

**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 15 Septembre 2016 à Poitiers
par **Monsieur Julien PATRY**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers:

**Le ressenti des maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers en
Poitou-Charentes.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Docteur Bernard FRÊCHE
Monsieur le Docteur Thierry VALETTE
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 15 Septembre 2016 à Poitiers
par **Monsieur Julien PATRY**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers:

**Le ressenti des maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers en
Poitou-Charentes.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Docteur Bernard FRÊCHE
Monsieur le Docteur Thierry VALETTE
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**nombre 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 (**nombre 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 et 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 (**nombre 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 (**nombre 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 (**nombre 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

Maitres 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

Maitres 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 Maitres 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, cancérologie 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)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	8
TABLE DES ILLUSTRATIONS	10
TABLE DES ANNEXES	10
ABRÉVIATIONS	11
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	12
ABSTRACT AND KEY-WORDS	13
1. INTRODUCTION	14
2. MATÉRIELS ET MÉTHODES	15
2.1 <i>La Population</i>	15
2.2 <i>Guide d'entretien qualitatif</i>	16
2.3 <i>Déroulement des entretiens</i>	16
2.4 <i>Analyse du contenu</i>	17
3. RÉSULTATS	17
3.1 <i>Caractéristiques des groupes</i>	17
3.2 <i>Analyse thématique transversale des entretiens collectifs</i>	19
3.2.1 <i>Identification des besoins en santé de la population</i>	20
3.2.2 <i>Réponse aux besoins de santé</i>	21
3.2.2.1 <i>Formation</i>	21
3.2.2.2 <i>Démographie médicale</i>	23
3.2.3 <i>Discordances entre MSU et MSH</i>	23
4. DISCUSSION	24
4.1 <i>Méthode</i>	24
4.1.1 <i>Le recrutement</i>	24
4.2 <i>Les résultats</i>	25
4.2.1 <i>Objectif principal</i>	25
4.2.1.1 <i>La formation</i>	25
4.2.1.2 <i>Démographie médicale</i>	26
4.2.2 <i>Objectif secondaire</i>	27
5. CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	32
SERMENT	33

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha. Vous êtes l'initiateur du projet de responsabilité sociale au sein de la faculté de Poitiers. Vous m'avez soutenu et aidé durant ce travail de thèse. J'espère que mon travail sera à la hauteur de vos attentes. J'ai l'honneur que vous présidiez le jury pour ma soutenance. Veuillez recevoir l'expression de mon plus grand respect.

À Monsieur le Doyen Pascal Roblot. Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à ce projet commun de recherche, effectué au sein du Département de Médecine Générale. Veuillez accepter toute ma reconnaissance pour votre considération envers ce travail.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Benoit Tudrej. Merci de m'avoir soumis l'idée de rédiger un article médical. Je te remercie également pour le soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail de thèse.

À l'ensemble des membres de mon jury:

À Madame le Professeur Christine Silvain, et Madame le Professeur Virginie Migeot. Vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

À Messieurs les Docteur Bernard Frêche, Thierry Valette et Pascal Parthenay. Merci pour l'aide que vous m'avez apportée ainsi que votre soutien durant ce travail de thèse.

Aux Maîtres de stages participants. Merci pour votre disponibilité, votre aide et votre gentillesse. Je vous offre cette thèse qui est la vôtre.

À Frédérique, pour son aide et son implication dans ce travail de thèse.

À Monsieur le Docteur Stéphane Girardeau, qui a été un tuteur rigoureux et à l'écoute durant ces 3 années de DES.

Aux médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus et qui ont participé au façonnement du médecin que je suis devenu aujourd'hui.

Au service de pneumologie du CH de Cognac, une équipe adorable qui m'a formé au milieu hospitalier.

Aux Dr Rucheton, Certin et Dupuis pour mon premier contact avec la médecine générale. Je garde un précieux souvenir de ce stage passionnant passé à vos côtés.

À l'équipe des urgences de l'hôpital de Niort pour m'avoir fait aimer cette spécialité que je redoutais en début d'internat.

