Qwirkle endiablées. C'est un vrai bonheur de te voir plus régulièrement ces dernières années.

À Papy Gérard, malheureusement parti trop tôt. J'espère que tu es fier de moi depuis là-haut.

À mes parents, sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées. Merci de m'avoir toujours accompagnée et soutenue dans tout ce que j'ai entrepris. Merci d'être toujours là pour moi.

À mon "petit" frère Antoine, alias "poupouss", merci pour la jolie évolution de notre relation au fil des années : les déjeuners gourmands à Cui-Cui, nos sessions shopping, mes virées parisiennes, etc. Merci de nous faire voyager (au sens propre comme au figuré !).

À Clément, mon amour, je suis si heureuse de partager ton quotidien. Merci infiniment pour ton soutien de chaque instant, ta patience à toute épreuve, et ton aide lors des différentes étapes de cette thèse. Merci de me cuisiner des bons petits plats, de me faire rire et de me combler de bonheur. Maintenant que cet ouvrage est achevé, j'ai hâte d'écrire avec toi la suite de notre histoire !

À la famille THERET, merci pour votre accueil chaleureux, votre générosité démesurée, et votre joie de vivre contagieuse.

À Jéjé, pour ce lien indéfectible qui s'est construit et étoffé depuis nos années de maternelle. Merci d'être cette personne extraordinaire sur qui on peut toujours compter, n'importe où, n'importe quand.

À Eva et Mathou, pour notre amitié de longue date, le nombre incalculable d'heures passées ensemble, et toutes ces aventures inoubliables ! Votre gentillesse est infinie.

À Hélène G, pour cette amitié qui fut comme une évidence, dès les premiers instants. Incontestablement le pilier de mon internat (et de mon post-internat aussi, d'ailleurs) ! Merci d'être toujours aussi présente, peu importe la distance.

À Sarah N, tu as été pour moi un exemple à suivre lorsque je me suis à mon tour lancée dans ces longues études. Merci pour tous ces superbes moments passés ensemble depuis notre enfance, et ces souvenirs de vacances impérissables (vivement qu'on reparte en Corse !).

À Grég et Marie, pour ces coïncidences qui n'en sont pas… effectivement, nous sommes bien plus que des voisins !

À Lili, pour ta sincérité et ta loyauté, et parce que c'est toujours un réel plaisir de te retrouver.

À Zen, mon plus fidèle compagnon de travail, et cela depuis le tout début !

À Wilfried, tellement mignon qu'on en oublierait presque toutes ses bêtises…

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET ACRONYMES 9

1) INTRODUCTION 10
1.1 Présentation de la maquette du DES de médecine générale 10
1.2 Description du stage de niveau 1 11
1.3 La fonction de MSU 11
1.4 Problématique 12
1.5 Objectif de l'étude 14

2) MATÉRIEL ET MÉTHODE 15
2.1 Recherche bibliographique 15
2.2 Type d'étude 15
2.2.1 Choix de la méthode qualitative 15
2.2.2 Choix du mode d'entretien 15
2.2.3 Guide d'entretien 16
2.3 Population d'étude 16
2.3.1 Critères d'éligibilité 16
2.3.2 Mode de recrutement de la population 17
2.3.3 Recueil des données : réalisation des entretiens semi-dirigés 17
2.4 Méthode d'analyse des données 18
2.5 Aspects éthiques et réglementaires 19

3) RÉSULTATS 20
3.1 Caractéristiques de la population étudiée 20
3.2 Le vécu des médecins généralistes de Poitou-Charentes faisant leurs premiers pas en tant que maîtres de stage de niveau 1 21
3.2.1 Acquérir des compétences d'enseignant 21
3.2.1.1 Les appréhensions initiales et les motivations 21
3.2.1.2 Suivre la formation 22
3.2.1.3 Se faire confiance 24
3.2.1.4 Tenir compte de son propre vécu d'étudiant 24
3.2.1.5 L'importance de la pratique sur le terrain 25
3.2.1.6 Endosser le rôle du MSU 25
3.2.2 Réaliser les ajustements nécessaires 28
3.2.2.1 Fixer des règles avec l'interne 28
3.2.2.2 Apprendre à composer en fonction de la disponibilité des locaux 29
3.2.2.3 Un autre mode de fonctionnement pendant la consultation 29
3.2.2.4 La gestion du temps 31
3.2.2.5 S'adapter à la variabilité des internes 33
3.2.2.6 Les consultations particulières 34
3.2.2.7 Les ajustements non faits, mais envisagés 36
3.2.3 Créer les conditions favorables à l'échange 36
3.2.3.1 … avec l'IMG 36
3.2.3.2 … avec les patients 39
3.2.3.3 … avec les autres MSU 40
3.2.4 Faire preuve de bienveillance 41
3.2.4.1 … envers soi-même : se préserver 41

3.2.4.2 … envers les IMG : prendre soin des étudiants 42
3.2.4.3 … envers les patients : les placer au cœur du soin 43
3.2.5 Revendiquer la singularité de chaque médecin 44
3.2.5.1 Un fort sentiment d'individualité au sein des MSU 44
3.2.5.2 Croiser les pratiques des différents MSU : une source de richesse 44
3.2.5.3 Chaque personne est unique : les internes aussi 45
3.2.6 Les bénéfices engendrés par la fonction de MSU 45
3.2.6.1 Une amélioration des pratiques 45
3.2.6.2 Davantage de satisfaction sur le plan professionnel 47
3.2.6.3 Les bénéfices escomptés 50
3.2.7 Les aspects techniques 51
3.2.7.1 Les outils d'évaluation : sur la forme 51
3.2.7.2 Les outils d'évaluation : sur le fond 54
3.2.8 Les améliorations souhaitées par les MSU 57
3.2.8.1 Une demande de simplification des outils d'évaluation 57
3.2.8.2 Davantage de partage entre les MSU 58
3.2.8.3 La volonté d'avoir un "référent" MSU 59
3.2.8.4 Optimiser la formation 60
3.2.8.5 Bénéficier d'un accompagnement prolongé 61

4) DISCUSSION 62
4.1 Les forces et les limites de cette étude 62
4.1.1 Forces 62
4.1.2 Limites 63
4.2 Rappel des principaux résultats 64
4.3 Comparaison des résultats obtenus à la littérature professionnelle 67
4.4 Les perspectives 73

5) CONCLUSION 74

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 75

ANNEXES 80

SERMENT D'HIPPOCRATE 83

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS 84

LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

CiSMef : Catalogue et index des Sites Médicaux de langue française

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DGESIP : Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques

ECN : Épreuves Classantes Nationales

GEP : Groupe(s) d'Échanges de Pratiques

GEPECA : Groupe(s) d'Échanges de Pratiques entre Enseignants Cliniciens Ambulatoires

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne(s) de Médecine Générale

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

MSP : Maison(s) de Santé Pluriprofessionnelle(s)

MSU : Maître(s) de Stage(s) Universitaire(s)

PAMSU : Praticien(s) Agréé(s) Maître(s) de Stage(s) des Universités

R3C : Réforme du 3ème Cycle

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

UFR : Unité(s) de Formation et de Recherche

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians

ZAC : zone(s) d'action complémentaire

ZIP : zone(s) d'intervention prioritaire

1) INTRODUCTION

1.1 Présentation de la maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale

L'internat de médecine générale se déroule actuellement en trois ans. En effet, les étudiants doivent obligatoirement réaliser six stages semestriels (1), alternant entre secteur hospitalier et ambulatoire, durant lesquels ils vont acquérir une vision globale de leur future profession.

La réforme du 3ème cycle (R3C) des études médicales, adoptée en 2017 (2,3), a permis de le structurer selon deux phases distinctes et successives [figure 1] :

La phase 1, dite "phase socle". Elle dure un an et est dédiée aux soins primaires, avec :

- Un stage chez le praticien (qui correspond au stage ambulatoire de niveau 1), réalisé auprès d'un binôme ou trinôme de médecins généralistes agréés
- Un stage hospitalier dans un service d'urgences adultes

La phase 2, dite "phase d'approfondissement". Elle se déroule sur deux ans et comporte :

- Un stage hospitalier en médecine polyvalente : il doit être accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement (c'est-à-dire interne en 3ème ou 4ème semestre)
- Un stage en santé de l'enfant : dans un service hospitalier de pédiatrie, ou en stage femme/enfant ambulatoire
- Un stage en santé de la femme : dans un service hospitalier de gynécologie médicale, ou en stage femme/enfant ambulatoire
- Un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (appelé SASPAS ou stage ambulatoire de niveau 2), accompli auprès de praticiens agréés : accessible seulement en fin de cursus, au cours d'un des deux derniers semestres (c'est-à-dire interne en 5ème ou 6ème semestre)

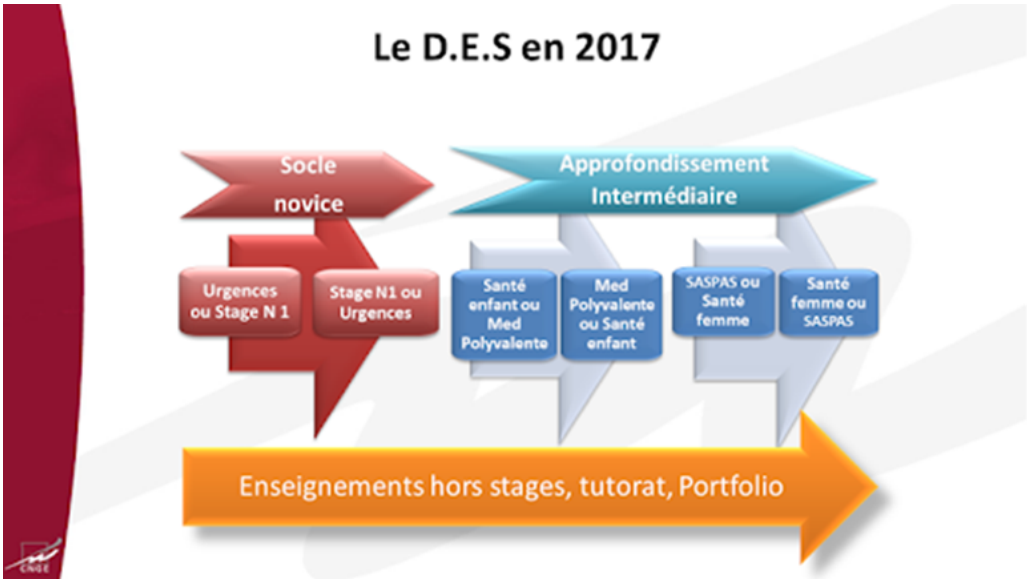


Figure 1 : Maquette du DES de médecine générale

Au terme de ces trois années d'internat, si l'étudiant a validé l'ensemble de ses stages et de ses enseignements hors stage, il se verra alors délivrer un DES de médecine générale, garantissant l'acquisition des compétences et permettant l'exercice de la spécialité – telle que définie par la branche européenne de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians) en 2002 – (4).

1.2 Description du stage de niveau 1

Le stage de niveau 1 est donc actuellement réalisé par des internes en début de cursus, auprès de médecins généralistes ayant un exercice ambulatoire, tous formés et agréés en tant que maîtres de stages universitaires (MSU). L'objectif est de permettre aux étudiants de s'immerger le plus tôt possible dans le quotidien du médecin généraliste, afin de transformer les connaissances qu'ils ont acquises en compétences.

On décrit schématiquement trois phases pédagogiques au cours de ce stage de niveau 1. Chacun des MSU les mettra en œuvre au fur et à mesure en tenant compte de l'évolution propre de chaque interne, si bien qu'elles sont en fait intriquées tout au long du semestre :

- une **phase d'observation**, au cours de laquelle l'interne se familiarise avec son lieu de stage et s'imprègne du métier de façon active ;

- une **phase de supervision directe**, durant laquelle l'étudiant peut exécuter des actes en présence du maître de stage, si bien que la consultation est effectuée en binôme ;

- une **phase de supervision indirecte**, où l'interne peut accomplir des actes en autonomie : pour cela il dispose seul du bureau, tandis que le maître de stage reste sur place et disponible, de façon à pouvoir intervenir en cas de besoin ; suivi d'un temps de rétroaction pédagogique.

Ce stage de niveau 1 permet ainsi la découverte de la médecine générale de manière accompagnée, en toute sécurité, le but étant de favoriser l'autonomisation de l'étudiant pour le préparer progressivement à la réalité de son futur exercice professionnel.

1.3 La fonction de MSU

La première charte des MSU de médecine générale a été rédigée en 2012 à l'initiative du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), permettant de définir et codifier rigoureusement ce statut de MSU (5).

Une nouvelle version de cette charte (6), cette fois-ci co-construite avec les étudiants, a été signée par le président du CNGE et par la présidente de l'Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), le 1er Décembre 2021 à Lille, lors du 21ème congrès du CNGE (7). Le but de cette actualisation est de préciser davantage les droits et les devoirs des MSU ; notamment en encadrant le nombre d'actes et les relations avec l'industrie pharmaceutique, afin de garantir l'harmonisation et la qualité de la formation des étudiants au niveau national.

Le MSU constituant un modèle médical et professionnel pour les étudiants, il doit justifier d'une formation à la pédagogie suffisante et nécessaire à l'exercice de ses fonctions d'enseignant, comme stipulé dans la charte. C'est pourquoi il doit suivre – au minimum – une formation de deux jours avant sa prise de fonction : il s'agit du "S1 - Initiation à la maîtrise de stage". Ce séminaire est agréé développement professionnel continu (DPC) : l'objectif étant d'acquérir les éléments législatifs, administratifs et pratiques nécessaires à la maîtrise de stage ambulatoire de 3ème cycle de médecine générale (8).

1.4 Problématique

Annoncée en Septembre 2018 par le président de la République, la stratégie "Ma santé 2022" propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis que rencontre le système de santé français (9,10).

Ainsi, Olivier VÉRAN, lors de son discours au 21ème congrès national des internes de médecine générale (IMG), soulignait que la loi "Ma Santé 2022" a introduit l'obligation pour les IMG de réaliser prioritairement des stages en zones sous-denses. Cela *« nécessite que nous allions beaucoup plus loin sur le nombre de terrains de stages disponibles, et donc sur le nombre de MSU »*. Celui-ci ajoutait ensuite : *« ma conviction est qu'il faudra allonger le DES à quatre ans […] Toutefois, les conditions ne me semblent pas encore réunies […] La montée en charge du nombre de terrains de stage ambulatoires constitue une condition sine qua none à cette évolution. »* (11).

Le parti pris est donc la multiplication des stages d'étudiants en cabinets de ville pour susciter des vocations au profit des territoires les plus fragiles (12). Cela passe par une augmentation du nombre de stages ambulatoires au cours du 3ème cycle des études médicales (avec notamment le SASPAS rendu obligatoire depuis la R3C et le développement des stages femme/enfant ambulatoires au cours des dernières années), par le recrutement de nouveaux MSU parmi les médecins libéraux, et par des aides financières supplémentaires (les MSU (13) ainsi que les internes (14) peuvent dorénavant bénéficier d'une indemnité s'ils s'engagent dans des stages en zones sous-denses).

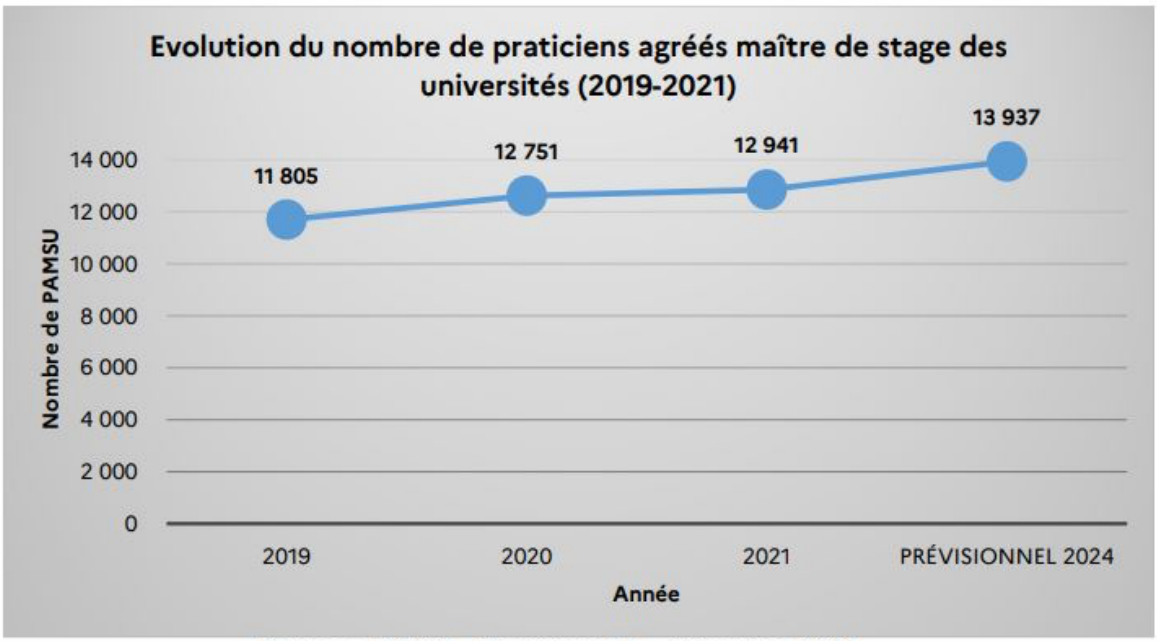
Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui déterminent ces zones sous-denses (15), à partir d'une méthodologie nationale actualisée par arrêté ministériel (16). D'après la cartographie nationale des zones sous-denses en médecins généralistes au 31 Décembre 2021, la majeure partie de la région Nouvelle-Aquitaine est classée en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC).

Les seules "zones hors vivier" caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante sont le littoral et la périphérie des grandes villes, en pratique : La Rochelle, Poitiers, Bordeaux, et le Pays Basque (17).

Une enquête a été réalisée en Décembre 2021 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle (DGESIP) auprès des ARS et des Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine, afin de recenser le nombre de stages ambulatoires réalisés par les étudiants de 2ème et 3ème cycle au cours des dernières années et le nombre de MSU (18). Celle-ci montre que le nombre total de praticiens agréés maîtres de stages des universités (PAMSU) a augmenté de 9,6% entre 2019 et 2021, pour atteindre le nombre de 12 941 sur l'ensemble du territoire français [figure 2].

D'après les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques (DRESS) disponibles au 1er Janvier 2022, la France recense environ 100 000 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire (19) ; ce qui signifie qu'un peu moins de 13% d'entre eux accueillent des étudiants en stages ambulatoires.

C'est-à-dire qu'actuellement, environ 1 médecin généraliste sur 8 est maître de stage.



Source : DGOS – Enquête flash – Décembre 2021

Figure 2 : Évolution du nombre de PAMSU entre 2019 et 2021

Malgré cette croissance significative et encourageante de la maîtrise de stage universitaire en France, le ministère des solidarités et de la santé, ainsi que le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, rappellent que d'ici 2024, il y aura encore environ 1 000 étudiants de 3ème cycle supplémentaires. C'est pourquoi l'objectif fixé est de recruter 1 000 MSU supplémentaires d'ici 2024 (20), soit une augmentation de 7,7% (21).

Il est donc nécessaire de poursuivre le recrutement de MSU, notamment au sein de la subdivision de Poitiers : celle-ci dénombrait 372 MSU en 2021, l'objectif cible étant d'atteindre 401 MSU en 2024 [annexe 1].

Bien entendu, cela signifie former davantage de nouveaux MSU : une campagne de recrutement a été initiée dans ce sens il y a déjà plusieurs années, incluant – entre autres – l'envoi de flyers aux médecins généralistes (22), la création de sites internet dédiés à la promotion de la maîtrise de stage (23), des communications effectuées lors des différents congrès de généralistes (24), ainsi que la publication régulière d'articles à ce sujet dans diverses revues professionnelles (25,26).

Toutefois, l'équation n'est pas si simple à résoudre, car d'autres paramètres entrent en compte, certains n'étant pas aisés à maîtriser… Bien qu'il n'y ait pas de chiffres officiels, nous savons qu'un certain nombre de médecins généralistes se forment à la maîtrise de stage mais n'accueillent jamais d'internes par la suite ; tandis que d'autres suivent la formation, concrétisent la démarche en accueillant des étudiants, puis stoppent ensuite cette activité.

Il est probable que certains ne se lancent pas dans la maîtrise de stage car toutes les conditions ne sont pas réunies, matérielles ou environnementales. D'ailleurs, plusieurs études sondant les médecins généralistes ont mis en évidence un certain nombre de freins à devenir MSU (27,28).

De plus, la suppression du numerus clausus (effective depuis la rentrée 2021), et la R3C actuelle (entraînant le passage du DES à quatre ans), vont toutes les deux engendrer une augmentation du nombre d'IMG dans les années à venir, et dès lors des besoins accrus en PAMSU. À cela vient s'ajouter la diminution progressive du nombre de médecins généralistes en exercice, qui peut elle aussi retentir sur le recrutement des MSU.

Ainsi, pour contribuer à l'augmentation du nombre de PAMSU, il faudrait probablement renforcer la dynamique et les liens entre MSU ; mais surtout favoriser un bon vécu de la maîtrise de stage : une communication positive effectuée par des MSU enthousiastes serait incontestablement un atout supplémentaire dans cette campagne de recrutement.

Nous pouvons supposer que plus les MSU seront satisfaits de leurs débuts dans la maîtrise de stage, plus ils seront motivés à poursuivre dans cette voie, et plus ils seront enclins à recommander cette expérience pédagogique à leurs confrères.

Étonnamment, très peu d'études se sont penchées sur le vécu des MSU. Une thèse soutenue à Paris en 2010 portait sur le vécu des MSU accueillant un interne en SASPAS (29). Plus récemment, certains se sont intéressés à l'expérience des MSU suite à la mise en place de la R3C de 2017 (30,31). Il existe également quelques témoignages de maîtres de stages dans des revues professionnelles spécialisées, mais ceux-ci restent rares et succincts (32–34).

Il est aujourd'hui admis que l'enseignement de la discipline et la transmission intergénérationnelle se font de façon personnalisée, dans un cadre matériel et relationnel particulier. Nous savons que les IMG sont satisfaits de ce stage de niveau 1, qu'ils qualifient de formateur (35). Mais qu'en est-il du ressenti des MSU ?

La question s'est donc posée d'explorer le vécu des médecins généralistes du Poitou-Charentes débutant la maîtrise de stage de niveau 1.

1.5 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer, analyser et comprendre le vécu de l'activité de maître de stage de niveau 1 chez les médecins généralistes enseignant en Poitou-Charentes recevant des internes depuis moins de deux ans.

L'objectif secondaire était, à partir de leurs expériences, de recueillir les suggestions formulées par les MSU pour tendre vers une amélioration de leur formation et de leurs pratiques pédagogiques.

2) MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été effectuée d'après les conseils des bibliothécaires de la faculté de médecine de Poitiers. Les recherches ont donc été menées via le Système Universitaire de Documentation (SUDOC), le Catalogue et index des Sites Médicaux de langue française (CiSMef), la Littérature Scientifique en Santé (LiSSa), le service commun de documentation de la bibliothèque universitaire de Poitiers, et enfin *PubMed* ®. Les moteurs de recherche *Google Scholar ®*, *Science Direct ®*, et *Docdoc Pro ®* ont également été interrogés, afin d'inclure la littérature grise.

Les articles les plus pertinents ont été retenus et organisés à l'aide d'un logiciel de gestion de références, en l'occurrence *Zotero ®*. Une remontée des filières bibliographiques a ensuite été effectuée en analysant les références des articles sélectionnés.

La liste complète des références est présentée dans le chapitre "Références bibliographiques" selon la norme de Vancouver.

2.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

2.2.1 Choix de la méthode qualitative

L'étude qualitative a été choisie pour répondre à notre question de recherche car elle permet d'appréhender la complexité de l'expérience vécue d'un MSU et de préserver toute sa subjectivité, qui n'est pas une donnée quantifiable (36).

Cette approche relève d'une vision globale du contexte étudié : elle s'intéresse aux interactions sociales et interprète les perspectives individuelles, selon une approche inductive, permettant ainsi d'obtenir des pistes de compréhension et d'exploration auxquelles l'investigateur n'aurait éventuellement pas pensé.

Un ouvrage de référence nous a permis de nous initier à la recherche qualitative (37) et de nous imprégner des spécificités de sa méthodologie : celle-ci a été guidée par la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) (38).

La thésarde s'est également familiarisée avec les différents termes de la recherche qualitative, et s'en est peu à peu approprié les principaux concepts (39,40).

2.2.2 Choix du mode d'entretien

Nous avons opté pour des entretiens individuels, car ils sont non seulement plus faciles à organiser d'un point de vue logistique, mais surtout ils laissent toute la place souhaitée à l'écoute active du participant.

Le mode individuel permet à chacun de s'exprimer librement et à son aise : on laisse ainsi à l'interviewé tout le temps nécessaire à la libre expression de son vécu. Comme il n'est pas confronté au regard des autres, cela lui offre la possibilité de se confier avec davantage d'intimité et d'honnêteté.

Les entretiens individuels semi-dirigés requérant une certaine technique, l'investigatrice s'est formée à la réalisation de ceux-ci (41,42), afin de favoriser l'émergence de réponses les plus authentiques possibles.

2.2.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien s'est inspiré d'échanges avec des médecins généralistes, des maîtres de stages, des internes, ainsi que de lectures d'articles (43) ou de thèses (29). Chaque réflexion avait été soigneusement consignée au sein d'un journal de bord, ce cheminement ayant permis d'aboutir à neuf questions ouvertes, avec quelques relances en cas de besoin [annexe 2].

Le guide a alors été soumis à l'avis d'un tiers (MSU non inclus dans l'étude) pour une relecture critique, ce qui a permis d'en améliorer la fluidité, de vérifier la bonne compréhension des questions et de les affiner lorsque nécessaire.

Une fois la trame validée par le directeur de thèse, un premier entretien exploratoire a été réalisé en conditions réelles, avec un MSU volontaire (les données recueillies lors de cet entretien-test n'ont pas été intégrées aux résultats).

2.3 Population d'étude

2.3.1 Critères d'éligibilité

Étant donné que nous nous intéressions aux MSU ayant récemment débuté la maîtrise de stage de niveau 1, nous avons décidé de façon arbitraire d'exclure ceux ayant reçu cinq IMG ou plus, car nous avons considéré qu'il s'agissait dorénavant de MSU aguerris. Ainsi, le nombre de quatre IMG constituait la borne supérieure de notre intervalle.

Nous avions initialement fixé une borne inférieure à deux IMG, car nous avions préjugé qu'il serait périlleux de tirer des conclusions après une expérience unique d'un semestre. Mais finalement, en raison de difficultés de recrutement, et après délibération avec le directeur de thèse, nous avons décidé d'inclure également les MSU ayant reçu seulement un IMG.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- être agréé en tant que MSU,
- accueillir des internes en stage de niveau 1 depuis moins de deux ans (c'est-à-dire avoir reçu entre un et quatre IMG),
- être installé au sein de l'ancienne région administrative du Poitou-Charentes (regroupant les quatre départements suivants : les Deux-Sèvres, la Charente, la Charente-Maritime, et la Vienne).

Les critères d'exclusion étaient :

- avoir cessé l'activité de MSU depuis la formation achevée,
- ne pas recevoir d'interne en stage de niveau 1 lors de l'enquête.

2.3.2 Mode de recrutement de la population

La population a été recrutée par la thésarde de Décembre 2021 à Mai 2022, après que le service de scolarité de la faculté de médecine de Poitiers lui ait fourni la liste de tous les nouveaux PAMSU au cours de ces dernières années.

Cette étude qualitative étant exploratoire, le nombre de participants nécessaires était impossible à déterminer à l'avance.

