

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 12 mai 2016 à Poitiers  
par Madame Frédérique Melchior

<p><b>Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers :</b></p> <p><b>Le ressenti des internes de spécialités médicales et chirurgicales</b></p>
--

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

**Membres** :

Monsieur le Doyen Pascal Roblot  
Monsieur le Professeur Remy Perdrisot  
Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Benoit Tudrej



*Le Doyen,*

Année universitaire 2015 - 2016

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- 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, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARQC Guy, radiologie et imagerie médicale

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>7</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>9</b>
<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>10</b>
<b>RÉSUMÉ ET MOTS CLEFS.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT AND KEY-WORDS .....</b>	<b>13</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Une approche qualitative.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Elaboration du questionnaire quantitatif.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Préparation des entretiens qualitatifs.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Le recrutement.....</b>	<b>19</b>
2.4.1 Critères d'inclusion.....	19
2.4.2 Méthode de recrutement.....	19
<b>2.5 Le déroulement des entretiens collectifs.....</b>	<b>20</b>
2.5.1 Lieu.....	20
2.5.2 Date et horaire.....	20
2.5.3 Accueil des participants.....	20
2.5.4 Enregistrement des entretiens.....	20
2.5.5 L'animation des entretiens.....	21
<b>2.6 Analyse des données.....</b>	<b>21</b>
2.6.1 La transcription.....	21
2.6.2 La triangulation.....	22
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Caractéristiques des groupes.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Analyse thématique transversale des entretiens.....</b>	<b>25</b>
3.2.1 Les besoins de santé de la population.....	27
3.2.1.1 Définition des besoins de santé.....	28

3.2.1.2 Evolution des besoins de santé.....	29
3.2.1.3 Les réponses actuelles et propositions d'amélioration de ces réponses.....	32
3.2.1.4 Evaluation.....	38
3.2.2 La formation.....	44
3.2.2.1 La formation obligatoire.....	45
3.2.2.2 La formation complémentaire.....	56
3.2.2.3 Evolution de la formation.....	57
3.2.2.4 Acteurs.....	58
3.2.3 Les rôles des médecins généralistes.....	60
3.2.3.1 Définition des rôles.....	61
3.2.3.2 Evolution.....	64
3.2.4 Les rôles des médecins spécialistes.....	68
3.2.4.1 Définition des rôles.....	69
3.2.4.2 Evolution des rôles.....	71
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 La méthode.....</b>	<b>73</b>
4.1.1 Constitution des groupes.....	73
4.1.2 Participation des internes et rôle du modérateur.....	73
4.1.3 Transcription et analyse des données.....	75
<b>4.2 Analyse des principaux résultats.....</b>	<b>76</b>
4.2.1 Ressenti des internes de spécialités sur l'implication de la faculté de médecine dans la responsabilité sociale.....	76
4.2.1.1 Une formation centrée sur la personne.....	76
4.2.1.2 Problématique du numerus clausus.....	77
4.2.1.3 Une formation jugée trop hospitalière.....	77
4.2.1.4 Une formation jugée trop spécialisée.....	78
4.2.1.5 L'avenir de nos internes.....	78
4.2.1.6 Partenaires de la faculté.....	79
4.2.1.7 Les rôles des médecins et adaptation aux rôles nouveaux.....	80

4.2.1.8 L'évaluation des connaissances médicales par compétences.....	82
4.2.2 Objectifs secondaires.....	83
4.2.2.1 Premiers indicateurs.....	83
4.2.2.1 Les propositions.....	86
<b>4.3 Le projet Recherche-Action.....</b>	<b>89</b>
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>93</b>
<b>SERMENT.....</b>	<b>110</b>

# REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je suis convaincue que la thèse est loin d'être un travail solitaire. C'est avec émotion que je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce projet.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Benoit Tudrej. Il a su me guider tout au long de ce travail par ses remarques précieuses, sa lecture minutieuse et ses corrections.

Je remercie également le Professeur José Gomes Da Cunha de me faire l'honneur d'être mon président de jury. Merci aussi pour vos conseils et pour votre disponibilité.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury:

A Monsieur le Doyen Pascal Roblot, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et à ce projet. Veuillez trouver en retour ma gratitude et l'assurance de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur Remy Perdrisot, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay, merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse.

Il m'est impossible d'oublier Marion Bazile qui m'a permis d'intégrer ce projet en me proposant ce sujet de thèse. Elle a toujours fait tout son possible pour m'aider. Je tiens aussi remercier Anne Lise Maillard pour son aide et sa collaboration.

J'adresse toute ma gratitude à tous les internes qui ont accepté de participer à ce travail: Guillaume, Stephanie, Damien, Remi, Elsa, Marion, Amélie, Benoit, Nasta, Sophie, Mag, Thomas, Amandine, Adrien, Laura, Pauline, Loic, Caro, Anais, Amélie...

Je remercie également tous mes amis pour avoir été là dans les moments de joie et de peine. Vous m'avez supporté dans les moments difficiles et vous m'avez permis d'oublier momentanément le travail. Un merci tout particulier à Muriel pour sa présence inconditionnelle.

Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler. Béa, Orel, Eric et Sophie vous m'avez tant apporté que ce soit dans mes relations humaines que dans mon enseignement. Vous êtes plus que de merveilleux médecins et chefs... Vous êtes mes exemples. Merci à toute l'équipe du bloc médical pour votre gentillesse et vos sourires: Lydie, Coco avec ses délicieuses confitures, Cathy, Sophie, Pauline, Isabelle, Corinne, Pascale... Mention spéciale pour Maryse, tu es la secrétaire la plus drôle et souriante qu'il ne m'a jamais été donnée de rencontrer.

Enfin, j'adresse toute mon affection à mes parents, mon frère et ma famille. Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez toujours soutenu dans tout ce que j'ai entrepris. Malgré notre éloignement depuis de trop nombreuses années, votre confiance et votre amour me portent et me guident tous les jours. Merci pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Encore un grand merci à tous pour m'avoir conduit à ce jour mémorable.

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

<b>Tableau I:</b> Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale ou chirurgicale.....	24
<b>Tableau II:</b> Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale ou chirurgicale.....	24
<b>Tableau III:</b> Caractéristiques des participants selon leur faculté d'origine.....	25
<b>Figure 1:</b> Carte conceptuelle des résultats de la triangulation.....	26
<b>Figure 2:</b> Carte conceptuelle des besoins de santé de la population.....	27
<b>Figure 3:</b> Carte conceptuelle de la formation.....	44
<b>Figure 4:</b> Carte conceptuelle des rôles des médecins généralistes.....	60
<b>Figure 5:</b> Carte conceptuelle des rôles des médecins spécialistes.....	68

# LISTE DES ANNEXES

<b>Annexe 1 :</b> Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine .....	93
<b>Annexe 2 :</b> Transcription intégrale des entretiens – Verbatim (CD rom).....	109

# ABRÉVIATIONS

**APA:** Allocation Personnalisée à l'Autonomie

**ARS :** Agence Régionale de Santé

**CESP:** Contrat d'Engagement Publique

**CHU :** Centre Hospitalier Universitaire

**D2 (DCEM2):** Deuxième Cycle des Etudes Médicales - 2eme année

**D3 (DCEM3):** Deuxième Cycle des Etudes Médicales - 3eme année

**Dermato:** Dermatologie

**DES :** Diplôme d'Etudes Spécialisées

**DU:** Diplôme Universitaire

**ECG :** Electrocardiogramme

**ECN :** Examen Classant national

**FMC:** Formation Médicale Continue

**GEAPI :** Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour les Internes

**GEAPIT :** Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour les Internes avec Tuteur

**GF:** Groupe Focus

**Gyneco:** Gynécologie

**HAS:** Haute Autorité de Santé

**IRM:** Imagerie par résonance magnétique

**MSU:** Maitres de stage Universitaire

**OPU:** Office des Publications Universitaires

**ORL:** Oto-Rhino-Laryngologie

**PACES:** Première Année Commune aux Etudes de Santé

**PH:** Praticien Hospitalier

**PL:** Ponction Lombar

**PU:** Praticien Universitaire

**RSCA:** Récit d'une Situation Complexe et Authentique

**SASPAS:** Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

**TCEM2:** Troisième Cycle des Etudes Médicales - 2eme année

**TCEM3:** Troisième Cycle des Etudes Médicales - 3eme année

**TCEM4:** Troisième Cycle des Etudes Médicales - 4eme année

**TCEM5:** Troisième Cycle des Etudes Médicales - 5eme année

**Uro:** Urologie

# RÉSUMÉ ET MOTS CLEFS

## Introduction

La notion de responsabilité sociale se développe au sein des facultés de médecine. Il s'agit d'orienter la formation selon les principes de qualité, d'efficacité, d'efficacités et d'équité. Le consensus mondial a ainsi défini 10 axes stratégiques à suivre pour qu'une faculté soit socialement responsable. L'objectif de ce travail est de recueillir le ressenti des internes de spécialités médicales et chirurgicales sur l'implication de la faculté de médecine de Poitiers en terme de responsabilité sociale.

## Méthodologie

Etude qualitative, par groupes focus d'internes de spécialités médicales (hors médecine générale) et chirurgicales de la région Poitou-Charentes, s'intéressant à 5 axes du consensus.

## Résultats

Les internes pensent que la faculté de médecine de Poitiers ne joue pas de rôle dans l'identification des besoins de santé de la population. Ils mettent ainsi en évidence un décalage entre leurs attentes, celles des patients et les réponses apportées par les acteurs de santé. Ils souhaitent une amélioration de la formation théorique et pratique dans ce sens.

## Conclusion

La faculté de médecine adapte aujourd'hui sa formation afin d'être plus socialement responsable. Cette avancée semble être méconnue des internes. Le recueil du ressenti des partenaires de la faculté permettront d'évaluer l'engagement des facultés de médecine dans la responsabilité sociale selon des normes et indicateurs.

## Mots-clés

Responsabilité sociale, faculté de médecine, recherche qualitative, spécialités médicales, spécialités chirurgicales

# ABSTRACT AND KEY-WORDS

## Introduction

The interest for social accountability is increasing in medical schools. The goal is to train the students in according to the principles of quality, efficiency, relevance and equity. The global consensus defines 10 strategic items for medical school to become socially accountable. The objective of this work is to collect residents' feelings about Poitiers Medical School's involvement in terms of social accountability. The study focuses on medical and surgical residents except general practice residents.

## Method

This qualitative study used the focus groups method. Medical and surgical residents in Poitou-Charentes discussed 5 axis of the international social accountability consensus.

## Results

Residents think Poitiers Medical school does not play a role in the identification of people's health needs. They also highlighted the gap between their expectations, those of patients and the health actors' responses. They wish to improve the theoretical and practical training on this way.

## Conclusion

Poitiers Medical School is gradually basing its training to be more socially accountable. This improvement seems to be unknown by residents. Collecting the feeling of all the partners would contribute to the assessment of Poitiers Medical School in social accountability standards and indicators.

## Key-words

Social accountability, medical school, qualitative research, médical specialities, surgical specialities

# 1. INTRODUCTION

Tout au long de son histoire, l'université est amenée à procéder à des changements et des réorientations tant dans ses missions que dans l'enseignement apporté. La faculté de médecine ne déroge pas à cette règle.

Les premières réflexions mondiales sur l'enseignement médical datent du début du XXe siècle avec le rapport Flexner, publié en 1910 et intitulé « Education médicale aux Etats Unis et au Canada: étude comparative » (1). Après avoir visité 155 écoles de médecine, A.Flexner conclut la nécessité d'une triple mission pour les enseignants en médecine: les soins, la recherche et la formation des étudiants. Il conseilla également la fermeture de 80% de ces écoles car ne répondant pas aux exigences nécessaires à l'enseignement de la médecine. Ce rapport est ainsi à l'origine de nombreuses réformes dans les études médicales américaines. Il permet de transformer fondamentalement la formation médicale en la rendant plus rigoureuse, plus scientifique et plus responsable vis à vis de la société qu'elle sert.

En 1978, lors d'une conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS, est adopté l'objectif de « la santé pour tous avant l'an 2000 » (2). Dans cette résolution, les états membres sont invités à formuler des stratégies individuelles et collectives afin « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ».

Plus de vingt ans plus tard, l'objectif est loin d'être atteint. L'OMS élabore alors un nouveau programme de santé: « Vers l'unité pour la santé, défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé » (4). L'enjeu est ici d'apporter des soins centrés sur les besoins des personnes aussi bien de manière individuelle que collective. Ces soins et services doivent répondre aux principes de qualité, équité, pertinence et coût-efficacité. Ceci nécessite un travail commun et une coordination entre les « principaux partenaires essentiels à la création d'un mouvement vers l'unité dans la dispensation de services de santé : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques, les communautés et la société civile ».

Parmi ces partenaires figurent les facultés de médecine qui se voient attribuer le rôle de la responsabilité sociale définie par l'OMS en 1995 comme « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir » (5) (6).

Ainsi, en 2010, un groupe de travail international composé de 130 représentants d'organisations et experts en éducation médicale, accréditation et responsabilité sociale participent à l'établissement d'un consensus comprenant 10 axes stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable » (8) (Annexe 1).

C'est dans ce contexte que naît le projet francophone Action Recherche - Responsabilité Sociale dont le but est d'« Améliorer l'impact de la Faculté de médecine sur la santé » dans une « démarche de responsabilité sociale » (9). Ce projet est soutenu par 28 facultés francophones dans 14 pays dont la faculté de médecine de Poitiers. Ce projet comporte trois phases (10):

- La première est celle de l'applicabilité. La faculté est évaluée selon les dix axes stratégiques de la conférence de consensus au travers d'avis et de perceptions des différents acteurs de santé. Le but est de déterminer son niveau actuel d'implication sur le concept de responsabilité sociale et de définir des indicateurs à suivre.
- La deuxième phase est celle de l'expérimentation. Les indicateurs seront évalués selon leur validité et leur opérabilité.
- Puis vient la phase d'évaluation. L'objectif de cette dernière phase est d'évaluer comment les réformes entreprises par la faculté ont pu avoir une incidence sur la qualité des diplômés, leur choix de carrière et d'installation, le fonctionnement des services de santé et l'état de santé des populations, à court terme (6 mois), à moyen terme (12 à 18 mois) et à long terme (2 à 5 ans).

L'évaluation de la faculté de médecine de Poitiers est en cours. Mais chaque université étant à des rythmes différents d'applicabilité et parce que les indicateurs sont en cours de définition, l'évaluation est à considérer dans la phase d'applicabilité. Notons que les critères va permettre une accréditation de la faculté.

Des travaux antérieurs ont été faits afin de recueillir la perception de la notion de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers auprès des internes de médecine générale (12), des professionnels paramédicaux (13) et des patients (14). D'autres sont actuellement en cours : les maîtres de stages, les administratifs de la faculté, de l'ARS, les collectivités territoriales et les pharmaciens. Ce nouveau travail cherche à étudier celles des internes de spécialité médicales et chirurgicales (hors médecine générale).

Les objectifs sont donc:

Objectif principal: évaluer le ressenti des internes des spécialités médicales et chirurgicales concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins de santé publique.

Objectif secondaire: Identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1 Une approche qualitative**

La méthode choisie pour répondre au mieux aux objectifs est celle des groupes focus. Cette méthode d'étude qualitative de recherche favorise l'émergence d'opinions. Elle permet le recueil des perceptions, des attitudes et des croyances des participants (15).

Concrètement, la technique consiste à recruter entre six à dix personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte à partir d'une liste de questions. Une analyse puis une synthèse de la discussion permet de relever les principaux mots clés des participants ainsi que les points de convergence et de divergence entre les groupes.

### **2.2 Elaboration du questionnaire quantitatif**

Ce premier questionnaire permet de recueillir les caractéristiques des participants concernant leur spécialité médicale ou chirurgicale, leur année de promotion et la faculté d'origine.

### **2.3 Préparation des entretiens qualitatifs**

Les entretiens ont été préparés conjointement par un groupe d'experts en responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers travaillant sur le sujet et le projet depuis plusieurs années.

Le questionnaire utilisé lors des entretiens est établi à partir de 5 des 10 axes stratégiques définis par la conférence de consensus. Les axes choisis sont ceux qui sont considérés comme étant les plus pertinents et représentatifs de la population étudiée par les responsables du projet:

- Axe 1: Anticipation des besoins de santé de la société

- Axe 2: Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs
- Axe 3: Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé
- Axe 4: Education basée sur des résultats escomptés
- Axe 10: Prise en compte du rôle de la société

Les questions doivent être objectives afin de ne pas orienter le débat. Des reformulations ou précisions ont pu être apportées au cours du débat en cas de difficultés de compréhension. Le questionnaire est resté le même pour chacun des entretiens.

Les questions choisies étaient les suivantes:

1. Comment sont définis les besoins de santé de la société ?
2. La politique facultaire est-elle en lien avec les besoins de la société ? Si oui comment?
3. Qui peut participer à l'identification des objectifs de formation des professionnels de santé ?
4. Comment la faculté de médecine forme-t-elle les médecins dont la région a besoin?
5. Quels sont les rôles des médecins spécialistes dans les soins de la communauté ?
6. Quels sont les rôles des médecins généralistes dans les soins de la communauté ?
7. Comment ces rôles évoluent-ils avec la société?
8. Comment la faculté vous permet-elle de devenir de bons professionnels de santé? Comment évaluer ses compétences?
9. Comment évaluer que les professionnels de santé répondent aux réels besoins en santé de la population ? Qui doit réaliser cette évaluation ?

## **2.4 Le recrutement**

### **2.4.1 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des participants aux groupes focus étaient :

- être interne en spécialité médicale ou chirurgicale à la faculté de médecine de Poitiers
- être disponible à l'une des dates proposées.

### **2.4.2 Méthode de recrutement**

Pour chacun des groupes, une dizaine de personnes ont été invitées afin d'avoir 7 ou 8 participants au minimum le jour des entretiens.

Le recrutement s'est uniquement fait en milieu hospitalier. Un premier recrutement a eu lieu directement auprès des internes de spécialités médicales et chirurgicales selon la méthode boule de neige. Les participants ont également été recrutés par téléphone par des connaissances communes. Enfin nous avons complété ce recrutement en contactant les étudiants par e-mail ou via un message Facebook®.

Le projet et la méthode des groupes focus leur ont été succinctement expliqués sans dévoiler les problématiques exactes ni le terme de responsabilité sociale. Plusieurs dates ont été proposées aux participants. Celle faisant l'unanimité a été validée puis confirmée à chacun des participants. La veille de l'entretien, un rappel a été envoyé à chacun des participants pour s'assurer de leur présence.

Le nombre de groupes à organiser n'est pas initialement défini. Il doit répondre au principe de la « saturation des données ». L'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes doit mener à de nouveaux entretiens.

## **2.5 Le déroulement des entretiens collectifs**

### **2.5.1 Lieu**

Nous avons choisi de réaliser les entretiens à l'internat de la ville dans laquelle l'entretien se déroulait, lieu connu de toutes les personnes recrutées, dans une salle de réunion.

### **2.5.2 Date et horaire**

Les entretiens étaient organisés un jour de semaine, conjointement déterminé par la thésarde, le modérateur et les participants en fonction de leurs disponibilités.

L'horaire choisi était en début de soirée pour permettre à un maximum de personnes recrutées d'y participer en raison de leur stage. Les entretiens étaient limités à une heure et demi, durée annoncée aux participants au moment du recrutement.

### **2.5.3 Accueil des participants**

L'accueil est réalisé par la thésarde selon les arrivées dans un esprit de convivialité afin de mettre à l'aise chacun des participants. Un buffet a été offert aux étudiants à chacun des entretiens. La disposition en cercle favorise la participation et place tous les participants sur un pied d'égalité. Le fait que tous puissent se voir favorise les interactions.

### **2.5.4 Enregistrement des entretiens**

L'intégralité des débats a été enregistrée à l'aide de deux enregistreurs numériques audio et d'une caméra numérique. La thésarde est la seule détentrice des enregistrements.

## **2.5.5 L'animation des entretiens**

Au début de chacun des débats, un rappel a été fait à l'ensemble des participants sur la thématique étudiée sans apporter de précision. La thésarde précisait alors que le débat était enregistré afin de lui permettre de retranscrire la discussion et d'en exploiter les résultats mais qu'il serait anonymisé. Cette étape de présentation était importante afin de favoriser la libre expression des participants. D'autres informations étaient apportées sur le déroulement de la séance. La thésarde était présente afin de s'assurer du bon déroulement de l'entretien, de s'occuper des enregistrements audio et vidéo mais elle ne devait pas intervenir. Leur seul interlocuteur était l'animateur du groupe ou modérateur. Son rôle était d'énoncer les questions choisies, de lancer le débat et de faire apparaître les différents points de vue sans l'orienter. Deux modératrices différentes habituées de la thématique et de la méthode des groupes focus ont été choisies pour les entretiens de groupe.

A la fin des entretiens, un débriefing avait lieu entre le modérateur et la thésarde permettant ainsi d'identifier les dysfonctionnements et de les corriger au cours des groupes focus ultérieurs.

## **2.6 Analyse des données**

### **2.6.1 La transcription**

Les entretiens enregistrés ont été intégralement transcrits (verbatim) en documents Word, mot à mot y compris les onomatopées et les aspects non verbaux. Afin d'anonymiser les discussions, les participants ont été nommés par une lettre et un chiffre. Le chiffre de 1 à 4 fait référence au groupe focus auquel ils ont participé. La lettre désigne le participant selon l'ordre d'intervention dans l'entretien de A à K.

Le modérateur est identifié de la même façon. Les propos de celui-ci ont été transcrits pour faciliter la lecture et la compréhension des transcriptions mais n'ont pas été analysés.

## **2.6.2 La triangulation**

La thésarde et les deux modérateurs ont initialement analysé de manière individuelle le premier verbatim à l'aide du logiciel NVivo 10®. Ces premières analyses ont été recoupées par la thésarde afin de réaliser une triangulation des données. L'entretien a ainsi été découpé et classé par phrase et/ou mot appelés « nœuds ». Les autres entretiens ont été analysés de la même façon par la thésarde en créant si besoin de nouveaux nœuds et sous-nœuds.

# 3. RÉSULTATS

## 3.1 Caractéristiques des groupes

Initialement trois groupes focus ont été réalisés de 7 à 9 internes de spécialités médicales et chirurgicales entre juin et septembre 2015. La saturation des données n'étant pas obtenue à l'issue de ces trois entretiens, un quatrième groupe focus a donc été organisé en février 2016. En effet, au cours du troisième débat, de nouvelles idées sont apparues et un quatrième groupe focus a été réalisé.

Les participants sont divers en terme de promotion puisqu'ils étaient au moment des entretiens dans leur formation entre le 2<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> semestre. Les deux premiers groupes focus comprenaient des internes des trois premières promotions. Au troisième s'ajoutait des internes de TCEM4. Le dernier groupe focus n'était quant à lui constitué que d'internes de deux promotions TCEM3 et 4. Seule la promotion TCEM5 n'était pas représentée. Parmi les internes recrutés, trois d'entre eux avaient demandé un droit en remord et un changement de spécialité. Ceci leur permettait d'émettre leur avis sur leurs spécialités actuelle et antérieure.

La majorité (32%) des internes venaient de Poitiers. 29% des internes étaient d'origine parisienne mais venaient de faculté différente. Au final dix villes dans l'ensemble de la France étaient représentées sur la totalité des groupes focus.

Un interne a été absent au premier, au troisième et au dernier entretien.

Les entretiens ont duré entre 1h03 et 1h10.

Date	Lieu	Nombre de participants	Spécialités des internes	Durée
30/06/2015	La Rochelle	8	4 anesthésistes-réanimateurs 1 urologue 1 ORL 1 neurologue 1 pédiatre	1h10
09/07/2015	La Rochelle	9	3 internistes 2 dermatologues 2 radiologues 1 rhumatologue 1 pédiatre	1h03
24/09/2015	Poitiers	7	2 anesthésistes réanimateurs 1 pédiatre 1 biologiste médical (anciennement pédiatre) 1 psychiatre (anciennement médecine générale) 1 anatomo-pathologiste 1 pneumologue	1h05
15/02/2016	La Rochelle	7	2 chirurgiens vasculaires (dont un anciennement en radiologie) 1 hépatogastroentérologue 1 gynécologue 1 biologiste médical 1 psychiatre 1 dermatologue	1h09

**Tableau I:** Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale ou chirurgicale

	Anesthésie réa	Urologie	ORL	Neurologie	Pédiatrie	Médecine interne	Dermatologie	Radiologie	Rhumatologie	Psychiatrie	Anatomo pathologie	Vasculaire	Biologie médicale	Pneumologie	Hépatogastroentérologie	Gynécologie
GF 1	4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GF 2	0	0	0	0	1	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
GF 3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
GF 4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1	1

**Tableau II:** Caractéristiques des participants selon leur spécialité médicale ou chirurgicale

Faculté à l'externat											
	Paris	Toulouse	Amiens	Tours	Poitiers	Besançon	Bordeaux	Angers	Caen	Limoges	
GF1	3	1	1	1	2	0	0	0	0	0	8
GF2	5	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9
GF3	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	7
GF4	1	0	0	0	1	0	1	1	2	1	7
Total	9	1	1	2	10	1	3	1	2	1	31

**Tableau III:** Caractéristiques des participants selon leur faculté d'origine

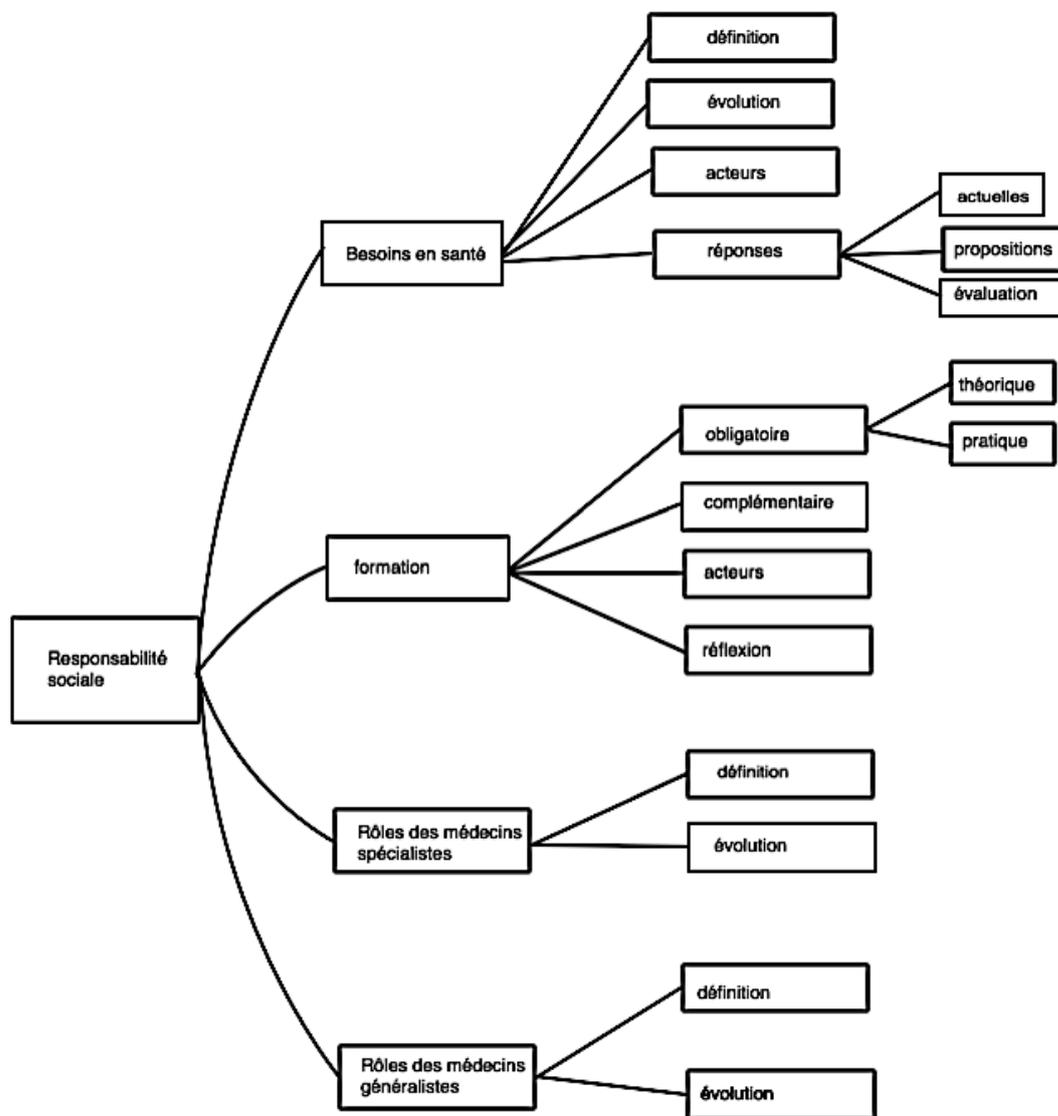
### 3.2 Analyse thématique transversale des entretiens

Nous avons réalisé avec deux médecins généralistes impliquées dans l'étude, une analyse thématique transversale du premier entretien afin de déterminer les thèmes et les sous thèmes.

Nous avons pu ainsi identifier les thèmes suivants:

- les besoins de santé de la société
- la formation médicale à la faculté de médecine de Poitiers
- les rôles des médecins généralistes
- les rôles des médecins spécialistes

Les thèmes et leurs sous thèmes ont permis de construire une carte conceptuelle (ou arbre). Nous allons illustrer chacune des branches constituant cet arbre par des extraits de verbatim.



**Figure 1:** Carte conceptuelle des résultats de la triangulation

### 3.2.1 Les besoins de santé de la population

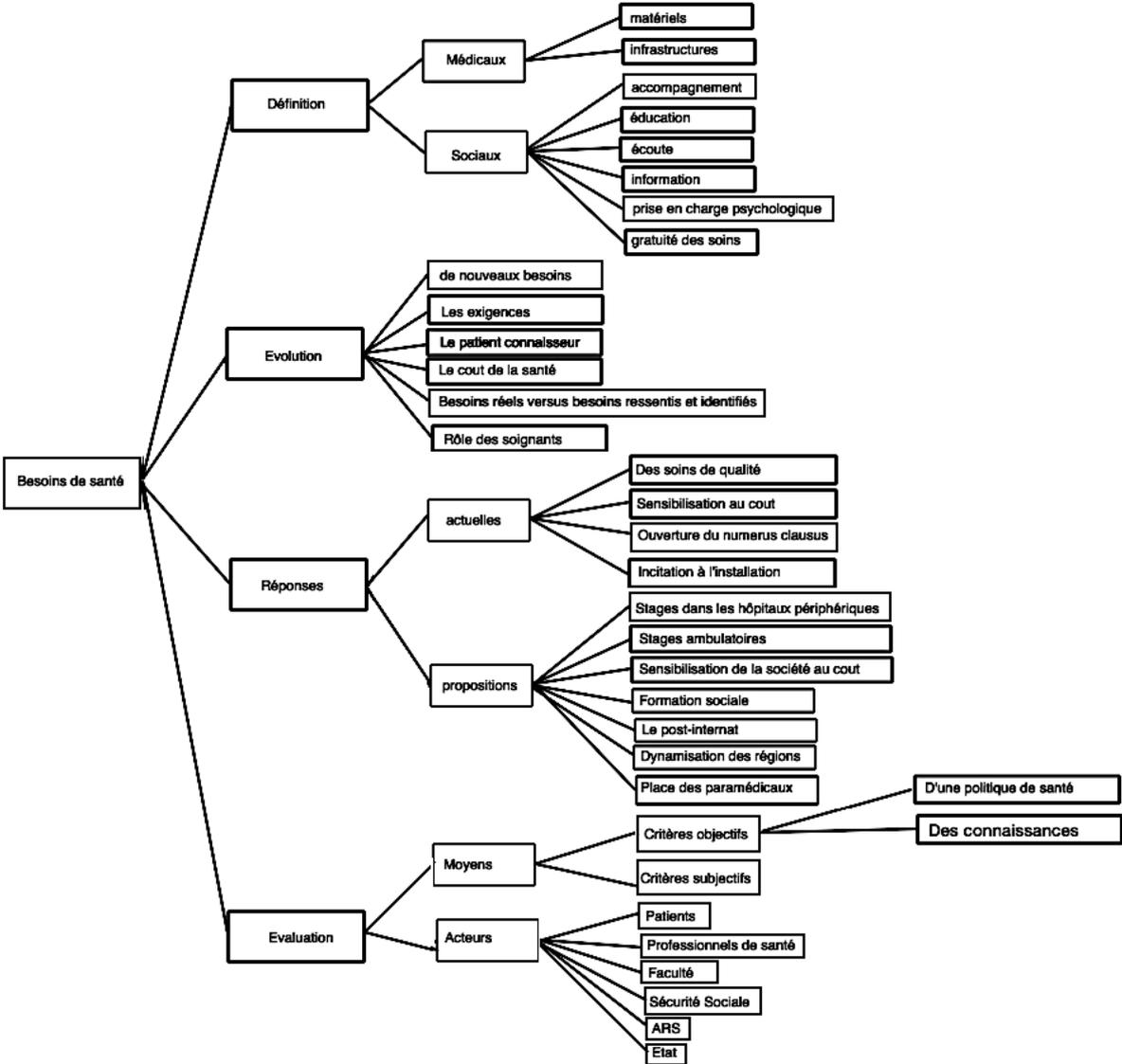


Figure 2: Carte conceptuelle des besoins de santé de la population

### 3.2.1.1 Définition des besoins de santé

Les internes de spécialités définissent les besoins de santé de la population comme:

*D1 « La quantité de soins nécessaires pour que les gens restent en bonne santé et autonomes et le plus longtemps possible »*

Ils différencient les besoins médicaux des besoins sociaux:

*C1 « C'est autant de soins médicaux que l'accompagnement social que ouais, la discussion du social un peu des deux. »*

Parmi les besoins médicaux, figurent:

- les besoins matériels (traitements, médicaments, imagerie, ...)

*E1 « Du concret enfin du matériel, les médicaments du... »*

*H2 « Les traitements quoi, l'efficacité »*

- des infrastructures, consultations et lits d'hospitalisations disponibles dans le temps et dans l'espace

*B4 « Des rendez vous rapides »*

*C4 « Une disponibilité sur tout le territoire enfin... proche quoi. »*

*D4 « Des infrastructures accessibles »*

Les internes insistent ce dernier point. La nécessité d'avoir accès aux mêmes soins de santé quelque soit le lieu d'habitation est un point essentiel dans la réponse apportée.

*E2 « Il y a des besoins d'égalité »*

*C1 « Y a aussi la permanence des soins enfin le fait qu'il y ait que ce soit toujours possible enfin possible d'avoir des soins médicaux où qu'on se trouve »*

*D4 « Pouvoir être soigné de la même façon partout quoi... avoir des IRM ou des scanners quelque soit l'endroit où t'habites euh... Avoir accès aux mêmes soins de santé partout quoi. »*

Ces besoins médicaux doivent répondre à une demande:

*B3 « La demande des patients! Le nombre de consultations, le nombre d'hospitalisations de... en fonction de tout ça forcément il faut qu'on ... faut qu'on réponde à cette demande. Donc après après y a ... je sais que tout est répertorié donc l'ARS a forcément un regard sur ça et en fonction met en place une stratégie pour qu'on puisse répondre à la demande »*

Ils comprennent l'éducation, l'accompagnement social, voire parfois le suraccompagnement, mais aussi l'information, l'écoute, la prise en charge psychologique et la gratuité des soins.

E4 « Des explications détaillées et... plus longues possibles sur ce qu'ils ont et sur ce qu'on va leur faire. »

B4 « Prendre le temps, d'être écouté et euh... que ce soit pas des consultations rapides quoi. »

D1 « Ils viennent pour être écouté peut être qu'ils attendent pas forcément un médicament un truc précis ils attendent juste d'être rassuré de parler avec quelqu'un d'avoir l'attention de quelqu'un. »

E1 « Et aussi du tout ce qui est éducation enfin de l'abstrait aussi tu vois »

C1 « Relationnel »

C2 « De l'humain »

### 3.2.1.2 Evolution des besoins de santé

Selon les internes, on note une évolution de la société avec l'apparition de nouveaux besoins.

F1 « Des besoins qui cessent de s'accroître surtout avec la population euh vieillissante euh et puis par rapport à la euh... et à nous la démographie médicale qui s'effondre de plus en plus euh... et des problèmes de zones rurales »

Les besoins sociaux prennent une place de plus en plus importante.

G2 « En ce moment il y a plus une demande sociale que de santé »

D4 « Un accompagnement permanent aussi, enfin les gens ont de plus en plus besoin d'aides pour tout »

Les patients deviennent de plus en plus exigeants dans les soins qui leur sont fournis. Pour les internes, la santé semble aujourd'hui être un dû avec des obligations de moyens mais aussi de résultats:

G1« Ils ont plus d'exigences »

C1« Les désirs des patients ça rentre en compte dans la question. Parce qu'en fait moi ce que je remarque ce que je trouve qu'ils sont de plus en plus exigeants qu'il prennent ça comme de la consommation comme si ils étaient au supermarché, qu'ils ont aucune considération des fois avec le métier qu'on fait ou le fait qu'il s'adresse des fois à des personnes on est juste là pour répondre à leurs... ouais ben à leurs besoins... oui mais pas que... enfin je comprends qu'il peuvent demander du confort ce genre de choses »

H2 « Et c'est bien plus un dû que... que de soigner les gens quoi! »

E2 « On a une obligation de moyens... »  
H2 « et de soins... »  
E2 « et les patients en fait, ils commencent à se dire qu'on a aussi une obligation de résultats en fait! »

C2 « Oui voilà, qu'est ce que les gens attendent de plus en plus des soins, ça c'est sur et certain... euh... c'est de plus en plus une rapidité de diagnostic, une rapidité de prise en charge... »

Les internes déplorent une surconsommation des soins médicaux:

C1 « Je trouve euh que euh ils ne s'autonomisent pas tu vois les gens. Je trouve que c'est de pire en pire ils viennent pour des broutilles aux urgences et c'est tu vois les... les genres d'appels piqûres de moustiques enfin... Le patient devient connaisseur dans le domaine médical. »

C2« Oui ben déjà oui voila, c'est exactement ça des demandes de la population et ben... et la population elle est de plus en plus demandeuse de soins. Je pense qu'on a tous l'impression de ça, que avant c'était... le médecin paternaliste qui te disait tu fais ça, ça, ça, maintenant les gens sentent qu'il y a une relation d'égalité, ce qui est bien, et que du coup il y'a de plus de plus besoin de... enfin... un sentiment de... comment dire... qu'il faut être soigné le mieux possible sans avoir forcément le droit à l'erreur etc. »

Le patient devient connaisseur dans le domaine médical:

D4 « La santé on en parle pour tout, tout le temps, les gens ont l'impression de savoir des choses sur la santé, y a 35 émissions, 35 revues, 35 bouquins »

Cependant, le coût de la santé s'accroît avec les progrès de la médecine et le vieillissement de la population.

E2 « On a un système qui est a peu près égalitaire au niveau des soins et qu'on a des difficultés à préserver cette égalité parce que en fait pour chaque personne c'est devenu hyper cher le... en fait avec les progrès de la médecine je pense qu'on a un souci c'est devenir hyper cher de vouloir traiter correctement les patients parce que on a des techniques qui sont de plus en plus couteuses mais de plus en plus performantes et du coup je pense que le problème de la santé actuelle c'est les moyens financiers quoi! Pour la société. C'est que maintenant on a du mal à offrir à tous de manière égalitaire le même soin parce qu'on a plus assez d'argent dans les caisses et que... nos ... nos moyens sont de plus en plus performants mais aussi de plus en plus coûteux quoi. »

F2 « Les problèmes financiers je pense avec... avec le vieillissement de la population donc euh... des places qui manquent et des hospitalisations itératives probablement... enfin abusives c'est même pas le même terme, euh... du coup on se retrouve très vite coincé en gériatrie. Et puis ben le vieillissement de la population comme je l'ai déjà dit donc c'est un problème récurrent et fréquent. »

Ce coût nous empêche d'apporter des réponses adéquates bien que la population soit sensibilisée à ces difficultés financières. Apparaît alors une discordance entre les besoins et les réponses apportées.

F1« Ils attendent de plus en plus avec de moins en moins... »

*B1 « Ils ne veulent pas entendre parler de coût »*

*E1 « Après je pense que les gens sont plus sensibilisés au... au fait que y a les déficits dans le secteur de la santé. »*

*D1 « Ils sont un peu sensibiliser de façon général jusqu'à ce qu'ils soient malades et que ça les touchent et dans ce cas il veulent qu'on ... »*

D'ailleurs, les internes différencient les besoins réels des patients de leurs besoins ressentis et de ceux qui ont été identifiés.

*G1 « Et l'Etat ils ont leur vision des besoins des patients qui est complètement différente de la réalité et ils essayent de faire en sorte qu'il y ait le minimum de soins qui soient remboursés pour que eux perdent pas d'argent alors que finalement des fois il y aurait besoin de plus euh... pour les patients. Enfin c'est que il y a deux visions des besoins, y a les visions politiques et les visions réelles des médecins de ce qu'on voit tous les jours. »*

Les exemples apportés montrant cette discordance sont celui de la démographie médicale et des délais de consultations.

*G4 « Au niveau des temps d'attente chez certains praticiens euh... non très clairement. Pour avoir ton avis, il faut attendre six mois pour avoir un rendez vous enfin... voilà ça fait beaucoup après... pour beaucoup... pour tout le monde quasiment. »*

*C4 « En terme de moyens mis en oeuvre pour les choses urgentes, ça va mais pour les choses qui méritent un petit délai du coup ils ont un énorme délai. »*

Les soignants jouent un rôle dans cette évolution.

*C4 « Mais c'est aussi parce qu'ils ont été habitués à ça, qu'ils le demandent »*

*D4 « Nous on négocie pas avec eux, on prend pas le temps de leur expliquer et on leur signe le papier parce que c'est plus simple donc c'est aussi... c'est aussi de notre faute quoi enfin »*

*D4 « Et pour tout ce qui est prévention euh... éducation etc. là on... en terme d'éducation des gens ben quand on disait le temps de consultation pour expliquer... clairement on explique rien aux gens et on les éduque ... enfin. Moi en tout cas et je parle en... je parle peut être que pour moi mais... Moi personnellement je n'ai ni le temps ni la formation pour ça, pour... pour éduquer... »*

### 3.2.1.3 Les réponses actuelles et propositions d'amélioration de ces réponses

Des réponses sont actuellement apportées afin de répondre aux besoins actuels et futurs de la société.

- **Des soins de qualité**

L'existence de recommandations de bonne pratique permet d'apporter aux patients des soins de qualité.

I2 « Moi je trouve qu'honnêtement les cours qu'on a qui sont quand même basés sur des recommandations médicales opposables sur l'HAS, enfin l'HAS c'est pas quelque chose qui est... qui est vieux hein, nos nos aînés on n'a pas eu forcément les mêmes cours que nous, ils ont peut être eu des cours beaucoup plus cliniques, peut être beaucoup moins avec des recommandations médicales je veux dire, la la médecine que nous on apprend à Poitiers c'est globalement la même que l'autre bout de la France et je pense que elle répond assez bien finalement puis qu'on a une obligation de résultats, une obligation de... enfin on a une obligation de résultats donc on peut avec des recommandations répondre aux patients en disant « ben non monsieur c'est pas recommandé, oui c'est recommandé », et c'est pas quelqu'un qui fait de la médecine tout seul dans son coin en décidant de faire quelque chose et je trouve que les cours de la fac qu'on a, ils sont globalement basés sur toutes ces nouvelles recommandations euh... c'est pas quelqu'un qui va t'apprendre ce qu'il a appris lui par la pratique en disant ben moi dans mon service on fait cette petite cuisine là, voilà je trouve que les cours qu'on a ils sont quand même euh... ils sont pas mal. »

- **Numéros clausus**

L'ouverture du numéros clausus est nécessaire afin de former d'avantage de médecins.

C3 « On arrive au concours de l'internat avec du coup le nombre de postes qui est définis par ville et par spécialités euh... en lien avec le numerus clausus qui est... je pense essaie de répondre à la demande étant donné que en fonction des spécialités on va ouvrir plus ou moins de postes euh.. selon la démographie par exemple. Y a des années où moi je pense à l'anesthésie, l'année où j'ai passé le concours de l'internat c'est le... y a un creux en anesthésie actuellement et donc... y avait beaucoup plus de postes pourvus enfin à pourvoir en anesthésie réanimation. Probablement c'est pour essayer de répondre à la deman ... aux besoins des des patients »

Cette ouverture semble cependant se faire au détriment de la formation.

E4 « Je vois dans ma promo, on est six, alors que d'habitude ils étaient un ou deux, alors ils ont voulu faire un plan comme il manquait de dermato dans la région Poitou Charentes, ils se sont dit pendant cinq ans on va en prendre 5/6 par an. Et au bout de notre promo, ils se sont rendus compte que c'était pas possible de nous former en fait. »

E3 « Je sais pas les besoins de la société enfin les besoins des... de la société, pour moi c'est égal accès aux soins pour tout le monde et la faculté a plutôt pour but pour moi de... de sortir un nombre suffisant de... de médecins pour pouvoir répondre euh... à l'augmentation enfin la diminution de la démographie médicale et puis enfin... par rapport à la demande de soins qui augmentent. Et je suis pas sur qu'aujourd'hui qu'il y ait vraiment enfin... je dis ça mais peut être que... on voit que ces dernières années le numérus clausus a beaucoup augmenté, les places à l'internat ont beaucoup augmenté peut être que ça se fait... peut être un petit au détriment de la... de la qualité de la formation finalement. On voit qu'il y a de moins en moins de places pour les externes euh... à l'hôpital euh voilà quoi! »

### • Formation sociale

Les internes regrettent le peu de formation au social. Ils se considèrent formés pour prendre en charge une personne, un patient mais pas une société.

B1 « On te forme à soigner un patient, pas une population de patients, pas une société au sens plus large, ça c'est pas à toi, c'est pas à toi de le faire, c'est pas toi qui organise, et nous on est pas du tout formé à ça. »

J2 « On nous apprend pas forcément ce côté là, le côté social, le fait comment parler aux gens, ça on l'apprend plus au niveau des stages mais c'est assez aléatoire, t'as pas véritable formation sociale je pense. »

E2 « Moi je pense que c'est évident y a une lacune qui est énorme mais par contre, ce que je note moi c'est quand même par rapport à quand tu parles avec tes chefs qui sont plus anciens que toi ils te disent eux ils avaient carrément pas de cours là dessus quoi! Moi je me souviens d'avoir bachoter un truc pour l'ECN l'annonce du diagnostic d'une maladie grave, et genre j'avais appris 12 items et au final bon ben en pratique ça t'aide pas énormément mais quand même t'as un petit euh... une petite trame quoi! alors que eux ils avaient rien de tout ça quoi! »

F2 « Non non, y a des... y a des sessions ouvertes mensuelles pour parler d'éthique avec professeur R., moi j'y ai assisté parce que je passais mon master 1 mais c'était très intéressant et je le conseille vivement et c'est un débat animé par plusieurs interlocuteurs, qui se succèdent et c'est vraiment... »

### • Coût de la santé

Afin de pérenniser notre système de santé, les professionnels de santé y compris les étudiants sont sensibilisés au coût des soins.

H1 « Après nous, dans notre formation je trouve qu'on a une certaine conscience du coût des soins quand même que d'autres générations qu'ont pas eu enfin... euh... moi je sais que je fais attention au coût du matériel que je vais utiliser j'essaie de pas gaspiller et j'ai eu des retours d'infirmières ou de chefs qui m'ont dit: ah ben c'est marrant vous demandez le prix des choses alors que nous on se pose jamais la question, euh nous on s'est pas... s'est jamais intéressé »

D1 « Après on te sensibilise quand même sur le fait que... vaux mieux essayer de soigner le mieux possible avec le moins cher possible »

Les internes proposent de sensibiliser la société au coût de la santé.

*D1 « C'est pas forcément nous qu'il faut former à ça, c'est plutôt euh... c'est plutôt les pouvoirs publics de... d'informer et de former peut être un peu la population de les sensibiliser à ça puisque même nous je veux dire si on nous forme après on sait prioriser les urgences par rapport à d'autres après on va pas dire euh... au patient venez ou venez pas enfin c'est nous on est pas à leur place donc euh... même si nous on était formé à ça, même si nous on était mieux formé à ça, au final ça changerait peut être pas les choses. Les gens viendraient pour les mêmes conneries et c'est peut être plus la population générale qui est à informer et à former à l'école euh... »*

#### • Le post-internat

Les internes se posent la question de leur avenir professionnel au sein du CHU et dans la région après leur internat.

*F4 « Non au CHU on nous propose pas de... de perspectives d'avenir parce qu'il nous propose pas derrière de postes ou de... »*

*F4 « On rencontre pas les gens pour nous installer en... et en plus de ça, y a pas assez de post internat pour tout le monde donc t'as 50% de ta promo qui finira dans une autre région... »*

*F4 « Et puis comme on nous demande aussi d'être très spécialisé dans certaines choses, souvent tu cherches un poste et on va t'en proposer un qui correspond pas à toi ce que tu veux faire. »*

*C4 « On a plutôt l'impression que la fac elle gère plus le côté euh... nombre d'internes, combien il en faut pour faire tourner le CHU mais qu'après le poste, mais qu'après, ptt... y a pas de... y a pas de vision là dessus, y a pas de vision à long terme, y a pas de... qu'est-ce que je vais faire de l'interne que j'ai formé euh... non juste, il est là pour faire le taf et après il se démerde quoi! »*

#### • Incitation à l'installation

Afin de faire face au problème de la démographie médicale, les internes mettent en avant les aides financières à l'installation dans ces zones (déduction d'impôt, aides communales).

*B3 « Ben les aides, les aides à l'installation y en a aussi. Y a des communes qui peuvent donner des locaux notamment pour les médecins généralistes euh... Il doit y avoir aussi au niveau des impôts je pense des communes qui doivent, alors je sais pas très bien hein, mais je pense qu'il doit avoir aussi euh... euh... des charges déductibles enfin, voilà, je peux pas aller plus parce que j'y connais rien mais c'est euh... »*

Une des autres solutions proposées est l'aide à l'installation dans les zones dépeuplées et le CESP (pour Contrat d'Engagement Publique).

C3 «Après je crois qu'il y a aussi un contrat, le CESP, qui dans la région, qui permet d'essayer de garder je pense les médecins formés dans la région, je crois que ça a commencé l'année ou enfin quand on était externe il me semble que les premiers ont commencé quand on a passé l'internat avec si je me trompe pas l'idée de choisir une spécialité et puis d'envisager un lieu d'exercice euh... avant de passer le concours de l'internat pour permettre je crois de... sous... en contre partie en ayant un financement une enveloppe, un financement pendant la fin de l'externat et de l'internat avec en... l'objectif de rester euh... quelques années, alors je sais plus exactement combien c'est, dans la région, dans une zone où il manque de médecins. Je pense que ça fait partie des... ça fait partie de ce que la faculté ou l'ARS ont mis en place pour essayer de garder leurs médecins, leurs jeunes médecins formés dans la région. Ca peut être plutôt bien.»

Pour les internes, cette mesure est jugée partiellement efficace.

B1 « En tout cas il te prend pendant ton externat pour rester tant d'années est-ce que ça marche ben non pas du tout. Ca ne marche absolument pas. »

B1 « Ca marche pour ceux qui voulaient aller travailler dans telle région, ils sont bien contents en plus on leur file une prime pour y aller ,ceux la c'est sûr, ça les encourage mais ceux qui avaient déjà l'idée... il fallait qu'ils... aient déjà l'idée de travailler dans cette région, dans des régions dépeuplées et... enfin tu n'inventes pas une volonté de travailler dans ces régions la, ça... ça ne se fait pas. En tout cas, pas avec des incitations financières. »

E1 « Après, je pense qu'ils savent que avec l'internat tout le monde va vraiment migré enfin... tout le monde... la plupart bouge ailleurs en fait donc ils ont du mal je pense à essayer à nous... enfin former pour rester dans la région. »

Les freins à une répartition égale de l'offre de soins est l'attachement des internes à leur liberté d'installation et l'intervention de facteurs personnels.