Au total, sur les soixante-cinq médecins généralistes ayant bénéficié d'une première délivrance d'agrément au cours de l'année 2020 ou 2021 (correspondant aux MSU accueillant des IMG depuis moins de deux ans), vingt MSU n'avaient pas d'adresse mail répertoriée.

Ce sont donc quarante-cinq MSU qui ont été contactés par mail [annexe 3], afin de leur présenter notre projet de thèse et leur proposer de participer. Pour ceux n'ayant pas répondu après cette première prise de contact par courriel, des relances mail, voire même parfois des relances téléphoniques, ont été effectuées. Ces relances ont été orientées de façon à effectuer un échantillonnage raisonné, c'est-à-dire avec le souci de diversifier le plus possible les profils des MSU interviewés (lieu et mode d'exercice, nombre d'IMG reçus jusqu'alors, etc.).

C'est ainsi que vingt-et-une réponses ont été obtenues, parmi lesquelles :

- trois MSU ont été exclus car ils n'accueillaient pas d'interne de niveau 1 au moment de la réalisation des entretiens,
- trois autres ont été exclus car ils étaient MSU pour les stages femme/enfant ambulatoires uniquement,
- deux ont été exclus car ils avaient stoppé leur activité de MSU,
- un MSU a été exclu car il exerçait dorénavant en dehors de la région Poitou-Charentes,
- les douze MSU restants correspondaient à nos critères d'éligibilité et ont été interrogés.

2.3.3 Recueil des données : réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés de mi-Janvier à fin Mai 2022.

Pour des raisons à la fois sanitaires (pandémie de COVID-19) et de commodités, les entretiens se sont déroulés en vidéoconférence (via l'interface Zoom) ; excepté un entretien qui a été réalisé par téléphone suite à la demande du participant (P03).

Cette façon de procéder à distance offrait une plus grande liberté aux MSU : ils pouvaient effectuer cet échange depuis leur cabinet, leur domicile, ou tout autre lieu de leur choix. Cette souplesse concernant à la fois le jour, l'heure, et l'endroit depuis lequel l'entretien en vidéoconférence était réalisé, s'avérait particulièrement importante. En effet, le but était de créer les conditions les plus favorables possibles pour que les participants se sentent d'emblée à leur aise et que l'entretien soit fructueux.

La saturation des données a été jugée suffisante après dix entretiens, et cela a été confirmé par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

La durée des entretiens était de 22 à 79 minutes, avec une durée moyenne de 39 minutes.

2.4 Méthode d'analyse des données

Par précaution, les entretiens étaient enregistrés à la fois via l'interface de vidéoconférence (enregistrement audiovisuel) et via l'application dictaphone sur iPhone (enregistrement audio).

Chaque entretien a été retranscrit littéralement, dans son intégralité, sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word). Ce travail de retranscription était effectué le plus précocement possible, pour faire apparaitre la partie non verbale au plus proche de la réalité (l'enregistrement vidéo ayant l'avantage de permettre l'analyse de la gestuelle et des expressions faciales).

Tous les entretiens ont été pseudonymisés (P01 étant attribué au premier participant, P02 au deuxième, etc.). La relation entre ce pseudonyme et l'identité du médecin a été conservée dans un fichier distinct auquel seule l'investigatrice avait accès, afin de garantir l'anonymat des volontaires. Ce fichier était conservé sur un ordinateur à usage strictement personnel, sécurisé par un mot de passe robuste tenu secret. Un engagement a été pris visant à supprimer ce fichier comportant les coordonnées des MSU à l'issue de ce travail de thèse.

Les données agrégées étaient anonymes, puisque soigneusement dépouillées de toute identification des répondants (les prénoms des internes lorsqu'ils étaient mentionnés n'étaient pas retranscrits ; et les lieux étaient appelés "Ville 1", "Grande ville 1", etc.). La retranscription et l'analyse des données étaient effectuées simultanément, à la suite de chaque entretien, afin d'identifier le point de saturation des données.

Chaque entretien a d'abord été analysé individuellement, de façon longitudinale : le verbatim était découpé en unités de sens, puis un code était attribué aux principales idées exprimées par le participant en utilisant la fonctionnalité "commentaire" de Word.

Le codage initial de chaque entretien a été affiné au cours de l'analyse des entretiens suivants lorsque cela était nécessaire. Ce codage ouvert a été effectué manuellement par l'enquêtrice. Un double encodage a été réalisé par le directeur de thèse sur un tiers des entretiens, afin d'augmenter la validité interne de l'étude. Une fois l'encodage des témoignages terminé, les commentaires des fichiers Word ont été extraits puis classés au sein d'un tableau Excel, afin de dégager les différentes catégories et sous-catégories.

Une analyse thématique transversale a ensuite été faite, selon une démarche inductive, permettant d'identifier les thèmes émergents et d'extraire les résultats de l'étude (37).

La cohérence de chaque thème avec les extraits codés était vérifiée. Les thèmes de l'ensemble du corpus ont été comparés entre eux pour vérifier l'absence de redondance et apporter des modifications lorsque nécessaire. Leur pertinence avec l'objectif de l'étude a été vérifiée.

Précisons que nous avons fait le choix de ne pas recourir aux logiciels dédiés à l'analyse qualitative des données car ils s'avèrent relativement onéreux, complexes d'utilisation, et non indispensables en deçà de trente entretiens (44).

2.5 Aspects éthiques et réglementaires

Un avis a été pris auprès de la déléguée à la protection des données de l'université de Poitiers. Nous avons donc rempli ensemble une fiche de conformité de traitement des données personnelles, et notre projet de thèse a ensuite été inscrit au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers (sous le numéro 202188).

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude non interventionnelle et que les données recueillies étaient anonymisées lors de la retranscription, il nous a été confirmé que les avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'étaient pas nécessaires dans notre cas.

Les MSU volontaires ont été recrutés après obtention de leur consentement oral, avec la garantie de l'anonymat, et l'information qu'ils pouvaient quitter l'étude à tout moment s'ils le voulaient.

L'utilisation des données recueillies a été strictement limitée aux besoins de l'étude.

S'il le souhaitait, chaque MSU interviewé pouvait avoir accès à l'enregistrement et à la retranscription de son entretien.

Aucun participant n'a reçu de compensation de quelque nature que ce soit pour cette étude.

3) RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, ce sont douze MSU qui ont participé à l'étude :

- L'échantillon comportait sept hommes et cinq femmes.
- Quasiment la moitié des MSU interrogés se situait dans la tranche d'âge 35 - 45 ans.
- La majorité des participants exerçait en milieu semi-rural.
- La moitié d'entre eux faisait partie d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

Participant	Sexe	Tranche d'âge (ans)	Ancienneté d'installation (ans)	Département d'exercice	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'IMG reçus	Durée de l'entretien (minutes)
P01	F	35 - 45	< 5	Charente	semi-rural	MSP	3	31
P02	F	45	10 - 15	Charente-Maritime	urbain	MSP	4	36
P03	H	60	> 30	Charente	rural	cabinet de groupe	3	31
P04	F	45	15	Deux-Sèvres	semi-rural	cabinet de groupe	2	40
P05	H	45 - 55	> 15	Charente-Maritime	urbain	MSP	4	22
P06	H	< 35	< 5	Deux-Sèvres	semi-rural	cabinet de groupe	3	38
P07	H	35 - 45	5 - 10	Vienne	semi-rural	MSP	2	39
P08	H	35 - 45	10	Charente	semi-rural	cabinet de groupe	3	79
P09	H	> 55	> 25	Vienne	urbain	MSP	4	42
P10	F	< 35	5 - 10	Charente-Maritime	semi-rural	MSP	1	39
P11	H	35 - 45	10 - 15	Charente-Maritime	rural	cabinet de groupe	4	45
P12	F	35 - 45	10	Deux-Sèvres	semi-rural	cabinet de groupe	1	27

Légende : F : Femme ; H : Homme ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

3.2 Le vécu des médecins généralistes de Poitou-Charentes faisant leurs premiers pas en tant que maîtres de stage de niveau 1

3.2.1 Acquérir des compétences d'enseignant

3.2.1.1 Les appréhensions initiales et les motivations

- Avant de se lancer en tant que MSU, on remarque que beaucoup de praticiens émettaient des doutes et éprouvaient la peur de ne pas être "à la hauteur".

Ce qui ressortait avant tout, c'était **la peur de l'inconnu** et l'embarras éventuel face au regard de l'autre : *« Après on ne sait pas trop à quoi s'attendre… Moi ça m'inquiétait beaucoup : je me demandais si j'allais en être capable (rires) ! […] J'avais peur d'être mal à l'aise, d'avoir quelqu'un tout le temps avec moi… à regarder tout ce je faisais… » (P12).*

Pour certains, il s'agissait d'**un manque de confiance en soi** : *« Surtout que c'était mon premier accueil d'interne, et que je ne me sentais pas forcément très sûre de moi-même. Enfin... on s'angoisse... on a envie de bien faire, c'est une responsabilité quand même... » (P02).*

Cela pouvait se traduire par **des inquiétudes concernant leur compétence à enseigner** : *« J'avais aussi l'appréhension de ne pas être suffisamment pédagogue. » (P03)* ; des incertitudes sur leur capacité à intégrer l'interne, ou encore **la réaction imprévisible des patients** : *« Au départ, il y avait énormément d'angoisses : comment intégrer un tiers dans la consultation ? Un nouveau tiers – on va dire un tiers professionnel – dans la consultation ? Quel serait le regard des patients par rapport à cette nouvelle personne ? » (P08).*

C'est pourquoi les débuts étaient parfois source de stress, le médecin voulant absolument faire bonne impression et **surtout ne pas se tromper devant l'étudiant** : *« Euh… pour être honnête, la première semaine avec ma première interne, j'ai un peu… comment dirai-je… j'appréhendais un petit peu qu'il y ait un jugement de sa part, hein ! Je me suis dit "Ouh là là, faut que je sois au top hein !"… cravaté, sur mon 31… et puis alors, pas d'erreur hein ! » (P09).*

- Toutefois, les motivations étaient présentes, et il suffisait parfois de peu de choses pour que le médecin décide alors de se lancer dans l'aventure.

En effet, plusieurs des participants mentionnaient l'existence d'**un facteur déclenchant** :

« J'ai eu une demande de maître de stage de la faculté, parce qu'ils étaient un peu… ils n'avaient pas suffisamment de maîtres de stage. Donc je me suis proposé. » (P07).

« J'ai été poussé par une de mes consœurs à qui il manquait un maître de stage, parce qu'il y avait un binôme, avec un des maîtres de stage qui a arrêté temporairement sa maîtrise, et donc elle se retrouvait en difficulté ; et puis vu qu'on se connaît, elle m'a appelé pour savoir si je voulais le remplacer. » (P08).

« Parce qu'il fallait quand même que je me bouge un peu les fesses pour enfin accueillir des internes, depuis le temps que j'y pensais, à un moment où en 2020 je savais que j'entrerai dans une maison de santé – puisque je n'y suis que depuis cette époque – donc j'étais tenté de travailler en équipe, et à vraiment faire en sorte que dans un établissement pluridisciplinaire de la sorte, des internes puissent être là quoi. » (P09).

Ces raisons diverses et variées avaient constitué pour eux un véritable déclic, les poussant alors à devenir MSU et à suivre le séminaire de formation dédié.

3.2.1.2 Suivre la formation

- Certains participants étaient **satisfaits** de cette formation.

L'un d'eux jugeait qu'il s'agissait d'un passage nécessaire, car la fonction de MSU ne s'improvise pas : *« Voilà, j'allais te dire "formation indispensable", tu vois ! Je ne pouvais pas me dire "Bah tiens, je vais être maître de stage" [...] ça doit passer à mon avis par un briefing. Et c'est le cas, et c'était indispensable. » (P09).*

Pour d'autres, le séminaire avait permis de dissiper les appréhensions et de les mettre en confiance : *« Je crois que ça répond à certaines de nos inquiétudes en tant que maîtres de stage [...] en fait, une fois qu'on a fait les deux jours de formation [...] ça m'avait vachement décomplexé. » (P11).*

Cela leur laissait le souvenir d'un moment agréable : *« C'était sympa ! J'ai bien aimé. » (P10)* … grâce à des animateurs pertinents et compétents : *« On sent que les formateurs ont quand même une expérience [...] il y a de la bienveillance quoi. » (P06)* ; *« C'était le même intervenant, qui était super ! » (P10).*

- Toutefois, la tonalité ambiante de la majorité des entretiens sonnait avec des **connotations négatives**, et cela pour diverses raisons.

- Une formation rédhibitoire, à laquelle les médecins allaient plutôt à reculons, simplement **par obligation** :

« J'y suis allée parce qu'il fallait y aller [...] mais moi vraiment j'ai un peu subi ça. » (P02)

« Et c'est aussi pour ça que je ne prenais pas d'internes, parce que rien que l'idée de faire la formation, ça me faisait chier ! [...] mais de toute façon on n'a pas le choix : pour pouvoir être maître de stage, il faut qu'on les fasse ! Donc à un moment donné j'y vais, mais j'y prends aucun plaisir. » (P04).

- Dans l'ensemble, les médecins interrogés ont trouvé la **formation trop théorique**.

Certains semblaient vexés des précisions qui avaient été faites, s'indignant en rétorquant qu'il s'agissait d'évidences : *« On est quand même des gens, enfin nous sommes quand même des professionnels qui exerçons depuis déjà un petit moment, on a – je pense – du bon sens. Tout théoriser [...] moi, sincèrement, ça ne m'a servi à rien. » (P02).*

D'autres, même, avaient eu le sentiment d'être infantilisé : *« Je trouve ça inintéressant, très chiant, et inutile ! Ça me gonfle ! [...] Je trouve qu'on est sur un mode très théorique "Il faut faire ci, il faut faire ça" [...] » (P04).*

Un autre concluait : *« Moi je vais être très honnête : je suis sorti de cette formation en me disant… euh… pfff (soupir)... Ouais, c'est… c'est… je vais le dire parce que c'est anonyme hein (rires), mais je me suis dit "C'est de la masturbation intellectuelle !" » (P08).*

- Une **présentation qui ne répondait pas tout à fait aux attentes** des futurs MSU.

La formation n'avait pas permis de rassurer tous les participants : *« Vraiment on ne nous met pas en confiance pour prendre un interne quoi. Voilà. Très clairement. […] On arrive avec des appréhensions et on repart avec. Ouais. » (P08)* ; ni même d'éclairer les zones d'ombres : *« C'est beaucoup de blabla (rires) ! […] C'était assez fumeux ! Bon, après je ne savais pas trop après à quoi m'attendre en pratique […] je me posais des questions mais je ne trouvais jamais les réponses… » (P12).*

En outre, les exigences requises pouvaient avoir un caractère décourageant : *« Cette formation […] elle donne un cadre un peu large, mais de toute façon ce qu'on nous demande de faire à ce moment-là, bah quand on le voit on se dit "Waouh… ! Jamais je le ferai !" » (P11).*

- Plusieurs d'entre eux n'étaient pas tout à fait d'accord avec **les messages véhiculés** lors de cette formation.

Une mise en pratique moins laborieuse que ce qui avait été annoncé : *« Je trouve qu'il y a trop d'intellectualisation de quelque chose qui est finalement beaucoup plus simple en pratique ! Ça complexifie. Enfin, quand on les écoute c'est "Oh là là, c'est vraiment compliqué d'accueillir un interne ! etc." » (P02).*

Un des MSU était mitigé et aurait apprécié que le discours tenu soit plus nuancé : *« Je pense que dans la formation, on enjolive un peu trop le fait d'avoir un interne avec soi, c'est-à-dire qu'on dit "Vous allez voir, c'est ultra enrichissant humainement, ça va être un échange permanent, etc."… euh… oui, enfin de façon idéale. Après, c'est pas forcément toujours comme ça. » (P08).*

- Une formation dont **l'intérêt a été jugé limité**.

Des connaissances préalables parfois considérées suffisantes : *« Après, c'est vrai que moi j'étais un peu biaisé parce que… parce que… je vais pas dire que je connaissais tout, mais ça me paraissait extrêmement limpide. En fait […] c'était ennuyeux pour moi… parce que justement je savais tout, et euh… enfin, je savais tout de la formation. » (P06).*

Un caractère répétitif, sans réelle valeur ajoutée : *« Sur deux jours on avait l'impression de faire toujours le même exercice et ça ne nous apportait pas grand-chose […] mais on oublie très très vite derrière parce que ça n'a aucun intérêt pour la formation de l'interne. » (P11).*

L'un d'entre eux estimait que certains points n'avaient pas été abordés durant la formation : *« Le management du comportement de l'interne […] l'enseignement en soi – c'est-à-dire la transmission d'informations et de compétences – on n'a jamais été formés à ça […] c'est pas cette formation qui nous a aidé à nous donner des outils ou des compétences dans ce domaine. » (P08).*

- Les avis étaient assez partagés concernant **les jeux de rôle**.

Certains praticiens n'avaient pas du tout accroché : *« Les jeux de rôle… ça me gave, ça m'agace […] devoir jouer un rôle devant vingt personnes, ça m'agace, c'est pas mon truc ! Et je trouve ça inutile ! Inintéressant ! » (P04)* ; *« Je ne suis pas un grand fan, moi ! » (P05)*.

… tandis que d'autres étaient enthousiastes : *« Bah oui, c'est bien sûr ! C'est génial ! […] on apprend bien plus avec les jeux de rôle […] ça rentre beaucoup plus facilement, et la mise en pratique est plus intéressante. » (P06)* ; *« Alors moi j'aime beaucoup, il y a plein de gens qui détestent, mais moi j'adore, je trouve ça très cool ! » (P10).*

3.2.1.3 Se faire confiance

Nombreux sont ceux qui privilégiaient la **spontanéité** dans leur relation avec l'interne, et se fiaient à leur **instinct** pour leurs pratiques pédagogiques en situation authentique :

« Je travaille beaucoup à l'instinct, enfin avec j'espère du bon sens […] Pour moi, c'est très intuitif. Enfin, il ne faut pas avoir une liste de choses dans sa tête en se disant "Il faut que je sois comme ci, il faut que je sois comme ça, etc."... ça se fait naturellement. » (P02).

« Moi, je ne sais pas ne pas être moi-même ! » (P09).

« Juste rester naturelle et ne pas se prendre la tête, parce qu'enfin voilà, je pense que c'est la meilleure façon d'être… » (P04).

« Je ne m'impose pas une organisation et une méthodologie strictes en fait. Et… il y a un peu de feeling ! […] pour vous répondre concrètement, je le fais vraiment au contexte et à la sensation […] on fait les choses de façon très intuitive. » (P08).

3.2.1.4 Tenir compte de son propre vécu d'étudiant

- La majorité des MSU interrogés ont forgé leur pratique d'enseignant d'après **leur expérience d'étudiant** :

« Moi j'ai tendance à mettre assez rapidement les internes en supervision indirecte […] je trouve – de mon souvenir –, que c'est surtout quand on fait tout seul qu'on apprend à faire […] Moi je trouve que c'est là où ça avance le plus, enfin dans les expériences que j'ai eues – je ne suis pas maître de stage depuis très longtemps – et aussi par mon vécu quoi. » (P01).

« Moi, je suis de la génération où j'ai déjà fait un stage de niveau 1 […] donc moi je sais ce qui m'a plu dans le stage, ce qui ne m'a pas plu avec mes maîtres de stage, etc. » (P04).

« […] et puis de faire de la réassurance aussi – beaucoup – parce que je trouve que nous on a été très stressés pendant nos études. » (P10).

- Beaucoup se référaient à leur propre cursus universitaire. En effet, pour certains, **l'internat n'était encore pas si loin…**

« J'ai déjà connu en tant qu'interne cette… pas cette formation évidemment, mais cette façon de faire. Donc je savais très bien, un petit peu ce qu'attendait le DMG […] en plus j'étais à Poitiers, donc vraiment… je sais comment fonctionne l'internat à Poitiers. » (P06).

« C'était encore pas très loin de ce que j'avais fait, donc ça allait […] Parce que moi j'ai passé l'internat il y a une dizaine d'années, donc je considère que c'est pas si vieux » (P01).

« Ça ne m'a posé aucun problème, parce que j'étais encore un interne il y a six ans : j'ai eu la chance d'avoir des maîtres de stage superbes, et des maîtres de stage catastrophiques… donc j'arrive à faire la distinction entre ce qu'il faut faire, et ce qu'il faut plutôt éviter de faire. Donc ça s'inscrit dans ce cadre-là. » (P07).

- **Au contraire,** les MSU les plus anciens ne pouvaient pas se fier à ce qu'ils avaient connu en tant qu'étudiants.

« Sachant qu'en plus mon internat de médecine générale c'était il y a trente ans, et qu'en fait je l'ai appréhendé tout de suite […] je ne pouvais pas me baser sur cette expérience d'il y a trente ans, même en inversant, tu vois ce que je veux dire ? C'est pas du tout ce que j'ai vécu, moi, à l'époque. » (P09).

3.2.1.5 L'importance de la pratique sur le terrain

Sur ce point, les MSU étaient tous unanimes : pour eux, rien ne vaut la pratique sur le terrain.

- En effet, le séminaire de formation ne suffisait pas, il fallait ensuite **se confronter à la réalité de la maîtrise de stage** :

« Après, quand on fait la formation, il y a pas mal de théorie quand même, et je dirai que ça nous parle pas forcément avant d'avoir accueilli des internes […] Je pense qu'il y a que quand on est dedans... (rires)... qu'on voit ce que c'est (rires). » (P01).

« […] mais bon évidemment c'est jamais aussi vrai que dans la vraie vie quoi. » (P09).

« Ça donne une idée, mais bon… après, voilà. C'est différent quand on y est (rires) ! » (P12).

- Cela requérait une certaine **capacité d'adaptation** :

« Oui bah après on apprend forcément aussi un petit peu sur le tas, et puis en fonction aussi de l'interne que l'on a : on est obligé de s'adapter. » (P02).

- De plus, l'expérience leur permettait d'**être progressivement plus à l'aise**. Une fois rôdés, ils intégraient plus facilement à leur pratique les outils qu'on leur avait fournis initialement :

« Et en fait je vois que maintenant, plus je suis – entre guillemets – vieux, et plus il y a des choses je me dis "Je peux les introduire, parce que j'arrive un peu mieux à lire mes consultations, mes internes… Comment je pourrai leur amener des choses… Où je veux les amener…" Et ainsi de suite. » (P11).

3.2.1.6 Endosser le rôle du MSU

- Les différents entretiens témoignaient d'**un engagement pédagogique prononcé.**

- Les participants avaient parfaitement conscience de **la mission qui leur incombait** :

« Du coup, les prochains, je sais que d'emblée il faut que je les sensibilise à ça : ça fait partie des choses que je dois leur apprendre moi. […] Après le but c'est qu'il progresse dans le stage. Je sais bien que tout le monde ne va pas arriver au même stade à la fin, mais s'il y a une progression, je me dirai que j'ai fait un peu du travail (rires). » (P01).

« On essaye d'être vraiment nickel, on est rigoureux, on a une mission d'enseignement. » (P09).

- Parfois, des difficultés au sein du trinôme avaient nécessité de réagencer le planning pour **assurer la continuité du stage ambulatoire** :

« Normalement c'est le lundi, mais il se trouve qu'il y a eu un problème dans notre trinôme : ça s'est mal passé avec l'un de mes confrères et donc maintenant on n'est plus qu'en binôme, donc il est là le lundi et un jeudi sur deux. » (P06).

- L'objectif était de **stimuler l'interne**, de l'encourager à faire des recherches et à réfléchir par lui-même, permettant ainsi de l'autonomiser :

« Ça maintenant c'est ce que je fais beaucoup avec les internes, c'est-à-dire leur dire "T'as une question ? Je te donne au moins une partie de la réponse. Ou en tout cas, je te dis il va falloir que tu cherches […] tu commences à regarder et on en parle" […] Et c'est vachement plus formateur en fait, parce que derrière ils ne me posent plus la question. » (P11).

- Les MSU interviewés souhaitaient **montrer l'exemple aux étudiants** en leur proposant un stage de qualité :

« Enfin, j'essaye de rester humble et de regarder toujours ce que je fais d'une façon critique, mais j'ai l'impression que je leur propose quelque chose qui est – j'espère – de qualité. Enfin, en tout cas, j'ai cette envie-là. » (P07).

- Devenir MSU impliquait, entre autres, des **responsabilités supplémentaires** et des obligations vis-à-vis de la faculté.

- Le cadre réglementaire a été abordé dès le séminaire de formation :

« Ça répond à certaines de nos questions : quel est le cadre à peu près ? Qu'est-ce qu'on doit faire avec des internes ? Qu'est-ce qu'on peut leur demander / pas vraiment leur demander ? Est-ce qu'on va passer pour des esclavagistes s'ils restent longtemps ? À quelle heure ils sont censés être fatigués ? (Rires). » (P11).

- Ainsi, chaque MSU en a pris connaissance et a fait de son mieux pour s'y tenir :

« Dans la réglementation, on est censé ne pas faire plus de vingt consultations dans la journée. Alors nous, au cabinet, en tout cas moi, j'essaye de respecter au maximum cette consigne. Euh… pfff (soupir)… c'est quand même compliqué de l'appliquer quotidiennement.» (P08).

- En outre, un des participants expliquait que ce qui l'avait poussé à s'investir dans la formation des jeunes, c'était d'avoir intégré une structure pluriprofessionnelle ; l'accueil d'étudiants étant un des critères requis par l'ARS pour obtenir le label de MSP :

« Comment être une maison de santé labellisée […] sans avoir des stagiaires ? C'est pas possible. » (P09).

- Ce nouveau statut signifiait également **revêtir le rôle de l'évaluateur** :

- En début de stage, **une évaluation globale** de l'interne s'imposait, permettant ensuite de personnaliser l'apprentissage et la progression :

« Il faut qu'on sache quand même d'où part l'interne, en fait. » (P01).

« J'ai évalué ses compétences dans à peu près tous les domaines […] à partir du moment où j'ai perçu qu'il n'y avait pas de difficultés particulières, la mise en autonomie est mise en place. » (P07).

- De même, il a fallu apprendre à **verbaliser les remarques** à l'interne, positives ou négatives :

« On est contraint quand même de dire à l'interne ce qui va et ce qui ne va pas. » (P08).

- Le MSU s'engageait notamment à **superviser le travail de l'interne de niveau 1** :

« Entre midi et deux et le soir, on a rebriefé toutes les consultations pour recontrôler toutes ses ordonnances, pour vérifier qu'elles étaient bien rédigées, qu'elle n'avait rien oublié, etc. » (P04).

« Je lui laisse gérer des patients dans une salle dédiée à cet effet […] et avant la fin de chaque consultation, je retourne checker un peu la prise en charge. » (P07).

- Pour **s'assurer de la qualité du raisonnement et de l'examen clinique de l'interne**, chaque MSU avait sa propre façon de faire :

« À l'occasion des nouveaux patients aussi, je lui laisse tout faire, de façon à ce qu'elle se familiarise aussi d'une part avec le logiciel et puis à voir un petit si… bah si elle pense à tout quoi. […] Je lui laisse faire l'examen dans certaines situations, quand je sais qu'il y a des choses spécifiques à trouver aussi, pour voir… voilà, si elle est attentive : je lui demande ce qu'elle entend, et puis on en rediscute après quoi. » (P05).

« J'ai regardé un petit peu comment elle procédait […] je pense que c'est plus dans l'observation, en regardant, en se disant "Ok elle sait faire ça, donc on va progresser là-dessus" etc. » (P10).

- Le MSU fixait des **objectifs pédagogiques** et définissait ainsi le cadre de travail :

« Je lui demande actuellement de se forcer à établir un projet thérapeutique et de prise en charge bien explicitée au patient, en adaptant son vocabulaire […] les objectifs qu'on avait mis en place ont été plutôt bien remplis. » (P08).

- Endosser le rôle d'évaluateur n'était pas chose évidente, **cela pouvait parfois mettre mal à l'aise les enseignants**. En effet, certains des participants avaient rencontré des difficultés :

« […] et il a fallu même menacer d'une non-validation de stage pour qu'il y ait une prise de conscience et pour faire comprendre à cette personne qu'en fait on n'était pas là pour sanctionner ou juger, mais que c'était notre responsabilité qu'à la fin du stage il puisse finalement prendre en charge des gens de façon efficiente, et qu'il ne les mette pas en danger. » (P08).

« Mais c'est vrai que c'est compliqué aussi, de dire à quelqu'un "Des fois je ne te sens pas à l'aise, ou j'ai l'impression que t'es à côté de la plaque… parce que là c'était quand même carrément… enfin, a priori on a l'impression que t'es pas là quoi, ou que tu ne sais pas ce que tu aimes faire", enfin des choses comme ça. » (P11).

- Au final, **investir cette mission d'enseignement** :

- impliquait toute une organisation en amont…

« On a des locaux qui sont… qu'on a pensé pour des internes, on avait préparé le terrain en amont, on a tout ce qui est logiciel et secrétariat qui est dédié aussi à la pratique de la maîtrise de stage, avec des plannings qui peuvent être dédiés, il y a eu de l'information… donc tout ça, ça s'est préparé. » (P06).

- nécessitait de redoubler d'attention et requérait beaucoup d'énergie…

« Ça nous demande beaucoup plus d'attention dans nos consultations, on doit être vigilant… en fait : on doit être à la fois présent pour notre patient, on doit être vigilant à ce que fait notre interne, on doit être vigilant à nous ce qu'on cherche à lui transmettre […] Voilà, en fait on se pose énormément de questions. » (P08).

- supposait de savoir jongler entre deux rôles distincts tout au long de la journée…

« C'est vraiment faire une pause et se dire "Bon, ok, on n'est pas que médecin. Donc il faut enlever la casquette médecin, il faut mettre la casquette pédagogue, il faut se dire : voilà on se calme, là on n'est plus en consultation, c'est différent"… » (P10).

- renvoyait une image valorisante aux patients, en leur donnant parfois accès à notre cheminement intellectuel…

« Pour eux, ça leur fait un regard de plus, et puis ça donne de l'importance à leur médecin, donc ça leur donne de l'importance aussi. Je pense qu'il y a un truc un peu comme ça, tu vois. Il y a ce côté un peu prestigieux du professeur, quoi. » (P10).

« En fait, tout au long de la consult, moi j'ai une discussion assez ouverte, des fois en disant aux gens "Bon bah là je vais vous expliquer ce qui se passe dans ma tête, pour qu'en fait on en discute avec l'interne" […] ils voient comment ça fonctionne dans notre cerveau et ils se disent "Bah ouais il réfléchit, ou il a fait attention, ou voilà" […] d'ailleurs ils le disent les patients "Bah on voit bien… tout ce que c'est le travail de médecin finalement." » (P11).

3.2.2 Réaliser les ajustements nécessaires

3.2.2.1 Fixer des règles avec l'interne

- Au début de la journée, lors de l'arrivée de l'interne en stage, chacun des MSU de notre panel avait ses propres exigences :

Pour certains, il s'agissait de **respecter des horaires précis** : *« Je lui demande d'arriver une dizaine de minutes avant la première consultation, de façon à ce qu'on puisse établir les objectifs de la journée. » (P08).*

Pour d'autres, de **ne pas interrompre une consultation débutée**, a fortiori s'il s'agissait d'un examen gynécologique : *« On avait simplement débuté la consultation et c'est délicat d'arriver en cours de route. » (P02).*

- Au cours de la journée, plusieurs des MSU souhaitaient **débriefer au fur et à mesure**, en faisant un point avec l'interne avant que le patient ne soit plus à sa portée :

« Je ne veux pas qu'elle laisse partir les gens sans qu'on en ait discuté avant. Donc en fait, à chaque fois qu'elle a fini sa consultation, elle m'appelle pour dire "Il est venu pour ça, j'ai fait ça, j'ai prescrit ça, est-ce que c'est bon ?" : on en rediscute trois minutes, et s'il y a des compléments de choses à faire, eh ben elle le fait. » (P04).

« Elle a fait une visite de renouvellement de traitement assez simple, ça s'est très bien passé, avec un point téléphonique avant qu'elle sorte du domicile du patient chez qui elle est allée. » (P07).

- Enfin, une des règles d'or était de veiller à toujours **attendre le moment opportun** pour échanger entre professionnels. En effet, la plupart des MSU préféraient répondre aux questions de l'interne en aparté, entre deux consultations :

« Parce qu'avant on dialogue – pas pendant, on évite, donc c'est toujours après – ou alors ça peut être pendant, mais en catimini… » (P09).

« Au cours de l'échange qu'on a pu avoir, mon interne a lâché le mot "cancer" de façon un petit peu… aléatoire… et sauf que voilà, c'est un mot qui a été entendu quand même par la patiente… donc on a redébriefé par rapport à ça […] je lui ai demandé de différer un petit peu lorsqu'elle était interpellée par une prescription, qu'on puisse le faire peut-être a posteriori, de façon à ne pas engendrer d'angoisse supplémentaire pour la personne. » (P08).

3.2.2.2 Apprendre à composer en fonction de la disponibilité des locaux

Plusieurs des MSU interrogés ne disposaient pas d'un bureau supplémentaire pour faire consulter l'interne, et devaient par conséquent **s'arranger autrement** : *« Je ne peux la faire travailler en autonomie que lorsqu'il y a un bureau de libre, mais c'est pas… c'est vraiment sur des créneaux très spécifiques, et après voilà on ne peut pas le faire toutes les semaines non plus. » (P08).*

Certains en riaient : *« En général en fin de matinée je la laisse en autonomie complète, tout en étant bah… dans la salle d'attente du coup (rires), parce que j'ai pas de pièce en dehors. » (P05)* … tandis que d'autres affichaient clairement leur **mécontentement** : *« Moi je lui laisse mon bureau […] là j'ai la chance que ma collègue soit absente donc je peux prendre son bureau […] Mais c'est pas pratique, parce que pour passer les cartes bleues et les cartes vitales, je suis obligée de faire des allers-retours dans le bureau… Pfff (soupir)… » (P12).*

3.2.2.3 Un autre mode de fonctionnement pendant la consultation

- Apprivoiser le travail en binôme (MSU – interne de niveau 1)

Être MSU sous-entendait de s'astreindre à lâcher prise sur les consultations ; ce qui impliquait de **ne plus avoir le monopole** : *« Alors ce que je trouve difficile encore, c'est de laisser l'interne en autonomie complète. » (P01).*

Autrement dit, c'était être capable de passer la main et accepter de **passer parfois au second plan**, afin de **faire une place à l'étudiant** : *« Donc comme on est deux, moi en fait je suis son assistante : je transforme ma salle de gynécologie, je lui prépare ses gants, le matériel pour le frottis [...] » (P02).*

Cela imposait de **faire des efforts**, car les habitudes reprenaient vite l'ascendant ; c'est pourquoi plusieurs des MSU interrogés préféraient **la supervision indirecte** à la supervision directe :

« J'ai beaucoup de mal à faire de l'observation directe : quand moi je suis là et que je ne fais rien, ça c'est compliqué pour moi. C'est pour ça que je préfère presque ne pas être dans la salle, en fait. Parce que je parle – moi j'aime bien parler –, et ce sont mes patients – et mes patients ils aiment bien parler avec leur médecin –, et donc discuter de la pluie, du beau temps, de leur vie, machin… » (P10).

« Quand on est à côté on a envie d'intervenir, donc je trouve ça dur de regarder ce que fait l'interne et de ne rien dire ou de… on a envie de commenter [...] bon, après faut laisser faire… mais je trouve que finalement c'est plus facile de laisser faire en n'étant pas là. » (P12).

D'ailleurs, les étudiants n'étaient pas forcément plus à l'aise que les MSU avec cette phase de supervision directe, et **l'inconfort de l'interne** était parfois palpable :

« Pour moi c'est pas un problème ; c'est souvent plus un problème pour l'interne, qui est souvent mal à l'aise parce que c'est pas toujours facile d'être regardé, mais moi ça ne m'a jamais posé de soucis. » (P06).

« Cette personne fonctionne beaucoup mieux toute seule qu'avec un maître de stage. Voilà, elle est extrêmement angoissée du regard de son maître de stage, elle est tellement perfectionniste qu'elle… bah qu'elle se paralyse, en fait. À chaque fois que je suis à côté d'elle, on a l'impression qu'elle perd ses moyens, parce qu'elle a tellement envie de bien faire et que je sois satisfait de son travail, que finalement ça la dessert ! » (P08).

Quoiqu'il en soit, **le MSU devait être prêt à reprendre la main si besoin**, c'est-à-dire aider l'interne en difficultés :

« L'examen gynécologique [...] quand elle a des difficultés par exemple à trouver le col, j'essaie de lui donner "mes trucs" à moi. Bien souvent elle y arrive toute seule, sinon il m'arrive de reprendre la main. » (P02).

- S'accommoder des modifications dans les relations médecin traitant – patient – IMG

Les MSU de notre échantillon soulignaient combien il était difficile de **casser les habitudes établies** : *« Après c'est vrai que les patients ont tendance – certains – à me regarder moi, et pas l'interne ; alors en général je leur fais un petit signe (elle montre des yeux) en leur disant "C'est pas moi"... » (P02).*

Certains admettaient que **la présence de l'interne interférait avec leur comportement** au sein de la consultation : *« J'imagine qu'on n'est peut-être pas… qu'on ne se comporte peut-être pas tout à fait comme si on était tout seul, quoi. On essaye de bien faire, de faire plus attention, de faire plus de choses au niveau de l'examen, tout ça. » (P12).*

La **réaction des patients** était variable, allant de l'indifférence manifeste : *« Les gens ils discutent, l'interne est à coté : ça ne leur fait ni chaud ni froid qu'il y ait un troisième larron dans le bureau !»* (P09) … à une participation active dans une ambiance décontractée : *« Voire même c'est eux qui s'intègrent dans cette relation tripartite dont vous parliez tout à l'heure, en balançant des grosses vannes, en regardant les étudiants et en disant "Bah de toute façon on a un médecin qui est nul, donc c'est très bien que vous soyez là !" ou des choses comme ça (rires) » (P11).*

3.2.2.4 La gestion du temps

- Dans l'ensemble, les MSU avaient **adapté leur planning** en conséquence, et cela dès le début du stage, notamment en prévoyant des créneaux de pause :

« Là tu vois, en Mai j'ai bloqué des créneaux parce que je sais que je vais avoir une nouvelle interne […] Donc ouais, j'ai anticipé ça. Et puis ces pauses je les enlèverai plus tard – enfin voilà, je ne les ai pas mis pour plus tard – mais voilà, je pense que le premier mois il faut y aller mollo. » (P10).

- Malgré cela, plusieurs des praticiens interviewés déclaraient **prendre plus facilement du retard** en présence d'un interne :

« C'est vrai que quand j'ai un étudiant j'ai facilement trois ou quatre créneaux de consultations, et un créneau de "trou" pour récupérer un petit peu de retard ; et malgré ça quand j'ai un étudiant, en général je finis ma demi-journée avec une demi-heure / trois-quarts d'heure de retard. » (P04).

C'est pourquoi ils gardaient toujours un œil sur la montre : *« Je me laisse une deadline : c'est-à-dire qu'on est en capacité de prendre jusqu'à une demi-heure de retard, mais dès qu'il y a trente minutes de retard, c'est moi qui reprends la main – soit sur l'outil informatique, soit sur les consultations – voilà. L'idée c'est pas non plus qu'on finisse avec trois heures de retard en fin de journée. » (P08).*

- Relevons que l'une des généralistes regrettait de **ne pas avoir su anticiper** ces modifications dans son organisation :

« Pour l'instant […] il n'arrive pas trop à gérer tous les quarts d'heure, c'est compliqué. Il faut essayer de jongler. Alors moi j'essaye de rattraper le temps en prenant des patients dans un autre bureau […] c'est vrai que j'ai pas pensé que j'aurais peut-être dû modifier mon planning, mettre des créneaux autres, ou voilà… » (P12).

- Leurs **journées** étaient particulièrement **bien structurées**, afin que le déroulé soit le plus optimal possible et que l'interne bénéficie d'un planning aménagé :

« Alors elle est arrivée à 9h – moi je commence à peu près à 8h30 mes consultations – […] on a consulté toutes les deux de 9h à 12h, au rythme d'un patient par quart d'heure […] en début d'après-midi, quand je reprends, c'est là que je la laisse un petit peu en autonomie […] On a terminé hier il était 19h15 – enfin bon après moi je fais ma paperasse, je scanne les courriers, je fais tout ce qui est administratif –, bien sûr je la libère ! » (P02).

Entre autres, le **choix des plages horaires pour la supervision indirecte** de l'interne n'était pas laissé au hasard : *« C'est pour ça que je ne laisse pas trop de consultations, parce que sinon je me retrouve tout de suite avec une heure de retard, et c'est compliqué à gérer pour la*

suite […] en fait, je vais le laisser soit en fin de matinée, ou fin d'après-midi. Mais c'est vrai que je ne vais pas débuter par ça, parce que sinon ça nous… ça… ça peut être dur à gérer après (rires) ! » (P05).

- Le constat d'une **évolution au fil du semestre** :

À la fin du stage, le MSU pouvait profiter que l'interne consulte en autonomie pour se concentrer sur d'autres tâches :

« Ça rend les journées un peu plus longues. Et je vais mitiger : ça c'est au début du stage. Parce que généralement, à partir du milieu ou de la fin de stage, en fait comme on fait faire une partie du travail aux internes […] il y a du gain de temps : moi je vois, sur les fins de stage, les journées où j'ai les internes, j'emmène des trucs à faire quoi ! » (P11).

- Tous les participants s'accordaient à dire que la maîtrise de stage était **une activité chronophage** :

- **le premier jour** avec l'interne était bien entendu particulier : *« Ça s'est plutôt bien passé, bien qu'on ait été complètement dans le rouge tout au long de la journée […] et puis c'est toujours, alors je ne dirai pas plus compliqué, mais une journée un peu plus chargée la toute première… ouais, où on prend contact, en fait. » (P11)* ;
- **la période de l'année** avait elle aussi une influence sur le temps disponible pour la pédagogie : *« L'été, si c'est calme, je vais les laisser aller un petit peu plus loin tout seul, et puis rectifier si je pense que c'est nécessaire […] forcément ça prend un peu plus de temps et malheureusement, selon les périodes, bah on ne peut pas toujours le donner comme on voudrait quoi. » (P01).*
- un des MSU se félicitait de régir lui-même son planning et d'avoir ainsi **la mainmise sur le temps** : *« Oui par là c'est… c'est chronophage ! […] Je gère mon planning : je le gère d'autant plus facilement que c'est moi qui réponds au téléphone […] Tu vois, la quantité et la qualité, je les gère facilement en ayant mon téléphone. » (P09).*
- un autre concluait : *« Ça prend du temps, en fait. Euh… le médecin qui veut se lancer là-dedans en se disant "Ça va me permettre de décharger un peu de patientèle au quotidien sur l'interne" il se met vraiment le doigt dans l'œil […] parce que c'est… c'est du boulot. » (P07).*

- Finalement, cela engendrait parfois **le report de certaines tâches à plus tard**, en dehors de la présence de l'interne :

« […] des choses que des fois je faisais pour moi le midi, et que je ne peux pas faire. Parce que j'ai pas envie automatiquement de les laisser tout seul ou autre chose […] mais c'est parce que moi je fais comme ça, hein. » (P11).

« Les rendez-vous sont décalés au lendemain, et le lendemain j'ai une journée de merde, mais enfin c'est tout hein (rires) ! […] Enfin non mais ça va, non mais attendez, j'exagère, le lendemain c'est pas infernal non plus hein ! Mais bon, c'est vrai que ce que je ne peux pas faire avec l'interne, je suis obligé de le faire le lendemain, c'est normal […] parce que je n'absorbe pas tout avec l'interne comme j'absorbe quand je suis tout seul. » (P03).

« Le temps qu'on passe à discuter des cas, des fois il peut apporter quelque chose, mais c'est vrai que sinon c'est du temps où je fais autre chose, comme ma paperasse (rires) ! » (P01).

3.2.2.5 S'adapter à la variabilité des internes

- Les MSU constataient qu'un interne de **premier semestre** leur demandait davantage de temps qu'un interne de **second semestre**, lequel était forcément un peu plus autonome déjà :

« Et là par contre, c'est le premier semestre où j'ai vraiment quelqu'un de premier semestre, et qui n'a pas d'expérience seul [...] On est obligé de repartir un petit peu en arrière, ce que j'avais pas forcément prévu par rapport aux expériences d'avant quoi. » (P01).

« Parce que là je vais avoir un interne qui aura fait les urgences, qui du coup n'aura pas le même niveau que mon interne actuelle quand elle est arrivée au début… » (P10).

- Plusieurs des médecins interrogés avaient été confrontés à **un interne en situation de difficultés** :

« J'ai eu une interne qui avait peut-être un petit peu moins de "sens pratique", un petit peu moins de "bon sens", et que j'ai dû vraiment coacher et accompagner un petit peu plus, un petit peu plus longtemps. Que j'ai eu un peu de mal à autonomiser, et qui au bout du compte ne s'est pas trouvée à l'aise avec cette pratique de la médecine générale, et qui a souhaité faire un droit au remords. » (P02).

« J'étais passé à côté de certaines choses, parce que justement c'est des internes qui ne se sentaient pas à l'aise en médecine générale […] moi je l'ai perçu parce que quand je lui demandais comment ça se passait avec les autres collègues, elle me disait "Elles me font faire ça, ça…" et je voyais à la façon dont elle le disait, que ça ne se passait pas très très bien […] j'avais l'impression qu'il y avait quand même une certaine forme de souffrance à aller faire certaines choses dans d'autres cabinets en fait. » (P11).

- La **personnalité de l'interne** avait incontestablement son importance :

« Parce qu'il y en a avec qui on est en accord, et donc il y a des petites choses à corriger, mais on part dans le même sens. Et il y en a d'autres, pas tout à fait... » (P01).

« Il y a des internes qui vont s'intégrer – j'ai envie de dire de façon quasi naturelle – dans la consultation ; alors qu'il y en a d'autres pour lesquels il faudra préparer les interventions, en leur laissant la main à certains moments de la consultation, et on va dire catalyser un petit peu leur investissement dans la consultation. » (P08)

- Une des MSU avait rencontré **une difficulté relationnelle avec un de ses internes**, mais elle avait su faire la part des choses et réagir de façon appropriée en sollicitant l'aide d'un confrère :

« Moi j'en ai eu un […] je pense qu'il avait du mal avec le fait que j'étais une femme et que je savais plus de choses que lui […] et en fait je l'ai mis une journée en consultation chez un de mes collègues homme, et là ça s'est super bien passé ! Donc en fait je me suis dit que c'était vraiment le rapport avec moi qui n'allait pas. Mais ça ne m'est arrivé qu'une seule fois […] on a le droit à un moment donné, comme avec les patients, que ça passe ou ça ne passe pas, enfin on ne peut pas s'entendre avec tout le monde. » (P04).

- Tout compte fait il apparaît que, quelle que soit la situation rencontrée, les praticiens avaient non seulement tenu compte de cette variabilité, mais surtout ils avaient réussi à **s'ajuster à l'étudiant** :

« L'interne que j'avais eue la dernière fois, malheureusement elle n'était pas suffisamment autonome, et… et donc elle faisait les consultations […] par contre systématiquement à la fin je venais m'assurer que tout allait bien… voilà, elle était moins… il y avait moins d'assurance, un petit peu plus de lacunes… » (P06).

- Ce qui expliquait qu'in fine, certains se sentaient **prêts à toutes les éventualités** possibles :

« On voit quand même des grosses grosses disparités de compétences, d'investissement… Moi, sur les trois internes que j'ai eu, vraiment, j'ai eu des gens diamétralement opposés quoi […] Ouais, je pense que j'ai eu les deux extrêmes, donc maintenant je peux accueillir tout le monde, il n'y a pas de problème ! (Rires) » (P08).

- Pour d'autres, en revanche, **des inquiétudes subsistaient** quant à la possibilité, un jour, d'une **incompatibilité avec l'interne**…

« L'idée qu'éventuellement on pourrait avoir en face de soi un personnage avec lequel l'entente serait difficile, voire les relations conflictuelles. » (P09).

« Après, moi j'ai juste peur de tomber sur quelqu'un qui est très incompétent et très désagréable. C'est plus des craintes en fait, voilà c'est plus des craintes. […] Moi j'ai besoin d'avoir quelqu'un qui a un peu de pêche, et puis qui a envie quoi ! Quelqu'un qui est amorphe, ça va être compliqué pour moi. » (P10).

« Moi je ne l'ai pas vécu, mais je pense ça peut être une des choses difficiles, si on n'a pas un bon feeling. » (P01).

- L'un d'eux évoquait même le **caractère inéluctable** de se retrouver en situation de difficulté avec un de ses internes :

« Je ne suis jamais tombé – et j'espère que ça n'arrivera pas tout de suite, mais bon ça arrivera forcément un jour – sur un interne malheureusement très compliqué. Ça peut arriver, il peut être désagréable avec les patients […] » (P06).

3.2.2.6 Les consultations particulières

- Les consultations particulières, **du point de vue des MSU** :

L'une des généralistes de notre étude choisissait d'effectuer elle-même les téléconsultations : *« Souvent quand il y a une consultation en vidéo, c'est moi qui la fais. » (P02).*

Exceptionnellement, le MSU avait souhaité être seul pour effectuer une consultation : *« Je l'ai faite partir avant la dernière consultation ; puisque la dernière consultation était très spécifique : c'était un couple qui venait pour parler de leur situation difficile, et voilà…*

ils venaient déjà à deux, nous on aurait été deux… être quatre dans la consultation c'était un petit peu plus complexe. » (P08).

- Les consultations particulières, **du point de vue des patients** :

Plusieurs des MSU interrogés avaient été confrontés à des patients refusant la présence de l'interne. Il s'agissait de cas isolés, et le plus souvent ces refus concernaient les consultations à caractère intime, que ce soit sur le plan physique ou psychique :

« J'ai très rarement du refus. […] C'est plus pour un problème de motif de consultation que pour un problème de personnalité. Voilà, les choses qui sont un petit peu tabou ou honteuses dans notre société. Et du coup, bah voilà, ils préfèrent n'en parler qu'à moi. » (P07).

« J'ai pas eu trop de gens qui ne voulaient pas voir l'interne. Sauf après, voilà, les examens gynéco, ou… après c'est des gars les internes que j'avais, donc forcément c'est moins simple avec des hommes… » (P12).

L'un des MSU relatait le cas d'une patiente incommodée par la présence des étudiants, ce qui l'avait motivée à se séparer de son médecin traitant :

« J'ai eu une fois un cas où j'ai une dame qui a appelé le secrétariat et qui n'était pas contente, et que j'avais rappelé derrière, et qui en fait a changé de médecin traitant parce qu'elle en avait marre qu'il y ait des étudiants ; et que comme elle avait un dossier médical qui était relativement complexe et qu'il fallait réexpliquer aux gens qui étaient là pour qu'ils puissent comprendre les tenants et les aboutissants des consultations, elle se sentait comme un cobaye en fait. » (P11).

Face à ces cas de refus, chaque MSU avait sa propre façon de réagir :

- une des participantes recadrait les patients : *« Bon, moi j'ai eu une patiente, qui a été vraiment pénible […] qui trouvait scandaleux que je puisse laisser l'interne la prendre en charge... enfin bon […] elle a été désagréable avec l'interne. Je l'ai revue depuis, et j'ai vraiment remis les choses au point. » (P02).*

- une autre n'hésitait pas à parler franchement aux patients et à y aller sans détours : *« De temps en temps on a un frein sur les consultations gynéco, surtout quand l'étudiant est un garçon… et alors là moi je mets les pieds dans le plat, je leur dis "Ok, vous ne voulez pas qu'il vienne. C'est con […] vous savez, si moi je peux vous le faire, c'est parce qu'il y a des gens qui m'ont laissé regarder, il y a des gens qui m'ont laissé faire." » (P04).*

- un dernier ouvrait la discussion afin de fournir les explications nécessaires et de rassurer la personne : *« Quand j'ai des refus, j'essaye vraiment de comprendre avec le patient ce qu'il s'est passé : est-ce que c'est une mauvaise expérience au CHU ? Est-ce qu'il y a un souci ? […] j'ai eu une fois, ouais c'était aux urgences, elle avait eu une mauvaise impression d'un interne aux urgences, et elle pensait que les internes c'était pas vraiment des médecins, donc je lui ai dit non, ça ne va pas… enfin, je l'ai rassurée quoi. » (P06).*

Précisons que deux des douze participants (P09, P10) n'avaient jamais rencontré de refus.

3.2.2.7 Les ajustements non faits, mais envisagés

Certains ajustements n'avaient pas encore été réalisés, mais ils étaient pourtant présents dans un coin de la tête des MSU… Le changement n'était pas toujours facile à mettre en œuvre.

- Parfois, il s'agissait simplement de **la communication auprès des patients** :

« Alors moi je ne l'ai toujours pas fait, mais je voulais mettre une petite affichette dans le couloir pour prévenir, mais il faut que je le fasse hein, qu'ils étaient susceptibles d'être accueillis par une autre personne que moi… » (P02).

- Mais le plus souvent, ce qui posait dilemme aux MSU débutants, c'était **la question du planning**. Les praticiens étaient à ce sujet ambivalents, partagés entre le temps pédagogique et le temps médical disponible pour répondre à la demande des patients :

« Il faudrait presque que je baisse un petit peu mon nombre de consultations, mais c'est pas facile à faire sur les créneaux ordinaires. » (P04).

« Je sais que j'ai une de mes consœurs, autre maître de stage, qui fait des rendez-vous d'une demi-heure. Je pense que c'est très bien : c'est quand même beaucoup plus à l'aise pour l'interne. Euh… moi je ne peux pas le faire. C'est pas que je veux pas hein ! Mais c'est pas possible, que je fasse des rendez-vous d'une demi-heure. » (P03).

« Il faudrait que je réorganise mon planning le jour où il est là, quoi. Faire des créneaux plus longs, voilà […] Je ne l'ai pas fait ! Et je pense que je vais rester comme ça, parce qu'on a énormément de demandes, et c'est très compliqué. » (P12).