G1 « C'est ça aussi qui fait la beauté du choix de cette orientation de métier, c'est qu'on sait que quand on va faire médecine on aura plus ou moins le choix d'une spécialité et le choix d'une région et c'est ça qui fait que c'est attrayant. »

D1 « De toute façon tu peux toujours inciter mais tu peux pas obliger enfin t'es interne tu commences ton internat pour... enfin la plupart ... pour un certain nombre t'es célibataire, tu vas rencontrer quelqu'un qui viendra peut être d'une autre région qui voudra y retourner plus tard, tu la suivra et du coup euh... tu comptes t'installer dans une région en manque et finalement tu te retrouves dans une région qui manque pas de médecin parce que tu l'as suivi et que... t'as pas que les facteurs professionnels aussi t'as aussi les facteurs personnels et ça pour le coup tu as beau être incité sensibilisé avoir fait des stages et tout euh si voila clairement. »

Ils souhaiteraient d'avantage une dynamisation de la région, la rendant attractive.

C1 « Ben la fac la après c'est rendre attractif un peu des régions pommées mais je sais pas si elle peut faire ça quoi »

E1 « C'est plutôt l'inverse en fait. »

Les internes proposent aussi une augmentation des stages en ambulatoire chez le médecin généraliste dès l'externat, y compris en zone rural. Ces stages sont aujourd'hui trop peu nombreux et leur accès est différent selon les facultés. Ils souhaiteraient que ces stages soient obligatoires pendant l'externat.

*D1 « Ca se ferait plutôt avec des incitations des stages euh... »*

*B1 « Tout à fait qu'on fasse découvrir la région qu'on te fasse découvrir le métier et la région et c'est aussi le métier souvent de med g »*

*D1 « Ouais chez qui j'étais c'était trop bien. C'était à un peu pommé à 30 km d'Amiens, t'avais 25 minutes de voiture mais si j'avais fini là bas et fini med g ça ne m'aurait pas du tout déranger d'aller dans son coin et de reprendre son cabinet parce que la patientèle était cool enfin vraiment pour se caser c'était bien. Y avait pas d'hôpitaux à côté donc tu faisais pleins de trucs vachement variés. C'était sympa et quitte à habiter en ville et puis faire 25min de voiture tous les jours mais faire des stages dans des coins comme ça c'est sûrement plus ... ça donne plus envie. »*

*J2 « Et... et voilà, et s'il y a des gens qui sont motivés pour aller à la campagne c'est pas mal! Le seul problème c'est que nous on sait pas, on connaît pas l'exercice rural en fait, on a jamais exercé à la campagne donc comment tu... forcément la plupart des des ... des étudiants savent pas ce que sait, donc t'as toujours un peu peur de l'inconnu... »*

La découverte de la région passe aussi selon eux par l'ouverture de stages hospitaliers hors CHU dans les hôpitaux périphériques aussi bien à l'internat que dans l'externat.

*E1 « Parce que si tu découvres que le chu, tu découvres pas la région, c'est le seul... enfin... nous on avait pas de stage en périphérie à part le chu. »*

Renforcer le lien ville-hôpital et médecin généraliste/spécialiste pourrait également être une piste afin de favoriser l'installation des médecins dans les zones avec une faible démographie médicale.

*B1 « Si on arrive à casser cette barrière déjà entre spe et med g ça facilitera la migration des med g vers la province... vers les zones dépeuplées plutôt »*

## • Place des professionnels paramédicaux

Les internes proposent également l'attribution de nouveaux rôles aux paramédicaux afin de combler les lacunes dans les réponses apportées.

*B4 « Un des objectifs ce serait peut être de développer toutes les professions paramédicales où... autour, tous les accompagnements... »*

*D4 « Mais après on parlait de créer des... des... de nouvelles spécialités paramédicales ça pourrait... parce que au final donner des explications pas forcément besoin d'être médecin pour... et euh... en chirurgie vasculaire euh... à Poitiers quand on fait des consultations y a... y'a une infirmière qui est avec nous en consultation dans la même salle que nous, qui fait le pansement et voilà et quand on... par exemple quand on va... quand on programme un patient au bloc opératoire on passe au patient suivant pour la consultation mais après il reste encore un quart d'heure avec l'infirmière qui lui explique comment on va le refaire revenir, la douche, le pourquoi du comment, combien de temps ça ça durer ce qu'on va lui faire et peut être que si le généraliste y avait à coté quelqu'un... je sais pas si ça serait une infirmière ou complètement une autre profession enfin... qui pouvait, pas besoin pour un rhume mais pour certains trucs euh... réexpliquer ou avec les petits vieux expliquer l'ordonnance je sais pas enfin... ça pourrait être... »*

Au terme de ces premiers résultats...

Les besoins de santé de la population comprennent les besoins médicaux et les besoins sociaux. Ces besoins évoluent selon plusieurs paramètres. Ils évoluent avec la communauté selon ses caractéristiques (vieillesse, connaissances, ...) et leurs attentes. Les soignants ont cependant des difficultés à répondre à ces besoins par manque de moyens. Des mesures existent actuellement afin de répondre au mieux à ces besoins agissant sur la démographie et la répartition médicales, sur la formation des médecins mais elles sont insuffisantes et d'autres mesures sont nécessaires.

### 3.2.1.4 Evaluation

- **Les moyens d'évaluation:**

Les internes sont en faveur de critères objectifs mais ils ne nient pas que l'évaluation doit passer par des critères subjectifs. Ils différencient ceux qui permettent d'évaluer une politique de santé de ceux qui permettent de réaliser une évaluation plus individuelle.

- Des critères objectifs:

- Evaluation d'une politique de santé:

Les données démographiques concernant la population (espérance de vie, mortalité, morbidité, incidence des pathologies) et le monde médical reflètent les besoins de santé.

*E1 « Les mesures de l'état de santé de la population »*

*B1 « Tu veux dire que c'est l'espérance de vie. Si il a une espérance de vie correcte, ok c'est que t'as une bonne politique de santé »*

*E1 « Non mais y a les échelles euh... d'évaluation d'état de santé d'une population quoi... morbidité euh... mortalité euh... toutes les échelles qui existent en démographie médicale en fait ouais si... voila si dans une région ça se voit si euh... »*

*B3 « Il doit y avoir des indices qui ... qui évaluent euh... l'état de santé de la population en général après... je sais pas peut être le taux de mortalité à la naissance le... l'espérance de vie tout ça je pense que ça doit être pris en compte »*

*G3 « Avec les nouvelles maladies qui émergent un peu aussi, anticiper un peu ce qui pourrait arriver après. »*

Les internes suggèrent le nombre et le (ou les) motif(s) de consultations aux urgences comme des indicateurs de la démographie médicale. Ces consultations au service des urgences peuvent être justifiées par des délais d'attente longs aux consultations et hospitalisations.

*G4 « Peut être aussi pourquoi est ce qu'ils se sont retrouvés aux urgences? Est ce que c'était parce que c'était booké chez le généraliste et parce que du coup ils se sont retrouvés là pour de la bobologie ou pas »*

L'un des participants propose la réalisation d'une ou plusieurs thèses afin de connaître et confronter les besoins de santé selon les patients et les médecins.

*D2 « Moi c'est ce que je dis faut faire une thèse et prendre des groupes de patients dans l'hôpital, en med g, dans la rue, faut faire une thèse... sinon on peut pas répondre à la question. »*

Connaître le coût de la santé permet également d'adapter nos réponses.

*F1 « Le coût ouais je trouve que c'est important de regarder le coût... »*

- Evaluation des connaissances médicales

Les résultats et le classement à l'ECN (Examen Classant National) sont une première évaluation des professionnels de santé sur leurs connaissances médicales. Au cours de l'internat, les internes sont peu voire non évalués. Le suivi pédagogique n'est d'ailleurs pas le même selon les spécialités médicales.

*E3 « C'est comme on disait, ben premièrement il y a l'ECN et puis ensuite, après ça dépend sur quels critères on se base quoi. Euh... l'ECN c'est un moyen de sélection, c'est un moyen de savoir qui connaît bien ses trucs, ses cours tout ça et après je sais pas, y a certaines spécialités, je crois que les anes-réa vous avez des... vous avez des cours avec des... des examens, non à la fin de... »*

La thèse et le mémoire de fin de cursus constituent un système d'évaluation:

*A3 « Ouais voilà la thèse et le mémoire. »*

La participation à la formation médicale continue et la rédaction d'articles universitaires peuvent également constituer des critères d'évaluation.

*D3 « Ben y a la formation continue pour s'assurer que les médecins sont toujours plus ou moins à jour de nouvelles recommandations de ce genre de choses. Après je sais pas trop pour les spécialistes si c'est suivi ou pas parce que finalement les spécialistes en CHU, ils le suivent plus ou moins avec le bouche à oreille... »*

*C3 « La participation à des formations médicales... Des congrès »*

*F3 « Nous y a des OPU, il y a beaucoup d'OPU donc euh... si! »*

Des évaluations et un suivi des pratiques médicales sont également faites par la sécurité sociale.

*E1 « Après y a un suivi... un suivi de la sécu justement combien d'arrêts maladie sont prescrits par tel médecin, combien de... »*

Un interne propose qu'un service ou un médecin soit évalué par une tierce personne selon des critères de délai de prise en charge, d'information donnée, de moyens et de soins mis en oeuvre dans la prise en charge du patient.

*D4 « Par exemple évaluer par un médecin généraliste ou... ou par un médecin extérieur qui ne soit pas un des médecins de l'hôpital prenant en charge les urgences, qui soit quelqu'un qui... qui peut évaluer le patient plus à froid, qui voit si oui ou non s'il a été traité dans des délais raisonnables et s'il est pris en charge pour ce pourquoi il avait besoin d'être pris en charge et euh... et s'il a eut les soins nécessaires, euh les trucs dans le délai correct voilà... sans avoir de biais personnel quoi. »*

*D4 « Ouais mais si tu fais des critères objectifs il faudrait que la personne qui évalue puisse interroger le patient et voir si par exemple je sais pas, s'il a compris ce qu'on lui a fait, des choses simples quoi! Genre on vous a fait quoi? Déjà déjà on vous a fait quoi parce qu'il y en a plein qui savent pas ce qu'on leur a fait. On vous a fait quoi? Est ce que vous a expliqué ce qu'on vous avez fait? Enfin... on... des choses comme ça quoi! »*

#### - Des critères subjectifs

Questionner le patient en établissant des questionnaires de satisfaction est le point le plus débattu au cours des quatre entretiens. Si certains pensent qu'il est indispensable de recueillir leurs avis, leur méconnaissance du milieu médical et leur absence d'objectivité ne peuvent pas constituer un moyen fiable d'évaluation.

*H1 « Faut faire un questionnaire de satisfaction dans les salles d'attente »*

*D3 « Mais pour les compétences je pense pas que c'est pas les patients les mieux placés... »*

*F4 « En fait ce serait biaisé parce que le patient tout ce qui l'intéresse c'est d'être pris en charge immédiatement même si il comprendra pas que son rhume ça peut attendre quatre jours donc dans son questionnaire il te dira que forcément, il est pas content parce qu'il a attendu. »*

*B4 « Je suis d'accord mais c'est quand même... Oui mais c'est quand même lui qui... qui a ... qui qui... qui a des besoins et du coup ça... enfin les patients ont des besoins et c'est quand même eux qui sont les premiers à qui enfin... a qui faudrait demander s'ils sont satisfaits pas ou pas. Après je dis pas que c'est objectif »*

*G3 « Non mais ouais est ce qu'ils vont trouver le spécialiste voilà dans le délai qu'il leur convenait dans... ouais quand même est ce qu'ils ont les réponses qu'ils attendaient même si c'est pas les compétences, est ce qu'il ont eut une réponse en fait tout simplement parce que des fois... Ils savent qu'ils sortent et ils savent toujours pas, ils ont rien compris ou ils ont pas de réponse.»*

*C4 « Mais en même temps si on veut évaluer ce dont ils ont besoin et si leur satisfaction y a qu'en leur demandant »*

Tout comme les questionnaires, les sondages sont un moyen de relever l'avis des patients sur le système de santé.

*I2 « Evaluer par des sondages mais c'est pas... on le voit en politique c'est pas forcément représentatif quoi. Tu pourrais faire un sondage dans la rue la première question serait êtes vous satisfait de votre médecin traitant enfin et après mettre des questions... »*

Les échelles fonctionnelles et les scores de qualité de vie permettent de connaître l'impact de nos soins sur le confort du patient.

*F1 « Je pense qu'il faut... il y a le confort du patient, enfin la qualité de vie et ça je pense que c'est très important par rapport à l'espérance de vie et la qualité de vie »*

Le nomadisme médical reflète la disponibilité et la qualité des soins dispensés dans une région par la population.

*F3 « S'ils vont voir ailleurs, s'ils vont à Tours, Nantes, Bordeaux enfin... pour être soignés parce qu'il y'a des patients c'est les cas »*

Les internes pensent que la fréquentation des cabinets peut constituer à un critère d'évaluation des médecins et de leurs pratiques selon les dires des médecins.

*G2 « Est ce que... le mot est peut être mal choisi mais est ce qu'ils nous sanctionnent pas de toute façon en... en gros en ne venant plus consulter si jamais ils ne sont pas contents que ce soit de la performance que de la relation médecin malade enfin... il n'y en a pas beaucoup... enfin je sais pas combien il y en a mais on en connaît des médecins dont la patientèle se vide parce qu'ils sont exécrables ou au contraire qui sont exécrables mais comme ils sont bons techniquement ils ont quand même des patients... »*

Les internes regrettent l'apparition de sites internet d'évaluation des médecins. Ils se sentent ainsi attribuer au « secteur de la consommation ».

*G2 « Il y a qu'il y a... des sites internet ou les médecins sont notés »*

*G2 « Par exemple les médecins généralistes sont notés sur tout quoi, la consultation est chère mais le médecin est plutôt sympa, à l'air compétent. Tu as différents items, c'est comme un... le guide de la fourchette pour un resto mais là... c'est le guide du médecin »*

Un interne propose de se référer au nombre de plaintes déposées à l'ordre des médecins.

*H3 « Après peut être avec l'ordre des médecins enfin si il y a beaucoup de enfin... de plaintes de quelque choses comme ça »*

L'évaluation de ces réponses doit se faire selon des critères objectifs qui concernent la politique de santé et les connaissances des médecins mais aussi selon des critères subjectifs venant des patients et des médecins.

## • Les acteurs

Un certain nombre d'acteurs sont identifiés dans la définition des besoins de santé de la société.

Les patients sont indispensables.

*D1 « C'est qu'à la population qu'on peut demander »*

Les professionnels de santé sont mis au premier plan.

*E3 « Les professionnels de santé eux même je suppose »*

*D4 « Après en terme de moyen c'est aussi... c'est plutôt nous parce que les patients ils se rendent pas vraiment compte si on leur organise un scanner, ils savent pas s'il a fallu se prostituer euh... pour l'avoir ou... »*

La faculté n'a pas de rôle dans l'identification des besoins de santé. Si elle existe, ils admettent méconnaître sa politique.

*C4 « La fac c'est quelque chose d'abstrait quoi, c'est quelque chose... on sait que ça existe, c'est au dessus de nous mais pff... Quel rôle concret... »*

*F4 « La fac c'est des locaux, c'est c'est juste des locaux avec des gens qui font des choses mais c'est pas eux qui décident du nombre d'étudiants qui vont avoir, c'est pas eux qui décident enfin... »*

*E4 « La politique de l'ARS, on la connaît, la politique de la fac elle... elle... enfin est inexistante quoi... ou alors on est pas... on est pas informé. »*

*E4 « Y a peut être des moments où ils interviennent mais on le sait pas en fait. »*

La sécurité sociale est également un acteur:

*E1 « Après y a un suivi... un suivi de la sécu »*

Le rôle de l'ARS est clairement identifié:

*B3 « Peut être que c'est aussi en fonction des demandes qu'on peut avoir et des ... et après c'est sûrement revu au niveau de l'ARS enfin... y a doit avoir... »*

*B3 « Donc après après y a... je sais que tout est répertorié donc l'ARS a forcément un regard sur ça et en fonction met en place une stratégie pour qu'on puisse répondre à la demande. »*

L'Etat a aussi un rôle important:

G1 « Non mais en même temps... en même temps j'ai envie dire y a plusieurs besoins il y a les besoins réels des patients et y a les besoins de l'Etat. Et l'Etat ils ont leurs visions des besoins des patients qui est complètement différente de la réalité et ils essayent de faire en sorte qu'il y ait le minimum de soins qui soient remboursés pour que eux perdent pas d'argent alors que finalement des fois il y aurait besoin de plus euh... pour les patients. Enfin c'est que il y a deux visions des besoins, y a les visions politiques et les visions réelles des médecins de ce qu'on voit tous les jours »

Malgré le rôle incontestable de ces acteurs, les internes pensent qu'aucun d'entre eux ne permet d'identifier les besoins de santé et d'évaluer les stratégies mises en place de manière objective:

G2 « C'est enfin... même... même si on part du principe que... que le patient n'est pas objectif pour nous évaluer, nous non plus on est pas objectif pour s'évaluer et quelle est la légitimité d'un confrère pour nous évaluer? Je sais pas trop si on peut trop évaluer »

G1 « C'est une question difficile parce que chacun aura son point de vue le patient il verra son ... sa satisfaction personnelle, le médecin sa façon de travailler et l'Etat il verra le coût sur la société donc euh... personne n'est impartial pour répondre à cette question mais il faut prendre un peu tout le monde je pense et faire un... »

Enfin, les internes ne s'estiment pas être suffisamment expérimentés pour répondre à cette question:

C1 « Je crois qu'on se rend pas compte ce qu'il faut vraiment pour juger de la qualité des soins, même les médecins ils ne sont pas capables de le savoir donc... »

Les patients, les professionnels de santé, l'ARS, la sécurité sociale, l'Etat sont tous des acteurs dans l'identification des besoins de santé de la communauté. La faculté quant à elle ne semble pas jouer un rôle majeur.

### 3.2.2 La formation

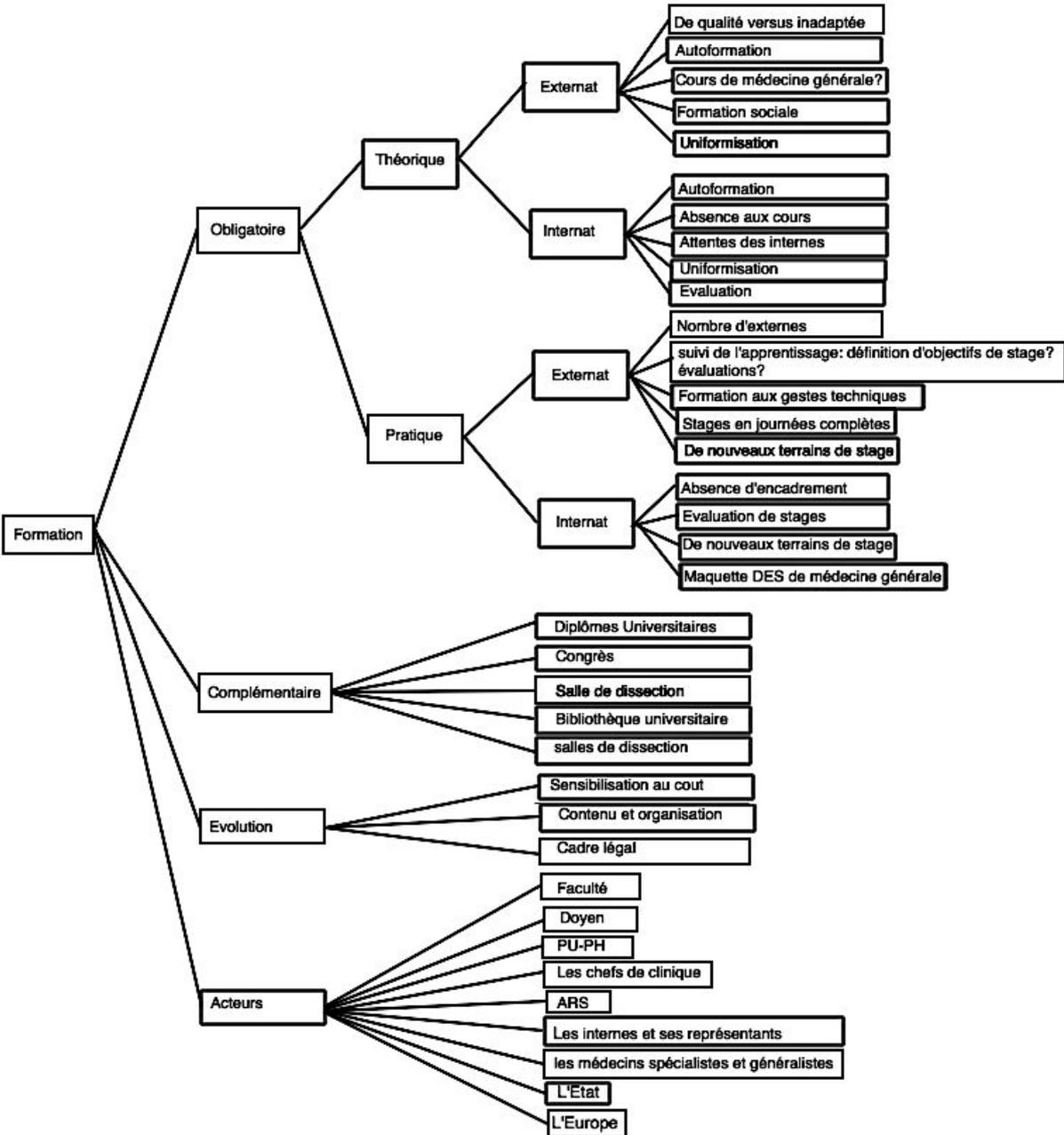


Figure 3: Carte conceptuelle de la formation

### 3.2.2.1 La formation obligatoire

- **La formation théorique**

- A l'externat:

Les internes jugent la formation théorique de l'externat de qualité mais regrettent qu'elle soit autant axée sur un concours, l'ECN.

*C1 « Après il y a des cours théoriques tu vois qui sont quand même importants à avoir quoi. »*

*D1 « Franchement je pense pas qu'en France on est une mauvaise formation théorique quoi, ça doit... y a peut être quelques améliorations à faire mais globalement on est pas mauvais la dessus après. »*

*J2 « On nous apprend la médecine, on nous apprend aussi à... surtout à la base à la fac, on nous apprend à réussir un concours. »*

*G3 « Il faut bosser les mots clefs, les trucs qui servent à rien après, les détails que sortira jamais après et si t'es juste... tu peux être bon pour la suite mais par contre tu seras mauvais à l'ECN, c'est dommage pour ça quoi! Parce que tu auras pas ce que tu veux et c'est tout! Donc finalement je pense que c'est assez mal fait. Pour résumer! »*

Si pour certains la faculté de médecine fournit à ses externes les moyens de se former correctement, d'autres au contraire pensent que leur formation est principalement basée sur l'autoformation. Cela varie selon les facultés d'origine.

*F2 « Et du coup la fac, et du coup la fac répond, comme tout le monde le dit très bien, euh le côté théorique des choses, elle nous fait part des nouvelles recommandations, elle nous fournit les documents nécessaires »*

*E2 « Ouais mais après voilà ce que j'ai envie de dire juste que personnellement euh... le programme de l'ECN m'a appris pleins de choses mais je l'ai bossé seule, à aucun moment je suis allée en cours à la fac c'est ça aussi. »*

*E2 « Je suis allée à zéro cours et j'étais là avec mes trucs sur prepecn. »*

Les cours sont considérés comme trop spécialisés. Les internes suggèrent la création de cours de médecine générale, faits par des médecins généralistes. Les médecins généralistes devraient occuper une place plus importante à la faculté sur la formation théorique, avec leur regard sur le programme.

*E1 « Je pense que l'intérêt pour celui qui va être médecin généraliste c'est déjà voir un peu en quoi son métier va consister et pour ceux qui vont être spe finalement voir comment euh... fonctionne le médecin généraliste pour s'articuler après avec lui finalement. »*

D1 « C'était en D2 nous qu'on faisait euh enfin que j'ai fait un stage d'externe chez le praticien en... chez le médecin généraliste et hum... et là c'est la première fois et après j'ai jamais été reformé là dessus et jamais on m'en a reparlé de... de ces problèmes là c'est que on t'apprend une médecine où ... en fait on t'apprend une médecine hospitalière pendant toute ta fac et tout ton internat et là tu débarques chez un... généraliste qui t'apprend que les patients tu leur prescrites des examens qui vont peut être pas avoir envie d'aller faire donc voilà euh... c'est pas du tout la même médecine, pas du tout la même vitesse et ça on te l'apprend pas du tout à la fac et euh... on est enfin ... t'as 80% des int... des externes qui finissent méd g et généralistes et au final dans la théorique, on t'apprend les bases pour être généraliste, on t'apprend pas vraiment ce que c'est le métier de généraliste. On t'apprend pas vraiment la façon dont il travaille et euh... et les problèmes qu'ils ont, on t'apprend euh... je sais pas... tel truc tu fais tel examen telle conduite à tenir et tout et en fait tu te rends pas du tout compte euh... que chez le généraliste, le patient va revenir quinze jours plus tard euh... c'est euh... y a peut être un manque de... communication entre la fac et les médecins gé pour... pour adapter un peu les programmes et euh... expliquer un peu que... c'est pas la même médecine en ville et à l'hôpital. »

H1 « Je pense que c'est important de commencer par renforcer le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière aussi, si y a pas de lien entre le CHU et les médecins généralistes comment est ce qu'il peut avoir du lien entre la fac et les médecins généralistes? y a pas, y a aucun médecin généraliste qui nous fait cours, les spécialistes ils ont quasiment pas de relation avec les généralistes de ville. »

A noter que ce type de cours est actuellement organisé dans d'autres facultés.

G1 « Et après moi c'est un peu biaisé dans ma fac y avait des cours de médecine générale donc mais c'était... c'était pour nous faire un aperçu de ce que vous avez... après dans le futur les internes en médecine générale mais... y en avait que très peu et c'est vrai je pense que en tant qu'externe on est... personne n'est confronté à ce qui va faire quand on est en médecine générale. C'est que très récemment que y a des stages de médecine générale avant y en avait pas. »

Les internes considèrent que le métier de médecin généraliste est dévalorisé dans notre formation et méconnue des autres spécialistes.