3.2.3 Créer les conditions favorables à l'échange…

3.2.3.1 … avec l'IMG

- Le prérequis indispensable était d'**avoir de la considération pour les IMG**

Cela signifiait tout d'abord un respect mutuel : *« Moi je considère qu'à partir du moment où ils sont là, ils sont médecins, donc c'est des confrères et des consœurs, même s'ils sont encore un peu bébés et qu'ils ne savent pas encore tout […] c'est des internes quoi… c'est pas des remplaçants, c'est pas des… ils sont en apprentissage, quoi ! Et surtout, c'est des futurs collègues ! » (P10).*

Les MSU prenaient soin de les intégrer d'emblée en les faisant participer activement : *« Dès le premier jour, ils sont à mes côtés pour faire les examens. Dès le premier jour, ils sont sur l'ordinateur pour se familiariser avec le logiciel métier et commencer à rentrer les observations […] Moi j'essaye de l'intégrer au maximum, dès le début. » (P08).*

D'ailleurs, pour certains, la partie informatique passait au second plan : *« Après au niveau de la tenue des dossiers, bah je ne l'emmerde pas avec ça non plus… euh… je sais que ça fait partie du travail dont je devrais leur parler, m'enfin… enfin bon, ils sont pas là pour taper des machins… non, non. Ils sont là pour parler des gens ! » (P03).*

Enfin, ils tenaient compte de leurs remarques dans l'optique de s'améliorer : *« Je fais toujours un peu une critique de ce que je leur propose comme formation. Et euh… donc je modifie ma façon de les former avec leurs retours. » (P07).*

- S'en suivait **le développement d'une relation**

Bien sûr, il s'agissait dans un premier temps de faire connaissance : *« Ça oblige à expliquer un peu qui on est […] voilà, on est obligé de se découvrir un peu (rires) ! » (P11)* ; les trajets en voiture étaient particulièrement propices à la discussion entre deux visites : *« Donc ça nous laisse le temps de pas mal échanger sur les situations avant, de présenter un petit peu les patients, et aussi après sur comment ça s'est passé. Et ça nous donne l'occasion aussi de faire connaissance sur le reste. » (P01).*

Petit à petit, une relation de confiance se mettait en place : *« Comme je lui dis : on est à quatre mois de stage, normalement la relation elle a été établie entre nous, il n'y a plus de raison qu'il y ait de l'angoisse ou du stress etc. C'est un compagnonnage, nous on n'est pas là pour juger hein : on est là pour accompagner, aider […] » (P08).*

Les MSU avaient pour habitude de communiquer énormément avec leurs étudiants, que ce soit pour leur fournir des explications ou bien pour faire de la réassurance. Ils étaient transparents sur ce qu'ils ressentaient, car ils tenaient à ce que les internes se sentent à l'aise : *« Je lui dis qu'on est à la bourre, que ça ne vient sûrement pas d'elle, que moi je préfère qu'on soit à la bourre et qu'elle prenne le temps de faire les choses correctement […] je pense que… c'est important qu'elle ne se sente pas coupable de ça, que c'est normal qu'elle doive prendre plus de temps que moi, et que du coup ça s'accumule un petit peu derrière, mais que c'est quelque chose de tout à fait normal. » (P07).*

- Pour cela, les MSU interviewés adoptaient **une posture égalitaire**

Ils ne se considéraient pas comme "le savant" qui enseignait à "l'ignorant", ils estimaient qu'ils avaient encore des choses à apprendre eux aussi et ils ne s'en cachaient pas : *« J'allais replancher moi aussi de mon côté – après lui avoir dit que j'avais oublié quelques notions, bien sûr – et donc on va replancher tous les deux, on va remettre ça sur le tapis la semaine prochaine. » (P09).*

De même, ils reconnaissaient volontiers qu'ils pouvaient eux aussi se tromper parfois :

« Je sais que je vais faire des conneries, c'est pour ça que je dis toujours aux étudiants qu'il ne faut pas copier ce que l'on fait mais plutôt comprendre ce que l'on fait. Et quand il y a quelque chose, ne pas hésiter à me le dire. » (P11).

« Moi, je peux faire des conneries. Enfin, il y a des trucs que j'ai fait elle m'a dit "mais pourquoi tu as fait ça ?" je lui ai répondu "ah mais oui, merde, oui bien sûr, il ne faut pas faire ça !"… Enfin, tu vois, et puis c'est pas grave. » (P10).

Ils appliquaient personnellement les exigences formulées à leurs internes : *« Quand je me trompe je le dis, je vérifie mes sources, je demande à ce qu'ils le fassent aussi. » (P06).*

Enfin, ils étaient d'avis que chacun devait être capable de faire des concessions, et qu'il s'agissait d'une adaptation mutuelle : *« Et c'est vrai que normalement, moi je les prends tel jour, là avec mon interne elle a dit "Ouais, ça m'arrange pas trop, parce que…" et bah ok, on a changé de jour, elle vient pas le même jour les deux semaines, enfin… moi je m'adapte en fonction de ce qu'ils ont quoi ! […] Ils s'adaptent à moi, je m'adapte à eux… » (P04).*

- Surtout, ils signifiaient **être ouverts à la discussion**

En posant les bases dès le départ : *« Au début du semestre, ce que je lui ai dit c'est "Ça se trouve ce que je fais c'est pas ce qui est écrit dans les recos, toi tu vas sûrement pas faire ce que je fais parce qu'on travaille tous différemment, c'est pas grave. Donc si t'as des questions tu me les poses quoi, voilà, point." » (P10)*.

C'est-à-dire en précisant à l'interne qu'il avait le droit de ne pas être d'accord : *« Je pense que j'ai un échange assez facile, je leur dis dès le début que je ne sais pas tout, que peut-être il y a des choses avec lesquelles ils ne sont pas d'accord [...] mais que je suis prête à discuter de ma pratique. » (P01)*.

En l'encourageant à communiquer, et en l'incitant à verbaliser ses tourments éventuels : *« Tout de suite cadrer en disant "Au fait, voilà, si t'as l'impression que t'es pas fait pour ça, ou que ça ne se passe pas bien avec moi, ou que t'es pas à l'aise en médecine générale ou autre… Enfin, on en parle." » (P11)*.

Enfin, les MSU étaient capables de discuter des points divergents : *« Au départ, il y avait beaucoup d'angoisses sur la possible critique, mais finalement c'est une critique constructive, donc finalement je leur demande immédiatement de me dire s'il y a des choses que je ne fais pas bien, ou des choses qui leur posent question, qu'on puisse en parler, qu'on puisse regarder ensemble et… dans une optique de toujours s'améliorer. » (P08)*.

- Ils acceptaient que l'IMG puisse **penser autrement** et/ou **faire différemment**

Certains MSU avaient conscience des discordances possibles : *« Il y a certaines pratiques que je fais qui ne sont pas forcément les pratiques qu'ils ont apprises, donc je leur explique pourquoi je fais comme ci ou comme ça. » (P03)* ; mais ils étaient capables d'expliciter leurs pratiques : *« Un interne qui va poser des questions parfois va nous titiller sur des prises en charge, bah faut être capable de lui expliquer pourquoi on a fait ça, pourquoi là on est dans la recommandation, pourquoi là on ne l'est pas… » (P06)*.

L'un d'eux soulignait l'intérêt de systématiquement comparer sa vision avec celle de l'interne : *« Toujours confronter notre perception d'une consultation [...] confronter notre point de vue avec comment l'interne l'a ressentie. » (P11)*.

- La clé était de **prendre le temps**, tout simplement

« Et puis le soir on débriefe, si elle a des questions, elle prend des notes sur un petit carnet [...] s'il y a des sujets qu'on veut aborder un petit peu plus longuement, bah si elle le souhaite on peut toujours prendre le temps en fin de consultations. » (P02).

« Une information "brute" il va falloir en effet l'adapter – comme on fait à chaque patient – il va falloir l'adapter à l'interne, il va falloir parfois répéter cinq fois, dix fois… pour que vraiment l'interne puisse acquérir vraiment la notion, la compétence, ou même le geste adéquat. » (P08).

- Ce qui leur permettait parfois de **découvrir certains aspects pratiques** de la formation actuelle des IMG

Concernant les **modalités d'évaluation** : *« Là j'ai découvert, si, récemment, qu'en fait le concours de l'internat n'était plus que des QCM, chose que je ne savais pas. » (P01)*.

Concernant la **possibilité de se réorienter** en faisant un droit au remords : *« Parce que moi je ne savais même pas qu'on pouvait faire un droit au remord quand on était en médecine générale ou autre (rires). Donc voilà, j'étais même plutôt inquiet de me dire "C'est quelqu'un qui va rester sur le carreau, parce que c'est pas ce qu'elle veut faire, mais elle va devoir aller au bout d'une formation qui ne lui plait pas…" » (P11).*

3.2.3.2 … avec les patients

- Systématiquement **solliciter leur accord préalable**

Naturellement, les patients étaient avertis de la présence d'un étudiant, et conservaient la possibilité de voir leur médecin traitant seul à seul : *« Ils sont prévenus par le secrétariat, ils le savent en arrivant, ou moi je propose qu'ils reviennent à un autre moment. » (P11).*

Les MSU interviewés exigeaient que l'interne se présente : *« Je demande aux internes, à chaque consultation, de demander au patient s'il autorise que l'étudiant soit présent. Voilà. Ça c'est une obligation. » (P08)* ; et s'enquéraient de l'approbation du patient : *« Toute façon on leur demande toujours ; si ça pose un problème il n'y a pas de soucis hein, et puis personne ne s'en offusque. » (P05).*

- **Clarifier les choses** lorsque nécessaire

Plusieurs des MSU avaient noté que les patients avaient du mal à faire la différence entre leurs divers étudiants et leurs remplaçants : *« Maintenant les gens ils n'arrivent plus trop à savoir : est-ce que c'est un remplaçant / une remplaçante ? Quelqu'un qui va venir prendre ma… j'ai des gens qui m'ont dit "Mais, c'est quelqu'un qui va venir prendre votre place après ?" […] Donc ils confondent en plus entre les internes, les externes, les remplaçants… » (P11).*

C'est pourquoi les généralistes prenaient le soin d'expliquer le statut de l'interne, et l'intérêt du stage de niveau 1 : *« J'explique aussi aux patients que notre boulot, ça ne s'apprend pas dans les bouquins. On est un métier – c'est con hein – mais moi je pense qu'on est pareil que les apprentis, les artisans, etc. […] Et donc en fait les gens quand je leur dis "Vous voyez, moi je vous touche, et ça, ça ne s'apprend pas dans les bouquins…", et bien les gens ont parfaitement conscience de ça et ils sont beaucoup plus à l'aise vis-à-vis de ça. » (P04)*.

Ils insistaient aussi sur la nécessité de recevoir des étudiants dans les cabinets médicaux : *« Je leur dis que voilà, s'ils veulent des médecins un jour… Voilà, il n'y a plus de médecins, donc il faut les former, il faut qu'ils viennent au contact des patients, dans les cabinets, donc c'est comme ça ! Moi j'ai été formé comme ça, je ne serai pas là si j'avais pas été interne dans les Deux-Sèvres. » (P06).*

L'un des participants ne voulait surtout pas que ses patients restent avec des idées préconçues : *« Ça me semble important qu'ils ne repartent pas avec des préjugés […] donc l'idée c'est vraiment que les personnes partent avec des informations objectives, concrètes, et voilà, que la diffusion soit la plus objective possible. » (P08).*

- Sans oublier de prendre le temps de **recontextualiser** parfois

Notamment en cas de reproches de la part des patients : *« Voilà, les patients qui disent "De toute manière, on ne voit que des internes, Docteur Machin on n'arrive jamais à le voir" […] c'est toujours pareil, c'est de la ré-explication, c'est leur dire "Ah oui ? Tiens, d'accord, mais pourquoi ? Bah oui, mais parce que vous appelez au dernier moment. Bah oui, mais peut-être que si vous voulez m'avoir, faut faire différemment. » (P06).*

3.2.3.3 … avec les autres MSU

Le sentiment d'appartenance à une communauté, celle des généralistes enseignants, émanait des différents témoignages recueillis. À travers les propos des participants, on ressentait sincèrement l'estime qu'ils portaient à leurs confrères MSU.

- Des **échanges facilités**

L'interaction entre les MSU se faisait aisément, puisqu'ils allaient facilement les uns vers les autres, si bien que des liens ont pu se tisser dès le séminaire :

« Moi, je sais que j'ai réussi à faire l'évaluation de mi-stage grâce au copain que je me suis fait pendant mes deux dernières formations. » (P10).

- Les discussions entre MSU avaient à leurs yeux **une haute valeur ajoutée**

« Après ce qui est sympa, c'est de pouvoir échanger aussi avec les autres médecins, les autres maîtres de stage, voilà. Ça nous permet déjà de nous rencontrer un peu, parce qu'on est tous un peu chacun dans notre coin. Et puis, ouais, de partager un peu nos expériences […] parce que finalement toutes les questions qu'on peut se poser, on va avoir les réponses si on va échanger au cours de la formation avec les autres maîtres de stage. » (P05).

« Parce que ce qui est intéressant dans ce genre d'échange, quand on connaît la théorie, par contre c'est d'avoir la pratique des collègues. » (P06).

- D'ailleurs, les MSU avaient tendance à accorder **davantage de valeur à ces échanges qu'à la formation**

En effet, certains MSU débutants se calquaient sur ce que faisaient leurs collègues, en les prenant pour **références** :

« Moi le séminaire je l'ai fait il n'y a pas longtemps, j'avais cru comprendre qu'en gros on restait tout le temps avec l'interne jusqu'à la fin du stage ; et quand je me suis renseignée sur ce que faisaient mes deux autres collègues qui en reçoivent depuis dix ans… euh… enfin nan pas dix ans, mais depuis plus longtemps que moi… en gros, voilà, elles laissaient gérer les consults tout seul assez vite (rires). Je m'y suis pris pareil, et ça se passe très bien. […] j'aurais peut-être pas procédé comme ça, sinon. J'aurais laissé peut-être moins d'autonomie.» (P12).

C'est pourquoi les retours d'expérience étaient toujours jugés **enrichissants**…

« Le son de cloche le plus fréquent que j'ai eu, jusqu'à temps que je me décide, ça a toujours été quand même le plus fréquent je dis bien : "Ah bah c'est sympa, je ne pourrai pas m'en passer, maintenant que je suis habitué(e)… c'est sympa d'avoir un interne !" » (P09)

… voire même considérés comme **primordiaux** :

« Et moi je n'arrive pas à concevoir que mes collègues qui sont en galère – et où on se voit comme on était avant – ne reçoivent pas d'internes, en fait. Mais parce que je pense qu'il y a beaucoup de peurs, et justement beaucoup de choses où ils se disent que ça va être négatif, et ainsi de suite… mais c'est là aussi l'intérêt de pouvoir échanger avec des gens qui ont déjà reçu d'autres étudiants et voir comment ça se passe, en fait. » (P11).

- Un **moyen de communication** à disposition

L'existence de la mailing list était appréciée car elle facilitait les échanges et favorisait l'entraide : *« Il y a une mailing list, et voilà on échange tous […] Voilà, il a fallu que ce soit un MSU qui nous envoie… enfin, qui a fait un document, pour lui et son interne, avec tout le cheminement à faire : donc il l'a envoyé à la mailing-list pour que nous, on puisse arriver à nos fins. » (P08).*

- Des **limites** tout de même

Bien que ces échanges fussent importants, parfois ils n'étaient pas suffisants, par exemple pour le recrutement de nouveaux MSU : *« Il faut être motivé avant tout ! […] voilà moi, mes collègues, quand je leur dis "Mais tu ne veux pas prendre des étudiants ?" […] je pense que tant qu'en fait la motivation n'est pas là… » (P11).*

3.2.4 Faire preuve de bienveillance

3.2.4.1 … envers soi-même : se préserver

Comme nous l'avons vu précédemment, les débuts en tant que MSU étaient souvent jalonnés d'appréhensions ; toutefois une des participantes abordait les choses avec **philosophie** et **sérénité** : *« Franchement, je me mets pas trop de pression en fait. Je me dis que […] tant qu'on est à l'écoute et bienveillant, on peut amener quelque chose à l'interne. » (P01)*.

Tandis qu'un de ses confrères restait **humble**, soulignant qu'il continuait d'apprendre sur le terrain, au fur et à mesure, au contact des internes : *« Je m'adapte, je fais mieux à chaque fois bien sûr, j'espère ! […] on s'améliore toujours hein. » (P06).*

Parfois, leur vécu propre vécu d'étudiant avait joué un rôle important, car il leur avait permis de **réfléchir à ce qu'ils préféraient garder personnel** et avait éveillé leurs consciences : *« Moi je sais ce qui m'a plu dans le stage, ce qui ne m'a pas plu avec mes maîtres de stage etc. ; et ce que j'ai envie de partager avec mes internes, ou pas envie de partager. » (P04).*

D'ailleurs, un autre des participants avait clairement développé qu'il demandait parfois à l'interne de sortir ou de ne pas assister à **certaines consultations déjà inconfortables pour**

lui seul : *« J'ai rarement eu besoin de leur demander de sortir, euh… sauf dans certaines choses spéciales comme les consultations d'annonce, où moi je ne me sens pas du tout à l'aise avec l'interne à côté, parce que quand je suis en train de donner les coups de massue au patient je… je me sens très très mal, alors je ne peux pas non plus transmettre ça tout de suite à l'interne […] et comme je ne sais pas comment va réagir la personne, parce que cette consultation c'est tellement violent, et moi de mon côté je suis tellement chargé émotionnellement, que j'ai pas du tout envie de gérer l'émotion de l'interne en même temps. […] c'est tellement intime qu'on n'a pas envie qu'il y ait un tiers. Voilà, même si le tiers est très bien, là on doit vraiment être… comment dire ? ... on doit être face à face vraiment, ouais. » (P03).*

3.2.4.2 … envers les IMG : prendre soin des étudiants

- Être attentif aux **conditions de travail** de l'interne

C'est-à-dire se soucier de son **amplitude horaire** : *« Souvent j'ai tendance à la libérer un petit peu plus tôt le soir, parce qu'elle peut avoir des choses à faire, et on ne finit pas toujours très tôt…. donc elle rentre à des horaires raisonnables. » (P05)*.

Et veiller à lui proposer un **cadre de travail** agréable : *« Sur mon premier interne cet été, je l'ai mis à consulter tout seul, et en fait le bureau – dont je ne m'étais jamais servi – je me suis rendu compte que c'était pas du tout adapté : il n'y avait pas de matériel, pas de saturomètre, pas de thermomètre […] Donc en fait, sur la journée d'après, j'avais tout acheté tout ce qu'il fallait, parce que j'ai trouvé que je le mettais vraiment en défaut, et que j'aurais pas aimé moi être en défaut comme ça avec les patients […] j'ai mis des décorations etc. pour qu'il ait un côté accueillant, parce que je me suis dit que finalement j'aurais détesté travailler dans ce bureau tel qu'il était la première fois que j'ai fait travailler mon interne dedans. » (P04).*

- Se préoccuper de son **bien-être** en stage

La plupart des MSU interrogés demandaient régulièrement à l'interne **comment il se sentait** : *« Et puis je lui demande toujours – parce qu'au départ les internes sont surpris de l'intensité des journées […] – donc je demande toujours si ça va, si on peut continuer, si elle veut s'en aller ou pas. » (P02).*

Ils prêtaient également attention à son **langage corporel** et à son niveau de fatigue : *« On voit quand nos internes commencent à être un petit peu en difficulté sur leurs réflexions, sur leur attention… la communication non-verbale est extrêmement parlante. Moi, je ne pousse pas mes internes dans leurs retranchements […] je prends en compte quand même l'état physique et psychologique de mon interne. » (P08).*

Tout simplement, ils lui donnaient la possibilité de s'exprimer et l'incitaient à **verbaliser ses émotions** : *« Au départ […] je pensais que c'était à chacun de gérer son propre relationnel. Alors que là je comprends bien qu'en discuter, échanger, et de pouvoir entendre les internes dire "J'étais en difficulté / ça m'a fait du mal / ça m'a fait du bien / ça m'a fait rire / j'étais en colère ou autre…" Bah c'est très bien de pouvoir le dire ! » (P11).*

- Se montrer **compréhensif et indulgent**

Étant eux-mêmes passés par là avant, les MSU mesuraient le **caractère déroutant** des changements liés à l'internat, et ils en tenaient compte dans leur management : *« Au début c'est un peu violent hein : tu changes de région, t'es toute seule, machin et tout… donc voilà,*

il ne faut pas trop bouleverser la personne non plus en étant sur son dos en lui disant "Tu sais quoi ? Qu'est-ce que tu sais faire ?"… Enfin, voilà. » (P10).

Ils avaient parfaitement conscience que la gestion du temps **s'acquérait avec l'expérience** : *« Généralement… oui, l'interne prend conscience qu'on peut faire les choses de façon un petit peu plus efficiente. Mais bon, là aussi, j'ai conscience que c'est un apprentissage : nous on ne l'a pas acquis de façon innée hein, c'est au fur et à mesure des consultations. Donc moi je suis très tolérant avec ça. » (P08)*.

Ils concevaient que l'interne puisse commettre parfois **quelques erreurs** : *« Si l'interne ne se présente pas – ce qui peut lui arriver, bon voilà, il faut prendre l'habitude, c'est pas encore réflexe hein, il y a des automatismes qui sont encore à acquérir – […] » (P09)* ; *« Quand on a redébriefé avec mon interne, […] dans une de ses prescriptions il y avait une erreur, bah je lui ai dit "Tu rappelles le patient", elle a rappelé le patient, enfin… et qu'il y ait une erreur sur l'ordonnance, eh ben ça m'arrive aussi. » (P04)*.

- **Éviter** de mettre l'interne dans une **position inconfortable**

Plusieurs des MSU interviewés confiaient sélectionner (tout du moins initialement) les consultations sur lesquelles ils laissaient l'interne en autonomie, afin de ne pas le mettre en difficulté : *« Je lui donnais plutôt les petites urgences au début, les trucs un peu basiques, pas trop les petits enfants – parce que c'est plus compliqué – […] Ouais, les tout-petits je ne lui en ai pas laissé parce qu'elle n'était pas à l'aise, maintenant un petit peu plus, mais voilà… » (P10).*

Au vu du contexte sanitaire actuel, d'autres restaient particulièrement vigilants : *« Sur les syndromes viraux des voix aériennes supérieures, par exemple […] j'évite qu'on soit trois dans le bureau avec un porteur du SARS, tu vois. » (P09).*

3.2.4.3 … envers les patients : les placer au cœur du soin

Les patients n'étaient jamais pris par surprise, ils étaient **informés en amont de la présence d'un étudiant,** et leur accord était sollicité : *« On dit bien aux gens – c'est les secrétaires qui briefent les gens en arrivant – "Il y a un interne, est-ce que ça vous pose soucis ?" ; enfin voilà, j'ai bien précisé qu'ils étaient tout à fait en droit de refuser (rires), et que c'était pas grave. » (P12).*

Les MSU veillaient à **respecter leur intimité** : *« Il y a certains examens où maintenant je demande "Est-ce que ça vous gêne que l'interne soit là ?"… bon bah les frottis, les touchers rectaux… » (P03)* ; ils étaient **attentifs à leurs réactions** et soucieux de leur confort : *« Je dis "Je suis accompagnée d'une jeune consœur, est-ce que ça vous dérange ?"... et quand ça dérange, on le voit tout de suite hein. » (P02)*.

Parfois même, ils estimaient que c'était **un avantage pour les patients** d'avoir un autre interlocuteur : *« Et puis je pense que c'est bien aussi pour les gens, d'avoir accès à un autre médecin, un peu plus jeune, qui pourra avoir un autre regard, et à qui ils pourront poser des questions qu'ils n'oseront peut-être pas poser à moi. » (P10).*

3.2.5 Revendiquer la singularité de chaque médecin

3.2.5.1 Un fort sentiment d'individualité au sein des MSU

Là encore, les MSU de notre échantillon étaient tous unanimes : chaque médecin généraliste a une pratique qui lui est propre.

Les participants prônaient **leurs particularités** : *« Et puis... je pense que chacun de nous, on travaille avec ce qu'on est... enfin moi ça n'a pas changé ma façon d'accueillir mes patients ni ces internes qui sont là... » (P02)*. Ils mettaient en exergue **leurs spécificités** : *« Bien sûr, chaque maître de stage réagit et manage sa journée différemment. » (P08)*. L'un d'eux tirait même la conclusion qu'il était **impossible de les formater** : *« Après, dans le relationnel, je pense qu'on est tous différents […] enfin vraiment, c'est quelque chose qui se fait au fur et à mesure du temps, et je ne pense pas que les maîtres de stage ils puissent avoir une pratique qui soit homogène, puisqu'elle dépend aussi des populations qu'on reçoit, de la façon dont on travaille […] je crois qu'on va chacun trouver sa façon de bosser, en fait. » (P11).*

Cette singularité du médecin généraliste se répercutait d'ailleurs **sur la patientèle** : *« J'ai tendance à penser qu'on est d'une certaine façon avec les patients, et que c'est compliqué de changer […] Et puis, je pense qu'on a aussi une patientèle un peu à son image, donc si nous on est content d'avoir des étudiants… c'est que nos patients le seront aussi en fait ! » (P05).*

Cela impliquait également des différences **en termes de pratiques** :

- à la fois sur **leur vision du métier** : *« Et c'est la raison pour laquelle, par exemple, moi je ne fais pas de téléconsultation. Moi j'ai appris à interroger les patients et à mettre la main dessus. À partir du moment où je ne peux pas mettre la main dessus, ça ne m'intéresse pas, c'est pas – enfin, c'est con hein ce que je vais dire – mais c'est pas de la médecine ! » (P04)* ;
- et sur **leur façon de procéder**, par exemple pour les consultations d'annonce : *« Déjà, je ne me mets pas derrière mon bureau, je me mets sur le siège à côté du patient, devant mon bureau… donc déjà le patient commence… il voit bien ce qu'il se passe, et là il n'a même pas besoin d'entendre la suite… et puis j'ai un contact physique avec le patient, donc au niveau des mains, quelque fois même au niveau du front… et puis voilà, je leur dis les choses comme ça. Donc voilà, c'est un peu spécial hein… mais euh… voilà, j'ai un peu ce contact-là lorsque j'arrive sur un décès, enfin des trucs comme ça où voilà, il y a besoin que quelque chose se passe du point de vue physique avec le patient, et que voilà… mais après, ça ce sont des pratiques vraiment très perso hein… voilà, c'est vraiment perso hein. » (P03).*

3.2.5.2 Croiser les pratiques des différents MSU : une source de richesse

À la fois **pour l'interne,** qui pouvait ainsi avoir accès à différentes modalités d'exercice : *« On fait forcément avec ce qu'on est, et on est tous différents je pense, et c'est là aussi la richesse... un interne avec trois praticiens va trouver, va piocher à droite à gauche ce qu'il trouve intéressant dans la pratique, et l'objectif ensuite c'est de se forger une idée de la façon dont ils voudront travailler. » (P02).*

Mais aussi **pour les MSU** eux-mêmes, afin de leur permettre d'avoir une vue d'ensemble de leur terrain de stage : *« Je trouve que c'est pas mal de savoir aussi comment chacun travaille, ce que l'interne va pouvoir prendre dans chacun des cabinets. D'être un peu au courant*

quand même. De voir aussi ce qu'on peut apporter en plus, pour que l'interne voit le plus de choses possibles. » (P01).

L'un des participants regrettait d'ailleurs de ne pas avoir échangé plus tôt avec les autres membres de son trinôme, car il s'était alors retrouvé dans une situation délicate : *« C'est vrai qu'on ne prend pas toujours le temps de débriefer entre nous, et en fait je pense qu'on s'est tous fait avoir sur ce semestre-là et sur cette interne-là… et du coup ça s'est très mal passé sur la fin du stage, la relation entre l'interne et les deux autres collègues, et moi j'étais un peu en porte-à-faux par rapport à ça, parce qu'on en avait discuté avec l'interne… » (P11).*

3.2.5.3 Chaque personne est unique : les internes aussi

Les participants avaient bien intégré que les internes avaient eux aussi **leur propre façon de raisonner**. Par conséquent, ils ne cherchaient ni à lisser leurs pratiques, ni à gommer toute disparité : *« Essayer d'être le plus rigoureux possible pour montrer l'exemple, et voilà, après les étudiants ne sont pas forcés de mimer, de reproduire ce que l'on fait exactement, ils feront ça à leur sauce, je veux dire sur le fond. Mais sur la forme, voilà, on doit tracer les lignes, définir des règles... » (P09).*

Ils ne comptaient pas non plus les façonner à leur image : *« S'adapter à la personne qui est en face, et puis ne pas se dire que la personne elle va être capable de faire comme nous […] voilà, faut se réfréner, faut se dire qu'on ne va pas former quelqu'un à notre image, c'est pas le but ! » (P10).*

En somme, ils avaient parfaitement conscience que chacun d'entre eux allait progressivement **construire sa propre identité professionnelle**.

3.2.6 Les bénéfices engendrés par la fonction de MSU

3.2.6.1 Une amélioration des pratiques

Les participants relevaient de multiples bienfaits sur leur pratique quotidienne depuis qu'ils accueillaient des IMG en stage :

- Une **meilleure organisation**

Devenir MSU bousculait forcément le quotidien des médecins généralistes, ce qui était l'occasion de reconsidérer leur façon d'exercer et de **faire évoluer leur pratique**, constituant ainsi un tournant : *« Ça m'a permis aussi de réarranger mon temps de travail […] et je suis très content avec cette nouvelle façon de bosser ! Donc voilà, ça m'a permis de repenser la façon dont je travaillais. Ça m'a permis de réarranger mon bureau différemment […] je dirai ça m'a fait voir des points négatifs dans la façon où je travaillais, ou je travaille encore, et me dire "Comment je vais les changer ?" ; mais c'est pas négatif en soi, ça permet d'avancer. » (P11).*

- L'**actualisation des connaissances**

Les participants exprimaient la nécessité de s'inscrire dans une démarche de **formation médicale continue** : *« Ça ne me viendrait pas à l'idée de parler avec un étudiant d'un sujet*

quelconque sans être à peu près au courant des dernières recos, des machins, des trucs… enfin, voilà. […] je trouve qu'on a un métier qui évolue très très vite […] et les étudiants sont boostants pour ça en me disant "Bah, il faut que je sois à jour !" » (P04).

- Le **côté stimulant** lié à la présence de l'interne

La majorité des généralistes affirmait que de recevoir des internes à leur cabinet était pour eux **un véritable moteur** : *« Et finalement ça devient même un élan, c'est encore plus efficient pour le patient, puisqu'il y a une certaine émulation dans la discussion. » (P08)* ; puisque cela les poussait à **donner le meilleur de leur personne** : *« On se dit "Bon, voilà on va essayer de bien faire, mais peut-être qu'on se plante"… Voilà, c'est toujours l'image qu'on peut renvoyer, donc on essaye de faire attention. Mais c'est plutôt bénéfique, parce que voilà ça motive. » (P05)* ; et les incitait à avoir **davantage d'exigences** envers eux-mêmes : *« On réfléchit peut-être encore un peu plus, ou en tout cas on essaye d'être le plus précis et le plus efficace possible pour donner des infos, même quand on va soigner. Donc moi je trouve que c'est vachement bien. » (P11).*

À l'instar des étudiants, ils faisaient eux aussi preuve de **réflexivité** : *« D'ailleurs je trouve que c'est l'avantage aussi : ça nous remet en question. Des fois, un interne va me questionner ("Pourquoi tu fais ça comme ça ?") et ça me fait réfléchir... des fois, je n'ai pas la réponse et on va regarder tous les deux. J'ai vu quand même ma pratique un peu évoluer depuis que j'ai des internes, ouais. » (P01)* ; puisqu'ils prenaient **un certain recul** sur leurs habitudes : *« J'ai observé que ma pratique, en tout cas mon examen clinique, bah n'était pas si optimal que ça. Et que des choses que je faisais de façon automatique, finalement bah… étaient erronées, tout simplement ! Et il a fallu remodifier, et ça c'est grâce à l'interrogation effectivement des internes, à leurs questionnements, et à leurs recherches également ! » (P08).*

Plusieurs d'entre eux soulignaient que cela débouchait finalement sur **une meilleure prise en charge des patients** : *« J'en retire un bénéfice pour les patients, puisque l'échange est toujours constructif en fait. » (P08)* ; les débats avec l'interne étant productifs : *« Cette consultation a été, je dirai… les soins délivrés à cet homme ont été optimisés par la présence de l'interne ! Ça paraît con, mais c'est vrai hein ! » (P09).*

- Un **autre regard**

Les MSU interrogés certifiaient que la présence d'un étudiant était bénéfique, car elle leur permettait d'aborder les choses sous un autre angle : *« Quand on a un interne qui voit le dossier d'un œil neuf, et bah des fois il apporte d'autres hypothèses […] qui méritent d'être discutées. Clairement, on réfléchit mieux à deux que tout seul ! » (P01)* ; et leur offrait **une autre perspective** : *« Ça me permet aussi de confronter mon point de vue sur certains patients […] parce que c'est des gens que je connais depuis des années et j'ai des doutes sur certaines choses, sur d'éventuelles affections psychiatriques, sur un manque d'empathie avec les gamins, ou je sais pas quoi (rires) ! » (P11).*

Cet œil nouveau était **fort apprécié**, voire même était ce que l'enseignant recherchait en se lançant dans l'aventure : *« Parce qu'il faut être honnête jusqu'au bout… le fait de faire de la formation, je ne le fais pas pour les beaux yeux de l'interne : je le fais surtout pour moi ! Parce qu'ils ont un œil critique sur ce que je fais, et ça me permet moi de modifier ma pratique avec cet œil critique, donc c'est hyper intéressant de se faire regarder, pour essayer de répondre à des questions sur des automatismes qu'on prend, et qui sont des fois complètement dénués de sens. » (P07).*

Ils gageaient que ce regard extérieur faisait aussi office de **sécurité supplémentaire** : *« Une nouvelle vision […] ça fait un parachute de plus ! Ça fait quand même un petit parachute. » (P10)* ; et en fin de compte ils s'en servaient comme d'**un double contrôle** : *« Désormais le regard de l'interne ne me gêne plus […] au contraire, je l'utilise même comme un pare-feu, comme une sécurité. » (P08).*

- Un **partage de connaissances réciproque**

Les participants appréciaient que les IMG les renseignent sur les nouvelles recommandations : *« Ils ont aussi des choses qui sont beaucoup plus fraiches que moi, du coup ils me donnent des informations sur les prises en charge, et ça c'est super enrichissant. Après, j'aime très clairement… j'aime aussi enseigner, mais ça m'apporte beaucoup. » (P07)*.

Il ne s'agissait pas d'une formation à sens unique, mais d'une formation à double-sens ; si bien que plusieurs des MSU interviewés parlaient d'une **relation gagnant-gagnant** : *« Je progresse avec eux et je trouve… c'est une bonne surprise, finalement ! […] on se fait progresser chacun à notre niveau, en termes d'examen clinique, d'analyse de diagnostics de situation, voire même de thérapeutique. » (P08).*

3.2.6.2 Davantage de satisfaction sur le plan professionnel

- Se prouver qu'on en est **capable**

Les MSU semblaient apaisés car ils avaient finalement réussi à surmonter leurs peurs : *« Après je pense qu'on a tous l'appréhension avant de commencer, évidemment, mais bon […] après ça s'estompe vite. » (P12).*

Ils étaient également ravis de se découvrir sous un autre jour : *« Voilà, c'est connaître des nouvelles personnes, voir aussi comment moi j'arrive à m'adapter ou pas… Euh, voilà, c'est aussi apprendre des choses sur soi, hein ! » (P10).*

- **Transmettre** son savoir professionnel

Pour un grand nombre de participants, devenir MSU était **une continuité logique** : *« On en a bénéficié si vous voulez, donc moi je me suis toujours dit qu'il est complètement normal qu'il y ait un retour d'ascenseur. » (P08)* ; et ils étaient heureux de pouvoir à leur tour former des étudiants et participer ainsi à la **transmission intergénérationnelle** : *« J'ai un très bon souvenir de mes stages, et je suis contente de faire la même chose pour des étudiants. C'est le côté compagnonnage, voilà. » (P12).* Cet engagement pédagogique leur tenait à cœur, l'un des MSU pointait même du doigt qu'il figurait dans le **serment d'Hippocrate** : *« Je ne conçois pas ma pratique sans formation, sans faire de la formation, euh… bah déjà, pour être tout à fait honnête, on prête serment, qui l'explicite très clairement. » (P07)*

Ils se réjouissaient de voir la **progression de l'interne** au fil du semestre : *« Je suis très contente parce que j'ai vu une super progression entre le début […] et maintenant où elle est autonome, tu vois. Donc c'est super, en six mois, je trouve que c'est top quoi ! […] moi je suis hyper contente pour elle, et puis je suis super contente pour nous les maîtres de stage quoi, parce que je trouve qu'on l'a bien fait progresser aussi. » (P10)*.

Ce rôle pédagogique avait **un côté gratifiant** : *« Transmettre des outils et des compétences à un tiers, je trouve que c'est toujours enrichissant et plaisant. Voilà. On a l'impression de se sentir également utile vis-à-vis de nos jeunes confrères et consœurs. » (P08).*

Les MSU éprouvaient **une certaine fierté** : *« Le plaisir de voir que ce qu'on enseigne ça fonctionne quoi. C'est-à-dire le plaisir de voir que quelqu'un s'améliore dans ses compétences par ce que j'ai pu lui transmettre. Donc c'est valorisant, en fait ! » (P07).*

- **Revaloriser le métier** auprès des jeunes générations

Les MSU interrogés arguaient de l'opportunité de **redorer le blason des médecins généralistes** : *« Bah le positif, c'est que j'ai l'impression d'essayer de réconcilier ces jeunes hospitaliers avec la médecine générale, qui a quand même était tellement dénigrée à l'hôpital... et donc ils se rendent compte que voilà, on n'est quand même pas les gros nuls dont les médecins hospitaliers se plaignent, aux urgences ou quoi que ce soit... et qu'en fait, même si on n'a pas autant de moyens qu'eux […] on arrive quand même à maintenir les gens en santé, à domicile, en prévention… » (P03).*

De ce fait, ils étaient satisfaits de pouvoir montrer aux étudiants **en quoi consistait réellement le métier** de médecin généraliste, à savoir notamment :

- gérer un quotidien ponctué d'**imprévus** : *« J'avais l'interne qui était avec moi, et j'ai eu trois urgences […] c'était le bazar ! Mais ça fait partie aussi de l'apprentissage, de savoir comment on gère ce bazar. Donc en fait, c'est la vraie vie du médecin un peu à la campagne : comment tu gères quand t'en as trois qui partent en vrille ? » (P07)*
- tendre vers une **approche globale du patient** : *« Ils apprennent aussi avec, ce que c'est leur boulot, bah ils me voient : les plateformes d'aides à domicile tout ça… ce travail de maintien à domicile […] ils voient que c'est tout un travail en plus du travail d'examen clinique. » (P03).*

En offrant aux IMG cet éclairage singulier sur leur profession, les MSU espéraient ainsi leur **transmettre leur passion pour cette spécialité** : *« De donner envie aussi, de montrer que la médecine générale ça peut être attractif ! (Rires) Qu'il n'y a pas que l'hôpital dans la vie ! Qu'il y a plein de façons d'exercer la médecine. Que ses conditions de travail, on se les crée aussi […] Leur montrer qu'on a le droit de… le droit de vivre quoi ! C'est pas de l'esclavagisme ! On peut exercer dans de bonnes conditions. Ouais, on peut tout faire […] et puis la diversité de notre activité : c'est quand même sympa d'avoir des nourrissons d'une semaine, et puis de faire de la gériatrie derrière quoi. Il n'y a que dans notre spécialité – puisque maintenant c'est une spécialité – qu'on peut faire ça. » (P05).*

- Des **échanges enrichissants**

Cette activité de MSU constituait à leurs yeux **une réelle valeur ajoutée** à leur exercice : *« Bah avoir du lien social avec des gens quoi, tout simplement […] manger ensemble un peu de temps en temps, voilà… tout ça, quoi ! Créer de la vie dans notre travail, qui même si on travaille en équipe reste un travail seul… » (P06).*

La compagnie des internes était appréciée car elle permettait aux généralistes de **partager leur quotidien au travail** : *« Ça apporte aussi le fait de ne pas être tout seul en consultation […] donc ce temps d'échange que j'avais des fois avec mes collègues entre deux consults ou en fin de journée, bah là je l'ai toute la journée ! Donc c'est très agréable, en fait. » (P11).*

Au-delà de ce confort de travail, les MSU rapportaient avoir fait **de belles rencontres** : *« Alors, vraiment le positif, c'est l'échange ! […] Et puis j'ai vraiment apprécié les personnalités que j'ai eues. » (P02) ; « Ce sont des rencontres, et toute rencontre est enrichissante, vraiment, à tous les niveaux. » (P08).*

- Un **effet catalyseur**

L'un de participants relatait s'être enfin autorisé à **suivre ses envies**, la présence d'internes ayant été le déclic : *« Mes collègues étaient absolument contre le fait d'acheter un ECG* depuis des années […] moi, j'ai acheté mon électro, je l'ai collé dans un coin de mon bureau. Tous mes étudiants savent où il est, mais mes collègues ne sont pas au courant (rires) et du coup, je suis plus à l'aise avec ma pratique, parce que les étudiants m'ont apporté une certaine forme de liberté aussi sur ma pratique. » (P11).*

(* Électrocardiogramme)

- Une **parade anti-routine**

Les MSU appréciaient être un peu **bousculés dans leur quotidien** : *« Ça permet de casser un peu les habitudes, et ça c'est agréable. » (P07)*. La présence des internes insufflait **un vent d'air frais** dans l'ensemble du cabinet : *« Ça change de la routine habituelle ! (Rires) […] je trouve, c'est vrai, c'est distrayant, enfin ça change du quotidien, même les secrétaires elles sont très contentes d'avoir des étudiants. » (P12).*

- La **satisfaction des MSU**

Dans l'ensemble, le vécu était plutôt positif, les MSU étaient **heureux de s'être lancés dans l'aventure** : *« Ça faisait plusieurs années que j'en parlais […] Maintenant que j'ai eu mes trois internes, je ne regrette pas ! » (P08)*, et **contents de leur expérience** : *« J'ai tout ce que je cherchais avec mes internes. Enfin, oui, voilà : mes internes déjà, et puis moi ma pratique, d'avoir des internes ça correspond à mes attentes. » (P06).*

Ils avaient côtoyé **des IMG irréprochables** : *« On a eu affaire aussi qu'à des internes qui étaient motivés et sympas. » (P05) ; « Finalement on se retrouvait avec, certes, des jeunes confrères ou consœurs, mais qui avaient un niveau vraiment de qualité, donc à partir de là l'échange est complètement productif. » (P08).*

Certains MSU **attendaient même cette journée avec impatience** d'une semaine sur l'autre : *« Je lui ai dit […] "vivement mercredi prochain, j'aime bien travailler avec toi !". Et j'aime bien travailler avec des internes, je passe que des bonnes journées avec les internes. » (P09).*

Ce plaisir était réciproque, puisque les MSU avaient quelquefois **des retours positifs** de leurs internes : *« Je trouve qu'accueillir un interne c'est vraiment très enrichissant, c'est vraiment un échange de part et d'autre, je pense qu'on a tout à y gagner ! […] Et puis les étudiants sont contents, parce que globalement le trinôme auquel j'appartiens est choisi dans les premiers, alors je me dis "C'est chouette !" » (P02).*

Cette satisfaction était telle qu'elle débouchait parfois sur une incompréhension vis-à-vis de leurs confrères non MSU : *« En soi recevoir des internes, moi je ne comprends pas que mes collègues ne le fassent pas ! Je n'arrive plus à comprendre maintenant que mes collègues n'arrivent pas à le faire. » (P11).*

- Une **émulation au sein du cabinet**

L'accueil d'internes s'inscrivait dans **une véritable dynamique de groupe** : *« On avait quand même un patient qui avait… enfin, voilà, je ne sais pas ce qu'il avait ! Donc j'ai appelé un autre de mes collègues, qui est venu aussi avec son étudiant ! Donc on était quatre médecins à regarder le patient (rires) ! Enfin, ça fait presque hospitalier ! Enfin c'est*

l'émulation, et comme ça il y avait un brainstorming qui se faisait pour savoir ce que ça pouvait être, etc. » (P04) ; à laquelle les généralistes étaient **ravis de prendre part** : *« D'ailleurs la kiné a un stagiaire, la sage-femme a aussi un stagiaire, etc. Donc on est tous ici une école de la médecine. » (P09).*

Et cette dynamique perdurait même une fois le stage achevé, grâce aux **retombées positives** : *« Parce qu'on n'a pas parlé d'autre chose aussi, mais maintenant – ça fait deux ans que je reçois des internes – eh bah ceux que j'avais formé, ils me demandent s'ils vont pouvoir venir remplacer […] ça nous fait un pool de gens qui vont vouloir bosser, donc ça c'est un énorme point positif. » (P11).*

- Un **enthousiasme partagé** par les patients

D'après les participants, l'**écrasante majorité** de leur patientèle était **enchantée** de rencontrer les médecins de demain : *« Oh bah c'est très bien accueilli, hein ! Chez nous, on est dans une zone très sous dotée – enfin, comme plein d'endroits – donc ils sont très bienveillants et ils sont contents qu'il y ait des jeunes qui se destinent à la médecine générale. » (P01)*. Cet **accueil favorable** avait d'ailleurs permis de rasséréner les MSU : *« Euh… finalement, je pense que j'ai été […] rassuré par rapport à l'attitude des patients, qui eux-mêmes étaient plutôt contents et plutôt satisfaits d'avoir des jeunes médecins qui étaient formés dans le cabinet. » (P08).*

Certains patients semblaient y trouver davantage de **considération** : *« J'ai l'impression qu'ils aiment bien […] Parce que ça veut dire que c'est intéressant, enfin ça veut dire que leur cas peut intéresser quelqu'un d'autre quoi. Donc je pense qu'ils sont assez contents d'avoir quelqu'un d'autre en plus, et puis ça leur permet d'avoir une autre oreille. » (P10).*

Finalement, les patients s'étaient **habitués** à la présence des étudiants, s'étonnant même parfois de leur absence : *« J'ai des retours qui sont plutôt positifs, qui sont même plutôt "Ah ben tiens, aujourd'hui vous êtes tout seul !" (rires) » (P11).* D'autant plus que quelques-uns avaient déjà côtoyé des internes par le passé : *« J'ai que des bons retours ! […] les gens voient ça d'un bon œil, ou ils ont déjà vu ça ailleurs, ou à l'hôpital… » (P12)*.

3.2.6.3 Les bénéfices escomptés

En parallèle de tous ces bénéfices tangibles engendrés par la fonction de MSU, émanaient également des attentes sous-jacentes…

- Les attentes du MSU vis-à-vis de l'IMG

Plusieurs des MSU avaient en tête de **construire leur réseau** : *« On se dit bah "Dans le tas, il y en a peut-être un qui va rester !" » (P04)*. Cette activité leur permettait de **préparer l'avenir** en donnant une certaine visibilité à leur cabinet : *« Ça permet que les internes aient une vision de notre structure quoi, si jamais ils veulent après venir remplacer ou des choses comme ça… » (P07).*

L'un d'eux résumait ainsi : *« Actuellement, en effet, on est tous en difficultés pour trouver des remplaçants, des collaborateurs… donc si on ne donne pas envie à nos jeunes étudiants de venir dans nos cabinets à nos côtés, c'est un peu compliqué de se faire connaître et de leur montrer que oui, on peut faire de la bonne médecine, qu'on est motivés, et que… bah ils sont les bienvenus chez nous ! » (P08).*

- Les attentes des patients vis-à-vis de l'IMG

De leur côté, les patients espéraient que l'interne demeure **à proximité** : *« Oui, bah après ils ont toujours l'espoir que ce soit une personne qui vienne exercer sur le territoire (rires) » (P01)* ; a fortiori avec les difficultés actuelles d'**accès aux soins** : *« Ils sont contents en fait d'avoir des étudiants en se disant "Bah c'est peut-être des gens qui vont rester !". On manque de médecins : tout le monde dans le coin connaît une personne qui n'arrive pas à trouver de médecin traitant, qui a eu du mal à se soigner, qui a eu du mal à avoir un rendez-vous… » (P04).*

En définitive, ils voyaient en l'interne **la réponse à certaines de leurs problématiques** : *« Ils sont plutôt contents parce qu'ils s'imaginent systématiquement que l'interne va s'installer avec nous ! Et comme ils galèrent à avoir des créneaux de consultation (rires) ça plaisante très vite sur ce sujet-là ! » (P07).*

3.2.7 Les aspects techniques

3.2.7.1 Les outils d'évaluation : sur la forme

- Des **incommodités de navigation** sur la plateforme d'évaluation

Sur ce point, les MSU interrogés se montraient unanimes : la prise en main de Karuta et la navigation sur le site s'avéraient compliquées.

D'emblée, lorsqu'on évoquait le sujet, les participants manifestaient leur **aversion** pour le site : *« Alors, soyons francs et honnêtes : le site est horrible ! Il n'est pas du tout intuitif, c'est une catastrophe : il faut le marquer dans votre thèse ! C'est un outil qui est infect. » (P08).*

Beaucoup avaient eu **du mal à se rendre jusqu'à la page d'évaluation** : *« Faut qu'on aille sur son portfolio, sur son portfolio qu'on aille sur son évaluation, sur son évaluation qu'on aille machin… enfin, il y a plein de manips à faire, c'est pas simple ! » (P04)* ; *« Parce que là, c'est des détours… et c'est épouvantable (rires) ! Enfin, je suis pas un grand fan de Karuta, non (rires) ! » (P05)* ; *« Là vu toutes les manipulations qu'on doit faire pour arriver au tableau d'évaluation de notre interne… non mais c'est le parcours du combattant, très franchement ! » (P08).*

Plusieurs des MSU déploraient **le manque d'ergonomie du portfolio** : *« La fois où je l'ai fait, il fallait retourner parce qu'il fallait évaluer en premier comment il était avec le patient, et puis après il fallait revenir et puis évaluer comment il était avec je ne sais pas quoi, et puis revenir et évaluer comment il était… enfin, l'évaluation elle se faisait en plein de temps, et ça n'était pas à suivre quoi ! Il fallait à tous les coups revenir sur un truc à cliquer… » (P04).*

Pour eux, le site avait un aspect **décourageant et rédhibitoire** : *« C'est imbuvable ! Voilà. Vous devez insister sur ça dans la thèse : vous mettez tous les qualificatifs que vous voulez, mais il faut changer ça ! Ça c'est pas possible. Non mais c'est un frein, hein ! Je tenais à vous le dire, hein ! » (P08).*

Les MSU ne se sentaient **pas à l'aise avec cet outil** : *« La procédure d'évaluation, techniquement, méthodologiquement, en termes de support : compliquée. Compliquée. Ce site, Karuta là… pfff (soupir) » (P09)*, *« Globalement c'est mal fait hein… c'est indigeste. » (P05)* ; **et ce malgré son utilisation répétée** au fil des semestres : *« Moi j'ai découvert ça*

avec ma première interne […] Et même maintenant, ça reste quelque chose de complexe ! » (P08), *« À chaque fois c'est une galère assez… une galère assez importante. » (P07).*

- Le **besoin de se faire aider** pour naviguer sur le site

Ce qui explique que la grande majorité des MSU préférait **effectuer l'évaluation en présence de l'IMG** – comme préconisé par le DMG –, l'interne pouvant ainsi les aiguiller si besoin : *« On l'avait fait ensemble avec l'interne et il m'avait un peu guidé quoi. » (P07)*. Sans eux, ils rencontraient davantage de difficultés : *« Je l'ai fait à chaque fois avec mes internes qui m'ont montré. Il y a une évaluation que je me suis retrouvée à faire toute seule, et j'ai vraiment mis super longtemps à retrouver où il fallait que j'aille et comment faire. » (P01).*

D'ailleurs, bon nombre des MSU se sentait **incapable de parvenir à naviguer seul sur Karuta** : *« Si on n'avait pas l'interne à côté de nous, je pense qu'on n'y arriverait pas ! (rires) C'est vraiment… c'est… c'est… épouvantablement mal foutu (rires) ! » (P05)* ; *« Moi je suis incapable de naviguer sur ce truc toute seule ! Donc je fais la validation en présence de l'interne, qui me guide pour accéder aux bons items... enfin bon, pfff (soupir)... c'est pas du tout intuitif leur site... » (P02).*

C'est pourquoi **toutes les aides étaient les bienvenues** : *« Eh bah écoutez, je ne sais toujours pas faire ! C'est ma femme qui s'y met (rires) ! Non, non donc en fait, c'est l'interne qui m'aide à le faire, je ne suis pas du tout prêt… c'est une horreur […] les internes savent très bien s'y prendre, donc je le fais avec eux, et puis ma femme est très douée là-dedans donc lorsqu'elle m'a déjà bien branché sur le site c'est déjà pas mal ! Être connecté sur le site, c'est déjà un bon début. Donc voilà… moi tout seul, je ne saurais pas. » (P03).*

- Le distinguo entre **évaluation formelle et informelle**

Il est intéressant de constater qu'un des participants distinguait clairement **l'évaluation informatique** destinée à la faculté, et **l'évaluation orale** faite avec les autres MSU du trinôme en présence de l'interne. Ce temps d'échange informel était nettement plus important à ses yeux : *« Pour moi, l'évaluation ça reste une évaluation facultaire – de la fac – donc à partir du moment où elle est validée et que la fac voit qu'il y a une progression dans le bon sens… ça c'est le côté, pour moi, facultaire. Après évidemment, c'est pas le plus important […] Et là, la réunion est intéressante, parce qu'il y a l'interne et […] c'est là que c'est intéressant, vraiment, pour lui, pour sa pratique de médecin, voilà. Évidemment il faut séparer le côté facultaire du "vrai" côté. » (P06).*

Dans le même état d'esprit, un autre participant précisait que pour évaluer les compétences communicationnelles nécessaires au bon déroulement de la consultation, **il ne recourait pas forcément à la grille de Calgary-Cambridge** : *« Je fais de façon informelle. J'ai pas une grille que je note. J'ai beaucoup de mal avec ça […] Ça devient très vite impersonnel et j'aime pas trop ça. » (P07).*

- Les **difficultés rencontrées**

- **Des laps de temps incompressibles**

Ces problèmes de navigation étaient en partie liés au délai entre la formation et l'évaluation de l'interne : *« Un des points noirs c'était cet outil informatique (rires) […] quand on fait le séminaire ça parle, mais c'est vrai que quelques mois après c'est difficile à remobiliser. […]*

Ce qu'il y a, c'est que moi par exemple, j'ai fait la formation en Janvier, j'ai accueilli ma première interne en Mai, et j'ai fait mon évaluation à la fin de l'été, donc franchement ce que j'avais vu à la formation ça n'était plus très frais... » (P01).

En outre, l'intervalle entre deux évaluations participait lui aussi aux difficultés ressenties, car il fallait alors se remémorer le fonctionnement de l'interface numérique : *« Euh… j'ai trouvé ça un peu galère, mais je pense que si on le fait régulièrement, ça devient beaucoup plus fluide. Je ne suis pas sûr que la plateforme soit vraiment uniquement en cause. Je pense que c'est parce que j'y vais presque jamais, quoi. » (P07).*

- **Des outils d'évaluation qui ne se prêtaient pas à la pratique quotidienne**

Plusieurs des MSU interrogés soulignaient que les outils fournis n'étaient pas utilisables en conditions réelles, notamment pour pointer les compétences : *« Non mais à un moment donné la marguerite, putain… quand j'ai une épidémie de grippe, la marguerite, j'ai absolument pas le temps de regarder si je fais comme il faut ou pas… enfin, à un moment donné, je trouve ça complétement déconnecté de la réalité… » (P04)*.