B1 « Pour nous c'est la médecine générale, c'est à des années lumières de ce qui était enseigné hein... le mot d'ordre c'était si vous voulez faire médecine générale fallait aller en province à Paris c'est pour faire une spe hein »

D1 « On voit des vieux chefs qui savent absolument pas ce que c'est méd g et quels problèmes ils rencontrent. »

D1 « Et même ceux qui font spe après enfin une fois que tu es passé en médecine générale et que tu t'es rendu compte de ce que c'était, t'auras un esprit un petit moins... euh... un peu plus ... t'es ouvert. »

Les internes auraient souhaité d'avantage de formation au social. La formation théorique apprend à soigner un patient, un malade, une personne mais l'enseignement n'est pas dirigé sur la société.

B1 « On te forme à soigner un patient pas une population de patients pas une société au sens plus large, ça c'est pas à toi, c'est pas à toi de le faire, c'est pas toi qui organise, et nous on est pas du tout formé à ça »

- A l'internat:

La formation théorique apportée pendant l'internat est très variable d'une spécialité à une autre. Si certains bénéficient de cours réguliers, pour d'autres l'autoformation est indispensable. Des internes organisent eux mêmes des formations théoriques pour palier à ce problème.

H2 « Par rapport à l'internat parce que l'externat finalement on apprend vraiment les reco, mais c'est vrai qu'avoir des cours réguliers théoriques sur les nouvelles reco, après je sais que c'est aussi à nous le faire aussi mais, ça ça manque peut être juste un peu quoi! en tout cas... »

D2 « Ca fait plus d'un an qui a pas eu de cours! enfin! »

H2 « Ou ne serait que des cours par rapport à ce côté là oui, mais par rapport aux cours théoriques en tout cas en pédiatrie à Poitiers c'est zéro il faudrait peut être... par rapport à l'internat parce que l'externat finalement on apprend vraiment les reco, mais c'est vrai qu'avoir des cours réguliers théoriques sur les nouvelles reco, après je sais que c'est aussi à nous le faire aussi mais, ça ça manque peut être juste un peu quoi! En tout cas...»

C2 « Nous on se l'était créé entre nous. »

H2 « Ouais ben voilà non mais c'est vrai qu'après on peut se bouger aussi pour le faire mais du coup c'est pas la fac quoi! »

Certains internes mettent également en avant leur incapacité à aller à certaines formations théoriques du fait de l'organisation des stages:

G3 « Je suis d'accord, faudrait qu'on puisse aller à tous nos formations, on y va que la moitié du temps voir le quart du temps, parce que faut quand même qu'on soit un nombre minimum voilà. Ou deux qui peuvent partir selon le service quoi, et... que le reste il faut qu'il faut bosse pour que sinon le service ça va pas quoi! ils sont pas... ils sont pas assez nombreux, ils sont en consult ou ils sont... enfin je parle pour la pédiatrie c'est de toute façon c'est spécifique mais euh... voilà on peut pas tous partir à nos formations et ça je pense que c'est quand même dommage. Parce qu'après euh... voilà on apprend forcément en faisant les trucs mais euh des fois on apprend un peu de façon biaisé ou en fonction de la personne avec qui on travaille aussi et du coup on fait un truc mais on se dit alors avec qui je suis, parce que si c'est lui je fais ça, si c'est lui je fais ça, si c'est lui je fais ça, et je suis pas sûre que ce soit hyper instructif. Enfin ça apporte une expérience mais après finalement quand tu te retrouves tout seul tu prends celui que t'as préféré quoi alors je sais pas si c'est censé être le mieux. C'est mon avis. »

Ils reconnaissent cependant un changement positif dans l'organisation de la formation théorique:

D4 « Après les choses... on peut pas... enfin on peut pas tout critiquer, ça va en s'améliorant. Si on reprend il y a 30 ans quand on entend parler de nos PU ou de nos PH, y a trente ans y avait Paris et y avait rien d'autre... Aujourd'hui... c'est vrai qu'on a l'impression que... quand on... quand on entend les vieux... les vieux PH, on a l'impression que ceux qui n'étaient pas formés à Paris, ceux qui étaient internes à Poitiers ou vous voulez autre que Paris ben euh... c'était pas ça quoi! »

C4 « J'ai l'impression que pour les cours on en a de plus en plus en fait, avant c'était plus sur le tas. Donc c'est pour ça que c'est un peu mieux maintenant, je pense qu'ils font des efforts pour nous faire des cours, les demi journées de formation, les cours nationaux qu'ont certaines spécialités enfin. Là en radio tous les ans cours nationaux à la fin... à la fin de l'année euh... tout le monde passe un examen, si tu l'as pas, tu le repasses l'année d'après, si tu l'as pas, tu te fais gueuler dessus enfin c'est vraiment... c'est cadré quoi. C'est... enfin ça ça ça a évolué... ça c'est c'est récent tous ces cours et sur internet toutes les... toutes les bases de données qu'on a enfin... Y'a plus de choses qu'avant je trouve. »

Souvent les cours organisés ne correspondent pas aux attentes des internes:

H4 « Ce qui étonnant aussi c'est la différence de perception entre euh... ces biblio qui sont organisées par les PU, eux ils ont l'impression que c'est une formation qui nous font ça de 19h30 à 22h que c'est génial... euh... moi ce que je sais, c'est que quand je dois aller à Tours une fois par mois euh... avec les autres internes qui font la gueule parce que eux aussi ça se passe mal, c'est qu'à 19h j'ai du partir beaucoup plus tôt que d'habitude de mon service, j'ai dû écourté une contre visite, j'ai pas pu finir une visite, j'ai pas pu aller voir la petite mamie du fond qui est en palliatif, tout ça pour aller écouter mes co internes qui critiquent un article euh... qui peut être tout pourri parce que les PU ont décidé de nous mettre quatre articles pourris pour qu'on voit ce que c'est des articles pourris... un moment je... enfin je je comprends pas quoi! »

E4 « Je pense que pour lui toute la formation de base, il a jamais regardé je pense ce qu'on fait au programme de l'ECN quoi! T'arrives, tu dois déjà connaître toute la dermato en fait. Et lui il t'apprend les... les nouveautés... sur les pathologies dont tu n'as jamais entendu parler... »

Un interne suggère que les cours s'adaptent aux internes et à leurs attentes. L'avis des internes pourrait être recueilli pour faire évoluer la formation. Ils deviendraient ainsi acteurs de leur formation. Ceci est actuellement fait pour les internes de psychiatrie.

C1 « Il faudrait que ça soit les... et même qu'il y ait un retour par rapport aux internes à ceux qui sont en formation et ce qu'ils attendent de leur formation aussi... »

F1 « Ce qui serait le mieux c'est qu'on ait une faculté qui soit à l'écoute ça veut dire que par exemple on fait un terrain de stage et puis quelqu'un qui est à l'écoute en disant que ce terrain de stage il m'a pas plu... on nous a mal enseigné les choses on était pas encadré bon ben ok on en parle, on ferme dans le pire des cas... enfin je sais pas »

B4 « En psychiatrie quand même le... le professeur il se démène pour nous faire des formations qui correspondent à nos demandes donc tous les ans, même tous les semestres, on a des questionnaires savoir ce qu'on... ce qu'on... ce qui a été bien dans... dans le semestre là, au niveau de la formation juste. Et du coup tous les jeudis, on a... on des cours donc faut qu'on aille à Poitiers, et si ça correspond pas, ben la fois d'après il modifie parce qu'au départ il nous demandait aux internes, nous de faire les cours donc on dit ben que non, enfin que nous on voulait que ce soit des profs qui nous fassent les cours, que soit des... des chefs, et... et ils ont écouté notre demande et ils l'ont fait... Ils s'adaptent quand même donc euh... Moi je trouve qu'ici on est quand même plutôt bien lotis euh... au niveau formation de la fac » universitaire quoi! »

La formation est différente selon les facultés. Les internes le ressentent comme un handicap, car la valeur de leur diplôme n'est pas la même selon la faculté d'origine.

*F3 « Après ce qui gêne aussi c'est qu'on a pas la même formation selon les régions, chaque région a sa formation type »*

*F3 « Ben parce que c'est pas la même formation, y a des choses qui sont bien dans les autres régions qui faudra importer chez nous aussi. Parce que selon où tu es formé tu seras pas le même médecin. »*

*H3 « Enfin je sais que, en anesthésie réa à Angers et à Limoges, ils ont accès facilement à des séances de simulation ce qui est bien pour enfin.... je parle que pour l'anesthésie parce que enfin... y a des situations graves auxquelles on est confronté que très rarement donc euh... pour pouvoir s'entraîner là dessus et c'est vrai que nous à Poitiers on a... sauf qu'on est avec des labos je sais quoi pour aller aux séances de simulation, en tout cas c'est pas développer à Poitiers pour l'instant. »*

Les internes sont unanimes sur la nécessité d'une évaluation théorique pendant l'internat:

*E4 « Ben nous y a aucune évaluation, parce que le seul... examen qu'on passe c'est la thèse. Et la thèse c'est sur un sujet très précis, dans le jury c'est que des gens qu'on connaît, enfin c'est pas du tout une évaluation euh... »*

*E4 « Et puis même si y a un examen enfin forcément tu t'es plongé dans tes bouquins, t'as révisé avant quoi! »*

*E4 « Je trouve qu'il devrait y en avoir dans toutes les spe parce que on marche comme ça hein! Faut pas se mentir si y a pas d'examen ben oui je... tu peux ne rien avoir ouvert et... »*

Les internes suggèrent des cours de comptabilité et à la préparation à l'installation. Leur méconnaissance du monde libéral peut constituer un frein dans le choix de la médecine générale en tant que spécialité et de l'exercice libéral.

*F1 « Enfin moi, je sais que j'avais... j'avais peur si je disais ben je vais je vais prendre médecine ge... je me disais euh hum.. j'ai... j'ai... ça m'avait toujours marqué euh... en première année un de nos professeurs monsieur A. pour ne pas le citer euh... euh... avait lu un ... un... un petit article d'une... d'une... jeune femme qui sortait de... qui devenait médecin, elle était docteur et elle avait ouvert son cabinet et elle disait on ne nous forme pas du tout à tout le bordel que c'est pour ouvrir à titre administratif financier et enfin des trucs euh ben c'est des trucs bêtes mais que en fait que... on ne connaît pas du tout gérer l'ouverture d'un cabinet. »*

A l'externat, si certains s'accordent pour dire que la formation théorique est de qualité, d'autres jugent qu'elle est essentiellement basée sur l'autoformation et elle est inadaptée. Certains enseignements peuvent compléter la formation actuelle (médecine générale, social...). A noter des disparités selon les facultés.

A l'internat, les cours théoriques et le suivi pédagogique sont quasi inexistantes dans certaines spécialités, avec des difficultés à participer aux cours organisés. La prise en compte des attentes et des souhaits des étudiants peut constituer une piste dans l'évolution de la formation. Là encore de nouveaux enseignements sont souhaitables.

## • La formation pratique

### - A l'externat:

Les internes sont unanimes sur l'importance des stages d'externes:

*D2 « Sauf que la fac elle te donne euh... la fac, elle te donne tes stages d'externes aussi et c'est une partie de la formation dont on parle pas là, et les stages d'externes c'est quand même la fac qui nous les fournit et c'est là qu'on apprend tout quoi! Moi je trouve que j'apprends plus en allant en stage que dans les cours et même si j'allais pas en cours j'allais à tous mes stages et ça là que j'ai appris la médecine en fait plus qu'en lisant les... »*

Cependant le nombre trop important d'externes altèrent cette formation:

*D2 « Moi je trouve qu'ils sont pas du tout bien formés, je trouve quand on regarde les externes ils sont beaucoup trop par stage, ils ont des semaines off, ils font une semaine de stage une semaine off. Donc ils amputent sur 3 ans d'externat, ils font qu'un an et demi de stage en gros. Et quand ils sont en garde ils font que des ECG et du brancardage et je trouve qu'enfin... ils restent pas toute la nuit, ils font des demi gardes qui s'arrêtent à minuit, ils font des doubles gardes, ils doublent leur garde pour diviser la nuit et ils font que des ECG. Donc je trouve que la fac de Poitiers est pas du tout adaptée enfin... moi en tout cas par rapport à la fac de Paris d'ou je viens du coup c'était pas du tout comme ça quoi! J'ai jamais dix ECG en garde, du coup je les faisais quand je gérais les patients de A à Z et qu'il fallait le faire pour ce patient mais j'allais pas faire des ECG d'un patient que je ne connaissais pas du tout et on avait une formation enfin... on était en stage tous les jours et on apprenait des choses. Après je trouve que les externes c'est un peu la petite main de l'hôpital, ils s'en fichent, ils ont quasiment pas de cours en amphitheâtre, ils ont que des cours sur internet et la plupart disent que du coup ils regardent pas du tout les cours et donc euh... quand on est interne on a zéro information! Donc au final je trouve que la fac de Poitiers forme pas du tout les gens à la médecine dont ils ont besoin à Poitiers. »*

*G1 « Pas tous les stages mais y a quand même y a quand même pleins de stages qui sont planqués »*

*D1 « Tu te marches dessus et clairement euh... si j'étais chef de clinique et que je devais m'occuper de quinze externes qui changent tous les mois euh... tu retiens pas leur prénom »*

*C1 « T'as même pas un patient par externe »*

Les internes considèrent que les externes sont mal formés à Poitiers. Une comparaison est faite par rapport à une des facultés de Paris.

*G2 « Mais par contre les externes on était extrêmement bien formés... on était... on était... pareil, comme D2 en stage on devait être là, il s'assurait qu'on apprenne des choses, qu'on fasse des choses. Quand on était de garde ben ça servait à quelque chose. Nous avait même des astreintes le week end, c'était là on faisait le plus de choses, on apprenait à faire les gestes. Et du coup quand on arrivait interne on savait déjà faire les gestes. Non vraiment on était bien formés. A Poitiers les externes sont mal formés. »*

Leur mauvaise formation pratique à l'externat est aussi liée à l'absence de suivi de leur apprentissage.

*C1 « Ou que dans chaque terrain de stage il faudrait qu'il y ait vraiment quelqu'un qui soit vraiment impliqué dans la pédagogie des externes. Je sais que c'est censé être fait mais c'est pas toujours le cas mais vraiment »*

Les externes ne sont pas formés aux gestes techniques:

*D2 « Ils ont même pas le droit de faire des... des myélogrammes, des PL. Ils ont pas le droit d'être formé aux gestes qu'ils vont exercer, quand ils seront internes ce sera leur rôle et on a pas le droit de leur leur faire quoi! »*

Ils pensent que trop de place est donnée à la théorie au détriment de la pratique pendant l'externat:

*C1 « Ben ouais c'est que t'arrive à l'ECN mais tu sais pas ton métier en fait »*

Se pose alors la question de l'évaluation pratique des externes. Il faudrait alors des objectifs de stages à compléter par une évaluation finale, ce qui est déjà fait en gynécologie et obstétrique à Poitiers.

*G1 « C'est déjà fait en contrôle continu quand il y a les visites avec les professeurs les chefs quand il te posent des questions devant tout le monde c'est pour voir si tu as retenu des choses si tu vois des choses. Quand tu rentres dans une chambre d'un patient il te demande qu'est ce qu'il a, qu'est ce que c'est? et tu vois ce qu'il a sur... »*

*E1 « C'est aléatoire je me rappelle en gyneco nous on fait... enfin en Poitiers tu avais toujours une évaluation de fin de stage ou tu tombais sur un professeur qui te posait des questions sur n'importe quoi du stage de gyneco et tu devais... t'as une évaluation sur ça plus un carnet ou du coup fallait noter toutes les choses enfin... t'avais des objectifs fallait avoir fait un frottis, fallait avoir posé un stérilet, fallait fait un accouchement fallait et voilà... et à chaque on était signé dans le petit carnet et voilà. Et là c'était hyper strict hyper suivi en gyneco et après y avait des stages ou on avait aucun objectif de stage à l'avance, aucun retour sur euh... si on était validé ou pas enfin voilà quoi »*

*H1 « Comme externe... comme externe moi j'avais une évaluation à chaque stage mais franchement sur trois ans d'externat combien de fois mon évaluation elle correspondait à ce que j'ai fait. Faut aussi que les évaluateurs il se sentent aussi impliqués »*

*F1 « Enfin il faudrait qu'il y ait ça pratiquement ça dans tous les stages en fait, moi j'avais déjà beaucoup aimé parce que même si y'a pas quelqu'un derrière toi pour te dire voilà, il faut que tu fasses ça, il faut que tu fasses ça, au moins t'as ton carnet tu savais exactement l'objectif de ton stage quoi. Et ça c'était très bien et on avait une évaluation à la fin. »*

Les internes proposent d'autres pistes pour améliorer la formation des externes comme les stages en journées complètes:

*D1 « Après pour le stage d'externe la première en D2 nous à Amiens on était encore en stage de demi journée et après on est passé en stage journée complète deux mois de stage deux mois de cours et... pour avoir fait les deux franchement les journées complètes de stages c'est mille fois mieux parce que l'activité dans les services le matin et l'après midi ça a absolument rien à voir »*

H1 « *Moi aussi en D2 D3... D2 D3 j'ai fais que des stages à temps plein et je trouvais ça mieux enfin je comprenais mieux ce qui se passait »*

G1 « *Et puis l'après midi parfois c'est moins chargé, les internes ont plus de temps de s'occuper des externes parce que souvent c'est les internes qui s'occupent des externes, en tout cas à mon semestre d'avant en gastro les externes qui ... y avait des D1 donc des jeunes externes qui étaient toute la journée et l'après midi on avait quinze fois plus de temps de s'occuper d'eux que le matin. C'était impossible le matin donc euh... t'as le temps d'aller leur montrer des gestes de leur refaire faire les gestes... c'est... et je pense qu'ils appréciaient d'ailleurs, il disaient tous que c'était bien de faire toute la journée. »*

Leur donner d'avantage accès aux consultations pourrait également constituer une amélioration:

I1 « *Pour qu'on soit meilleur ce qui pourrait être bien pour les externes c'est aller les faire aller plus en consult, que ce soit... plus la consultation le rapport avec le patient parce quand on est externe dans le service on est un peu... c'est pas facile d'aller tout seul voir ... voir le patient on a pas... on a pas trop un rôle très bien défini... la consultation ça permet de voir autre chose et de les faire participer aussi à... par exemple aux entretiens avec les médecins et la famille. »*

Les internes sont également pour l'ouverture de terrains de stage dans les hôpitaux périphériques, ce qui est fait à Poitiers avec Châtelleraut et dans d'autres villes (exemple: de Tours et Orléans):

F1 « *J'espère qu'ils vont réussir de régler un peu ce problème à Poitiers justement... je crois que c'est toi qui parlais de ... des hôpitaux périphériques... et en fait ben justement... normalement ils devaient ouvrir les stages euh... pour les externes dans les hôpitaux périphériques. Ceux qui habitaient dans la région Charentes ben ils iraient à Angoulême, ceux qui habitaient en Charente maritime à la Rochelle »*

E1 « *Il faut que ce soit un choix parce que par exemple Châtelleraut c'est le seul exemple qu'ils ont fait, mais en gyneco les gens ils se battent pour avoir Châtelleraut. Enfin ils se battent tous pour l'avoir parce que la formation est quinze fois mieux parce qu'ils sont à chaque fois un en stage. Tous les jours et du coup ils sont chouchoutés, ils apprennent pleins de choses, ils veulent tous aller là-bas. »*

Les participants jugent la formation des externes trop hospitalière. Ouvrir des terrains de stages en libéral y compris en médecine générale pourrait être une solution.

J2 « *C'est qu'on nous forme à être des médecins hospitaliers à la base et euh ça c'est vrai. Pour moi c'est mon problème c'est qu'on est là pour être des médecins hospitaliers, être à l'hôpital, on nous forme pas forcément assez je pense pour travailler dans des des villes, des petites villes de campagne, de travailler dans des cabinets avec des collègues etc. Je pense qu'on est vraiment trop trop formé, axé vers l'hôpital et le CHU. Voilà! Et je pense que ça voilà, faudrait peut être plus de stages. Pour la méd g, prendre des stages déjà au niveau... enfin des chez le praticien euh... voilà en cabinet, je trouve ça très bien. Mais je pense qu'on devrait en faire plus et plus souvent et plus le généraliser dans toutes les spécialités. »*

J2 « C'est une population qui est différente dans les grandes villes et les petites villes. Je pense pas qu'on sache vraiment gérer les personnes âgées qui sont dans le besoin qui sont tout seuls isolées à domicile. Je pense pas qu'on sache vraiment forcément bien le gérer. Nous, dans notre formation, on pas forcément appris ça quoi! C'est quelque chose qui s'apprend sur le tas quoi! Et voilà, apprendre tout seul quand on est euh... quand on est docteur c'est un peu dure je pense »

Généraliser les stages de médecine générale pendant l'externat aurait plusieurs intérêts: découverte du métier de médecin généraliste pour créer des vocations chez les externes et pour une découverte du métier pour les futurs spécialistes. Mais ces stages sont peu nombreux, difficiles d'accès et sont apparus tardivement, aussi bien à Poitiers que dans d'autres villes.

G1 « Personne n'est confronté à ce qui va faire quand on est en médecine générale, c'est que très récemment que y a des stages de médecine générale, avant y en avait pas »

F1 « Ca doit être récent un peu partout parce que tu parles de Paris euh Poitiers c'est une ville euh... enfin qui était connue pour sa médecine g et enfin et c'était très tardif euh les... la mise en place des ... des stages en médecine générale »

I1 « Ne serait ce que faire des stages de med g pour tous les externes parce que moi dans ma fac il le faisait pas mal un tiers de la promo allait en med g mais euh... au final ça devrait être... tout le monde devrait y aller comme ça... comme après au final la moitié des externes finissent en med g »

D1 « Nous ils avaient réussi à faire en Picardie. Ils avaient obligés enfin... du coup c'était pas les étudiants mais c'était les médecins généralistes qu'ils avaient un peu obligés à prendre des externes et du coup tous les ... tous les externes passaient systématiquement deux mois de stage chez le médecin généraliste »

E1 « L'intérêt pour celui qui va être médecin généraliste c'est déjà voir un peu en quoi son métier va consister et pour ceux qui vont être spe finalement voir comment euh... fonctionne le médecin généraliste pour s'articuler après avec lui finalement. »

E2 « Mais c'est vrai qu'on pourrait imaginer en externat un stage de 1 mois en immersion dans la campagne profonde par petit groupe tu vois.»

#### - A l'internat:

Selon les spécialités, la formation pratique est considérée souvent moins bonne pour plusieurs raisons: tout d'abord du fait du nombre trop importants d'internes, mais aussi du fait du cadre légal limitant les internes dans leur stage.

F4 « En pratique je pense qu'elle est moins bonne parce que nous... je parle... je parle de... alors moi je suis en stage en Uro en ce moment donc je parle de ça parce que je suis en chirurgie mais d'un point de vue pratique euh... on est formé moins vite et moins bien. Euh juste à nous servir de nos mains, à opérer, à réaliser les gestes. Et ça pour en avoir parler avec nos... mes chefs plus d'une fois euh... c'est... plus ça va moins les internes apprennent à opérer, prennent à être... à être chirurgien. On apprend plus aussi à gérer les problèmes médicaux de nos services que nos chefs n'ont jamais géré auparavant. Et après... »

*D4 « On fait moins de pratique c'est vrai. Et aussi c'est peut être une évolution de la loi, aussi parce que nos chefs c'est ça ils allaient prendre un procès parce que enfin... alors que nous... nous beaucoup plus et peut être qu'ils nous laissent moins enfin... eux c'est ça à l'époque euh... l'interne il opérait et puis basta. Et aujourd'hui si il y'a un problème alors que c'est l'interne qui a opéré, qui a opéré tout seul. Tout comme on parlait du rythme de travail de nos chefs qui sortaient pas de l'internat, nous il y a un cadre légal qui nous empêche de... »*

*B4 « La formation est moins bonne aussi parce que euh... on passe moins de temps dans les services parce que y a plus... y a de plus en plus d'internes et que du coup il faut les caler partout donc parfois t'as trois dans un service où ça nécessiterait qu'un interne. »*

Les internes regrettent le manque d'encadrement pendant les stages. Les internes remarquent que certains services s'appuient beaucoup sur eux. Ils n'ont plus leur rôle de stagiaire, d'étudiant à former.

*G4 « Ca dépend des hôpitaux... des facs mais très franchement y a des moments on a été formé par l'interne de niveau 2, c'est son deuxième semestre et puis vas y débrouille toi, tant qu'il y a pas un souci dans le service on voit pas un chef! »*

*C3 « On est là pour se former et les médecins, ils nous laissent faire des choses pour notre formation pas pour enfin... on fait pas tourner un service à la différence je pense d'un service, je sais pas, je pense à un service standard du CHU, standard du coup je veux dire en médecine on peut lâcher l'interne ou par exemple il y a des services où les internes sont seuls pour faire la visite et le chef il va venir cinq minutes pour faire une contre visite où on aura pas le temps de confronter et si on a fait des erreurs y a personne pour nous dire ce que tu as fait c'était pas forcément la bonne attitude pour progresser et si on a pris la bonne attitude de faire ça... »*

*D3 « c'est ce que disais L. tout à l'heure dans beaucoup de services l'interne est pas là enfin... pour être formé mais est là pour faire tourner le... le CHU et ça c'est quand même dommage. »*

Certains internes aimeraient un autre système d'évaluation que celui réalisé actuellement. Des objectifs de stage pourraient être définis au préalable. Si cela est en théorie fait dans certaines spécialités, ce type d'évaluation n'est pas appliqué:

*D4 « Les évaluations de stage... ça veut rien dire. »*

*D4 « Après j'aimerais bien avoir des cours et des examens parce qu'il y a aussi de la théorie et... et d'autres choses, mais le problème de la chirurgie c'est que c'est hyper pratique et... ça serait bien de trouver un moyen de standardiser une évaluation ou de... et le problème c'est que... c'est qu'on nous laisse pas opérer quoi! »*

*D2 « Ca rejoint ce que je disais à F2 du coup en fait. Je disais en fait, pas un ... pas une note pas un truc chiffré mais au lieu d'avoir un débrief en fin de stage autour d'une table quand y a débrief avec ce qui a été bien, ce qui a pas été bien et si t'as aimé ton stage, il devrait y a voir de façon régulière pendant l'internat une mise en situation quelque chose ou on te dit ben là je trouve que tu as mal fait, même sans qu'on soit au courant, un chef pendant la visite, à la fin de la visite qu'ils prennent dix minutes pour nous dire dans la visite je trouve que t'as pas géré ça, t'as bien géré ça, et qu'on sache qu'on a un retour en fait! On a pas du tout de retour ce qu'on fait, ni ce qui est bien ni ce qui est mal! »*

F4 « Mais nous on a notre carnet de l'interne, c'est comme ça, mais au final, le seul endroit où on le fait remplir c'est en périph, au CHU ils refusent toujours de cocher les 50 cases. En fait tu mets le nom de l'intervention que t'as fais toi même, et après t'as de A à E la capacité que t'as à faire et t'auto évalués, lui ensuite t'évalués et tu vois si ça correspond machin. C'est hyper chiant à remplir! C'est pas mal mais ils le font pas tu vois! C'est dommage parce qu'on leur donne le moyen à peu près de le faire. »

Les internes souhaiteraient avoir accès dans leurs stages aux consultations:

H4 « Ils prennent pas forcément le temps et puis ils voient des choses en consultation que nous on voit pas du tout dans les services. »

L'ouverture de terrains de stage en libéral et/ou en clinique serait intéressant pour leur formation pratique. Celle-ci est aujourd'hui beaucoup trop axée sur le CHU pour les spécialités médicales et chirurgicales:

E4 « Mais nous c'est un fossé entre ce qu'on voit à l'hôpital et ce qu'on voit en libéral! »

E4 « Après nous là en dermato, on a fait ouvrir un stage en libéral au semestre présent qui va se... enfin c'est moi qui est censée aller au prochain semestre et ça, je pense qu'il y a plein de spe où ce serait génial. En tout cas moi j'ai trop hâte d'y aller. Et là, l'interne qui y est en ce moment, elle dit que c'est génial parce que... oui y en a plein qui va être en libéral et on voit que le côté hospitalier pendant notre internat. Et nous on a... on a... On a ouvert ce stage à... enfin... complètement contre l'avis de... du collègue des dermato de France, qui estimait que la formation d'internes c'est uniquement euh... CHU quoi! »

C2 « L'enseignement doit se faire en milieu hospitalier au CHU, ce qui est complètement ridicule quand tu sais que t'as 9 chances sur 10 de finir autrement qu'en CHU »

D4 « On rigole mais euh... nous en stage en clinique... euh... à mon avis ce serait pas totalement débile parce que il y a quand même certains qui vont aller en clinique. »

Les internes ne comprennent pas la nécessité de faire un choix entre stage de pédiatrie et stage de gynécologie dans la formation des médecins généralistes.

B1 « Ca après le problème après je sais pas si c'est un problème mais c'est pendant leurs stages ils font soit gyneco soit pédiatrie »

G1 « Ouais c'est dommage à avoir à choisir mais surtout... surtout ils ont... souvent les internes ont... ont un peu le couteau sous la gorge de faire... de se dire vaut mieux faire la pédiatrie parce que on aura plus de chances d'avoir des enfants dans notre patientèle plus tard que d'avoir euh... des femmes à qui on fera des choses... enfin poser des stérilets ou ou... faire des choses comme ça... j'ai l'impression que c'est souvent la réflexion que j'entends autour de moi des internes de médecine générale. On va faire le stage de pédiatrie plutôt que gyneco parce que les enfants on sera confronté tous les jours et il faut qu'on s'y connaisse un petit peu en pédiatrie. C'est dommage d'avoir à faire ce choix. »

B1 « Et le souci c'est que les gyneco y en aura besoin enfin... des compétences en gynécologie y'en aura besoin de plus en plus. »

F1 « Ouais mais juste voilà... je sais pas trop si c'est vraiment le thème ou quoi mais je euh... je trouve ça... enfin je m'en souvenais plus mais c'est vrai que c'est impressionnant de se dire qu'on finit médecine gé et on est pas passé en pédiatrie enfin c'est fou. »

Les internes aimeraient que la faculté soit plus à l'écoute de ses étudiants

F1 « Je pense que c'est nous qui faisons qu'on est des bons enfin... on devient des... des bons professionnels de santé ou pas. La fac, c'est qui est bien c'est que... ce qui serait le mieux c'est qu'on ait une faculté qui soit à l'écoute ça veut dire que par exemple, on fait un terrain de stage et puis quelqu'un qui est à l'écoute en disant que ce terrain de stage il m'a pas plu... on nous a mal enseigné les choses on était pas encadré bon ben ok on en parle, on ferme dans le pire des cas... enfin je sais pas. »

Les participants sont unanimes sur la qualité de la formation pratique des externes. Une réorganisation des stages à l'externat, l'ouverture de nouveaux terrains de stage et un suivi pédagogique avec des évaluations sont nécessaires. Des améliorations dans la formation pratique des internes peuvent également être apportées avec là aussi l'ouverture de nouveaux terrains de stage, un meilleur encadrement et la réalisation d'évaluations.

### 3.2.2.2 La formation complémentaire

Le manque de formation théorique pousse les internes à se former par les DU (Diplômes universitaires) et parfois dans d'autres facultés:

D2 « En fait la fac elle répond aux besoins pendant l'externat, moi je trouve qu'elle est plutôt pas mal la fac mais c'est pendant l'internat ou c'est nul quoi! C'est que... en fait on est obligé de faire des DU pour se former et... »

D2 « De payer des diplômes et des diplômes et celui qui aura le plus de diplôme parce que notre fac d'origine n'est pas capable de nous assurer des cours et que du coup il faut aller dans une autre fac pour avoir des cours sur quelque chose quoi. »

E4 « Ce qui est malheureux enfin, la plupart des DU c'est des trucs qui sont dans notre formation de base en fait enfin! Tu vois si c'était un DU pour euh... pour justement s'hyperspécialiser dans quelque chose mais là malheureusement on fait beaucoup de DU pour des choses qu'on devrait... juste pour aller... pour avoir des cours quoi! »

Dans la formation complémentaire, les internes citent également les nouveaux moyens mis à disposition par la faculté:

E1 « Ben les salles de dissection euh... des laboratoires »

B4 « Ils ont une bibliothèque! »

F4 « Oui mais elles ne sont pas toujours très très disponibles. »

B4 « Qui ferme à des horaires improbables! Et... Leur accès aux publications est un peu limité aussi enfin c'est pas... »

F4 « Et puis y a le labo d'anatomie qui... pff... je sais pas franchement... ils en font tout un patacaille mais à côté de ça... Ouais si t'as envie d'y aller toi euh... pff... c'est compliqué quoi! Faut qu'il y ait ton MSU qui organise une séance de dissection ouah!!! Il faut que tu puisses accéder au bâtiment quand même sinon euh... »

Les congrès sont une autre façon de se former:

G1 « Mais... enfin en parlant de topo de choses comme ça tous les congrès de spécialistes sont ouverts aux médecins généralistes. Ya des sessions spécialistes pour les médecins généralistes, en tout cas beaucoup de ceux que j'ai fait... dans des spe différentes. Pour qu'ils aient le minimum de connaissances sur... donc c'est un début de lien entre les spécialistes et la med g »

### 3.2.2.3 Evolution de la formation

Les internes notent une évolution dans leur formation:

- avec une sensibilisation au coût.

H1 « Après nous, dans notre formation je trouve qu'on a une certaine conscience du coût des soins quand même que d'autres générations qu'ont pas eu enfin... euh... moi je sais que je fais attention au coût du matériel que je vais utiliser j'essaie de pas gaspiller et j'ai eu des retours d'infirmières ou de chefs qui m'ont dit: ah ben c'est marrant vous demandez le prix des choses alors que nous on se pose jamais la question euh nous on s'est pas... s'est jamais intéressé. »

- une meilleure organisation de la formation théorique

F4 « Et là ils comment... ils commencent à je pense à être un petit peu déranger et ils commencent à... s'organiser pour ça mais ça va mettre des années hein! Mais moi je vois en gyneco ils s'organisent, ils commencent à nous donner des journées... à les rendre obligatoires bon... la première ça a été une journée obligatoire un samedi matin donc c'était scandaleux mais... bon ça partait d'un bon sentiment mais voilà! Et en faisant un peu pression sur nous on vient tous et voilà c'est pas idéal quoi! »

- dans le cadre légal de leur formation

D4 « On fait moins de pratique c'est vrai. Et aussi c'est peut être une évolution de la loi, aussi parce que nos chefs c'est ça ils allaient pas prendre un procès parce que enfin... alors que nous... nous beaucoup plus et peut être qu'ils nous laissent moins enfin... eux c'est ça à l'époque euh... l'interne il opérait et puis basta. Et aujourd'hui s'il y a un problème alors que c'est l'interne qui a opéré, qui a opéré tout seul. Tout comme on parlait du rythme de travail de nos chefs qui sortaient pas de l'internat, nous il y a un cadre légal qui nous empêche de... »

### 3.2.2.4 Acteurs

Les acteurs identifiés par les internes dans leur formation sont :

- la faculté dont le doyen, les PU-PH et les chefs de clinique:

G1 « Je pense que c'est le doyen »

B3 « Moi je pense qu'elle a un rôle. Je pense qu'elle a un rôle parce que les PU PH ils ont un rôle de formation donc ils sont là aussi pour nous apporter euh... l'apport... l'apport théorique je pense que c'est important! »

E3 « Les professeurs universitaires doivent nous former à la théorie finalement et l'ARS doit nous fournir les terrains de stage »

E3 « Pour moi l'idée première de la faculté, la faculté c'est une université du coup euh... le rôle de la faculté c'est apporter une connaissance scientifique théorique suffisante euh... pour pouvoir pratiquer la médecine mais elle apporte pas forcément tous les aspects euh... qui font qui font d'un médecin un bon professionnel de santé. Alors tout l'aspect humain, tout ça ça s'acquiert euh... en pratiquant, pour moi la faculté elle a surtout un rôle ... universitaire théorique, la connaissance euh... »

Les internes se posent la question du ou des rôles des PU PH:

H4 « Ce que je comprends pas et ce que j'arrive pas à imprimer mais qui a l'air normal pour pas mal de monde, c'est comment on peut avoir deux, trois, quatre PU dans un service et ne pas un seul de cours de ce même professeur universitaire en deux ans et demi d'internat, enfin pour l'instant j'attends toujours moi! Euh ça... je m'interroge et je comprends pas! Euh il y a certains services anesthésie-réa toutes les semaines ils ont des cours! Les urgentistes ont de temps en temps un petit topo d'une demi heure tous les matins. Moi ça me suffirait! »

E4 « Moi j'ai jamais eu un cours de mon PU... enfin... On paie l'inscription à la fac on sait pas pourquoi en fait. »

Former les externes est une mission des chefs de clinique:

G1 « Je sais qu'il y a une des chefs de clinique en gastro une fois par semaine toute la matinée elle reçoit dix ou douze externes... P2 et D1, pour les former à la clinique et une... à chaque semaine c'est une spécialité différente alors qu'elle est gastro. Donc euh y a une spécialité c'est sur la clinique de... les symptômes et la clinique gastro... la semaine suivante, c'est toujours elle qui gère, mais c'est la neuro. Donc elle emmène les externes en neurologie euh elle leur fait faire les examens neuro, elle voit avec des confrères qui sont plus doués qu'elle en neuro par exemple. Et elle l'a fait pour toutes les spe... cardio... »

B1 « C'est le boulot des chefs de clinique du coup »

- l'ARS

D3 « Ben y a aussi à l'ARS aussi qui pour les postes des internes c'est eux qui interviennent et qui peuvent notamment fermer des postes. »

- les internes et ses représentants

*D3 « Pour les maquettes il devrait y avoir des enfin... les représentants des internes et puis euh... les chefs, les séniors de la matière de la spe euh... pour savoir ce qui eux pendant leur formation a péché et... qu'ils essayent de les corriger »*

- les médecins spécialistes et généralistes

*F1 « Ils font pas partis de la faculté mais je sais si y a des médecins généralistes qui travaillent avec la faculté mais est ce que vous êtes formés euh... vous serez formés à devenir médecin généraliste donc qui est de mieux que des médecins généralistes peuvent vous former avec des objectifs? »*

- l'Etat

*H3 « C'est aussi défini au niveau de l'Etat enfin des textes de loi et des... je suppose enfin... dans toutes les maquettes on a tel semestre à valider, des semestres libres enfin, je sais pas qui les définis exactement »*

- l'Europe

*B3 « Je sais qu'il y a des programmes européens alors je sais pas si c'est comme ça dans toutes les spe mais je sais que nous en psychiatrie on suit en fait un programme européen, qu'on critique énormément parce que ça correspond pas forcément euh... à nos demandes en tant qu'internes donc après... je sais pas si ça sur l'ensemble des spe, si c'est comme ça partout*

La faculté et ses membres, l'ARS, les internes, les médecins, l'Etat et l'Europe sont des acteurs de la formation des étudiants en médecine.

### 3.2.3 Les rôles des médecins généralistes



Figure 4: Carte conceptuelle des rôles des médecins généralistes

### 3.2.3.1 Définition des rôles

Selon les internes de spécialités, le médecin généraliste a pour missions:

- de répondre aux besoins

C1 « C'est ça ce qu'attend le patient ce dont il a vraiment besoin »

- de médecin de famille par la relation confiance qui existe entre lui et le patient

C1 « Y a une relation de confiance »

- de premiers recours

I2 « Ils sont en première ligne. »

B3 « Le généraliste c'est tout ce qui est soins primaires »

- de soins d'urgence

D1 « Après souvent d'urgence de proximité »

G1 « Je crois que ça commence à 18 ou 19h et jusqu'à minuit 1H du matin y a des médecins généralistes qui sont à côté de l'hôpital en astreinte enfin sur place et qui permettent de décharger les urgences pour voir les petits trauma qui sont pas nécessairement obligés d'être... de passer aux urgences faire les petites sutures les petites choses comme ça et ça permet de désengorger les urgences »

- de médecin référent

G3 « C'est en général la personne un peu référente qui a souvent sa confiance »

- d'avis

G1 « Avoir un deuxième avis »

C1 « En tout cas pendant mon stage d'externat c'est ce que j'avais ressenti à chaque fois ils allaient le voir pour contrôler un petit peu ce qu'on... ce que qu'avait fait l'hôpital ou le spécialiste avoir un l'avis du médecin traitant c'était hyper important »

- de synthèse

G2 « Après il y a un gros rôle qui qui est dur c'est de synthèse parce que le médecin généraliste il se prend un truc sur les épaules quand même c'est ben tous les spécialistes et il peut y en avoir beaucoup pour chaque patient, et c'est à lui de faire la synthèse et euh... »

- de coordination

*B3 « Il a un réel rôle de coordination de soins le généraliste, il est au centre enfin tous les spécialistes se réfèrent au généraliste aussi, il lui adresse toujours un... Il adresse toujours un courrier au généraliste pour lui informer ce qui c'est passé »*

*B4 « Moi je suis assez d'accord parce que tu disais que le médecin généraliste pour moi il coordonne un peu toutes les autres spécialités, il fait le lien, il fait... comme moi enfin... je vois ça comme une marionnette et il tire les ficelles et il est un peu »*

- d'orientation

*D2 « C'est bien aiguiller le patient, et bien adresser le patient au bon spécialiste justement! savoir détecter quel est le problème et quel est le spécialiste qui va répondre à ce problème en fait! Je trouve que c'est le plus sur de la médecine générale de connaître un petit tout pour gérer la première ligne ouais comme tu dis, et après bien orienter au bon spécialiste. »*

- de prescription

*F1 « je pense que enfin les médecins généralistes ont une immense pression sur eux pour prescrire des médicaments euh... des médicaments surtout chez nous je voyais en France enfin ils sortaient tous avec des ordonnances et quand ils sortaient pas avec des ordonnances ils étaient pas satisfaits de leur médecin »*

- de dépistage

*E4 « Il fait... il peut faire du dépistage »*

- de rôle social

*D2 « Je trouve qu'ils ont un vrai rôle social qu'on parlait au début qu'on a pas tant que ça finalement en spécialité à l'hôpital, qu'on a un peu mais pas tant que ça alors que le médecin traitant généraliste, le médecin de famille qui va faire... c'est lui qui va faire toutes... qui va remplir toutes les demandes, toute la paperasse pour avoir l'APA, pour avoir les aides, pour avoir... pour savoir si il faut une infirmière à domicile. Quand le patient va sortir de diabète, il va avoir des aiguilles parfois il y a pas l'infirmière, c'est le médecin traitant qui va rajouter les ordonnances. Il a un vrai rôle social »*

- d'accompagnement

*C1 « moi je pense aussi trier ce qui relève enfin... des soins propres que de l'accompagnement »*

- de conseil

*F1 « Après il y a le conseil je pense très très important de de conseiller son patient de l'orienter de le euh... »*

- d'information

G4 « Pour avoir fait des stages en officine du coup c'est les patients quand il y a pas eu le temps d'explications avec le médecin généraliste, on les retrouve en pharmacie... Avec toutes sortes de questions! »

- d'écoute et de rassurance

C1 « C'est un peu pour se rassurer moi je pense euh »

- de prise en charge psychologique

C1 « Ben comme l'exemple de... que donnait D1 tout à l'heure le... le mec qui est déprimé mais qui vient et qui demande des antalgiques enfin... il doit... je pense que c'est savoir aussi détecter le patient ce qu'attend le patient »

- d'éducation

D4 « Et on parlait tout à l'heure de prendre le temps de faire la prévention l'éducation après pour moi en théorie, après je dis peut être des bêtises mais pour moi en théorie ça serait... ça serait le rôle du médecin généraliste. Après quand on y réfléchit plus sérieusement, c'est vrai qu'au final ils sont comme nous, il voit 30 patients par jour euh... Je sais pas s'ils ont vraiment le temps de faire autre chose que la tension... »

- de prévention

F1 « De prévention au lieu de... enfin avant prescription donc déjà ça commence euh... par la prévention »

- de suivi

E2 « Ben tout le suivi au long cours ouais »

- de régulation des dépenses

E1 « S'il y a un suivi bien régulier par le médecin traitant il va pouvoir aussi réguler les dépenses je pense »

- de permanence des soins

G1 « En Poitou-Charentes je sais pas, mais en tout cas à Paris y en a pas mal et je trouve ça bien, ça permet que de... je crois que ça commence à 18 ou 19h et jusqu'à minuit 1 heure du matin y a des médecins généralistes qui sont à côté de l'hôpital en astreinte enfin sur place et qui permettent de décharger les urgences pour voir les petits trauma qui sont pas nécessairement obligés d'être... de passer aux urgences faire les petites sutures les petites choses comme ça et ça permet de désengorger les urgences et après je sais pas si ça se fait partout »

F1 « Ou sinon il y a des des des astreintes téléphoniques ils sont joignables mais la ils donnent juste des conseils si jamais il dit qui il pense que c'est urgent c'est le samu ca ca peut aider aussi bien sur ils sont plus en nombre. »

### 3.2.3.2 Evolution

On observe une diversification de l'activité du médecin généraliste voir même une surspécialisation:

*D1 « Une diversification de certaines spe genre euh... les gyneco... les gyneco med en ville qui sont en train de disparaître, les pédiatres qui sont en train de disparaître et de plus en plus de généralistes qui du coup euh... se substituent à ce manque la et euh... posent des stérilets pour... y a des des du euh... »*

*E2 « Ils ont genre... ils se sur spécialisent maintenant vachement plus! Ils ont changé leur pratique quoi!*

Apparaissent de nouveaux rôles parfois imposés par de nouvelles lois tels que la prévention, l'éducation, l'orientation, l'information et le rôle de référent:

*C1 « La prévention c'est c'est ... c'est un... c'est une notion assez récente quand même avec les politiques de santé qui se sont installées ou je sais pas le cancer du sein ce genre de choses c'est quand même apparu... bon ben maintenant ça fait quelques années mais c'est... c'est justement une évolution de votre métier je pense »*

*E1 « L'éducation aussi parce qu'avant du coup le médecin c'était un peu le enfin... on disait... il disait il a ça comme maladie... vous avez ça comme maladie c'est ça votre traitement et maintenant y a plus l'éducation des patients quand même »*

*F1 « Et y a l'orientation aussi je trouve. Enfin moi c'est vraiment le truc parce que depuis que le médecin traitant est au centre de tout quoi on peut pas aller voir un spécialiste enfin ça dépend des quels mais ... en gros sans passer par son médecin généraliste enfin ça fait vraiment pilier centre des informations, de référent du patient. Enfin moi c'est le truc que je retiens le plus même la prévention et tout c'est vrai mais le... le pilier et puis orientation dans le... dans le... voilà dans parcours de soin de de... depuis qu'il y a les médecins traitants instaurés obligatoires »*

Le patient attend beaucoup plus aujourd'hui du médecin généraliste notamment dans l'écoute:

*C2 « Et puis en plus pour le coup les patients attendent beaucoup plus je pense du médecin g... enfin de leur médecin traitant que du spécialiste, de pouvoir parler, ben de... là ça va bien, la famille enfin... il... généralement un médecin traitant quand on connaît depuis longtemps on va pas juste aller droit au but alors quand on va voir un spécialiste c'est pour un problème précis qui nous énerve un peu plus et que on veut aller directement sur ça. Donc c'est vrai que euh... la question c'était qu'est ce qu'on attend des... des médecins... »*

A contrario, compte tenu de son activité, le médecin ne peut assurer tous ces rôles et se doit de limiter ses temps de consultations:

*G2 « Je pense que c'est un sacré rôle et je pense que leur activité est pas valorisé dans son sens là. Parce que pour le coup ils sont bien libéraux donc ils ont des consult qui sont courtes comme nous quand on est en libéral et ils ont pas forcément... c'est un travail de synthèse c'est long et fastidieux pour que ce soit bien fait. Et a mon avis enfin... on leur donne pas les moyens de le faire bien et pourtant souvent c'est quand même pas si mal fait que ça. »*

*B4 « Du coup moi je trouve ça dommage que le... enfin c'est pas la faute des généralistes, mais je trouve ça dommage qu'il ait pas plus de temps qui... pour être avec chaque patient parce que justement le patient il est dans l'attente d'explications de... il a besoin de parler aussi et du coup à chaque fois c'est.. enfin c'est hyper rapide quoi je trouve. »*

*F1 « Je suis pas sur que ça se fait partout et puis même ils sont plus en nombre les médecins quand t'as... enfin moi je viens d'une campagne euh... pour pas la nommer Segonzac à côté de Cognac enfin je veux dire, il y a un médecin et il va partir euh... y en a pas à quinze kilomètres à la ronde enfin c'est... c'est pas possible quoi et c'est pas la seule campagne qui existe quoi je pense que c'est... ou sinon il y a des des des astreintes téléphoniques, ils sont joignables mais la ils donnent juste des conseils. Si jamais il dit qu'il pense que c'est urgent c'est le samu ça ça peut aider aussi bien sur. Ils sont plus en nombre. »*

Pour les internes, du fait de la judiciarisation de la santé, le médecin généraliste réalise aujourd'hui beaucoup plus d'exams et oriente d'avantage le patient vers un spécialiste:

*B1 « Le contexte est difficile. Il y a de plus en plus de soucis médico-légaux justement des... »*

*J2 « On surprotège en faisant du surdiagnostic. Et on a pas confiance forcément en ses capacités donc on envoie vers quelqu'un qui a l'air plus compétent. Un peu trop je pense à mon avis. »*

*J2 « On... on a de plus en plus besoin de... d'orienter les patients vers une activité spécialiste qui est de plus en plus pointue. Donc c'est vrai que les médecins généralistes ils n'osent plus trop des fois prendre en charge des pathologies qui pourraient aussi euh par aussi... Voilà, parce qu'ils se disent qu'il y a des spécialistes il faut que je les envoie là bas alors qu'il pourrait très bien forcément ouais... prendre en charge la pathologie. »*

Les internes observent une dévalorisation du métier aussi bien auprès des patients que de l'ensemble du corps médical:

*J2 « Après c'est pas le rôle du médecin qui évolue en soi, c'est à dire qu'avant le médecin, le médecin généraliste était ultra respecté, c'était le... au niveau du village c'était le... les principales notables. Tout le monde écoutait ce qu'il disait sans souci euh... jamais de remise en question. Maintenant ça a évolué, ça a évolué, ça veut dire que la médecine générale est devenue de moins en moins respectée euh... »*

*J2 « Et c'est vrai que y a aussi le fait les patients respectent moins, moins en moins les médecins dans leur globalité et le médecin généraliste en premier. Et ils font de moins en moins confiance et avec l'avènement d'internet, ils savent de plus en plus de choses, ils peuvent chercher. »*

*F2 « On demande beaucoup aux médecins généralistes en tout cas c'est certain et c'est difficile pour lui je pense... je pense d'y répondre et les spécialistes en général les critiquent assez facile envers les généralistes, à mon goût quoi! »*

*B1 « C'est ce qui se passe à Paris c'est pas... une théorie c'est comme ça que ça arrive. C'est ce qui se passe hein les gens ils prennent psychiatrie ils n'ont jamais fait de toute leur externat mais c'est une spe. Et c'est pas... ils sont med g ils sont parmi les bouseux et quelque part dans la province... non mais... je caricature un peu.»*

Le patient n'a plus confiance en son médecin:

G3 « Je pense que ça a plus le même statut que ce soit le généraliste ou le spécialiste maintenant avec le patient actuel par rapport je sais pas y a cinquante et quelques années, où il y avait quand même une espèce d'aura autour du médecin et qui est plus du tout... qui est plus du tout là enfin. C'est pas enfin... je trouve qu'il y a moins de confiance plus... on met plus en doute ce qui est dit quoi! ce qui est... le diagnostic, on va prendre un deuxième avis, un troisième avis... »

Le médecin devient un prestataire de service avec une surconsommation des soins:

D1 « Voilà quoi, qui va faire ses courses et qui est un peu euh... il va voir son médecin plus comme un prestataire de service et s'il lui offre pas ce service il va voir un autre médecin. »

Le généraliste doit soigner en limitant le coût:

G1 « Couter le moins cher en faisant le moins d'examens et d'être plus rentable »

Les internes mettent en évidence la diminution du nombre de médecins généralistes:

B1 « Ca après il va en avoir de moins en moins des médecins »

F1 « Enfin moi je viens d'une compagne euh... pour pas la nommer Segonzac à côté de cognac enfin je veux dire il y a un médecin et il va partir euh... y'en a pas à quinze kilomètres à la ronde enfin c'est... c'est pas possible quoi et c'est pas la seule compagne qui existe quoi »

Se pose aujourd'hui le problème de la permanence des soins:

D1 « Les gardes de médecins généralistes ça se fait de moins en moins, y en a quasiment plus qui font des gardes et et y en a enfin soit ils sont plus en nombre soit ils ont plus envie de d'en faire ce qui peut se comprendre »

Les internes voient émerger la télé médecine:

F1 « Les astreintes téléphoniques, ils sont joignables mais là ils donnent juste des conseils si jamais il dit qui il pense que c'est urgent c'est le samu. Ca ça peut aider aussi bien sur... ils sont plus en nombre »

Les médecins s'organisent aujourd'hui en maisons médicales.