En effet, ils trouvaient ces outils trop éloignés de la pratique sur le terrain : *« Quand on voit leurs grilles d'évaluation… que ce soit de l'interne ou du maître de stage, c'est… enfin, c'est pas très rationnel quoi (rires)… Je trouve qu'après une journée de trente-cinq ou quarante patients, on n'a pas forcément envie de déplier le truc format A2 et de cocher les petites cases dans tous les coins. » (P05).*

Dans l'ensemble, ils semblaient avoir du mal à s'approprier ces différents outils, et se montraient plutôt dubitatifs : *« Les grilles de Calgary-Cambridge… je trouve ça tellement abscons que je me dis "Bon… après est-ce qu'ils ont besoin d'être formés comme ça ? D'être formatés là-dessus ?" […] Voilà, c'est vrai que je n'ai pas du tout formaté mes internes […] ; après est-ce que c'est une erreur ou pas ? Je ne sais pas. Je ne sais pas, mais en tout cas moi ça ne collait pas trop… » (P03).*

La grille d'évaluation était décrite comme exhaustive, mais de ce fait jugée inexploitable : *« Le problème c'est ça : c'est que quand tu penses à tout, t'essayes de… et puis après c'est trop compliqué […] tu te retrouves avec des trucs auxquels tu ne peux pas répondre, ou qui ne servent à rien… donc tu te retrouves à côté de la plaque quoi. Franchement. Ceci dit, t'as eu le mérite de tout noter, mais c'est trop compliqué et ça ne correspond pas à la réalité. » (P09).*

Enfin, son caractère chronophage rendait difficile son intégration dans le planning : *« J'ai été obligé […] d'arrêter les consultations plus tôt, pour pouvoir évaluer l'interne. Parce que je ne sais pas combien de temps je vais mettre pour accéder à son dossier quoi, donc… pfff (soupir)… non, c'est un peu dommage. » (P08).*

- **Un changement de plateforme actuellement en cours**

Ces difficultés de navigation étaient également amplifiées par le changement du système d'évaluation, puisque la plateforme nationale SIDES était à l'essai lors de notre enquête.

Les MSU semblaient suivre cette nouvelle procédure d'assez loin : *« C'est imbuvable, cette grille d'évaluation. Et puis ça a changé là apparemment… enfin, c'est assez rébarbatif à remplir, hein. » (P12)* ; visiblement, ils n'en avaient pas encore saisi toutes les modalités : *« Ça vient de changer là […] faut que ce soit le référent / tuteur / machin / je ne sais pas quoi… mais il faut que l'interne s'inscrive avant… et c'est plus Karuta, c'est un autre truc…*

donc je ne sais pas ! » (P10) ; mais ils trouvaient la marche à suivre toujours aussi fastidieuse : *« Le nouveau système qui a été mis en place, avec la grille XXL qui est trois fois plus grande que l'autre qui faisait déjà quelques lignes… » (P11).*

Suite à ces modifications, l'un des participants se disait soulagé de ne plus avoir à s'occuper de l'évaluation de l'IMG : *« Alors après, ce qui est nouveau et que j'ai pas encore fait, c'est que là je n'ai plus à le faire maintenant ! Puisqu'il n'y en a qu'un dans le trinôme qui le fait […] Et il se trouve que c'est pas moi (dit-il avec un grand sourire) … ça m'arrange ! » (P06).*

Finalement, chaque site avait ses avantages et inconvénients : *« Alors sur Karuta, je crois que c'est extrêmement lent (rires)… euh… l'autre site avait l'air de fonctionner un peu mieux. Parce que j'ai fait les deux : le mi-stage j'avais fait sur Karuta, effectivement déjà pour se connecter ça rame… le changement d'écran, il faut attendre au moins une minute… enfin, ça ne marche pas. Sur l'autre site, c'était plus fluide. Alors après sur Karuta, il me semblait que la grille était plus simple à remplir – j'ai pas comparé si c'étaient les même items ou pas – mais il me semble que c'était moins long à faire, finalement, sur Karuta. » (P12).*

3.2.7.2 Les outils d'évaluation : sur le fond

- Des **avis partagés** concernant les items d'évaluation

- **Plusieurs des participants considéraient le cœur de l'évaluation approprié** :

« On cherche à évaluer la progression de l'interne, donc ça c'est bien. On ne cherche pas à évaluer si c'est un bon interne, on cherche à évaluer s'il a progressé. Ça on le voit bien dans les évaluations. » (P06).

« Globalement, je ne suis pas choqué par les demandes, et ça me parait adapté. » (P03).

« Sur l'évaluation en soi et tous les items, euh… je trouve que c'est plutôt bien, puisque ça reprend en effet toutes les compétences que doit acquérir l'interne […] c'est très détaillé, ça touche vraiment à tous les domaines de compétences qu'on exige au niveau de notre profession. » (P08)

La zone de commentaire libre était appréciée : *« La seule chose qui est intéressante, c'est que je peux mettre des notes à la fin. Alors j'en mets pas une tartine, mais je mets justement vraiment en quoi il a progressé, d'où il partait, voilà, ses difficultés… » (P06).*

- **Mais la majorité d'entre eux était plus mitigée…**

Les items d'évaluation étaient alors jugés nébuleux : *« Et puis c'est beaucoup trop théorique. Ça manque vraiment de simplicité. Franchement, il y a des items... moi je me pose vraiment la question du sens qu'ils ont... » (P02)* ; trop nombreux : *« C'est pas toujours bien, bien clair sur les items. Il y a beaucoup beaucoup d'items à remplir... » (P04)* ; et excessivement longs : *« Après voilà, si on s'amuse à lire dans le détail tous les items […] je trouve que ça reste beaucoup du blabla (rires), du théorique. » (P12).*

Finalement, pour beaucoup, il s'agissait d'éléments conceptuels assez flous : *« C'est très abstrait […] des fois il y a des choses où… bah pfff (soupir) … les items ne correspondent pas tout à fait […] il y a des fois… c'est tellement vague. » (P06)* ; qui n'étaient pas forcément adaptés à la pratique ambulatoire : *« Il y a des trucs qui étaient plutôt pour l'hôpital je crois,*

qui ne fonctionnaient pas… enfin, il y a des trucs qui n'allaient pas quoi. » (P10) ; et les laissaient perplexes : *« Moi je trouve que les questions elles ne sont pas toujours pertinentes.» (P11).*

Certains MSU étaient d'avis que le niveau escompté pour l'interne de niveau 1 n'était pas réaliste : *« Les items de validation, notamment tous ceux qui concernent la communication avec d'autres professionnels de santé, coordonner, enfin... pfff... (soupir) […] je trouve que c'est une dimension un petit peu complexe qu'on leur demande d'acquérir. » (P02)* ; voire complètement utopique : « *Je me dis "Mais moi, je ne fais pas ça de toute manière !" (rires)... Il y a des items qui sont pertinents, mais il y en a d'autres qui je trouve sont pompeux... et je ne suis même pas sûre que je réponde moi à ces objectifs-là, vous voyez ce que je veux dire ? » (P02).*

- **Tout compte fait, les MSU effectuaient cette évaluation par obligation :**

« En tout cas, je ne prends pas de plaisir à faire ça avec l'interne. Et surtout, pour moi, une bonne évaluation, ça serait une évaluation qui me permette de lui dire "Ah oui, tu vois, ça c'est une bonne remarque. Tu vois, on en avait parlé..." Bah là je trouve pas ! Je le fais. Je le fais avec lui, oui. Mais… pfff (soupir) […] Je le fais un peu parce qu'il faut le faire quoi. » (P06).

- Un **choix limité** dans les réponses

Les propositions formulées étaient jugées **trop restrictives** : *« Sur les trois possibilités de choix que nous avons pour chaque compétence, soit l'interne est ultra nul, soit il est moyen, soit il est excellent. Mais on n'a pas "il est bon" et on n'a pas "peut faire mieux" […] Donc je trouve qu'on range nos internes dans des tiroirs de compétences qui ne sont pas assez nuancés en fait. » (P08)* ; *« C'est très difficile le "insatisfaisant" "moyen" ou "satisfaisant" : il n'y a rien d'intermédiaire, c'est très compliqué. » (P11)*

Si bien que les MSU avaient **du mal à retranscrire leur opinion** au moment de l'évaluation de l'IMG, cochant parfois une des cases par dépit : *« J'ai du mal même… comment dirai-je ? À exprimer toute ma difficulté à – entre guillemets – noter les internes à partir de ce qui est proposé. […] On te donne un truc… c'est d'un compliqué… une espèce de paragraphe où il y a cinq ou six lignes, et après on te dit "Oui / Non", enfin "N'a pas atteint / Doit progresser / Non" […] et on est obligé de cocher un des trois, tu vois. Et… c'est trop restrictif. On ne s'y retrouve pas, hein ! […] c'est quasiment impossible : quand on coche la case, on se dit "Bon, de toute façon, ça ne colle pas… on va mettre ça parce que bon…" » (P09).*

- Un **problème d'appropriation** des outils

Qu'il s'agisse des MSU ou des IMG, nul ne semblait adhérer à ces outils : *« Tous les outils d'évaluation qu'on nous a donné […] en pratique c'est très très compliqué de le mettre en place sur le terrain, sauf si on veut rendre son stage très chiant, très scolaire, et à mon sens… ouais, peu productif. Parce que je pense que oui, on peut le faire comme veut le DMG, mais je ne suis pas sûr que ce soit ça qui apporte des choses dans la pratique des étudiants […] J'avoue que j'arrive pas à faire 100% de ce qu'on nous demande […] en pratique, c'est… ça ne marche pas, quoi. Enfin, les étudiants ils adhérent moyennement... " » (P11).*

- Les **difficultés rencontrées**

- **Déterminer le niveau de compétence de l'interne**

Bon nombre des participants peinait à définir le niveau de compétence de l'IMG : *« Moi le problème que j'ai eu, c'est dire quand c'est complètement acquis ou quand c'est en cours d'acquisition. C'était plus moi je pense, pour arriver à bien évaluer. » (P01)* ; *« Savoir si c'est bien, moyen… enfin ouais, je sais pas… c'est pas très carré… ou alors c'est que j'en ai pas encore fait assez, et que j'ai pas encore l'habitude de les évaluer comme ça, je sais pas trop. Mais c'est vrai que… je sais pas, j'ai pas été très à l'aise avec ça. » (P04).*

Cela était d'autant plus délicat que leurs choix étaient limités : *« Je trouve que soit on est trop sanctionnant, soit on va être trop dans… comment dire… bah… j'arrive pas à trouver l'adjectif… mais en fait dans la félicitation, l'éloge, voilà […] Je trouve que ça ne nous laisse pas la possibilité d'évaluer notre interne à sa juste valeur. » (P08).*

Ils avaient des scrupules à utiliser le moins bon des trois niveaux d'acquisition, le jugeant de toute façon inutilisable car inadéquat : *« L'interne avec qui on a eu des difficultés […] c'est vachement compliqué d'aller lui mettre tout rouge – même à mi stage – donc c'est pas possible ! Comment voulez-vous motiver quelqu'un si, déjà qu'il se fait sermonner à chaque débriefing, en plus voilà […] Je veux dire, encore une fois, un interne ne peut pas être nul. Voilà, j'insiste : un interne ne peut pas être nul ! Il a déjà fait six ans d'études, il a passé son internat, il ne peut pas arriver avec un bagage vide. » (P08).*

En effet, ils ne souhaitaient pas prendre le risque que l'évaluation soit préjudiciable à l'IMG : *« Mais le problème quand on met "non" c'est que c'est quand même très… oui, comme je disais tout à l'heure, c'est très restrictif […] Des fois on hésite, parce qu'on a l'impression que les questions sont formulées d'une façon où ça pourrait être pénalisant. » (P09).*

- **Juger de la progression de l'IMG au cours du semestre**

Beaucoup des MSU interviewés avaient du mal à exprimer, au travers des items d'évaluation, la progression de l'interne :

« Quand je cochais les trucs alors que moi je voyais une progression, mais je ne sais pas… je trouvais que ça ne reflétait pas la progression que je voyais. […] Peut-être parce que j'avais mal évalué la première fois en fait. Je pense que j'avais évalué un peu généreusement quoi. Mais là aussi, je pense qu'il faut un peu d'expérience. » (P01).

« C'est vachement compliqué de noter correctement l'évolution des gens, parce qu'en plus de ça – enfin il y a des questions, globalement, à part si on est une quiche, on va automatiquement mettre "satisfaisant" – donc après c'est vachement difficile de noter l'évolution. » (P11).

Certains donnaient l'impression de se sentir obligés de mentionner une progression : « *Après c'est toujours un peu délicat, parce qu'on va toujours dire qu'il y a une progression… donc bah on n'est pas ob…. (il s'interrompt) … Enfin voilà, faut que ça soit cohérent aussi dans l'évaluation » (P05).*

- **Des situations non rencontrées et des items non adéquats**

Les MSU pointaient du doigt que certaines des compétences attendues ne pouvaient pas être examinées en pratique : *« Il y a des choses qui ne sont pas évaluables quoi ! On ne peut pas*

être à côté de notre interne en lui disant "Bon bah voilà, là tu vas annoncer le cancer de madame Machin"… bon, c'est… il y a des trucs qu'on ne peut pas faire, on ne peut pas évaluer […] tout ce qui est situation d'urgence, c'est pas forcément évident non plus. » (P05).

Plusieurs d'entre eux soulignaient que divers items n'étaient tout simplement pas adaptés à l'évaluation d'un interne en début de cursus : *« "Bah ça t'as vu, ça t'as pas vu… Bah non, parce que forcément t'es en premier semestre, donc non t'as pas vu, t'es pas passé en hospit, t'es pas passé aux urgences, c'est normal". » (P06)*. D'où les difficultés : *« Alors justement, des fois on est embêté pour répondre, parce que ça tombe sous le sens que c'est pas possible ! Que cette condition de compétence soit atteinte, c'est pas possible pour un niveau 1, qui plus est lorsqu'il est à son premier stage. » (P09).*

3.2.8 Les améliorations souhaitées par les MSU

3.2.8.1 Une demande de simplification des outils d'évaluation

Lorsqu'on leur posait la question de ce qui pouvait être amélioré, les participants n'hésitaient pas une seule seconde : *« Bah, simplifier ! Simplifier. Simplifier le site, c'est une évidence. Simplifier aussi probablement les items, afin de les rendre plus concrets, plus proches de la pratique de terrain. » (P02).*

- Une **clarification** de l'accès aux grilles d'évaluation

Plusieurs des MSU réclamaient que la faculté leur envoie un lien permettant **un accès direct à l'évaluation de l'interne en question** : *« Faudrait juste que ça soit simple, avec chaque maître de stage, on clique dessus, et puis on a l'évaluation, et puis… et puis voilà, on entre dans le truc. » (P05)* ; *« Normalement, en deux clics, vous devriez arriver au dossier de votre interne avec la possibilité de l'évaluer. » (P08).*

Ils exprimaient d'ailleurs leur étonnement vis-à-vis d'un outil si dissonant au sein de notre époque marquée par des progrès technologiques considérables :

« Enfin, c'est assez perturbant, à notre ère – où l'informatique quand même se développe de façon exponentielle – que la faculté ne soit pas capable de nous sortir un site complètement simple où on clique dessus, avec une liste de nos internes que nous avons pris en charge ou que nous prenons en charge, et juste cliquer dessus et que tout apparaisse ! » (P08).

« Quand la fac nous dit "C'est votre étudiant", et ben on devrait avoir un bouton "Évaluer l'étudiant" en dessous. Enfin (elle lève les yeux au ciel) … je pense qu'informatiquement c'est quand même facile… on arrive à faire ça dans plein de choses... Amazon sait très bien faire hein ! » (P04).

- Une **modification du contenu** des grilles

Ils revendiquaient **une évaluation plus diversifiée** : *« Il faudrait mettre une compétence – des compétences – intermédiaires entre chaque. Entre "très mauvais" et "moyen" bah en fait l'interne peut être "très moyen" ; et entre "moyen" et "excellent" l'interne peut être "bon" […] parce que… enfin, on n'est jamais dans une réalité aussi restrictive en fait […]*

De passer de trois items à – par exemple – cinq items, déjà on pourrait un petit peu plus nuancer, et ça donnerait une image beaucoup plus objective. » (P08).

Ils voulaient une **simplification des intitulés** afin d'évaluer l'IMG à sa juste valeur : *« Moi je préférerai des questions plus courtes, plus concises, avec des items d'évaluation qui soient ouverts par rapport à une proposition donnée vraiment nette et précise, et courte. Donc soit ouvert, soit éventuellement questionnaire à choix multiples, mais larges […] Ce que je dis : le questionnaire doit évoluer dans le sens de la simplicité, et voilà, au bénéfice de l'étudiant. » (P09).*

Ils aspiraient également à **davantage de zones dédiées aux commentaires libres** : *« Disons que pour être parfait – parce qu'évidemment ça reprend les items des compétences de médecine générale – mais pour être parfait, il faudrait presque qu'en dessous on ait la possibilité – non obligatoire – de mettre un commentaire. » (P06).*

- Une **évolution** du système de notation

Certains suggéraient même de changer totalement le **système de notation** actuel :

« Évaluer Amazon, on y arrive très bien ! Cinq étoiles, quatre étoiles, trois étoiles… et en fait un truc avec des étoiles, des machins, enfin ça me paraîtrait bien plus clair ! » (P04).

« Même si ça rend des fois les choses plus ch… (il s'interrompt et se corrige) plus différentes… une notation entre zéro et dix, je ne sais pas, mais bon… voilà. » (P11).

« Moi je pense qu'il faut faire comme les EVA […] Pas entre zéro et dix, mais vraiment juste un curseur qu'on aille mettre. Voilà, et ça ce serait bien. » (P10).*

(* Échelle Visuelle Analogique)

3.2.8.2 Davantage de partage entre les MSU

Ce qui était frappant lorsqu'on interviewait les MSU, c'est que tous partageaient **l'envie de se côtoyer**.

Beaucoup suggéraient l'organisation d'**une rencontre annuelle entre MSU** : *« Un séminaire de généralistes enseignants une fois par an, pour qu'on discute tous ensemble de nos problèmes et que soient abordées certaines difficultés […] qu'on puisse tous ensemble discuter entre maîtres de stage, et revenir à la fois renforcés dans nos connaissances, et qu'on en tire peut-être les moyens de travailler encore mieux : ça, ça serait bien ! » (P09).*

Celle-ci participerait à leur **formation médicale continue** : *« Je trouve que ça serait bien, une fois par an ou tous les deux ans, de faire un truc avec tous les MSU, mais bon… voilà. Déjà pour se réunir, pour se connaître, pour échanger dessus, puis pour échanger un peu les pratiques quoi […] faire un truc avec tout le monde, un peu obligatoire quoi, ce ne serait pas une folie ! Un temps d'échange, de partage, et puis de mélanger un petit peu les… ouais, d'échanger sur les pratiques, mais surtout de se reformer aussi un petit peu quoi. » (P10).*

La mise en place de **groupes d'échanges de pratiques pour les MSU** a également été évoquée : *« Plutôt que de faire une formation au préalable, faire un retour sur expérience en disant : "Moi je suis gêné avec tel type d'interne, moi je suis gêné avec tel type de*

consultation"... Enfin, je trouve que ça serait plus intéressant et plus formateur a posteriori qu'en antérieur. […] Ouais. Je pense qu'une réunion une fois par an entre maîtres de stage, même du même secteur […] serait à mon avis plus judicieux, oui. » (P04).

L'un des participants était d'avis qu'une réunion de **présentation et d'information sur la maîtrise de stage**, organisée au plus près des bassins de vie, permettrait un recrutement plus efficace des MSU : *« Je pense que oui, il faudrait faire des réunions, et se dire – alors je ne sais pas combien viendraient – mais sur les cinquante qui viendraient, si déjà on arrive à en convaincre trois ou quatre, ce serait énorme ! […] mais par contre je pense qu'il ne faut pas que ça se fasse à Poitiers ou dans des grosses villes, je pense qu'il faudrait faire ça peut-être sur un secteur où il n'y a qu'un ou deux maître(s) de stage. » (P11).*

Cette volonté de créer du lien était d'autant plus marquée que plusieurs des MSU interrogés partageaient **un sentiment d'isolement** : *« On est tous un peu chacun dans notre coin. » (P05)*. En conséquence, ils déploraient n'avoir pas eu **la possibilité d'échanger** sur leur activité d'enseignant : *« Je suis assez isolé. […] dans notre bassin de vie, finalement, il n'y a personne qui reçoit d'autres internes. Donc j'ai pas eu l'occasion vraiment d'en discuter. Je regrette. […] Ça aurait été intéressant aussi que, par exemple, durant le semestre, ou durant l'année, il y ait une ou deux réunions avec les maîtres de stage pour parler chacun de notre pratique. » (P07)*.

Ils auraient apprécié bénéficier d'**un accompagnement plus prolongé** : *« Être peut-être davantage encadré, parce qu'on est livré encore à nous-même, comme d'habitude en médecine générale, hein. Tu vois, depuis ma formation, je n'ai pas eu l'occasion d'en rediscuter […] avec qui que ce soit qui soit confronté à l'exercice pédagogique de la formation des internes. Jamais tu ne te penches dessus, jamais j'en ai reparlé avec qui que ce soit autour d'une table pendant deux heures, pour en retirer certains éléments qui pourraient me faire progresser. Et je pourrais progresser justement, j'en ai besoin encore. » (P09).*

Toutefois, ils avaient conscience que **d'un point de vue logistique** cela n'était pas si simple : *« En discuter, en effet, avec plusieurs maîtres de stage quoi. Parce que c'est un peu dommage d'être tout seul dans son coin… mais bon, après je ne suis pas sûre que ce soit réalisable, en termes de temps, de machin, tu vois… l'organisation, c'est un peu compliqué. » (P10).*

L'un des participants était pour **un contact systématique entre les MSU** qui accueillaient l'IMG **et le tuteur** de celui-ci : *« Ce qui pourrait être intéressant, je pense – mais après c'est chronophage hein – c'est peut-être que le tuteur de l'interne nous appelle pour faire un point […] Parce qu'effectivement le tuteur c'est la personne privilégiée avec lui quoi. » (P06).*

3.2.8.3 La volonté d'avoir un "référent" MSU

Quelques-uns des MSU interviewés auraient souhaité **être chapeautés par un MSU aguerri** : *« D'avoir une sorte, nous aussi, de compagnonnage par un MSU plus expérimenté, ça pourrait être vraiment très, très enrichissant. […] Est-ce que c'est faisable en pratique ? J'en sais rien… mais je pense qu'on aurait besoin de ce regard-là. » (P08).*

Ils auraient été intéressés par **une immersion** avec un accompagnement **sur le terrain** : *« Peut-être une formation sur le terrain, c'est toujours pareil ! Parce que j'ai fait une formation avec aucun interne […] De voir sur une journée comment gère un de nos collègues, c'est toujours pareil, hein. Voilà. Bon après on serait quatre dans un bureau […] avec un maître de stage qui nous montre l'exemple, parce qu'il a toute une expérience de ça. » (P09).*

3.2.8.4 Optimiser la formation

Les MSU de notre panel auraient apprécié **qu'on leur donne davantage la parole**, notamment pour exprimer leurs inquiétudes : *« Plus d'échanges ! Également plus d'échanges au sein des groupes, qu'on puisse finalement tous verbaliser quels étaient nos freins, nos craintes. » (P08).*

Ils estimaient que **certains points** n'avaient pas été suffisamment détaillés lors du séminaire : *« Comment on va manager le temps de consultation, comment on va manager notre journée en sa présence, enfin voilà… Il y a tellement de questions pratiques qui n'ont pas été abordées… » (P08).*

Les participants étaient demandeurs de supports, avec par exemple **une liste de références** à laquelle ils pourraient se référer si besoin : *« Je pense que faire des vidéos tutorielles de consultations avec l'interne – comme ce qu'on a eu en fait pendant le truc, mais qui étaient un peu des vieilles vidéos – je trouve que c'est bien, voilà. Et d'avoir accès à ce genre de choses, je pense que ça serait pas mal, juste pour se remettre un peu les idées en place… et puis voilà, des bouquins sur la pédagogie, des choses comme ça, c'est bien. » (P10)* ; ou bien **un guide pour la conduite du débriefing** : « *Peut-être avoir une trame sur comment débriefer avec un interne, comment l'amener à telle ou telle compétence. » (P08).*

Ils auraient voulu également qu'on leur fournisse **un planning-type d'une journée avec un IMG de niveau 1** : *« Ça aurait été sympa qu'on me donne une organisation-type. Euh… planning, j'entends. Vraiment une organisation planning-créneaux type. Euh… parce que j'ai eu, du coup, à adapter les choses au fur et à mesure. » (P07)*. En somme, **être avertis** afin de **pouvoir anticiper** les aménagements de leur agenda : *« Qu'on me dise que c'est bien de modifier son planning ou d'adapter son… enfin oui, que ça va prendre beaucoup plus de temps, oui. » (P12).*

Les MSU interrogés auraient souhaité **davantage de mises en pratique** :

- aussi bien pour se projeter dans l'interaction avec l'interne : *« Je trouve que la formation pourrait être bonifiée. Je ne dis pas que tout est à jeter, et loin s'en faut, mais je trouve que voilà […] plus de jeux de rôle, plus de vidéos, euh… le côté visuel : vraiment voir des cas concrets de ce qu'il faut faire / pas faire, je pense que pour nous c'est très important. » (P08)* ;
- que pour avoir la possibilité de se familiariser avec le site d'évaluation : *« Bien évidemment, si on nous avait donné un ordinateur pendant la formation, et puis qu'on avait pu pianoter et voir concrètement le cheminement, bon bah déjà on aurait pu leur dire que c'était mauvais (rires), et ensuite on aurait déjà eu une petite expérience, donc après on retrouve le chemin plus rapidement. » (P08).*

Une des participantes jugeait que **certains séminaires de formation gagneraient à être fusionnés** : *« Faire une formation un petit peu plus longue que deux jours, ça aurait été bien […] en fait, tout ce qui concernait l'interne de niveau 1, les deux formations que j'ai faites, je trouve qu'elles auraient dû être ensemble. Ça aurait été plus pertinent de faire tout d'un coup, plutôt que de faire un week-end là, un autre là. En plus, l'autre n'est pas obligatoire, donc il y a plein de gens qui ne vont pas faire cette deuxième formation, qui pour moi est juste essentielle ! » (P10)*.

3.2.8.5 Bénéficier d'un accompagnement prolongé

Les participants étaient désireux d'avoir **un suivi annuel de leur activité de MSU** : *« Est-ce qu'il n'y aurait pas des formations régulières à imposer aux MSU ? J'en sais rien, je dis des bêtises… une fois par an… pour justement, pouvoir verbaliser nos difficultés, verbaliser notre ressenti. Au final, faire un débriefing de cette année de maîtrise de stage. » (P08).*

Il s'agirait de "piqûres de rappel" en quelque sorte : *« Ou peut-être de remettre le couvert avec une formation pédagogique supplémentaire, évidemment. Mais nous, en médecine générale, notre problème c'est le temps […] Donc les formations c'est bien, mais il faut avoir le temps de les faire… » (P09)* ; *« Parce qu'on a tendance à oublier, hein ! On repart de la formation avec plein d'idées, et puis un mois plus tard, il en reste quoi… ? (elle siffle) … Il ne nous reste que des vagues trucs, tu vois. » (P10).*

Entre autres, ils souhaitaient bénéficier d'**un accompagnement lors des changements du logiciel d'évaluation**, et de leurs mises à jour successives : *« Savoir retrouver sur Karuta les évaluations – parce que souvent je galère un peu, mais bon, j'y arrive – parce que les choses changent… avant c'était le bureau virtuel, maintenant c'est Karuta… donc voilà, les choses changent, et ça c'est une mise à jour qui aurait été intéressante… » (P07).*

L'un d'eux souhaitait être évalué sur le terrain, car il estimait important d'avoir ce retour sur sa pratique pédagogique ; afin de réaliser ensuite certains ajustements si nécessaire, toujours dans la perspective de s'améliorer : *« Ça serait peut-être bien […] qu'un inspecteur vienne un jour […] pour nous corriger peut-être dès le départ, comme les profs à l'école, qui sont inspectés par le directeur de l'académie. […] Ça nous aiderait peut-être, si ces gens-là n'étaient pas là pour nous sanctionner, mais pour nous faire remarquer que certaines choses pourraient être faites un peu mieux. » (P09).*

4) DISCUSSION

4.1 Les forces et les limites de cette étude

4.1.1 Forces

La principale force de notre travail était d'être **une étude originale**, celle-ci s'intéressant à l'expérience des MSU néophytes.