B1 « Si si t'en a encore ouais ouais, entre ça et les maisons médicales. Si si y en a encore! »

La liberté d'installation des médecins est un droit qui tend à disparaître.

G1 « Et un jour ça va disparaître c'est ça le pire je pense. C'est qu'un jour les int... externes auront plus le choix après l'internat de la ville »

Les rôles du médecin généraliste sont multiples. Ils évoluent avec l'apparition de nouveaux rôles et vers une diversification voire une surspécialisation. Cependant il est de plus en plus difficile au médecin généraliste d'assurer toutes ces missions pour des raisons multiples: manque de temps, démographie médicale inégale, coût de la santé... Les médecins se réorganisent alors en groupe et en maisons médicales. Les internes notent une judiciarisation de la santé qui modifie leurs pratiques.

### 3.2.4 Les rôles des médecins spécialistes

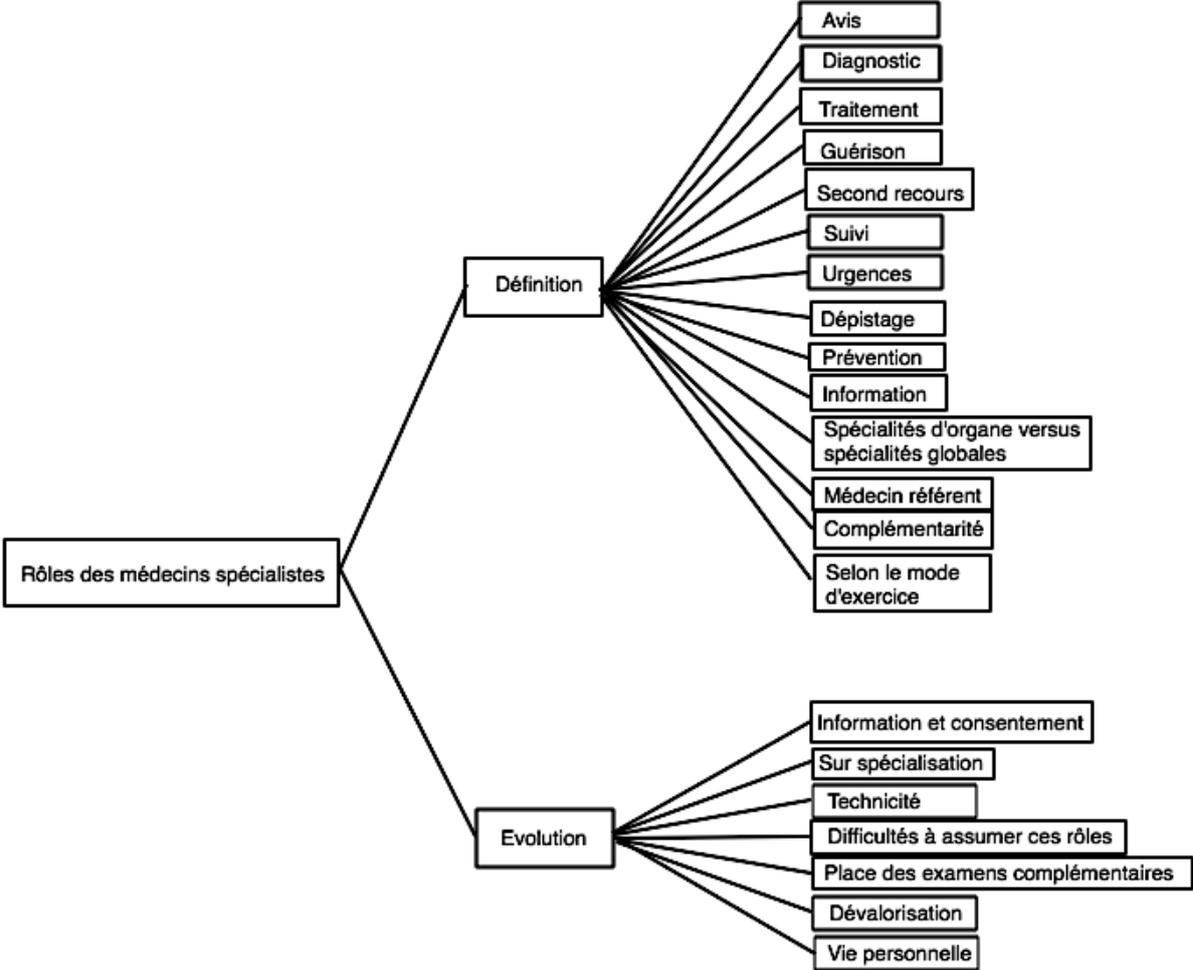


Figure 5: Carte conceptuelle des rôles des spécialistes

### 3.2.4.1 Définition des rôles

Selon les internes de spécialités médicales et chirurgicales, leurs rôles sont:

- d'avis pour le médecin généraliste

I2 « Ben plus un rôle d'avis alors. Quand le médecin traitant peut pas ou veux pas ou sait pas, euh... gérer une pathologie il va adresser au spécialiste. Mais après si le médecin traitant a fait un DU ou une formation complémentaire ou qu'il se sent à l'aise avec l'idée de prendre en charge cette pathologie, ben il va pas forcément adresser vers le spécialiste. »

F3 « Orienter le médecin généraliste »

- de diagnostic et d'instauration du traitement

D2 « On te demande ton avis sur la question mais aussi après un traitement un diagnostic, un suivi »

H2 « Ben oui voilà des connaissances vraiment pointues quoi! »

B4 « Je pense qu'en tant que spécialité on attend de nous de... de donner une réponse précise. »

- de guérison

B1 « De guérir... c'est un peu plus facile quand t'es médecin spécialiste parce que le truc a déjà été fait t'arrive au bout de la filière donc t'as juste à traiter une maladie le patient t'es adressé pour une chose pour laquelle tu es compétent en général donc tu la traites et puis après tu le renvoies au médecin traitant guéri. J'idéalise un petit peu mais c'est ça... c'est ça le but »

- de second recours

D1 « c'est un peu le relais du ... le relais du médecin traitant qui a pas forcément eu la formation sur cette maladie et qui du coup passe la main »

C4 « C'est plutôt en ... enfin moi je vois ça comme un second plan par rapport au médecin généraliste. C'est le médecin généraliste du patient qui adresse au spécialiste une fois qu'il a ciblé à peu près la pathologie mais après y a aussi le recrutement via les urgences où les patients arrivent comme ça et... et y a ... c'est deux recrutements là, moi je nous vois en deuxième plan par rapport à ces... à ces... enfin à ces spécialités là, aux spécialités médecin généraliste et urgentiste. »

- de suivi

H1 « T'as des spécialistes qui suivent des patients des années et puis parfois très régulièrement »

G1 « Enfin y a des patients c'est souvent les mêmes qu'on revoit hein donc y a aussi une sorte de suivi »

- de prise en charge des urgences concernant leur spécialité

*D4 « Enfin l'accueil d'urgence, y a tout ce qui est l'accueil de notre spécialité »*

- de dépistage

*F4 « On fait du dépistage, on fait du suivi... »*

- de prévention

*F4 « Ouais ouais, ben c'est aussi un peu à nous dans chaque spécialité de donner la prévention... Toi tu dis faites attention aux coups de soleil, toi tu dis arrêtez de fumer, moi je dis portez des capotes enfin tu vois... »*

- d'information

*B3 « On a un rôle d'information »*

Les internes différencient les spécialités d'organe très techniques et d'autres spécialités plus générales prenant en charge le patient dans sa globalité:

*D1 « Certaines spe d'organes très prestataires de services et d'autres spe plus globales »*

*F1 « Y a tellement de choses qu'on... qu'on voit pas qu'on ne va gérer par la suite euh... il arrive pour un problème on gère pas le reste peut être en gériatrie peut être euh... la ou ils sont très globales et puis ils s'occupent de l'avenir du patient mais sinon il rentre chez lui et puis il va voir son médecin généraliste pour le suivi quoi »*

*E2 « Pour moi le rôle du spécialiste dans la société elle est technique quoi, il apporte une technicité que le médecin gé il n'a pas! un mec euh... t'as besoin de lui déboucher les coronaires c'est ça quoi! »*

Leurs rôles varient aussi en fonction du mode d'exercice:

*G2 « Que nous on a l'activité hospitalière et l'activité libérale et on ... on fait bien la différence entre les deux. On est bien d'accord D. que quand on est libéral le patient vient pour un problème et en général et on s'occupe du problème... »*

*G2 « Et quand ils viennent en hospitalier tout de suite on prend... on les prend quand même plus dans la globalité et on regarde tous leurs problèmes et on essaye de voir si y a pas... on s'occupe de tout quoi! »*

Les spécialistes peuvent être référents et non pas selon eux des médecins traitants:

*C1 « Après ça remplacera jamais un médecin traitant »*

Le spécialiste est complémentaire et a le devoir de réorientation vers le médecin généraliste:

*C1 « Ils sont complémentaires »*

E1 « Par contre je pense que toutes les spe ont le devoir de réorienter sur le médecin traitant »

### 3.2.4.2 Evolution des rôles

L'information et le consentement sont aujourd'hui obligatoires:

B3 « On a un rôle d'information beaucoup plus important aussi qu'à l'époque c'est à dire que légalement on a l'obligation d'informer notre patient sur les risques, sur voilà alors qu'avant c'était pas du tout le cas et c'est à dire qu'on imposait notre diagnostic et nos traitements alors que là depuis 2002 on a l'obligation aussi d'avoir le consentement, d'informer notre patient donc ça a beaucoup changé notre pratique je pense. »

Les internes remarquent une surspécialisation de leur métier ce qui est inévitable compte tenu de l'apparition de nouveaux traitements et techniques:

D4 « Dans l'hyper spécialisation parce que les spécialités sont devenues plus pointues et on est plus concentrés sur un organe »

F4 « Après ils nous demandent aussi dès le départ, d'être... de nous orienter en plus de notre spécialité dans notre spécialité. »

C2 « On se sur spécialise tous de plus en plus. Y a plus un cardiologue mais y a un rythmologue et un machin et tout ça et ... mais d'un côté... enfin le problème c'est parce qu'on apprend de plus de plus de choses et de plus en plus traitements plus compliqués à introduire, plus compliqué à suivre euh... et c'est impossible pour une personne de gérer tout ça. Et donc le choix qu'on a fait d'évoluer si bien entre guillemets dans la médecine, on est obligé d'en arriver là, enfin on est obligé qu'il y ait un médecin qui connaisse après tout sans tout connaître pour pouvoir orienter au moment où il sait qu'il est plus compétent et donc du coup de plus en plus on oriente mais je suis sûr que ce soit une mauvaise chose enfin. Je pense que c'est ben... on est obligé quoi! par rapport à ... à tous les ... toutes les nouvelles euh... enfin... on est tous dépassé dans les spe qu'on fait pas quoi! ça va hyper vite dans chaque truc et... »

Ils évoluent ainsi dans la technicité:

E2 « Alors ils évoluent dans la technique tu vois... »

Cette évolution de la profession peut se faire au détriment des patients et des soins apportés: défaut de communication, moins de temps laissé à la prévention et à l'éducation, charge de travail plus importante.

D4 « Et on... on parle de moins en moins aux gens... on... même sans parler d'éducation et de prévention on est moins dans le... dans l'humanisme. On est plus des techniciens que des humanistes enfin c'est... c'est mon ressenti mais... par rapport à ce que disent euh... à ce que disent les plus anciens. »

Les médecins spécialistes doivent adapter leurs soins selon leur coût:

G2 « *Et donc le médecin devra trouver une autre solution pour le soigner qui sera pris en charge par la sécu. »*

Le patient devenant plus procédurier, le médecin cherche à se protéger par la réalisation d'avantages d'examen:

F2 « *C'est à dire... genre pousser les investigations euh... pour se protéger soi-même... »*

Les internes notent une baisse du respect chez les patients:

G3 « *Je pense que ça a plus le même statut que ce soit le généraliste ou le spécialiste maintenant avec le patient actuel par rapport je sais pas y a cinquante et quelques années, où il y avait quand même une espèce d'aura autour du médecin et qui est plus du tout... qui est plus du tout là enfin. C'est pas enfin... je trouve qu'il y a moins de confiance plus... on met plus en doute ce qui est dit quoi! ce qui est... le diagnostic, on va prendre un deuxième avis, un troisième avis... »*

Les médecins spécialistes apportent un intérêt plus grand à leur vie personnelle:

D4 « *C'est vrai que notre génération c'est pas la même vision des choses. Nous on considère... on aime tous la médecine mais euh... je sais pas vous mais moi c'est... c'est un métier j'ai envie de faire autre chose à côté. Euh c'est vrai que les... les PU, ceux qui sont près de la retraite quand ils décrivent leur internat, le mot interne ça vient de quelque part donc! Ils avaient... ils sortaient pas, ils prenaient pas de vacances euh... ils bossaient. Enfin ils étaient deux internes de chirurgie pour euh tout le CHU... »*

Le but reste tout de même de répondre aux besoins de santé de la population:

F2 « *Moi je pense que la médecine générale et la médecine spécialiste évoluent toutes les deux et elles essaient de répondre aux besoins et aux attentes... de la société! »*

Le médecin spécialiste établit un diagnostic et le traitement adapté. Comme le généraliste, le médecin spécialiste peut accompagner son patient dans la durée. A contrario, son intervention peut aussi être très ponctuelle. L'évolution des spécialistes se fait essentiellement dans la technicité et dans la surspécialisation avec là aussi des difficultés à répondre aux besoins de santé de la population.

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 La méthode**

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche-action avec pour objectif principal le recueil de la perception des internes de spécialités médicales et chirurgicales sur la formation des médecins à la faculté de médecine de Poitiers. Le deuxième objectif est la diffusion du concept de responsabilité sociale véhiculé par le projet francophone.

#### **4.1.1 Constitution des groupes**

Dans notre étude, le recrutement des internes s'est fait sans difficulté majeure. A l'exception de refus pour des raisons logistiques (10 au total sur l'ensemble des entretiens), l'ensemble des internes ont montré de l'enthousiasme à la participation de cette étude et ont immédiatement répondu par l'affirmative. La difficulté dans la réalisation des groupes focus s'est faite le jour même de l'entretien avec des annulations de dernière minute. Les groupes étaient initialement constitués de 8 ou 9 internes. Ces désistements ont été anticipés, nous permettant ainsi d'avoir au moins 6 participants nécessaires à la réalisation des groupes focus. Aucune annulation n'a été notée dans le deuxième groupe focus.

#### **4.1.2 Participation des internes et rôle du modérateur**

La méthode utilisée dans cette étude est celle des groupes focus. Elle présentait des avantages mais aussi des inconvénients. Cette méthode, à la fois orale et groupale, a favorisé l'émergence et la confrontation des opinions et des expériences personnelles des participants. Dans cette étude, elle nous a permis d'accéder à une grande richesse d'informations en un temps relativement restreint. Ceci a été d'autant plus favorisé que les interactions entre les participants ont été fortes. Un vrai débat a été observé dans les groupes focus à l'exception du troisième. Dans le troisième entretien, les internes ont eu des difficultés à parler librement malgré les

relances de la modératrice. Le débat a donc été difficile à instaurer, ce qui peut être expliqué par le fait que les participants se connaissaient peu. Dans les trois autres groupes focus, le recrutement avait été fait à l'internat d'une même ville avec des personnes travaillant et parfois vivant ensemble. Ceci a donc facilité la discussion.

De plus, cette méthode est la même dans l'ensemble des travaux sur la responsabilité sociale. Cette reproductibilité nous permet la confrontation et la mise en commun des résultats.

Les inconvénients observés dans cette étude sont que certains participants semblaient être réticents à s'exprimer alors que d'autres pouvaient avoir tendance à imposer leur point de vue. D'autres, enfin, paraissaient se rallier à la majorité.

Le rôle du modérateur a donc été primordial. Selon l'expérience et l'habileté de l'animateur, ce dernier pouvait cependant influencer la dynamique de groupe par sa manière de formuler les questions de relance ou en introduisant ses opinions personnelles. Dans cette étude, l'ensemble des entretiens ont ainsi été menés par deux modératrices impliquées dans ce projet de recherche et expérimentées dans l'animation. Trois groupes focus ont été animés par la même modératrice. L'implication des modératrices dans ce projet pouvait constituer un biais de classement par sa subjectivité.

Par ailleurs, les questions ont été établies afin de confronter et de comparer les résultats obtenus à ceux des études antérieures. Une question a été rajoutée sur les rôles des médecins spécialistes puisque ce projet de recherche leur était adressé. Les questions semblaient poser des difficultés de compréhension nécessitant des répétitions et des reformulations. Le rôle du modérateur s'est donc révélé une fois de plus fondamental.

Lors des débriefing entre thésarde et modératrice à la fin des groupes focus, l'une des difficultés rencontrées a été d'aborder les attentes des patients. A chacun des entretiens les internes se recentraient sur leurs propres problèmes, leurs propres expériences personnelles et leurs attentes.

Nous avons également noté de nombreuses remarques de la part des internes de spécialités médicales et chirurgicales sur la formation actuelle des médecins généralistes. Ils relataient pour la plupart les propos tenus des internes de médecine générale ou l'image qu'ils se faisaient de la médecine générale. Ceci peut être expliqué par le fait que la modératrice et la thésarde étaient toutes deux internes en médecine générale.

Le fait que les internes se connaissaient pouvaient également constituer un biais car le contenu des séances pouvait être révélé entre deux groupes focus, d'autant plus que les entretiens n'avaient pas eu lieu simultanément à la Rochelle. Nous avons limité ce biais en demandant au début de chaque débat de ne pas diffuser les informations qui en ressortaient.

#### **4.1.3 Transcription et analyse des données**

Afin de ne perdre aucune information dans la transcription des débats, nous avons multiplié les appareils d'enregistrement et nous avons pris soins de transcrire le plus fidèlement possible les discussions. La lecture et l'analyse des données peuvent par contre constituer un biais car la triangulation ne s'est faite que sur le premier groupe focus. Un biais sur l'interprétation des autres données peut apparaître.

## **4.2 Analyse des principaux résultats**

### **4.2.1 Ressenti des internes de spécialités sur l'implication de la faculté de médecine dans la responsabilité sociale**

#### **4.2.1.1 Une formation centrée sur la personne**

Pour être socialement responsable, la faculté de médecine doit non seulement identifier les besoins de santé de la population mais elle doit aussi adapter les enseignements donnés en fonction de l'évolution de ses besoins (axe 1).

Dans notre étude et selon les dires des internes, le rôle principal de la faculté de médecine est la formation théorique de ses étudiants. Elle ne permettrait pas d'identifier les besoins de santé de la population et ne les prendrait pas en compte dans les enseignements donnés. Elle doit en effet fournir à ses étudiants des cours suivant les dernières recommandations, avec pour objectif la réussite à un concours, l'ECN. Si ces cours sont reconnus comme étant de qualité, ils peuvent cependant être améliorés. En effet, l'enseignement est jugé par les internes trop théorique et ne répondant pas au principe de responsabilité sociale. Il leur permet de prendre en charge une (ou des) pathologie(s), une personne dans son individualité. Les internes regrettent que cette formation ne soit pas d'avantage axée sur la population de manière générale. Les notions de communauté et de société ne semblent pas être abordées. Selon leurs dires, à l'internat, la situation est inchangée avec une formation théorique quasi inexistante qui ne permet pas de répondre à leurs attentes ou à celle de la population. Cette prise en compte de la société se fait selon eux de manière fluctuante au moment des stages selon l'encadrement apporté.

On observe cependant aujourd'hui un remaniement du programme de médecine aussi bien au premier cycle qu'au deuxième et à l'internat. Dès la PACES (première année commune aux études de santé), sont abordés dans la formation théorique les termes de santé et de société (11). De plus, en médecine générale, l'une des bases de notre formation est la prise en compte du concept de bio-psycho-social. Les cours faits sous forme de GEAPI et de RSCA proposés en médecine générale ont pour objectifs une réflexion et une auto-critique des internes sur leurs pratiques en prenant en compte un individu dans sa globalité, avec ses facteurs psychologiques,

sociaux, environnementaux et biologiques. Ce type d'enseignement n'est aujourd'hui pas délivré dans les DES de spécialités médicales et chirurgicales. Ces notions peuvent pourtant être intégrées dans leur cursus, réforme à laquelle les internes de spécialités ne semblent pas être défavorables.

#### 4.2.1.2 Problématique du numéris clausus

Afin de faire face aux déserts médicaux et à la baisse de la démographie médicale, l'ouverture du numéris clausus permet de fournir un nombre suffisant d'étudiants en médecine. Ceci fait écho aux résultats retrouvés dans les travaux antérieurs sur la responsabilité sociale (12) (13) (14). Les internes de spécialités se posent cependant la question de la qualité de la formation de ce grand nombre d'étudiants. Les internes observent aujourd'hui que cette ouverture se fait au détriment de leur formation pratique. Les externes aussi bien que les internes se considèrent trop nombreux en stage avec pour conséquence moins de patients à prendre en charge, moins de pratique, moins de gestes techniques.

#### 4.2.1.3 Une formation jugée trop hospitalière

Se pose aussi le problème des stages hospitaliers. Pour les internes, la formation pratique actuelle est principalement tournée vers l'hôpital et le CHU. Par ailleurs, des zones de faible démographie médicale ont clairement été identifiées par les internes en France et en Poitou Charentes. Les mesures actuellement mises en place se constituent essentiellement d'aides et incitations financières. Le CESP, les déductions d'impôts et les aides communales sont jugées inefficaces par les internes. Ils proposent la création de terrains de stage aussi bien en libéral qu'en hospitalier, à l'internat et à l'externat, chez le médecin généraliste et le spécialiste. Pour les internes, ce n'est que par l'ouverture de ces stages que les étudiants peuvent découvrir une région, un métier et un mode d'exercice qu'ils méconnaissaient jusqu'à lors. Mais les internes restent sceptiques sur la possibilité pour la faculté de médecine de dynamiser et rendre attractive une région.

Il faut souligner l'ouverture progressive de terrains de stage en ambulatoire aussi bien à l'externat qu'à l'internat. En dermatologie, par exemple, un stage est ouvert depuis 6 mois en Poitou-Charentes. Certains internes de pédiatrie peuvent

également bénéficier d'un stage de six mois auprès de pédiatres libéraux. Les internes de médecine générale ont quant à eux de plus en plus accès à des stages en libéral avec les stages de niveau 1, les stages mère-enfant et les SASPAS.

#### 4.2.1.4 Une formation jugée trop spécialisée

Aujourd'hui, les stages en médecine générale se développent mais restent très peu nombreux. Pour les internes, la médecine générale est choisie par la majorité des externes sans y être passés et en ignorant tout de la profession.

La réalisation de ces stages sont pourtant une priorité pour la faculté de médecine de Poitiers. Un stage de découverte est ainsi obligatoire pour tous les étudiants, au cours de la troisième année de leurs études. D'une durée de deux jours, il se déroule dans un cabinet de médecins généralistes. La faculté souhaite également rendre obligatoire un second stage ambulatoire de médecine générale, plus long, à tous les étudiants du deuxième cycle. (11)

De plus, les internes regrettent que les cours soient exclusivement donnés par des professeurs ou chefs de clinique de spécialités médicales ou chirurgicales. La médecine générale n'est aujourd'hui pas enseignée pendant l'externat, ce qui permettrait pourtant selon eux une meilleure connaissance de la spécialité et créer des vocations.

#### 4.2.1.5 L'avenir de nos internes

Professionnellement, les internes ne voient pas de perspectives d'avenir en Poitou Charentes. La région n'est aujourd'hui pas attractive pour garder les médecins dont elle a besoin car elle n'offre pas de possibilités de postes à ses internes.

#### 4.2.1.6 Partenaires de la faculté

L'axe 2 du consensus met en avant la nécessité d'une « collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire [...] et avec d'autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestation de services ».

Dans notre étude nous pouvons différencier deux niveaux d'acteurs: ceux qui identifient ou qui doivent participer à l'identification des besoins de santé de la population, et ceux qui participent à la formation.

Si pour les internes, la faculté ne permet pas aujourd'hui d'identifier les besoins de santé de la population, elle travaille cependant avec divers partenaires qui sont impliqués dans cette mission.

L'ARS, chargée de l'organisation des stages à l'internat, doit nécessairement répondre à une demande. S'agit-il d'une demande des patients, des étudiants, des professionnels de santé ou des services hospitaliers? L'origine de cette demande n'est pas clairement identifiée.

L'Etat et l'Europe quant à eux gèrent la partie légale et obligationnelle des étudiants dans leur formation avec au préalable l'identification de besoins.

La sécurité sociale joue également un rôle dans cette identification et dans les mesures mises en place afin d'y répondre mais elle n'a pas de rôle direct sur la formation des étudiants en médecine.

Les professionnels de santé à savoir les médecins généralistes et spécialistes sont à la fois impliqués dans l'appréhension des besoins de santé de la population et dans la formation.

Les étudiants, les internes et leurs représentants doivent faire partie des partenaires de la faculté.

Questionner les patients et recueillir leurs avis par différentes méthodes apparaissent indispensables aux internes pour définir leurs besoins de santé et faire évoluer notre système de soins mais ils ne sont pas identifiés comme faisant partie de notre formation. Ceci est en accord avec les résultats de la thèse sur le ressenti des patients réalisée précédemment par A.L. Maillard (14). Selon ce travail, malgré leur souhait d'intégrer et de participer à la formation des médecins, les patients ne font pas partie de la faculté de médecine de Poitiers.