La **méthode qualitative** semblait la plus adaptée pour recueillir les données subjectives du vécu des participants.

De surcroît, la réalisation d'**entretiens individuels semi-dirigés** a favorisé l'authenticité et l'individualité des réponses, dans le but de pénétrer l'univers singulier de chaque participant.

La **démarche inductive** employée pour la catégorisation des verbatim a particulièrement enrichi les résultats, étant donné que le codage était ouvert.

Les **critères de scientificité** en recherche qualitative (38,45) ont été scrupuleusement respectés, à chacune des étapes :

- Tout d'abord, nous avons procédé à un **échantillonnage raisonné**, c'est-à-dire que nous avons veillé à obtenir une variation maximale des caractéristiques des MSU (tranche d'âge, lieu et mode d'exercice, nombre d'IMG reçus jusqu'alors, etc.).

- La **qualité des entretiens** était garantie par des données recueillies via un guide d'entretien testé à l'avance, mais non connu des participants afin de préserver toute leur spontanéité (37). Les conditions étaient d'autant plus favorables au dialogue que la vidéoconférence offrait aux MSU la liberté du lieu et du créneau horaire pour l'entretien. L'échange s'éloignait parfois de la trame élaborée afin de conserver le cheminement de pensée de l'interviewé. Plusieurs reformulations ont été réalisées afin de vérifier la bonne compréhension des propos des MSU. Les entretiens ont été riches, comme en témoigne la durée moyenne de 39 minutes.

- Une **triangulation des données** a été effectuée pour un tiers des entretiens, c'est-à-dire que l'enquêtrice et son directeur de thèse – enseignant de médecine générale formé aux méthodes qualitatives – ont confronté et discuté leurs analyses sur quatre des douze entretiens réalisés (40). Cela a permis d'enrichir la réflexion, d'étoffer l'encodage, et de participer ainsi à la validité interne de notre étude.

- La **saturation des données** a été obtenue, gage de fiabilité. Celle-ci a été jugée suffisante à partir du dixième entretien : deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés pour confirmer la redondance des données additionnelles, sans émergence de nouveaux concepts. Ce qui, combiné à l'échantillonnage raisonné, a renforcé la validité externe de notre étude ; l'échantillon ayant atteint une diversité suffisante pour répondre à notre problématique.

4.1.2 Limites

Outre ses qualités, cette étude présentait également plusieurs points de faiblesse.

Avant tout, elle a été menée lors de la crise sanitaire de la COVID-19, ce qui a pu avoir une influence sur la disponibilité des médecins et contribuer ainsi aux **difficultés de recrutement**.

Les MSU inclus étaient volontaires et motivés à participer à notre travail de thèse : ils pouvaient être différents de ceux n'ayant pas répondu à notre invitation, indépendamment des critères de sélection (traits de personnalité, charge de travail, etc.). Ce **biais de volontariat** est cependant impossible à éliminer dans les études basées sur des entretiens, car le consentement du participant est indispensable pour un travail éthique.

Un des douze entretiens a été réalisé auprès d'**une connaissance de l'enquêtrice**, ce qui a facilité l'accord pour la participation. Certes, cela a pu nuire à la neutralité de l'échange, mais a permis par la même occasion l'obtention d'un climat de confiance propice aux confidences.

Les participants avaient connaissance du statut de médecin remplaçant de la thésarde. Bien que les entretiens étaient individuels et que l'investigatrice ait fait de son mieux pour mettre les volontaires à l'aise, il peut y avoir eu un **biais de désirabilité sociale** : le participant disant ce qu'il pense souhaitable de dire afin de se présenter sous son meilleur angle, et veillant à ne pas compromettre son image auprès d'une consœur.

De plus, le **biais de mémorisation** est systématique lorsque le mode de recueil des données est déclaratif comme dans notre étude : celui-ci a été limité en optant pour un maximum de quatre IMG, c'est-à-dire en interrogeant les MSU sur leurs deux dernières années d'exercice pédagogique tout au plus.

En recherche qualitative, la qualité du recueil et de l'analyse des données est conditionnée par les habilités et l'expérience des chercheurs. Or, **l'investigatrice était novice dans ce domaine**. Son aisance et sa capacité à mener les entretiens se sont améliorées au fil du temps. De ce fait, les premiers entretiens n'ont probablement pas bénéficié de la même fluidité que les derniers, et certaines données auraient sans doute pu être plus finement exploitées.

De même, la saturation des données dépend du jugement des chercheurs et présente donc une part d'incertitude. Ce **biais d'évaluation subjective** est inhérent à la démarche qualitative, car malgré la tentative de rester la plus neutre possible, l'enquêtrice a forcément une influence sur la formulation des questions, la façon de conduire l'entretien, et la manière d'analyser le matériel recueilli.

Toutefois, les **biais d'investigation** ont été minimisés par la libre parole des participants ; et le **biais d'interprétation** a été réduit par la triangulation des données.

Enfin, notons qu'il est regrettable de ne pas avoir demandé aux participants s'ils étaient également MSU pour les externes. En effet, il s'agit là potentiellement d'**un facteur confondant**, dans la mesure où les acquis antérieurs du médecin généraliste ayant une expérience préalable auprès des externes peuvent influencer son vécu lors de ses débuts en tant que MSU pour les internes.

4.2 Rappel des principaux résultats

- **L'objectif principal** de cette étude était d'explorer le vécu de l'activité de maître de stage de niveau 1 chez les médecins généralistes enseignant en Poitou-Charentes recevant des internes depuis moins de deux ans.

Les MSU interrogés ont très bien décrit leur changement de rôle, les responsabilités liées à cette nouvelle casquette d'enseignant, et son côté potentiellement déstabilisant parfois. En effet, certaines situations particulières n'avaient pas été anticipées (l'IMG en situation de difficultés, les patients refusant la présence de l'étudiant, les défauts de communication au sein du trinôme…) et ont par conséquent nécessité divers ajustements en temps réel.

Le côté excessivement théorique du séminaire "Initiation à la maîtrise de stage" a été largement décrié, cependant la mise en pratique avec les jeux de rôle était loin de faire l'unanimité elle aussi. Notons toutefois que les MSU les plus jeunes semblaient être ceux qui adhéraient le mieux à cette méthode pédagogique, peut-être parce qu'ils avaient eux-mêmes connu ces jeux de rôle en tant qu'internes.

Sur le terrain, chacun s'en était référé au bon sens et s'en était remis à son instinct. Quelques-uns des MSU interviewés avaient fait preuve d'anticipation (communication auprès des patients, ajout de créneaux de pause) ; tandis que d'autres avaient eu des surprises le moment venu (planning inapproprié, matériel médical incomplet, locaux inadéquats). Dans tous les cas, la capacité d'adaptation a été primordiale pour ces MSU néophytes, afin que l'interne prenne sa place au sein des consultations et que le stage puisse se dérouler de façon optimale.

Les ressentis exprimés par les différents MSU étaient hétérogènes. Chaque participant avait vécu différemment ses débuts en tant que maître de stage, de par son expérience antérieure en tant qu'étudiant, sa personnalité, ses attitudes et habilités médicales propres. L'amplitude de leurs sentiments a parfois été importante, passant au cours d'un même semestre de la frustration au plaisir, voire de la lourdeur à la légèreté. Quoiqu'il en soit, les appréhensions initiales semblaient n'être plus qu'un lointain souvenir.

La gestion du temps était forcément différente en présence d'un interne : l'aspect chronophage était considéré par tous les participants comme inhérent à un enseignement de qualité, mais certains MSU s'en accommodaient mieux que d'autres.

La communication avait une place centrale tout au long de ce stage de niveau 1, qu'il s'agisse des échanges avec l'IMG, de la prise en charge des patients, ou du lien avec les autres MSU. La bienveillance était elle aussi omniprésente parmi les différents témoignages recueillis. Ensemble, elles contribuaient au bon fonctionnement du trinôme médecin – patient – interne, et au développement de la relation pédagogique entre le MSU et l'interne. Une fois la confiance instaurée, cette relation s'étoffait au fil du semestre, octroyant à chaque période de stage son caractère unique.

La singularité de chaque médecin généraliste était ouvertement assumée et revendiquée, les MSU de notre panel ne souhaitaient surtout pas être formatés : ils voulaient à tout prix conserver leur originalité et leur indépendance. Cette variabilité se retrouvait également parmi les internes, ce qui rendait cette expérience pédagogique d'autant plus palpitante. Soulignons d'ailleurs que les MSU désiraient préserver les particularités de chaque IMG plutôt que d'entreprendre un "programme de clonage".

Les outils pédagogiques et d'évaluation ont été le lot de nombreuses critiques, tant sur le fond que sur la forme. Dans notre étude, les MSU avaient beaucoup de difficultés à s'approprier ces outils, à les intégrer dans leur pratique, et à naviguer correctement sur l'interface numérique ; si bien que le site Karuta constituait un obstacle majeur à l'évaluation.

D'une part, il est important de préciser que le système d'évaluation des IMG était en cours de changement lors de la réalisation de ce travail de thèse (passage de la plateforme locale Karuta à la plateforme nationale SIDES), ce qui a peut-être encore majoré l'impression de difficulté à faire l'évaluation sur un outil numérique.

D'autre part, il faut rappeler que ces grilles critériées sont indispensables, car elles permettent que différents évaluateurs parlent précisément de la même chose, grâce à des items objectifs et standardisés. Les évaluations des IMG sont des évaluations formatives et certificatives, pourtant plusieurs des MSU les percevaient comme potentiellement sanctionnantes. La zone de commentaire libre était jugée trop réduite, néanmoins elle s'avère assez peu utilisée par les MSU en pratique. Du reste, certains interviewés avaient du mal à verbaliser leurs remarques à l'interne, craignant leur caractère négatif, alors que le but de la supervision est justement de parvenir à formuler des commentaires ciblés et constructifs pour l'étudiant.

Finalement, l'expérience vécue était différente chaque semestre et pour chacun des participants, mais on retrouvait chez tous un engagement pédagogique prononcé ; et l'ensemble des témoignages recueillis mettait en évidence une réelle satisfaction des MSU à accompagner les internes dans leurs apprentissages.

D'ailleurs, absolument tous les participants relevaient de nombreux bénéfices engendrés par cette activité de maître de stage sur leur pratique quotidienne ; que ce soit en termes d'organisation, d'actualisation des connaissances, de dynamique au sein de la structure, d'épanouissement professionnel… sans oublier la valeur ajoutée sur le plan relationnel.

En fin de compte, le vécu variable des MSU débutant la maîtrise de stage de niveau 1 témoignait d'une expérience personnelle riche et inédite.

- **L'objectif secondaire** était de recueillir les suggestions formulées par les MSU pour tendre vers une amélioration de leur formation et de leurs pratiques pédagogiques.

Les entretiens effectués ont également permis aux MSU interrogés de formuler quelques remarques, d'exprimer leurs souhaits, et d'effectuer des propositions concrètes sur différents points.

Les participants ont d'abord émis plusieurs réflexions afin d'optimiser le séminaire de formation. Pour cela, ils proposaient notamment de multiplier les temps d'échanges, d'insister encore davantage sur la mise en pratique, d'accroître le nombre de vidéos et de mettre au point d'autres supports pédagogiques (planning-type d'une journée avec l'IMG de niveau 1, guide pratique pour la conduite du débriefing, bibliographie pour aller plus loin, etc.).

Ils ont également manifesté leur volonté d'avoir un "référent" MSU, qui constituerait en quelque sorte un guide personnel tout au long de leur parcours. C'est-à-dire un mentorat par un MSU expérimenté, aux côtés duquel ils pourraient par exemple effectuer une journée " découverte de la maîtrise de stage de niveau 1 " pour appréhender la réalité de cette fonction sur le terrain.

En effet, la majorité des participants désirait un suivi régulier de leur activité de MSU, avec un accompagnement prolongé et individualisé, idéalement de proximité, entre autres pour la prise en main de la plateforme d'évaluation et leur perfectionnement pédagogique.

L'ensemble des MSU interviewés réclamait une simplification des accès aux grilles d'évaluation : ils espéraient un lien envoyé par la faculté leur permettant un accès direct à l'évaluation de l'interne concerné. De plus, ils revendiquaient une modification du contenu des évaluations, avec des critères de jugement plus diversifiés, un élargissement des choix pour chaque réponse, et davantage de zones dédiées aux commentaires libres. Certains suggéraient même complètement un autre système de notation !

Paradoxalement, la plupart des MSU de notre échantillon trouvait d'ores et déjà les items d'évaluation trop longs, et l'emploi de cette grille d'évaluation chronophage. Pourtant, ils souhaitaient encore l'étoffer et la nuancer davantage.

Bien sûr, il est illusoire de parvenir un jour à un outil qui fasse l'unanimité : ces outils d'évaluation sont nécessairement formatés afin d'être reproductibles, les usagers n'ont pas tous les mêmes attentes, et la difficulté d'intégration à leur pratique professionnelle traduit aussi un problème d'utilisation de ces outils par les MSU. Finalement, développer des outils et les retravailler pourrait être un éternel recommencement…

Enfin, il ressort de nos entretiens que la plus grande attente exprimée par les MSU est de développer davantage les liens entre eux, afin de favoriser le partage de leurs différentes expériences.

Pour ce faire, ils sollicitaient l'organisation d'une rencontre annuelle entre MSU (préférentiellement de manière décentralisée, au plus près des collectivités locales) et une communication accrue entre les MSU d'un même trinôme. Il a également été suggéré une prise de contact systématique entre le tuteur de l'interne et le MSU l'accueillant en stage. En outre, plusieurs d'entre eux plébiscitaient un processus de formation continue à la maîtrise de stage (via des séminaires de perfectionnement pédagogique, via une inspection à leur cabinet, ou encore via la mise en place de groupes d'échanges de pratiques d'enseignants).

Cette dernière piste avait d'ailleurs été expérimentée à Poitiers, avec ce qui avait été nommé les GEPECA (Groupes d'Échanges de Pratiques entre Enseignants Cliniciens Ambulatoires), mais cette initiative a fini par s'essouffler. De même, en Mai 2009 sortait le premier numéro des *« Brèves des Enseignants Cliniciens Ambulatoires du Poitou-Charentes »* (46), mais là encore ce bulletin fût éphémère.

Ces deux exemples traduisent toute la difficulté à pérenniser ce type d'actions, et soulèvent plusieurs questions : Est-ce par manque de temps (aussi bien pour ceux qui entreprennent ces projets que pour le public visé) ? Par manque de moyens à disposition (ressources humaines, matérielles, financières) ? Par manque de participation (parce que ces interventions n'ont pas eu le succès escompté) ?

En définitive, les participants avaient énormément d'idées en tête. Toutefois, concernant leurs propres réflexions, les MSU avaient parfaitement conscience des contraintes temporelles et logistiques sous-jacentes. Ils avaient intégré l'ensemble des problématiques en jeu, et ils avaient conscience que tout n'était malheureusement pas faisable en pratique. De même, concernant le processus d'évaluation des IMG, ils savaient qu'il serait de toute façon impossible de parvenir à un consensus.

4.3 Comparaison des résultats obtenus à la littérature professionnelle

À travers différents points, on constate une congruence de nos résultats avec les données existantes de la littérature.

- **Les appréhensions initiales et les motivations**

D'une part, les réticences primitives formulées par nos participants avaient déjà été identifiées comme des freins à devenir MSU, aussi bien dans les travaux de J. ALLAINMAT, M. FOULQUES, et A. TARDY en 2014 (27) que dans la thèse de M. COUSTY en 2015 (28). On retrouve la contrainte d'assister à la formation pédagogique obligatoire, le fait de se sentir observé, la crainte d'être jugé par l'étudiant, la peur de ne pas être à la hauteur, la réaction inconnue des patients, l'appréhension de difficultés relationnelles avec l'étudiant…

D'autre part, les bénéfices mentionnés par nos participants correspondent à ce que ces études relevaient comme étant des motivations à devenir MSU, notamment : transmettre un savoir, donner l'envie d'exercer la médecine générale, avoir un autre regard sur sa pratique, continuer à se mettre à jour aux côtés d'un étudiant, et créer des relations humaines.

Les propos recueillis témoignent que les MSU ont réussi à surmonter leurs peurs : une fois la maîtrise de stage débutée, leurs craintes se sont rapidement dissipées et leurs attentes se sont concrétisées. Ainsi, cette activité est réellement une source de satisfaction professionnelle.

- **Tenir compte de son vécu en tant qu'étudiant**

La majorité des MSU que nous avons interrogés confiaient avoir forgé leur pratique d'enseignant d'après leur expérience d'étudiant, et plus particulièrement d'après le souvenir (positif ou négatif) qu'ils avaient de leurs propres maîtres de stage.

Il s'agit là de la notion de modèle de rôle, défini par les pédagogues québécois CHAMBERLAND et HIVON comme *« un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des étudiants avec qui il est en contact »* (47). Comme décrit par nos participants, les influences exercées par les modèles de rôle sur leur pratique avaient été très variables, que ce soit en termes de direction (souhaitée versus non souhaitée) ou en termes d'amplitude (négligeable versus significative). De telle sorte que les "bons" modèles de rôle sont ceux qui exercent sur l'apprentissage des étudiants une influence à la fois significative et conforme aux compétences finales visées.

À ce propos, une étude qualitative de WRIGHT et CARRESE, publiée en 2002 dans le Canadian Medical Association Journal, est particulièrement intéressante (48). Elle explorait les caractéristiques des "bons" modèles de rôle, à travers des entretiens avec des enseignants cliniciens identifiés comme "excellents" par les résidents de deux grands hôpitaux universitaires de Baltimore. Les auteurs proposaient alors un modèle conceptuel de l'exercice du modèle de rôle dans lequel les barrières (l'impatience, la rigidité, le dogmatisme, l'introversion, la surcharge de travail) étaient contrebalancées par des caractéristiques positives (l'expertise clinique, les habiletés d'enseignant, les qualités personnelles).

Finalement, de façon plus ou moins consciente, les MSU de notre panel s'étaient imprégnés des modèles de rôle rencontrés au fil de leur cursus ; mais surtout ils recourraient eux-mêmes à cette modalité pédagogique, puisqu'ils avaient à cœur d'être irréprochables, afin de montrer à leur tour le "bon" exemple aux internes.

- **Une pratique singulière : en tant que médecin généraliste certes, mais aussi en tant que MSU !**

Les particularités de chaque médecin généraliste étaient assumées et revendiquées, les MSU interviewés ne voulaient surtout pas être formatés.

Cette unicité prend part à ce qu'on appelle "l'effet médecin" – comme décrit dans le manuel théorique de médecine générale (49) – à savoir le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient.

Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de "l'effet médecin" en soins primaires a été publiée en 2006 (50). Elle distinguait deux types d'interventions contribuant à l'efficacité du remède médecin : le soin "cognitif" (c'est-à-dire le savoir) et le soin "émotionnel" (c'est-à-dire le savoir-faire et le savoir-être), insistant ainsi sur l'importance de la communication, des attitudes médicales, et des habilités relationnelles de l'omnipraticien.

Celles-ci sont propres à chaque individu : elles participent à la singularité de chaque médecin généraliste, autant qu'à la singularité de chaque MSU.

En effet, chaque maître de stage a sa propre façon de chapeauter les étudiants, et cela quelle que soit la discipline. Une étude belge portant sur la supervision des maîtres de stage en éducation physique et sportive retrouvait également des profils de supervision singuliers et contrastés (51). Celle-ci se basait sur la typologie des "styles de supervision" mise au point par P. BRÛLÉ en 1983, distinguant trois grandes modalités de supervision : le style "didactique" (ou "directif"), le style "expérientiel" (ou "non-directif"), et le style "démocratique" (intermédiaire entre les deux précédents). À la fois différents et complémentaires, ces trois procédés ne sont pas exclusifs : ils peuvent tout à fait coexister.

Ainsi, la combinaison originale et particulière de ces trois styles de supervision permet de dégager un profil d'accompagnement spécifique à chaque maître de stage.

- **Les pratiques pédagogiques des MSU**

Nombreux sont les outils d'aide à l'interaction et à l'évaluation pour faciliter l'exercice complexe de la pédagogie médicale. À l'évidence, l'ensemble de nos participants partageait un engagement pédagogique prononcé ; néanmoins, leurs propos reflétaient la difficulté d'appropriation de ces différents outils, et l'intégration ardue à leur pratique.

Une étude qualitative menée en 2020 par K. JOSEPH et al. visait à explorer les pratiques pédagogiques des MSU de Normandie occidentale accueillant des étudiants de 3ème cycle de médecine générale en stages ambulatoires (52).

On constatait une hétérogénéité à la fois sur le contenu de la rétroaction pédagogique et sur les méthodes d'évaluation certificative, malgré l'utilisation de la même grille de validation.

Cette étude mettait en exergue l'intérêt que les MSU portaient à la pédagogie, malgré leur utilisation partielle voire inexistante des outils fournis. Les freins à l'application des pratiques pédagogiques préconisées étaient avant tout une connaissance incomplète et une compréhension limitée de ces outils, mais également leur caractère chronophage et complexe. Nos résultats corroborent ces conclusions.

- **Les multiples bénéfices engendrés par la fonction de MSU**

D'après les témoignages que nous avons recueillis, les avis des MSU étaient très positifs quant à l'impact de la maîtrise de stage sur leur pratique professionnelle. Beaucoup soulignaient que la présence d'internes était pour eux un véritable moteur, les incitant à faire régulièrement des recherches pour actualiser leurs connaissances.

Une thèse présentée par M. BUFALA en 2014 à Nice avait pour objectif d'analyser en quoi la maîtrise de stage participait au DPC (53). Sur les 230 MSU inclus dans cette étude multicentrique, 81% attribuaient à la maîtrise de stage un regain d'intérêt et 82% une remise en cause de leur pratique. La majorité des participants pensait s'être améliorée sur le plan relationnel et communicationnel. Pour près de 60% des répondants, le professionnalisme était largement favorisé par la maîtrise de stage. Enfin, 71% d'entre eux estimaient que la maîtrise de stage était une ressource majeure contre l'épuisement professionnel.

D'ailleurs, une autre thèse soutenue la même année à Angers, par A. REGNAULT et A. RENZO, a permis d'éclaircir ce dernier point (54). Leur enquête, réalisée auprès de 239 MSU, concluait que la prévalence du burnout chez les MSU était inférieure à celle de la population générale des médecins généralistes. La présence du stagiaire avait un effet très bénéfique sur le bien-être du MSU, notamment sur les versants de l'accomplissement personnel et de l'épuisement émotionnel. Ainsi, la maîtrise de stage jouerait un rôle protecteur indirect, du fait de son action sur les facteurs associés au burnout.

En outre, bon nombre de nos participants expliquait avoir pris du recul sur leur pratique depuis qu'ils recevaient des IMG ; d'ailleurs ils avaient à cette occasion repensé leur façon de travailler, réagencé leur bureau, réaménagé leur planning…

Ce constat d'une réflexivité exacerbée converge avec les travaux de P. LECOMTE (55), qui a exploré le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage leur avait apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Il s'avérait que les échanges avec l'interne entrainaient une prise de recul et une remise en question pour le MSU ; si bien que la maîtrise de stage permettait une réflexion partagée entre le MSU et l'interne autour de l'équilibre de vie.

De même, une étude menée par J. WAZEN et al., au sein de l'université du Massachusetts, avait pour objectif d'évaluer l'utilité des groupes de mentorat durant l'internat de radiologie (56). Il en ressortait que les résidents, tout comme les mentors, étaient satisfaits de ce dispositif. D'ailleurs, les bénéfices allaient bien au-delà de l'enseignement de la discipline, car ce mentorat permettait aux étudiants d'aborder divers sujets (l'équilibre de vie, mais aussi les compétences professionnelles et les choix de carrière), et aux mentors d'avoir différentes retombées (entre autres une reconnaissance académique et professionnelle, des compétences de leadership, ainsi qu'une meilleure estime de soi).

Enfin, l'enquête réalisée en 2017 par C. LECROC, au sujet de la satisfaction des médecins généralistes libéraux installés en France, démontrait que le statut de MSU avait une influence statistiquement significative sur le degré de satisfaction des médecins généralistes dans l'exercice de leur fonction (57). En effet, la maîtrise de stage avait de nombreux avantages : elle favorisait un renforcement mutuel des connaissances entre étudiants et médecins, elle permettait au médecin enseignant d'être attractif envers les jeunes médecins, et elle s'apparentait à une formation médicale continue.

- **Focus sur l'amélioration des pratiques professionnelles**

Dans notre étude, la majorité des généralistes affirmait que leur activité de MSU les incitait à être plus rigoureux et à redoubler de vigilance lors des consultations. Plusieurs d'entre eux soulignaient même que cela débouchait sur une meilleure prise en charge de leurs patients.

Une revue méthodique et systématique de la littérature a été effectuée par A. JARNO-JOSSE afin de déterminer les différents impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des PAMSU (58). D'après ce travail, la maîtrise de stage semble avoir des impacts psychoaffectifs, cognitifs et métacognitifs positifs sur le médecin généraliste, qui perçoit alors une amélioration globale de sa pratique professionnelle, malgré la modification de son organisation de travail. Cette conclusion est conforme avec le ressenti de nos participants.

D'ailleurs, ces résultats sont en accord avec ceux de la thèse de M. HAHUSSEAU, soutenue en 2017 à Tours, et dont l'objectif était d'étudier l'influence ressentie par les MSU d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle (59). Il en résultait que le regard de l'interne permettait aux MSU d'être plus rigoureux : ils effectuaient quelques modifications dans leurs consultations, étaient plus vigilants, et amélioraient la tenue du dossier médical. Les MSU remettaient en question leur pratique, effectuaient des recherches, se formaient davantage, et l'interne leur apportait des connaissances actualisées. Là aussi la contrainte du temps était unanime, cependant les MSU trouvaient des techniques pour y pallier, dont certaines étaient similaires à celles évoquées par nos participants (par exemple reprendre la main temporairement ou bien consulter en parallèle dans un autre bureau). Finalement, les MSU percevaient une influence de l'interne sur le plan relationnel, organisationnel, et de la formation continue. Hormis la contrainte du temps, le ressenti global était positif, avec une amélioration de leur pratique, ce qui coïncide avec nos témoignages.

L'étude transversale menée par R. DELPECH et F. NOËL à partir des données du Baromètre santé de 2009 (60) s'intéressait elle aussi à l'exercice professionnel des MSU. Cette enquête incluait plus de 1000 médecins généralistes de France métropolitaine et se penchait notamment sur leurs pratiques préventives. Il apparaissait que les médecins généralistes MSU intégraient plus fréquemment la réalisation d'actes de prévention dans leur pratique courante que leurs confrères non MSU.

L'amélioration des pratiques professionnelles chez les PAMSU est dorénavant admise, à tel point que la maîtrise de stage fait depuis 2018 partie de la liste des méthodes utilisables dans le cadre du DPC (61), d'après la Haute Autorité de Santé (HAS).

- **L'image véhiculée par les MSU aux patients**

Plusieurs des praticiens interviewés admettaient avoir craint la réaction de leurs patients lorsqu'ils ont commencé à accueillir des internes. Tout compte fait, la plupart estimait que leur statut de MSU renvoyait une image valorisante à leurs patients.

Cela rejoint les résultats de la thèse de R. SARTI en 2017, qui visait à évaluer l'impact du statut de MSU sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste, ainsi que l'acceptabilité de ce statut (62). Cette enquête effectuée auprès de la patientèle de dix MSU des Bouches-du-Rhône, concluait que le statut de MSU donnait une image de médecin plus compétent pour 78% de l'échantillon de patients, si bien que 53% d'entre eux accordaient davantage de confiance à leur médecin depuis qu'il était MSU.

Malgré tout, les patients relevaient aussi quelques points négatifs : ils trouvaient que l'information donnée sur le statut de MSU était insuffisante, que le temps de consultation était allongé, et ressentaient une gêne à aborder des sujets intimes en présence de l'interne. Ces conclusions sont concordantes avec la perception des MSU que nous avons interrogés.

- **Un autre regard et une autre écoute pour le patient**

L'ensemble des MSU de notre panel certifiait que la présence d'un étudiant était bénéfique, car cet œil nouveau leur offrait un autre point de vue sur les patients et les situations cliniques rencontrées, donc leur permettait à la fois de bénéficier d'un avis extérieur et d'une sécurité supplémentaire. Une de nos participantes déclarait que la présence d'un interne constituait également un avantage pour les patients, en leur fournissant un accès facilité à un autre interlocuteur professionnel.

En effet, une des caractéristiques du médecin généraliste est qu'il assure la continuité des soins, ce qui inscrit la relation médecin – patient dans le temps, et conduit ainsi à une histoire partagée au fil des années (49). La proximité créée par le temps peut conduire à certains pièges : parfois, le patient n'osera pas parler de certaines choses car son médecin traitant le connaît trop, et qu'il se sent de ce fait trop impliqué affectivement. De même, la vigilance du médecin peut être altérée par cette longue histoire commune, parasiter sa neutralité, et le gêner dans son écoute singulière.

Ainsi, la thèse de M. HAHUSSEAU (59) mettait en évidence une libération de la parole du patient en présence de l'interne. De nouvelles informations étaient alors obtenues par le biais de l'étudiant, ce qui était bénéfique pour le médecin et enrichissant pour la consultation.

De même, les travaux de G. BLOY (63) démontraient que la reconfiguration de la consultation en triangle (médecin – patient – interne) s'avérait porteuse d'un certain nombre de bénéfices potentiels, l'étudiant pouvant être utile à la progression de certaines situations en récoltant de nouvelles données sur le patient. Une dynamique d'apprentissage collectif se met alors en place.

- **Les motivations et obstacles à participer à une réunion de médecins généralistes**

Les MSU que nous avons interviewés se montraient assez ambivalents : ils sollicitaient l'organisation d'une rencontre annuelle entre MSU, tout en ajoutant que d'un point de vue logistique, il était assez compliqué pour eux de se dégager du temps.

En l'occurrence, un travail entrepris par I. AUBIN-AUGER et al. s'intéressait aux motivations des médecins généralistes à participer à un congrès de médecine générale (64). Leurs réflexions recoupent celles de nos participants, puisque leurs motivations étaient multiples et intriquées :

- scientifiques : acquérir de nouvelles connaissances,
- sociales : valoriser la discipline, partager son expérience, rencontrer d'autres médecins généralistes,
- personnelles : l'occasion de revoir certains confrères, mais aussi une opportunité pour se remotiver, changer du quotidien, rechercher des outils pédagogiques.

Les obstacles entravant la participation étaient quant à eux d'ordre professionnel (difficultés organisationnelles pour se rendre disponible) et familial (incompréhension de l'entourage), mais ne semblaient pas insurmontables.

On retrouvait également dans cet article deux autres notions similaires à nos résultats : le sentiment d'appartenance à une communauté, et une manière de rompre un certain isolement.

- **Un parallèle étroit entre les MSU pour le stage ambulatoire de 2ème cycle et les MSU dans le cadre du 3ème cycle**

Il est intéressant de constater que les résultats que nous avons obtenu en interrogeant les MSU sur leur activité de maîtres de stage de niveau 1 comportent de très nombreuses similitudes avec les résultats retrouvés en analysant le point de vue des MSU recevant des étudiants de 2ème cycle.

Une étude qualitative, réalisée par W. PEREZ et D. MÉNIS en 2013 à Saint-Étienne, avait pour objectif d'analyser le point de vue des externes et des MSU sur le stage ambulatoire de 2ème cycle (65). La quantité de points communs entre les résultats obtenus auprès des MSU stéphanois et les propos recueillis lors de nos entretiens est stupéfiante :

- On y retrouvait l'envie des MSU de promouvoir la médecine générale, le plaisir de transmettre leur savoir, le côté stimulant lié à la présence d'un étudiant, la remise en question de leur pratique, mais aussi un moyen de rompre la solitude de l'exercice. Ainsi, comme décrit par plusieurs de nos participants, la relation MSU – étudiant était jugée gagnant – gagnant.

- Là aussi, les patients acceptaient très bien la présence de l'étudiant : les refus s'étaient avérés rares, uniquement dans le cadre de consultations jugées particulières par le MSU ou les patients.

- Les difficultés liées au manque de temps avaient également été évoquées ; d'ailleurs plusieurs des MSU trouvaient que les visites étaient un moment privilégié sur le plan pédagogique, du fait d'un temps de discussion – rétroaction lors du trajet en voiture.

- De même, ils relevaient que l'organisation en trinôme était un avantage pour l'étudiant, mais la plupart estimaient qu'il y avait peu – voire pas – de communication au sein du trinôme.

- La formation pédagogique des MSU pour l'accueil d'étudiants en 2ème cycle leur avait permis d'appréhender le cadre général du stage, et là encore les avis étaient mitigés : certains y avaient trouvé des outils pédagogiques qu'ils avaient pu mettre en pratique, d'autres l'avaient trouvé trop théorique et rébarbative.

La conclusion était semblable à la nôtre : la maîtrise de stage était source de satisfaction pour les MSU, et s'investir pédagogiquement les avait encouragés à actualiser leurs connaissances.

4.4 Les perspectives

De nombreux aspects de la maîtrise de stage restent encore à explorer ou à approfondir.

Ce travail pourra servir de base à une amélioration des pratiques pédagogiques en prenant en compte les remarques émanant des MSU. Il serait pertinent d'examiner les propositions formulées par les MSU interviewés, de manière à travailler sur les améliorations concrètement possibles du stage ambulatoire de niveau 1 en Poitou-Charentes. Une concertation entre les MSU et le DMG pourrait être intéressante afin d'améliorer certains ressentis.

Il semblerait qu'une meilleure compréhension des concepts, termes et outils pédagogiques favoriserait leur appropriation et leur utilisation optimale. Pour ce faire, on pourrait par exemple mettre en place des formations (présentielles ou distancielles) d'aide à la prise en mains de la nouvelle plateforme SIDES ; ou bien envisager le développement d'un "Centre d'Accompagnement à la Pédagogie pour les Enseignants", comme c'est le cas à l'université de Tours.

Rien que sur notre panel, trois des douze MSU interrogés ont spontanément mentionné l'existence d'un facteur déclenchant les ayant conduits à devenir MSU (sollicitation de la faculté de médecine, demande de la part d'une consœur, intégration d'une MSP). Il serait profitable de s'intéresser aux éléments catalyseurs dans la décision de s'engager en tant que MSU. En effet, avoir la connaissance de ces "pourvoyeurs de déclics" pourrait s'avérer déterminant dans la stratégie de recrutement de nouveaux MSU.

De même, il apparaît nécessaire d'étudier les raisons pour lesquelles un certain nombre de MSU formés ne reçoivent jamais d'IMG. Il est primordial d'aller vers ces médecins pour comprendre les réticences persistantes à se lancer dans l'accueil d'IMG, et de leur offrir la possibilité d'un accompagnement personnalisé. Peut-être que l'instauration d'un mentorat par un MSU expérimenté et l'assurance d'un encadrement individualisé et prolongé – comme souhaité par nos participants – pourraient leur permettre d'aborder la maîtrise de stage plus sereinement.

Soulignons enfin qu'à notre connaissance, aucune étude ne porte sur le vécu d'un MSU lors de l'invalidation d'un IMG. Pourtant, les MSU interviewés étaient assez souvent mal à l'aise au moment de remplir la grille d'évaluation, et cet inconfort était en partie lié aux répercussions éventuelles pour l'IMG. Ils exprimaient ne pas vouloir pénaliser l'étudiant. Bien qu'on imagine aisément le ressenti de l'interne lors de l'invalidation, le vécu du MSU à l'origine de cette décision reste quant à lui inconnu.

5) CONCLUSION

Il est aujourd'hui admis que les compétences professionnelles se construisent avant tout en situation authentique. Cela est valable pour les IMG, certes, mais également pour les MSU, qui vont progressivement s'approprier leur pratique pédagogique. Nous nous sommes donc intéressés au vécu des médecins généralistes débutant dans la maîtrise de stage, afin de recueillir les apports positifs et/ou les difficultés ressenties lors de cette période charnière.

Les MSU interviewés étaient globalement satisfaits de leur expérience de maître de stage de niveau 1. Ce rôle d'enseignant clinicien ambulatoire donnait un nouveau sens à leur métier, une nouvelle dimension à leur pratique, et venait étoffer leur identité professionnelle. Sans même s'en rendre compte, ils nous ont prouvé à travers leurs témoignages qu'ils avaient atteint chacun des objectifs pédagogiques fixés lors du séminaire "Initiation à la maîtrise de stage".

Il s'agit donc assurément d'enseignants qualifiés et compétents, qui ont su remarquablement bien s'adapter aux différents internes au fur et à mesure des semestres, quoique certains ajustements restaient parfois à faire. La maîtrise de stage apportait de multiples bénéfices aux médecins généralistes : ces atouts sont à mettre plus en avant pour améliorer le recrutement de nouveaux MSU.

Certaines difficultés ont également été soulevées, et quelques pistes d'amélioration suggérées : il serait intéressant d'examiner ces propositions et de développer la concertation entre les MSU et le DMG afin de travailler ensemble à l'amélioration de leur ressenti. Une des principales attentes émanant des MSU interrogés serait de se rencontrer régulièrement afin d'échanger autour de leur activité pédagogique.

En effet, les MSU ont un rôle central dans l'enseignement de la médecine générale. L'apprentissage médical est un processus long et complexe, car la médecine n'est pas qu'une science : c'est avant tout une relation privilégiée avec le patient, où doivent intervenir le tact, l'intelligence et l'humanité. C'est aussi la grandeur des enseignants que de parvenir à transmettre ces qualités sans lesquelles le médecin ne serait qu'un technicien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le 3ème cycle de Médecine Générale – Faculté de Médecine et de Pharmacie [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: https://medphar.univ-poitiers.fr/accueil/formations/departement-de-medecine-generale/le-3eme-cycle-de-medecine-generale/

2. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/

3. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/

4. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe; 2002 p. 1-52.

5. Charte des MSU du Poitou Charentes.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2021/09/2013-Charte-MSU-Poitiers.pdf

6. Charte des MSU de médecine générale 2021 [Internet]. Disponible sur: https://dmg-u-paris.fr/storage/21178/CHARTE-DES-MSU-DE-MEDECINE-GENERALE-2021(1).pdf

7. Étudiants et enseignants signent une nouvelle charte des maîtres de stage universitaires. Le Généraliste [Internet]. 3 déc 2021 [cité 24 mai 2022]; Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/jeunes-medecins/internat/etudiants-et-enseignants-signent-une-nouvelle-charte-des-maitres-de-stage-universitaires

8. Arrêté du 22 décembre 2021 fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044554464/?isSuggest=true

9. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

10. Dossier de presse - accès aux soins - avril 2019 - version définitive.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

11. Discours d'Olivier Véran au 21ème congrès national des internes de médecine générale [Internet]. 2020 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-olivier-veran

12. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf

13. Aides financières - Exercice libéral : Installation en zone sous-dotée | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#text_65094

14. Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028684837/?isSuggest=true

15. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin

16. Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044194193

17. Accessibilité potentielle localisée - DREES [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/carto-apl/

18. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/10 du 29 avril 2022. p. 6-20.

19. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

20. Le ministère veut 1 000 maîtres de stage des universités supplémentaires d'ici à 2024 [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/le-ministere-veut-1-000-maitres-de-stage-des-universites-supplementaires-dici-2024

21. Le ministère veut augmenter de 7,7 % le nombre de maîtres de stages d'ici 2024 [Internet]. Le Généraliste. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/jeunes-medecins/internat/le-ministere-veut-augmenter-de-77-le-nombre-de-maitres-de-stages-dici-2024

22. Devenez Maître de stage ! - ISNAR-IMG [Internet]. 2016 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/devenez-maitre-de-stage/

23. CNGE. Devenir MSU [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: https://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%AEtre-de-stage-des-universit%C3%A9s

24. Bonifacj C, Gerard L, Senand P, Touzard M. Maîtrise de stage : l'avenir de la médecine générale. Atelier présenté par l'ISNAR-IMG aux JNMG de 2008. La Revue du Praticien de Médecine Générale. 30 sept 2008;Tome 22(806):747-8.

25. Pourquoi accueillir un interne au cabinet ? Forum IMG. La Revue du Praticien de Médecine Générale. mai 2016;Tome 30(962):433.

26. Fortané V. Maître de stage des universités : pourquoi pas vous ? Forum Reagjir. La Revue du Praticien de Médecine Générale. oct 2019;Tome 33(1028):697.

27. Tardy A, Allainmat J, Foulques M. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage: étude auprès de 382 médecins du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe

[Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106713/2014MCEM2595/fichier/2595F.pdf

28. Cousty M. Motivations et freins des jeunes généralistes charentais à devenir maître de stage: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.

29. Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.

30. Fontanille E. Retour d'expérience des maîtres de stage des universités de la subdivision Océan Indien ayant accueilli un interne de phase socle en stage ambulatoire de niveau 1 depuis la réforme de 2017 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Réunion. UFR Santé; 2020 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03127231

31. Khouri N. Adaptations pédagogiques et organisationnelles du stage ambulatoire de niveau 1 liées à la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale: vécu et opinion des Maîtres de Stage des Universités en Gironde [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116713

32. Van Den Broek C. Futurs généralistes : se frotter aux réalités du terrain ! La Revue du Praticien de Médecine Générale. 26 févr 2008;Tome 22(N°796):2.

33. Cannasse S. Formation des futurs généralistes : un vrai compagnonnage. La Revue du Praticien de Médecine Générale. 17 juin 2008;Tome 22(N°804):2.

34. Gimenez L. Maître de stage à Mayenne... Forum IMG. La Revue du Praticien de Médecine Générale. oct 2012;Tome 26(888):698.

35. Bergheau F. Évaluation du stage ambulatoire de niveau I par les internes de médecine générale en Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02953470

36. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. juin 2001;32(2).

37. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 2ème édition. Global Média Santé CNGE Productions; 2021. 192 p.

38. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015;15(157):50-4.

39. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;20(87):74-9.

40. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;20(88):106-12.

41. Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative [Internet].

Site du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: http://clge.fr/auto-apprentissage-de-la-conduite-dentretien-semi-directif-en-recherche-qualitative/

42. Conduite d'entretien (5/5) [Internet]. 2012. Disponible sur: https://youtu.be/mLTDdL_0SzI

43. Van der Maren JM. Notes de chercheurs en méthodologies qualitatives. La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. Recherches qualitatives. 2010;29(1):129-39.

44. Paillé P. Les conditions de l'analyse qualitative : réflexions autour de l'utilisation des logiciels. SociologieS [Internet]. 6 juill 2011 [cité 22 juin 2022]; Disponible sur: https://journals.openedition.org/sociologies/3557

45. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. mars 2004;10(1):79-86.

46. COGEMS Poitou-Charentes - Les Brèves de l'Enseignant Clinicien Ambulatoire du Poitou-Charentes - Bulletin n°1 [Internet]. 2009 [cité 29 août 2022]. Disponible sur: https://www.yumpu.com/fr/document/read/16864035/le-n1-juin-2009-cogems

47. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111.

48. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. CMAJ. 2002;167(6):638-43.

49. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Global Média Santé. 2015. 207 p.

50. Moreau A, Boussageon R, Girier P, et al. L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. La Presse Médicale. juin 2006;35(6):967-73.

51. Vandercleyen F, Delens C, Carlier G. Styles de supervision de maîtres de stage en éducation physique : prise en compte du vécu émotionnel des stagiaires lors d'un entretien post-leçon. ejrieps [Internet]. 1 janv 2013 [cité 31 août 2022];(28). Disponible sur: http://journals.openedition.org/ejrieps/2899

52. Joseph K, Rabiaza A, Le Bas F, Salmon R, Couette PA, Bansard M. Quelle est la pratique pédagogique des MSU de Normandie occidentale accueillant des étudiants de 3ème cycle de médecine générale en stages ambulatoires ? Exercer. 2021;(176):380-7.

53. Bufala-Delaval M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu: influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2014 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01161901

54. Renzo A, Regnault A. Être maître de stage universitaire protège-t-il du burnout ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20086657/2014MCEM2597/fichier/2597F.pdf

55. Lecomte P. La maîtrise de stage d'internes: un moyen pour le médecin généraliste de réfléchir à l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de

Tours. UFR de médecine; 2017.

56. Wazen J, Goldstein AJ, Kim HH, Tai R, Watts GJ, DeBenedectis CM. Tales of Mentoring in Radiology: The Experience of Residents and Mentors at a Single Academic Program. Current Problems in Diagnostic Radiology. mai 2021;50(3):374-8.

57. Lecroc C. Satisfaction des médecins généralistes libéraux installés en France: influence de la fonction de maître de stage [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2018 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01735852/document

58. Jarno-Josse A, Bail P. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires. Exercer. 2011;22(98):141-2.

59. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.

60. Delpech R, Noël F. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques préventives des médecins généralistes : être maître de stage des universités les modifient-elles ? Exercer. 2019;(155):300-5.

61. Haute Autorité de Santé - Démarche et Méthodes de DPC [Internet]. 2019 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

62. Sarti R. Impact du statut de maître de stage Universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les Bouches du Rhône [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01875751

63. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):101-25.

64. Aubin-Auger I, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Mercier A, Lebeau JP, Imbert P, et al. Pourquoi les médecins généralistes enseignants viennent-ils à un congrès de médecine générale ? Exercer. 2009;20(87):90-2.

65. Perez W, Ménis D, Vallée J. Regards croisés sur le stage de deuxième cycle de trois mois en médecine générale. Exercer. 2014;25(116):293-301.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des effectifs de MSU au sein de chaque subdivision avec les projections pour 2024

PROJECTION 2024							
		Nombre de MSU				Ratio du nombre d'étudiants par PAMSU	
ARS	Subdivision	2019	2020	2021	2024 (+7,7%)	ratio 2021	ratio visé
AUVERGNE-RHONE-ALPES	**AUVERGNE-RHONE-ALPES**	**1 491**	**1 575**	**1 495**	**1 610**	**2,48**	3 ou moins
	GRENOBLE	489	520	496	534	1,87	
	LYON	445	462	397	428	3,16	
	SAINT-ETIENNE	262	258	284	306	2,35	
	CLERMONT-FERRAND	295	335	318	342	2,69	
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	**BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**	**568**	**594**	**608**	**655**	**5,66**	
	BESANCON	333	340	335	361	5,01	
	DIJON	235	254	273	294	6,46	
BRETAGNE	**BRETAGNE**	**783**	**807**	**880**	**948**	**1,92**	
	BREST	360	364	364	392	2,18	
	RENNES	423	443	516	556	1,73	
CENTRE VAL DE LOIRE	**CENTRE-VAL-DE-LOIRE**	**382**	**409**	**403**	**434**	**4,81**	
	TOURS	382	409	403	434	4,81	
GRAND EST	**GRAND EST**	**1 832**	**1 791**	**1 782**	**1 919**	**3,50**	
	NANCY	452	445	430	463	5,50	
	REIMS	460	426	432	465	3,75	
	STRASBOURG	920	920	920	991	2,45	
HAUTS DE FRANCE	**HAUTS-DE-FRANCE**	**790**	**1 006**	**1 001**	**1 078**	**5,56**	
	AMIENS	180	220	184	198	5,09	
	LILLE	610	786	817	880	5,66	
ILE-DE-FRANCE	**ILE-DE-FRANCE**	**1 500**	**1 629**	**1 705**	**1 836**	**3,71**	
	ILE-DE-FRANCE	1 500	1 629	1 705	1 836	3,71	
LA REUNION	**DROM**	**147**	**167**	**185**	**199**	**2,74**	
	OCEAN INDIEN	147	167	185	199	2,74	
NORMANDIE	**NORMANDIE**	**723**	**780**	**803**	**865**	**2,74**	
	CAEN	325	351	383	412	2,78	
	ROUEN	398	429	420	452	2,70	
NOUVELLE-AQUITAINE	**NOUVELLE-AQUITAINE**	**968**	**1 005**	**1 057**	**1 138**	**2,80**	
	POITIERS	327	335	372	401	2,35	
	LIMOGES	144	153	168	181	3,39	
	BORDEAUX	497	517	517	557	2,93	
OCCITANIE	**OCCITANIE**	**1 271**	**1 365**	**1 472**	**1 585**	**1,88**	
	TOULOUSE	622	687	781	841	1,82	
	MONTPELLIER	649	678	691	744	1,94	
PAYS DE LA LOIRE	**PAYS DE LA LOIRE**	**851**	**891**	**906**	**976**	**2,22**	
	ANGERS	407	435	443	477	2,15	
	NANTES	444	456	463	499	2,29	
PACA	**PACA**	**499**	**732**	**644**	**694**	**3,65**	
	MARSEILLE	345	566	472	508	3,69	
	NICE	154	166	172	185	3,53	
TOTAL		**11 805**	**12 751**	**12 941**	**13 937**	**3,22**	

Source : DGOS – Enquête flash – Décembre 2021

<u>Annexe 2</u> : Guide d'entretien

Bonjour Docteur, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Mon travail de thèse s'intéresse donc à votre expérience de maître de stage de niveau 1. Il est dirigé par le Professeur Pascal PARTHENAY. Les données collectées resteront entre lui et moi, et seront conservées pour une durée maximale d'un an. Vous pouvez bien évidemment à tout moment accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de ces données. Maintenant que tout cela est dit, consentez-vous à participer à ce projet de thèse ? Êtes-vous d'accord pour que notre échange soit enregistré ?

Avant d'entrer dans le vif du sujet, commençons par quelques informations d'ordre général :

- depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ? *< 5 ans / 5-10 ans / 10-15 ans / > 15 ans*
- depuis combien de semestres accueillez-vous des internes en stage de niveau 1 ? *1 / 2 / 3 / 4*
- quel est votre mode d'exercice actuel ? *rural / semi-rural / urbain ? seul ou en groupe ?*
- dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *< 35 ans / 35-45 ans / 45-55 ans / > 55 ans*

Merci pour vos réponses. Nous allons maintenant pouvoir débuter l'entretien. Je tiens à vous rappeler qu'il est strictement confidentiel et que les données recueillies seront anonymisées. J'en profite également pour vous préciser qu'il ne s'agit pas d'un examen, il n'existe pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse : ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est avant tout votre point de vue !

1) Racontez-moi votre dernière journée avec votre interne de niveau 1 …
    - *Comment se passe le stage de niveau 1 avec votre IMG actuel ?*

2) Parlez-moi de la formation qui vous a été dispensée pour encadrer un interne de niveau 1…
    - *Comment s'est-elle déroulée ?*
    - *Quel est votre sentiment concernant l'adéquation entre la formation qui vous a été dispensée pour devenir MSU et vos besoins réels avant de débuter cette activité ?*

3) Quelles sont les choses auxquelles vous ne vous attendiez pas en accueillant un interne de niveau 1 ?
    - *Peut-être y-a-t-il des éléments qui vous ont déstabilisé au départ ?*
    - *Racontez-moi si cela vous a réservé des surprises…*

4) De manière générale, comment vous sentez-vous lors des consultations avec la triade médecin – patient – interne de niveau 1 ?
    - *Comment vous-sentez-vous lorsque vous exercez sous le regard d'un étudiant ?*
    - *Racontez-moi l'une de vos dernières consultations en présence de l'interne…*

5) Selon vous, que pensent vos patients de la présence d'un interne de niveau 1 à votre cabinet ?
    - *Quels ont été les retours de leur part à ce sujet ?*

6) D'après vous, quels sont les éléments positifs et/ou négatifs de cette activité d'encadrement pédagogique ?

7) D'après votre expérience, que pensez-vous de la procédure d'évaluation des IMG ?
    - *Quel est votre ressenti concernant l'utilisation de l'outil Karuta ?*

8) Quels conseils auraient pu vous être utiles lors du démarrage de cette activité de MSU ?
    - *Quelles informations supplémentaires auriez-vous apprécié recevoir au commencement de votre activité de maître de stage de niveau 1 ?*
    - *Qu'est-ce qu'il vous a manqué ?*

9) Est-ce que vous souhaitez aborder d'autres points ? Faire des remarques, des suggestions ?

<u>Annexe 3</u> : Mail envoyé à tous les MSU sélectionnés pour la première prise de contact

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Juliette BODDAERT et je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, nous nous intéressons avec mon directeur le Professeur Pascal PARTHENAY, au stage de niveau 1 dans le Poitou-Charentes. C'est pourquoi j'aimerais m'entretenir avec vous **à propos de votre rôle de maître de stage de niveau 1**.

Notre étude se fera par **entretiens individuels** qui seront enregistrés, retranscrits et bien sûr **anonymisés**.

Notre échange se déroulera **par visio**, **selon vos disponibilités**, et il sera **strictement confidentiel**.

Si vous souhaitez participer à notre étude, vous pouvez me contacter facilement afin de fixer ensemble une date pour cet entretien (il faut compter approximativement 30 minutes) :

- **soit par mail :** juliette.boddaert@etu.univ-poitiers.fr
- **soit par téléphone :** 06.xx.xx.xx.xx

N'hésitez pas à me joindre si vous avez besoin d'informations complémentaires.

En vous remerciant grandement pour votre retour,

Bien confraternellement,

Juliette BODDAERT

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

CONTEXTE

Alors que le passage du DES de médecine générale à quatre ans est en cours de préparation, et que les terrains de stages ambulatoires sont appelés à se développer encore davantage, la maîtrise de stage reste plus que jamais un sujet d'actualité. Or très peu d'études se sont intéressées au vécu des principaux concernés, à savoir les MSU.

OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude était d'explorer, analyser et comprendre le vécu de l'activité de maître de stage de niveau 1 chez les médecins généralistes enseignant en Poitou-Charentes recevant des internes depuis moins de deux ans.

L'objectif secondaire était, à partir de leurs expériences, de recueillir les suggestions formulées par les MSU pour tendre vers une amélioration de leur formation et de leurs pratiques pédagogiques.

MÉTHODE

Une étude qualitative a été menée sur un échantillon raisonné de douze MSU. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Janvier et Mai 2022, puis analysés de manière thématique, jusqu'à suffisance des données, avec triangulation des résultats pour un tiers d'entre eux.

RÉSULTATS

L'ensemble des témoignages recueillis mettait en évidence une réelle satisfaction des MSU à accompagner les internes dans le développement de leurs compétences. Leur activité de maître de stage leur permettait de s'accomplir professionnellement et elle contribuait à améliorer leurs pratiques. Finalement, cette casquette pédagogique donnait un nouveau sens à leur métier, elle enrichissait leur identité professionnelle et était source d'épanouissement.

Cependant, les MSU souhaitaient certaines améliorations : une simplification des accès aux grilles d'évaluation, une modification de leur contenu avec notamment davantage de choix dans les réponses et des critères de jugement plus nuancés, une optimisation du séminaire de formation, un accompagnement prolongé avec entre autres un mentorat par un MSU plus expérimenté, et surtout des dispositifs permettant de renforcer les échanges entre MSU.

CONCLUSION

Il apparaît essentiel que les MSU se sentent écoutés, compris, accompagnés et valorisés, afin qu'ils tirent une entière satisfaction de leur activité de maître de stage, et que l'on puisse atteindre les objectifs fixés en termes de recrutement de MSU et de formation des IMG sur des terrains de stages ambulatoires.

MOTS CLÉS : enseignement médical, médecine générale, maître de stage universitaire, stage pratique guidé