Il n'a par contre pas été question au cours des groupes focus de l'implication des paramédicaux dans notre formation. Il a été uniquement évoqué de leur déléguer et de leur attribuer de nouveaux rôles. Cette notion fait écho à la thèse de M. Bazile (13), traitant du ressenti des professionnels paramédicaux. Ils regrettaient en effet que les enseignements relevant de soins paramédicaux ne soient pas effectués par les paramédicaux eux mêmes. Par ailleurs, ils évoquaient la nécessité d'une délégation des tâches du fait d'un accroissement de la demande de soins.

#### 4.2.1.7 Les rôles des médecins et adaptation aux rôles nouveaux

Selon le troisième axe du consensus, « la faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. »

Dans notre étude, de nombreux rôles sont définis pour le médecin généraliste (vingt deux au total). Certains de ces rôles sont nouveaux et sont apparus du fait de l'évolution des demandes de la société, comme par exemple la prévention, l'éducation, l'information... Les spécialités médicales et chirurgicales sont considérées comme en second plan par rapport aux généralistes mais avec parfois des rôles communs.

Les internes sont unanimes sur le fait qu'aussi bien les médecins généralistes que les médecins spécialistes ne travaillent plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures avec une disponibilité permanente, des astreintes et des gardes répétées. Une attention particulière est aujourd'hui apportée à leur qualité de vie. Les médecins préfèrent ainsi par exemple l'exercice en groupe (maisons médicales) au détriment de l'installation isolée en cabinet. Ceci peut en parti s'expliquer par la féminisation de la profession médicale. A cela vient se rajouter la problématique de la libre installation dans l'espace. L'ensemble de ces évolutions tend vers une réduction du temps de travail et une diminution de la disponibilité des médecins. Ces données renvoient à celles retrouvées par A.L. Maillard dans son travail de recherche sur le ressenti des patients (14). Elles sont de plus confirmées par la dernière édition de 2015 de l'Atlas de la démographie médicale écrit par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les femmes sont effectivement plus

nombreuses que les hommes chez les moins de 45 ans dans le médical, avec une préférence pour l'exercice libéral mixte. Par ailleurs 58 % des nouveaux inscrits à l'Ordre sont des femmes. Ce travail confirme également la tendance de fond qui est que « les nouvelles générations de médecins souhaitent pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, hommes comme femmes » (16).

Les internes remarquent aussi une judiciarisation de la santé. Les patients sont de plus en plus exigeants dans les soins qui leur sont fournis et de plus en plus critiques. Selon eux, le patient n'accepte plus aujourd'hui le doute, l'attente et l'incertitude. La santé est ainsi renvoyée au secteur de la consommation. Cela peut sans doute s'expliquer par la vulgarisation de la médecine: le patient se renseigne et s'informe sur sa santé. Le médecin n'est plus seulement celui qui détient le savoir. A ceci se rajoutent les progrès de la médecine. Les médecins ont aujourd'hui la possibilité de réaliser des examens de plus en plus performants et de plus en plus coûteux. Pour les internes, ces examens donnent aussi la possibilité aux praticiens de se protéger juridiquement en permettant d'établir un diagnostic fiable. Certaines spécialités se considèrent ainsi comme des « techniciens » et non plus comme des médecins avec des missions sociales et devant faire preuve d'humanisme.

Enfin, l'une des idées phare des deux premiers groupes focus est celui du coût de la santé. Les internes mettent en évidence une contradiction dans notre système de soins. Selon leurs dires, alors que nous faisons face à une demande croissante en santé des patients, la sécurité sociale et l'Etat nous demandent aujourd'hui de limiter les dépenses de santé. Le médecin d'aujourd'hui doit donc procurer des soins efficaces centrés sur l'individu tout en restant responsable des dépenses de santé pour le bien de la communauté. M. Bazile retrouve ces mêmes résultats dans son étude sur le ressenti des paramédicaux: « les nouvelles attentes et les exigences de la société créent une dichotomie entre la demande d'une médecine plus humaine associée à un accroissement du temps d'écoute et la réclamation, de la part des patients, de technicité et de rapidité dans la prise en charge et, de la part des instances dirigeantes, d'un rendement financier ». (13)

#### 4.2.1.8 L'évaluation des connaissances médicales par compétences

Selon le quatrième axe du consensus, un étudiant doit être évalué au cours de sa formation sur l'acquisition de l'ensemble des compétences.

La question de l'évaluation des compétences a été posée aux internes dans ce travail. Cependant leurs réponses semblaient d'avantage concerner une évaluation par connaissances que par compétences. Il existe pourtant une réelle différence entre les deux notions. Une compétence est la capacité reconnue dans un domaine acquise par un savoir théorique (connaissances) et pratique. Ils ne font effectivement pas mention d'un tel type d'évaluation dans leur formation actuelle. Ils proposent également de nouvelles pistes permettant de confirmer leurs progressions.

Les résultats et le classement à l'ECN (Examen Classant national) sont une première évaluation des étudiants sur leurs connaissances médicales. Les internes déplorent par contre l'absence d'évaluation sur la pratique pendant la période de l'externat. L'enseignement de la théorie est clairement mis en avant avec de nombreuses évaluations écrites mais au détriment de la pratique. Les externes ne sont pas impliqués dans leur stage et l'absence de suivi pédagogique entretient ce constat. Une définition au préalable d'objectifs de stage, le suivi de l'atteinte de ces objectifs à compléter par une évaluation finale et l'implication des chefs de clinique dans la formation des externes sont des propositions faites par les internes pour améliorer la formation.

Sur la période de l'internat, les internes notent de grandes disparités entre les filières. Si certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation ou la radiologie sont régulièrement évaluées, d'autres regrettent l'absence de système d'évaluation sur la formation théorique. Des cours et des examens écrits réguliers obligerait les internes à se former et à se mettre à jour des dernières recommandations. En stage, la problématique est la même que celle de l'externat. Le manque d'encadrement est mis en avant par les internes. Le système d'évaluation actuel est également jugé inadapté par les internes.

Une évaluation par compétences est actuellement utilisée à la faculté de médecine de Poitiers pour la médecine générale (17) et certaines spécialités comme la

gynécologie obstétrique. Un système d'évaluation similaire pourrait s'appliquer aux autres spécialités médicales et chirurgicales.

## 4.2.2 Objectifs secondaires

### 4.2.2.1 Premiers indicateurs

L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier les premiers indicateurs évaluant l'investissement de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale.

L'axe 10 du consensus définit une évaluation du niveau de responsabilité sociale de la faculté par ses partenaires y compris par la population: « les principaux acteurs, à savoir, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organisations de santé, les professionnels de la santé et la société civile, sont représentés dans les équipes d'évaluation interne et externe, y compris pour l'accréditation, car la responsabilité sociale concerne directement ces acteurs. »

Cette étude permet de définir des premiers indicateurs du niveau de responsabilité sociale de la faculté. Sont aussi proposées des évaluations globales qui concernent l'ensemble de ces acteurs (faculté et partenaires).

- Concernant la faculté:

- Le numérus clausus et le nombre d'étudiants à former:

Le numérus clausus s'adapte aux effectifs médicaux et aux besoins de la population.

- Les résultats et le classement à l'ECN:

L'ECN permet de départager tous les étudiants de médecine à l'échelle nationale. Puis selon les résultats des étudiants, un classement des facultés de médecine est fait.

- Le nombre de stages en ambulatoire chez le médecin généraliste à l'externat:

Les stages de médecine générale durant l'externat se développent mais sont encore trop peu nombreux par manque de maîtres de stages. Il s'agit là d'une des priorités de la faculté de médecine de Poitiers

- Le nombre de stages dans les hôpitaux périphériques à l'externat et à l'internat:

- Le nombre de stages en ambulatoire à l'internat:

Certaines spécialités ont aujourd'hui accès à des stages libéraux. Par ailleurs, proposer à un interne de médecine générale deux stages ambulatoires est l'un des axes prioritaires du département de médecine générale de la faculté.

- L'évaluation des étudiants par compétences:

L'apprentissage par compétences se fait actuellement dans certaines spécialités et notamment dans le DES de médecine générale.

- La disponibilité de postes à la fin de l'internat dans la région:

L'augmentation du numerus clausus a conduit à une surpopulation d'internes formés et diplômés si bien qu'on se retrouve aujourd'hui dans une situation de pénurie de postes en post-internat. La création de postes est l'un des challenges de la faculté de médecine pour garder ses internes dans la région.

- Le nombre de contrat CESP signés:

Depuis sa création en 2011, 42 Contrats d'Engagement de Service Public ont été signés en Poitou-Charentes. La promotion de ces aides au sein de la faculté de médecine pourrait augmenter le nombre de contrats signés et donc l'installation de jeunes médecins dans les zones de faible densité médicale.

- Le nombre d'installation des internes dans la région:

Le nombre de médecins installés dans la région reflète la capacité de la faculté à garder ses jeunes médecins, de l'efficacité de ses mesures incitatives et de l'orientation des choix de carrière.

- La réalisation de thèses:

Ce travail de recherche est l'exemple même de la capacité de la faculté de médecine de Poitiers à l'auto réflexion et à l'autocritique sur leurs réponses aux besoins en santé de la société.

- La participation aux formations médicales continues, congrès, DU:

La formation des médecins ne s'arrête pas avec l'internat. La formation médicale continue permet à un médecin d'améliorer, tout au long de sa carrière, ses connaissances et la qualité des soins donnés. La Faculté de médecine a également pour mission d'organiser les enseignements post universitaires avec les médecins dans le domaine de la FMC.

- La rédaction et la publication d'articles universitaires reflètent la capacité de la faculté de médecine à s'impliquer dans la recherche.
- Les moyens de formation complémentaire mis à la disposition des étudiants par la faculté: salles de dissection, bibliothèque

- Evaluation globale:

Les données démographiques médicales (nombre de médecins, d'hôpitaux) et celles mesurant l'état de santé de la population (espérance de vie, mortalité, morbidité, prévalence) sont des les premiers critères d'évaluation identifiés par les internes. Le coût des soins, le nombre et les motifs de consultations aux urgences, les délais de consultations et d'hospitalisations reflètent aussi l'efficacité des réponses apportées aux besoins de santé de la société. L'avis des patients pourrait être recueilli par plusieurs moyens: les questionnaires de satisfaction, les sondages, les échelles et les scores de qualité de vie, l'analyse des raisons d'un éventuel nomadisme médical.

De manière plus individuelle, le suivi fait par la sécurité sociale constitue des évaluations des pratiques médicales. Les internes évoquent également la fréquentation des cabinets et des structures comme étant un élément d'évaluation. Cela implique cependant une certaine liberté dans le choix de leur médecin ce qui aujourd'hui est difficilement envisageable dans des régions de faible densité médicale. Enfin d'autres pistes sont citées telles que le nombre de plaintes déposées à l'ordre des médecins.

Les internes ont proposé qu'un système d'évaluation objectif fait par une personne extérieure au cabinet ou à la structure hospitalière soit réalisé. Cette évaluation prendrait en compte les critères suivants: délai de prise en charge du patient,

efficacité de la prise en charge, information du patient, compréhension de la situation par le patient. Ce type d'évaluation est aujourd'hui fait mais avec des critères d'évaluation différents de ceux proposés par les internes: ce sont les certifications et les accréditations gérées par l'HAS.

Nous pouvons cependant nous poser la question de la pertinence de certains de certains indicateurs tels que: le nombre de plaintes auprès de l'ordre des médecins ou l'analyse des fréquentations des cabinets. D'autres facteurs peuvent de plus interagir avec ces indicateurs impliquant de ce fait un biais de confusion.

#### 4.2.2.1 Les propositions

Des propositions sont également faites par les internes pour améliorer l'impact de la faculté de médecine de Poitiers sur la santé de population de la région.

Les internes sont unanimes sur le fait que les enseignements donnés actuellement par la faculté de médecine sont de qualité. Cet enseignement suit un programme national et répond à des recommandations nationales faites par des experts. L'étudiant détient ainsi un bagage de connaissances lui permettant de prendre en charge un patient ayant une ou des pathologies. Cette formation est jugée dans cette étude trop théorique. Les internes font plusieurs propositions pour faire évoluer cette formation. La première est d'instaurer une formation en responsabilité sociale amenant l'étudiant à avoir dès l'externat une réflexion sur ses pratiques et une prise de conscience de sa place dans la société, de la personne dans sa globalité pas seulement en tant que corps humain. La deuxième est l'instauration de cours de médecine générale dispensés par des médecins généralistes. Les internes reconnaissent aujourd'hui deux façons d'exercer la médecine: celle du cas idéal correspondant trait pour trait à celui appris dans le livre et celui retrouvé en médecine générale laissant place au doute et à l'incertitude. Les internes se sentent insuffisamment préparés à ce genre de situation. Enfin, les internes proposent la création de cours de comptabilité et de préparation à l'installation. Le monde libéral et celui de la médecine générale sont méconnus des étudiants à l'externat et à l'internat. C'est en partie cette peur de l'inconnu qui freine les externes au choix de la médecine générale et les internes de spécialité à celui d'une installation en cabinet. Des notions sur leurs obligations légales, financières et liées au cabinet pourraient

changer leur vision du libéral. Il est vrai qu'en médecine générale, ce thème est évoqué au neuvième séminaire intitulé « gestion de l'entreprise médicale ». Six heures où sont abordées les étapes et obligations en vue d'un remplacement, d'une installation, les conventions médicales et quelques notions de comptabilité. Beaucoup d'informations presque totalement inconnues pour l'interne. Il ne semble pas qu'un tel enseignement soit fait pour les autres spécialités médicales ou chirurgicales pourtant elles aussi vouées en partie à un exercice libéral.

Cette formation théorique pourrait évoluer en fonction des internes et de leurs attentes. En effet, comme sur le modèle de la médecine générale où une évaluation anonyme des cours est faite après chaque séminaire, GEAPI et GEAPIT, l'avis des internes pourrait être recueilli afin d'y apporter des améliorations.

De plus, selon les internes, la formation théorique semble s'arrêter pour la plupart d'entre eux avec l'externat. Ils mettent ainsi en évidence le peu de cours organisés aussi bien par la faculté elle-même que par les enseignants et l'absence d'évaluations écrites. Les internes sont lucides sur le fait que la situation actuelle ne les oblige pas à se former et à réévaluer leurs pratiques. Trop de place est laissée à l'autoformation.

Enfin, les internes reconnaissent que des nouveautés sont apparues récemment à la faculté mais ils souhaitent qu'on leur favorise l'accès aux laboratoires d'anatomie, aux salles de dissection et à la bibliothèque universitaire.

Concernant la formation pratique, là aussi des améliorations peuvent être envisagées. Les internes remarquent que la pratique est délaissée par les externes. Plusieurs constats expliquent cette situation. Les externes sont jugés trop nombreux en stage avec pour conséquences une désimplication à la fois des encadrants (internes, chefs de clinique, PH, PU-PH et paramédicaux) et des étudiants eux mêmes. La définition d'objectifs de stage, le suivi de ces objectifs par un livret de stage et une évaluation finale (exemple de la gynécologie obstétrique au CHU et en médecine générale) sont des pistes à suivre. Les internes proposent également de créer des stages en journées complètes avec pour but de favoriser l'immersion dans le stage et dans l'équipe mais aussi de faciliter leurs apprentissages.

L'ouverture de nouveaux terrains de stage aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier hors CHU pourrait être envisagé pour faire face au nombre croissant d'externes. Le choix de ces terrains de stage pourrait se faire sur la base du volontariat. Enfin, l'obligation de faire un stage chez le médecin généraliste à l'externat a plusieurs intérêts: faire connaître la réalité du métier de médecin généraliste, favoriser le lien entre futurs spécialistes médico-chirurgicaux et futurs médecins généralistes car les internes regrettent aujourd'hui une méconnaissance de leurs pairs de la médecine générale.

A l'internat, les internes de spécialités mettent en évidence le manque d'encadrement en stage. Les internes se sentent délaissés, faisant parfois « fonctionner le service ». De même, l'évaluation qui est actuellement réalisée à la fin des stages est jugée inadaptée car elles ne reflèteraient pas leurs connaissances médicales. Là aussi pourrait être créé un livret des compétences médicales à remplir au cours de leur formation. Les internes proposent aussi l'ouverture de terrains de stage en ambulatoire et en clinique. Les dermatologues ont ainsi bénéficié de l'ouverture d'un stage en Charente depuis le semestre dernier. Ce type de stage pourrait s'adresser aux autres spécialités médico-chirurgicales.

Enfin, les internes mettent en évidence l'inadéquation de la maquette de médecine générale aux besoins actuels. Ils leur semble difficilement concevable aujourd'hui de devoir à choisir entre un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie d'autant plus qu'on est aujourd'hui dans une situation de spécialisation de la médecine générale afin de faire face à la pénurie de certains spécialistes.

La question du post internat se pose aussi. Les internes se trouvent aujourd'hui à la fin de leur formation sans visibilité sur leur post-internat. Peu d'internes ont accès à une place d'assistant ou de chef de clinique. La contradiction réside dans le fait que les internes de spécialités (surtout chirurgicales) ne se sentent pas suffisamment formés à la fin de leurs études à exercer en autonomie. L'assistantat ou le clinicat leur permettent actuellement de se perfectionner dans la pratique. Les internes souhaiteraient donc que leur formation pratique soit revue afin de mieux les préparer à l'exercice de leur métier.

### 4.3 Le projet Recherche-Action

Cette étude s'inscrit au sein de la faculté de Poitiers dans un projet d'action recherche se portant sur le concept de la responsabilité sociale, décrit par B. Tudrej en 2013 (10). Elle fait suite à d'autres travaux ayant des objectifs similaires. V. Olariu recueille ainsi en 2014 le ressenti des internes de médecine générale (12). Puis, A.L. Maillard (14) et M. Bazile (13) analysent respectivement dans leurs travaux le ressenti des patients et des professionnels paramédicaux sur la responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers. Non seulement, les résultats sont comparables d'une étude à une autre mais elles sont aussi complémentaires:

- Inadaptation de la formation théorique nécessitant des changements: enseignement théorique de bonne qualité mais hyperspécialisée et inadaptée par rapport à l'évolution de la société
- Promotion de l'enseignement pratique et développement des stages ambulatoires
- Réévaluation des moyens financiers apportés pour répondre aux besoins de santé
- Adaptation de la répartition des spécialités médicales et chirurgicales dans la région
- Développement de l'apprentissage par compétences
- Encourager la médecine générale dès l'externat
- Instauration de nouveaux enseignements
- Création et développement de partenariats dans l'identification et la réponse aux besoins en santé

D'autres travaux sont actuellement en cours recueillant le ressenti des autres partenaires à savoir les maitres de stage ambulatoires et hospitaliers, les membres de l'administration de la faculté et de l'ARS. L'ensemble des données sera par la suite mis en commun. Viennent ensuite les phases d'expérimentation et d'évaluation, basées sur l'ensemble des travaux de recherche.

## 5. CONCLUSION

A la recherche de l'excellence, être socialement responsable devient une nécessité pour les facultés de médecine. Il s'agit de répondre par le biais de sa formation et de ses programmes de recherche aux besoins de santé de la population qu'elle sert, en respectant les principes d'équité, de qualité, de pertinence et d'efficacité. Pour cela, une faculté de médecine doit non seulement se remettre en question sur son fonctionnement actuel, prendre des initiatives, susciter des réflexions et proposer des solutions. C'est dans ce but qu'a été faite cette étude. Elle s'inscrit ainsi dans un projet de recherche action responsabilité sociale.

Il s'agit ici de recueillir les avis des internes de spécialités médicales et chirurgicales sur le niveau d'implication de la faculté de médecine de Poitiers sur le concept de responsabilité sociale.

Ce qui ressort au cours de ce travail, c'est la méconnaissance de l'avancée manifeste de la faculté de médecine vers une formation socialement responsable. La communication et la diffusion du concept faisant parti du projet de recherche action deviennent dès lors une nécessité.

Par ailleurs ce travail sera complété par d'autres travaux explorant l'avis des autres partenaires de la faculté de médecine. L'ensemble de ces résultats permettront d'établir des plans d'action à expérimenter et à évaluer selon des normes, en vue d'une certification et d'une reconnaissance en tant que faculté socialement responsable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Flexner A. Medical Education in United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910
2. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978
3. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada) 17-21 novembre 1986.
4. Boelen C. Vers l'Unité Pour la Santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de Travail. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001
5. Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Résolution WHA 48.8 de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève, OMS, 1995.
6. Boelen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondial de la santé. 1995.
7. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. Med Educ. sept 2009;43(9):887-94.
8. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine: Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale. 2011 Apr 7;12(1):37-48 (Annexe 1)
9. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Deneff JF, Jutras F, Keita M, et al. Proposition de projet de recherche - action francophone, Améliorer l'impact de la faculté médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale. 2011.

10. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.
11. Site de la faculté de médecine de Poitiers, <http://medphar.univ-poitiers.fr>
12. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.
13. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: le ressenti des professionnels paramédicaux. [Thèse d'exercice]. UFR Poitiers Médecine-Pharmacie; 2015.
14. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine: le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2015
15. Touboul P. Recherche qualitative: la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2012. Disponible sur: [www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef](http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef)
16. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
17. COGEMS Poitou-Charentes - Collège des Généralistes Enseignants Maîtres de Stage de la Région Poitou- Charentes. Les fonctions et compétences du médecin généraliste. [Internet] Disponible sur : [http://www.cogemspc.fr/des/promotion2008/fonctions\\_competences\\_2008.pdf](http://www.cogemspc.fr/des/promotion2008/fonctions_competences_2008.pdf)

# ANNEXES

## ANNEXE 1: Consensus mondial

---



Global Consensus for  
**Social Accountability**  
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial  
sur la Responsabilité Sociale  
des Facultés de Médecine

Décembre 2010

---



**La traduction du document « Global Consensus of Social Accountability of Medical Schools », a été assurée par les membres du groupe Santé et Société de la SIFEM :**

**Charles Boelen**, consultant international, ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé, France.

**José Gomes**, Département de Médecine Générale, UFR de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, France

**Joël Ladner**, Département d'épidémiologie et de santé publique, UFR de Médecine de Rouen, Université de Rouen, France

**Luce Pélissier-Simard**, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada

**Dominique Pestiaux**, Centre académique de médecine générale, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain, Belgique

**Tewfik Nawar**, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada et président du conseil d'évaluation de la CIDMEF





Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les facultés de médecine firent face à des défis sans précédent pour faire en sorte que la formation des médecins soit efficace et fondée sur des bases scientifiques, comme en témoigne le rapport Flexner en 1910. En ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle, d'autres défis importants sont à relever, notamment : l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans la prestation des services de santé ; l'harmonisation avec les réalités sociétales ; la définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé ; la démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des citoyens.

Pour tenter de répondre à ces défis, 130 organisations et experts de par le monde, ayant des compétences en éducation médicale, en régulation professionnelle et en politique de santé, participèrent pendant huit mois à une séquence de trois consultations selon la méthode Delphi, couronnée par une conférence de consensus de trois jours modérée par un arbitre extérieur.

Le Consensus comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », insistant sur des améliorations indispensables pour :

- Répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société
- Prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, recherche et service
- Renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé
- Evaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact

Une synergie entre réseaux et organisations est recommandée au niveau mondial pour la mise en œuvre du consensus, avec comme tâches :

- Un plaidoyer pour la reconnaissance de la pertinence du Consensus Mondial
- Des consultations pour l'adaptation et l'application du Consensus dans différents contextes
- Une recherche pour la confection de normes illustrant la responsabilité sociale
- Une coordination mondiale pour partager les expériences et soutenir les initiatives.

Un siècle après la publication du rapport Flexner, le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est un jalon important qui marquera le développement de l'éducation médicale dans le monde à l'avenir.



## Introduction

Un siècle après la parution du rapport Flexner sur l'état de l'éducation médicale en Amérique du Nord, le principal défi pour l'éducation des professionnels de santé en ce XXI<sup>ème</sup> siècle réside dans la démonstration par les institutions de formation d'une meilleure contribution à l'amélioration de la performance des systèmes de santé et du niveau de santé des citoyens et des populations, non seulement par une adéquation des programmes de formation aux problèmes prioritaires de santé mais aussi par un plus grand engagement à anticiper les besoins en santé et en professionnels de santé du pays et à veiller à ce que les diplômés pratiquent là où sont les plus grands besoins en dispensant les services les plus attendus. Un nouveau paradigme d'excellence pour l'institution académique s'impose, requérant des normes et des mécanismes d'accréditation permettant de promouvoir et d'évaluer sa capacité à améliorer son impact sur la santé.

Du 10 au 13 octobre 2010, soixante-cinq délégués représentant des facultés de médecine et des agences d'accréditation à travers le monde se sont réunis à East London, en Afrique du Sud, pour finaliser le document de Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine, dont le contenu est présenté ci-après. Ce fut l'aboutissement d'une préparation et d'une interaction étendues sur deux années avec un Groupe International de Référence (GIR), composé de 130 représentants d'organisations et personnalités reconnues pour leur expertise en matière d'éducation médicale, d'accréditation et de responsabilité sociale.

Avec l'aide d'un comité de pilotage de 20 experts internationaux, les membres du GIR participèrent à une suite de trois consultations itératives selon la méthode Delphi étendue sur une période de huit mois et se terminant par la conférence de consensus. Dès la première consultation, quarante-trois pages de commentaires et suggestions furent obtenues en réponse aux trois questions ouvertes suivantes :

- Comment les facultés de médecine devraient-elles améliorer leur réponse aux futurs défis de santé dans la société ?
- Comment cette disposition devrait-elle être renforcée, y compris par des systèmes d'accréditation, d'auto-évaluation et d'évaluation par les pairs ?
- Comment mesurer les progrès faits en la matière ?

A la suite des deux consultations suivantes et de la conférence de consensus, facilitée par un expert indépendant, l'analyse des réponses fit émerger des thèmes généraux et un consensus fut obtenu sur dix axes stratégiques. Chaque axe et son contenu sont ainsi le fruit d'un processus de consultation et de négociation démocratiques garantissant le fait que le consensus fut élaboré à partir de l'expertise et de l'expérience des membres du GIR.

Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société.

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs.

Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

Axe 5 : Instauration d'une gouvernance réactive et responsable.

Axe 6 : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services.

Axe 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services.

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

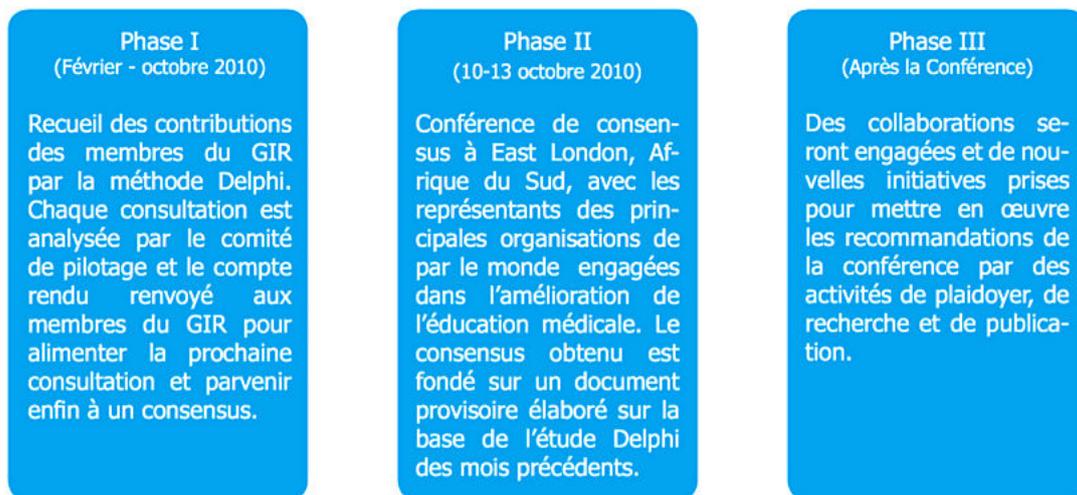
Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.

Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société.



L'objectif général de l'initiative du Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est d'obtenir un agrément sur un cadre conceptuel permettant aux facultés de médecine d'avoir une plus grande influence sur la performance du système de santé et sur le niveau de santé des citoyens et des populations. Ce cadre devrait prévoir un corps de normes et des méthodes d'évaluation et d'accréditation ainsi que des directives pour satisfaire à ces normes.

Pour répondre à cette aspiration, un déroulement en trois phases a été conçu :



Nous entrons dans la phase III qui exigera des efforts concertés avec un grand nombre d'organisations et de projets. Avec les organisations représentées dans le GIR et d'autres qui se joindront au mouvement, on pourra espérer des progrès vers les améliorations souhaitées.

Le document qui suit représente un consensus clairement exprimé pour une démarche de qualité suivant les dix axes stratégiques. Cette démarche, comprenant le développement de normes et de systèmes d'évaluation et d'accréditation, est toute orientée vers l'amélioration de l'impact sur la santé de la société et des citoyens, au niveau local comme au niveau mondial. Des avancées dans cette direction constitueront une remarquable contribution pour le XXIème siècle.

## Le Document de Consensus

Le consensus sur la responsabilité sociale couvre un champ s'apparentant à une vision systémique, allant de l'identification des besoins de santé à la vérification de l'impact que peuvent avoir les facultés de médecine sur ces besoins. La liste des dix axes stratégiques reflète cette séquence logique, en commençant par une appréhension du contexte social, la définition des défis et besoins de santé et la création de partenariats pour une action efficace (axes 1 et 2). Tenant compte des autres professionnels de santé, le rôle et les compétences du médecin sont évoqués (axe 3), pour servir d'inspiration aux stratégies éducationnelles (axe 4) que la faculté de médecine est appelée à mettre en œuvre, ainsi que des stratégies concordantes en matière de recherche et de prestation de services (axe 5). Des normes seront nécessaires pour permettre à la faculté d'atteindre un haut niveau d'excellence (axes 6 et 7), que l'autorité nationale se devra de reconnaître (axe 8). Alors que le concept de responsabilité sociale a valeur universelle (axe 9), les sociétés locales apprécieront en dernier ressort la pertinence des réalisations (axe 10).

### AXE 1. ANTICIPATION DES BESOINS EN SANTE DE LA SOCIETE

1.1 Le développement des facultés de médecine s'appuie sur des valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé pour répondre aux besoins de la société : qualité, équité, pertinence, utilisation responsable des ressources, esprit d'innovation, partenariat et garantie de pérennité.

1.2 La faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé : politiques, épidémiologiques, démographiques, économiques, culturels, et environnementaux. Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

1.3 La vision et la mission d'une faculté de médecine sont essentiellement inspirées des besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement (formation initiale, spécialisée et formation médicale continue),

la recherche (fondamentale et appliquée) et les prestations de services. La faculté de médecine anticipe les changements requis pour aboutir à un système de santé efficient et équitable et à des professionnels de la santé compétents.

### AXE 2. CREATION DE PARTENARIATS AVEC LE SYSTEME DE SANTE ET D'AUTRES ACTEURS

2.1 La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire (notamment les gestionnaires et décideurs des politiques de santé, les services de santé, les associations professionnelles, les autres professionnels de la santé, la société civile) et avec d'autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestation de services.

2.2 La qualité de ce partenariat est démontrée par la mise en place d'un processus continu de consultation avec les partenaires pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services, dans le but de répondre aux besoins de santé prioritaires. La faculté conseille les autorités locales et nationales dans la définition des politiques et des stratégies visant à établir un système de santé adapté aux besoins sociétaux.

2.3 La faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : qualité, équité, pertinence et efficacité. Dans ce cadre, elle met en œuvre et évalue des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population, l'enseignement et la recherche.

2.4 La faculté considère que les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé, et porte une attention particulière à l'articulation des services de première ligne, avec les services de niveau secondaire et tertiaire dans le domaine de l'enseignement, la recherche et la prestation des services. Elle établit un équilibre entre les disciplines pour bien répondre aux besoins de santé. Ceci se reflète dans ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

### **AXE 3. ADAPTATION AUX ROLES NOUVEAUX DES MEDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE**

3.1 La faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concerta-

tion avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation de tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous et efficaces

3.2 La faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sus-décrites et au concept de professionnalisme reconnu par les organisations compétentes. De telles compétences incluent l'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le leadership et la communication.





3.3 En accord avec les besoins liés à l'évolution de la société et les ajustements du système de santé, la faculté de médecine produit une diversité de spécialistes de qualité et en nombre suffisant. Une priorité est donnée à l'encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaires.

3.4 La faculté de médecine reconnaît qu'indépendamment de leur spécialité future, les médecins doivent être clairement engagés dans des activités de santé publique, de façon cohérente avec leurs activités cliniques. Ceci inclut des activités relatives à la promotion de la santé, la prévention des facteurs de risque et la réadaptation pour les patients et l'ensemble de la population. Les diplômés s'investissent davantage dans des activités de plaidoyer et de réforme du système de santé.

#### **AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTEES**

4.1 La faculté de médecine recrute, sélectionne et aide les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale et les groupes défavorisés.

4.2 L'éventail complet des interventions éducatives incluant le contenu et la structure du programme, l'attribution des ressources d'apprentissage, les méthodes d'enseignement, l'évaluation de l'étudiant, le développement professionnel des enseignants et les systèmes d'évaluation sont construits pour répondre aux besoins individuels et sociétaux.

4.3 Les opportunités et les équipements pour l'apprentissage sont largement disponibles pour aider les apprenants dans l'acquisition des habiletés de développement professionnel continu ainsi que des compétences relatives à la résolution de problèmes et la négociation nécessaires aux diplômés dans leur futur rôle de leadership.

4.4 Les étudiants se voient offrir une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, pour comprendre et agir sur les déterminants de santé et acquérir des habiletés cliniques appropriées. La faculté s'engage pleinement



à ce qu'une telle formation soit intégrée dans toutes les disciplines et qu'une utilisation optimale des ressources soit faite au bénéfice de la communauté concernée.

4.5 La faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en oeuvre des stratégies éducatives et garantir que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales.

4.6 La faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences comme décrit dans l'axe 3.

4.7 Les méthodes et stratégies éducatives sont périodiquement révisées et actualisées en accord avec les bonnes pratiques en matière d'éducation médicale, l'évaluation de la performance des étudiants, les expériences des médecins en pratique et le retour d'information de la part des étudiants et autres parties prenantes du système de santé. De telles révisions s'intéressent particulièrement à vérifier la cohérence entre les valeurs fixées par la faculté, d'une part et les politiques et pratiques observées, d'autre part.

#### **AXE 5. INSTALLATION D'UNE GOUVERNANCE REACTIVE ET RESPONSABLE**

5.1 La faculté de médecine démontre une gouvernance et un leadership responsables pour assumer pleinement son rôle d'acteur clé dans le système de santé et dans la politique de développement des professions de santé, en intégrant les principes de responsabilité sociale dans les programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

5.2 La faculté de médecine engage l'ensemble du corps académique et les étudiants pour répondre aux besoins et aux défis de santé dans la société. Un tel engagement est re-

connu et fait l'objet d'évaluations conduites de manière systématique et critique, avec des outils certifiés.

5.3 La faculté de médecine développe des partenariats durables avec d'autres intervenants, telles que les écoles professionnelles de santé, pour optimiser les performances des uns et des autres, notamment en formant des diplômés en qualité et en quantité et en garantissant leur bon déploiement et un meilleur impact sur la santé.

5.4 La faculté de médecine s'assure que les ressources existantes sont justement distribuées et gérées de manière efficiente, et que de nouvelles ressources sont recherchées pour lui permettre de fonctionner en tant qu'institution socialement responsable. Les ressources sont utilisées pour le recrutement de cadres compétents, le bon fonctionnement, des infrastructures et la bonne mise en place de nouveaux programmes, en veillant à un juste équilibre entre tous les niveaux de prestation des services de santé.





## AXE 6. REDEFINITION DE NORMES POUR L'ÉDUCATION, LA RECHERCHE ET LA PRESTATION DE SERVICES

6.1 L'excellence académique est reconnue comme la capacité d'offrir des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services susceptibles de répondre au mieux aux défis et besoins en santé de la société et avoir ainsi un plus grand impact sur la santé. Suivant les principes de responsabilité sociale, l'éventail des normes reflète le continuum de l'identification des problèmes, des choix stratégiques, des processus de gestion, des résultats et de l'impact sur la santé, à la fois sur le plan individuel et populationnel.

6.2 Les normes en vigueur dans l'éducation médicale sont révisées et enrichies avec les nouvelles normes, de sorte que leur éventail comprenne les intrants (qui est formé et par qui), les processus, les résultats (ce que les diplômés réalisent une fois dans la pratique) et l'impact sur la santé. Les normes reflètent le continuum depuis la formation pré graduée

jusqu'à la formation post graduée, en incluant le développement professionnel continu. Les normes en matière de recherche et de prestation de services sont également orientées pour répondre à des besoins bien définis, et la satisfaction de ces besoins est évaluée et transmise à ceux qui en sont responsables.

6.3 Les normes relatives aux programmes d'éducation couvrent les champ suivant : la définition des compétences attendues ; la coordination avec d'autres professionnels de la santé; la conception et la révision du curriculum; la coordination et l'aide pour sa mise en œuvre, la formation des enseignants ; le recrutement, la sélection, le suivi et le conseil des étudiants ; l'allocation des ressources et la gestion de celles-ci ; l'évaluation des étudiants, des programmes et des enseignants ; la vérification de l'acquisition des compétences attendues pour tous les diplômés ; et enfin l'évaluation continue des choix de carrière et de l'engagement professionnel des diplômés à servir dans les zones défavorisées. Les normes



sont énoncées et gérées d'une manière à encourager l'innovation et stimuler la créativité en réponse aux besoins de la société.

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les champs suivants : les choix de carrière des diplômés en réponse aux défis et besoins prioritaires de la société en matière de soins de santé, le déploiement et l'affectation de ceux-ci là où ils sont le plus nécessaires, leur capacité à répondre de manière efficace aux priorités de santé, l'amélioration de leurs conditions de travail, leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans le territoire où la faculté est implantée.

6.5 Les normes relatives à la gouvernance d'une faculté de médecine couvrent les champs suivants : la qualité de la gouvernance institutionnelle, la qualité du leadership, le professionnalisme des cadres académiques, l'utilisation appropriée des ressources, la capacité à créer et maintenir des partenariats forts avec les principaux acteurs du système

de santé. Tous ces éléments contribuent à l'application pratique des principes de responsabilité sociale.

6.6 Les normes d'accréditation requièrent une formation associant d'autres professionnels de la santé et vérifient les compétences des diplômés à travailler avec d'autres professionnels.

#### **AXE 7. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE EN EDUCATION, RECHERCHE ET PRESTATION DE SERVICES**

7.1 La faculté de médecine s'engage dans un processus d'amélioration et de révision périodique de la qualité, guidé par des normes définies en éducation, en recherche et en prestation de services. L'adhésion à de telles normes est une partie essentielle de la responsabilité sociale des facultés de médecine.

7.2 La faculté de médecine mesure le progrès en lien avec sa responsabilité sociale par une série de mesures tant qualitatives que quantitatives qui reflètent sa performance au regard de normes valides et fiables relatives aux intrants, processus et résultats. La détermination de ces mesures doit résulter d'un dialogue avec les principaux acteurs de santé, en vue de satisfaire les besoins et défis actuels et futurs en santé.

7.3 La faculté de médecine recommande l'utilisation systématique et périodique d'outils de mesure pour son évaluation et sa démarche de qualité. Le processus est explicite, transparent, constructif et accessible aux différents acteurs de santé.

7.4 Dans sa démarche de qualité et pour prétendre devenir socialement responsable, la faculté de médecine reconnaît le rôle déterminant d'une structure de gouvernance performante, d'un leadership responsable, ainsi que de normes professionnelles pour le personnel engagé dans les domaines de l'éducation médicale, de la recherche et des prestations de services.

#### **AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MECANISMES D'ACCREDITATION**

8.1 L'accréditation est un puissant levier pour le changement institutionnel et l'amélioration de la qualité. Elle doit être activement encouragée par les autorités académiques et sanitaires à travers le monde. L'existence d'un mécanisme dans le pays ou la région permet à toute faculté de médecine d'être accréditée par un organisme reconnu. Une accréditation est effectuée à intervalles réguliers conduisant entre-temps à des améliorations notables.

8.2 Les normes et processus d'accréditation reflètent les principes de responsabilité sociale en autant qu'ils couvrent l'état des intrants, processus, résultats et l'impact, permettant d'apprécier et de promouvoir la capacité des



facultés de médecine à répondre de façon efficiente aux défis et aux besoins en santé de la société.

8.3 L'existence d'un mécanisme d'accréditation implique aussi l'existence d'un soutien aux des facultés de médecine dans leur effort à se conformer aux normes et au processus. Selon le contexte, ce soutien varie et peut aller de l'énoncé de directives favorisant la responsabilité sociale à la mise à disposition de moyens ou autres incitatifs.

8.4 L'évaluation interne est confirmée par une évaluation externe conduite par des pairs. Des représentants des acteurs de santé sont invités à participer à la définition des normes, à la sélection des évaluateurs externes et à une mise à jour régulière du système d'accréditation.

#### **AXE 9. ADHESION AUX PRINCIPES UNIVERSELS ET ADAPTATION AU CONTEXTE LOCAL**

9.1 Les principes de responsabilité sociale sont universels : ils doivent être adoptés et appliqués à travers le monde, car ils améliorent la capacité d'une faculté de médecine à mieux utiliser son potentiel pour identifier et

relever les défis de la santé et les besoins de la société dans un esprit de qualité, d'équité, de pertinence, d'innovation et d'utilisation appropriée des ressources.

9.2 Vu la mobilité internationale accrue des médecins, mais aussi des patients, la faculté de médecine est consciente des phénomènes de mondialisation. Dans le cadre du développement durable au niveau mondial, elle doit introduire des perspectives internationales dans la conception, l'organisation et la mise en oeuvre de ses enseignements.

9.3 Bien que les principes, définitions et classifications en matière de responsabilité sociale soient universels, leur adaptation au contexte local est primordiale.

9.4 Les organisations internationales actives dans les domaines de la santé et de l'enseignement supérieur, au niveau régional ou mondial, doivent préconiser les systèmes d'assurance qualité, tels que l'accréditation. Un cadre de régulation est nécessaire pour que soient appliqués les principes de la responsabilité sociale afin de mieux répondre aux besoins de santé prioritaires des pays et faire face à la crise générale des ressources humaines dans le secteur de la santé.

## AXE 10. PRISE EN COMPTE DU ROLE DE LA SOCIÉTÉ

10.1 Il y a un équilibre à trouver entre la préservation de l'autonomie institutionnelle et la place des différents acteurs et de la société civile pour intégrer les principes de responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Il s'agit là d'un véritable défi.

10.2 Les principaux acteurs, à savoir, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organisations de santé, les professionnels de la santé et la société civile, sont représentés dans les équipes d'évaluation interne et externe, y compris pour l'accréditation, car la responsabilité sociale concerne directement ces acteurs.

10.3 Les communautés, où la faculté de médecine est implantée sont régulièrement consultées pour obtenir leur avis sur le niveau de responsabilité sociale de la faculté. Les résultats et les observations de l'accréditation de la faculté sont rendus publics.



## Steering Committee

**Magdalena Awases**  
Human Resources for Health (HRH), World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa  
HRH, WHO Geneva  
Formerly with HRH, WHO

**Rebecca Bailey\***  
**Charles Boelen,**  
Co-chair \*

**Mario Dal Poz**  
**Moses Galukande\***

**Jorge Eduardo Gutiérrez Calivá**

**Dan Hunt**

**Jehu Iputo\***  
**Yusuf Irawan**  
**Ahmed Kafajei**

**Joël Ladner\***  
**Sam Leinster\***  
**Stefan Lindgren\***

**Khaya Mfenyana\***  
**Tewfik Nawar\***  
**Andre-Jacques Neusy\***  
**Björg Pálsdóttir\***  
**Jean Rochon**  
**Robert Woollard,**  
Co-chair\*

## International Reference Group

**Mohamed Elhassan Abdalla\***  
Jazan University

**Ibrahim Abdulmeini**  
Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria

**Walid Abubaker\***  
**Liliana Arias**

**Carol Aschenbrenner**  
Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS

**Makonnen Asefa\***  
American Association of Medical Colleges (AAMC)

**Sébastien Audette**  
**Djona Avoksouma**

**Ibrahim Banihani**  
Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPHA) Accreditation Canada

**Rashad Barsoum**  
HRH, WHO Regional Office for Africa

**Barbara Barzansky**  
**Mourad Belaciano**

**Dan Benor**  
**John Blich**  
**Dan Blumenthal\***  
**Bettina Borisch**  
**Rosa Maria Borrell-Bentz**

**Nick Busing**

**David Buso\***  
**Jim Campbell**  
**Emmanuel Cassimatis**

Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region

Supreme Council of Egyptian Universities

LCME

Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM

Ben Gurion University

Academy of Medical Educators

Morehouse School of Medicine

WFPHA, Geneva

Human Resources Development, WHO Regional Offices for the Americas/PAHO

Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)

Walter Sisulu University

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)

**Francesca Celetti**  
**Angel Centeno\***  
**Lincoln Chen**  
**Shakuntala Chhabra\***  
**Ian Couper\***  
**Manuel Dayrit**  
**Milton de Arruda**  
**Martins**  
**Eric de Roodenbeka**

**Jean-Francois Deneff\***

**Horacio Deza**

**Mohenu Isidore**  
**Jean-Marie Diomande**  
**Robbert Duvivier**

**Tetanye Ekoe\***  
**Amal Elouazzani\***  
**Mohamed Elsanousi\***  
**Julian Fisher**  
**Antoine Flahault**

**Cristobal Fortunato**

**Jean-Paul Francke**

**Tabeh Freeman**  
**Seble Frehywot**  
**George Gage**

**Jacob Gayle**  
**Grace George\***  
**Trevor Gibbs**  
**Charles Godue**

**Ioana Goganau\***

**Rajesh Gongal\***

**David Gordon\***

**Arcadi Gual**  
**Edward Gyader\***

**Georges Haddad**  
**John Hamilton\***  
**Bashir Hamad\***  
**Jason Hilliard**  
**Yiqun Hu**  
**Manuel Huaman**

**Muzaherul Huq**

**Yojiro Ishii**

**Marian Eslie Jacobs\***

**Susan Johnson\***

**SAS Kargbo**

**Geoffrey Kasembli**  
**Zulfiqar Khan\***  
**Michael Kidd**

**Khunying Kobchitt**  
**Limpaphayom\***

HRH, WHO Geneva

Austral University

China Medical Board

MG Institute of Medical Science (MGIMS)

University of Witwatersrand

HRH, WHO Geneva

University of Sao Paulo

International Hospital Federation (IHF-FIH)

SIFEM International French Speaking Society for Medical Education

Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AFACIMERA)

UFR Sciences Médicales d'Abidjan

International Federation of Medical Student Associations

Yaoude Faculty of Medicine

Hassan II University

University of Gezira

FDI World Dental Federation

Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)

Ateneo de Zaboanga University

International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDMEF)

Liberia Medical School

George Washington University

Afro European Medical and Research Network

The Ford Foundation

Walter Sisulu University

Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO

International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)

Patan Academy of Health Sciences, Patan Hospital

Association of Medical Schools in Europe (AMSE)

Fundacion Educacion Medica

School of Medicine and Health Sciences, Ghana

UNESCO

University of Newcastle

University of Gezira

University of Colorado

Shanghai Jiaotong University

Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)

HRH, WHO Regional Office for South-East Asia

Japan International Cooperation Agency

Association of Medical Schools in Africa (AMSA) and University of Cape Town

National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa

Ministry of Health, Sierra Leone

Afro European Medical and Research Network

WHO Pakistan

WONCA working party on Education

South East Asian Regional Association on Medical Education

**Joseph Kolars**  
**Jan Maeseneer**

**Henri Manasse Jr.\***

**Dianne Manning\***  
**Maurice McGregor\***  
**Jim McKillop**

**Donald Meinick**  
**Hugo Mercer**  
**Mwapatsa Mipando\***  
**Nader**  
**Momtazmanesh\* Gottlieb**  
**Monekosso\***  
**Fitzhugh Mullan**  
**Richard Murray\***  
**Jeremiah Mwangi**

**Rose Chalo**  
**Nabirye\***  
**Sophon Napathorn\***  
**Lois Nora\***

**John Norcini\***

**Jesus Noyola**

**Ezekiel Nukuro**

**Chacha Nyaigotti-Chacha**  
**Francis Omaswa**

**Alberto Oriol Bosch**  
**Martins Ovberedjo\***  
**Neil Pakenham-Walsh**  
**Jorgi Pales**

**Madalena Patricio\***

**Galina Perfilieva**

**Dominique Pestiaux**  
**David Prdeaux\***  
**Pablo Pulido**

**Rich Roberts**  
**Paschalis Rugarabam\***  
**Mubashar Sheikh**

**Jusie Siega-Sur\***  
**Leslie Southgate**  
**David Stern**

**Roger Strasser**

**Navin Sunderlall\***  
**Kate Tulenko**  
**Felix Vartanian\***

**Anvar Velji\***

**Kuku Voyi**  
**Margot Weggemans**  
**Gustaaf Wolvaardt\***

**Liz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

Bill and Melinda Gates Foundation

The Network Towards Unity for Health (Network TUFH)

American Society of Health-System Pharmacists

University of Witwatersrand

McGill University

General Medical Council (GMC)

Undergraduate Board

NBME

Former HRH, WHO

University of Malawi

Ministry of Health and Medical Education

Global Health Dialogue

George Washington University

Australia

International Alliance of Patients' Organizations

WFPHA, Uganda

Chulalongkorn University

North-eastern Ohio Universities and Colleges of Medicine and Pharmacy and ICME

Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER)

Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)

HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific

Inter-University Council for East Africa (IUCEA)

African Center for Global Health and Social Transformation

Fundacion Educacion Medica

WHO Tanzania

Global Healthcare Information Network

Sociedad Espanola de Educacion Medica (SEDEM)

Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe

SIFEM

Flinders University

Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/PEPAFEM)

WONCA President elect

Hurbet Kairuki Memorial University

Global Health Workforce Alliance (GHWA)

University of the Philippines

Academy of Medical Educators

Institute for International Medical Education

Northern Ontario School of Medicine

University of Kwazulu Natal

IntraHealth International

Russian Academy of Advanced Medical Studies

Global Health Education Consortium

University of Pretoria

IFMSA

Foundation for Professional Development

University of Pretoria

Flinders University

UNESCO

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region



Global Consensus for  
Social Accountability  
OF MEDICAL SCHOOLS

\* indicates attendance at the GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010

La conférence GCSA s'est tenue sous l'égide de l'Université de Colombie Britannique (Canada) et de l'Université Walter Sisulu (Afrique du Sud), à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de la Faculté de Médecine Walter Sisulu, un exemple remarquable de faculté de médecine socialement responsable. Nous remercions pour leur soutien : l'OMS, le réseau THEnet ( Training for Health Equity network ), la Société Internationale Francophone d' Education Médicale (SIFEM), la Fédération Mondiale d'Education Médicale ( WFME). La réalisation du projet GCSA fut possible grâce aux subsides accordés par The Atlantic Philanthropies.

Nous sommes reconnaissants à Louise O'Meara de l'Interaction Institute for Social Change d'avoir apporté son expertise externe dans la conception et la facilitation du processus de consensus.



**a place of mind**



*The*  
**ATLANTIC**  
*Philanthropies*



---

Rendez-vous sur le site :

[www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org)

et participez à la diffusion, la recherche développement et la collaboration internationale selon vos possibilités et votre sphère d'influence.

Pour de plus amples informations en matière de collaboration,  
prière de nous contacter :

Gestion

[gcsa@familymed.ubc.ca](mailto:gcsa@familymed.ubc.ca)

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

[boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr)

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

[woollard@familymed.ubc.ca](mailto:woollard@familymed.ubc.ca)

---

**ANNEXE 2: Transcription intégrale des entretiens**

# SERMENT



UNIVERSITÉ DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

---

## 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 !

✕✕✕