Aux Dr Helis, Lecerf et Piketty de m'avoir accordé leur confiance en stage ambulatoire et de m'avoir permis de peaufiner ma relation avec les patients.

Aux « Goisiens », un vrai bonheur de venir travailler dans cette famille qui m'a permis de perfectionner mes connaissances en gériatrie.

Aux présidents de CME, Dr Volard, Dr Godeau et Dr Even pour le temps qu'ils m'ont accordé et surtout pour leur implication dans ce sujet de thèse.

Au Dr Lamasson, celui qui m'a fait prendre ce beau chemin de la médecine générale et qui est pour moi le modèle du médecin de famille.

À mes parents, merci de m'avoir soutenu pendant toutes mes études malgré les quelques frayeurs que j'ai pu vous apporter... C'est également grâce à vous que je suis devenu ce médecin dont je ressens votre fierté au quotidien.

À ma femme Gaëlle, notre complémentarité fait que nous avons terminé nos études en nous motivant mutuellement. Merci pour ton soutien et ton amour durant toutes ces années. Ce travail de thèse commun clôture ces études et signe le début d'une nouvelle vie pour nous...

À mon petit garçon Louis, ta venue n'est que du bonheur pour nous.

À mon frère Thomas, pour ton soutien, ta gentillesse,...merci d'être là ! Je suis heureux de revenir à proximité de toi et de toute ta petite famille.

À Romain, pour ton amitié si précieuse pour moi.

À mes Grands parents de Gorron qui m'ont acheté mon premier stéthoscope et qui me manquent.

À mes Grands parents d'Orléans, pour leurs soutiens, la fierté qu'ils me témoignent et l'intérêt qu'ils portent au milieu médical. Nos conversations sont toujours passionnantes.

À Florence, pour son soutien et son aide durant toutes ces années.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les 10 axes du consensus mondial de Responsabilité Sociale des facultés de médecine

Figure 2 : Grille d'entretien des focus group

Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux focus group.

Tableau 2 : Résumé des résultats

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement des participants

Annexe 2 : Transcription intégrale des entretiens collectifs sur CD

ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : Compact Disc

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

GEAPI : Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques entre Internes

MS : Maître de Stage

MSU : Maître de Stage Universitaire (ambulatoire)

MSH : Maître de Stage Hospitalier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PDF : Portable Document Format

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

RARS : Recherche Action – Responsabilité Sociale

RS : Responsabilité Sociale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIFEM : Société Internationale Francophone d'Education Médicale

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Une faculté de médecine socialement responsable se doit d'orienter sa formation selon quatre critères fondamentaux qui sont l'efficience, la pertinence, l'équité et la qualité. Le projet Recherche Action – Responsabilité Sociale (RARS) a pour but d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre et l'impact d'une démarche inspirée de ces critères. Le consensus mondial a établi 10 axes stratégiques pour définir une faculté socialement responsable. L'objectif de cette étude est de recueillir le ressenti des maîtres de stage ambulatoires (MSU) et hospitaliers (MSH) sur l'implication de la faculté de médecine en terme de responsabilité sociale et d'identifier les différences entre ces groupes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative à partir de focus groups en Poitou-Charentes. Les MSU et MSH ont été interrogés séparément.

Résultats : Les maîtres de stage hospitaliers et ambulatoires réduisent la faculté de médecine à son rôle de formation. Ils ne lui reconnaissent pas un rôle dans l'identification et la réponse aux besoins de santé de la population. Ils recommandent une adaptation de la démographie médicale dans le but d'améliorer l'accès aux soins.

Conclusion : La faculté de médecine avance dans une démarche de responsabilité sociale par l'adaptation de sa formation pour mieux répondre aux besoins actuels de la société. Des désaccords existent entre les maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers concernant la formation des étudiants en médecine. Le recueil du ressenti des autres partenaires de la faculté permettra de définir des normes et indicateurs facilitant l'évaluation de celle-ci.

Mots clés : Responsabilité sociale, faculté de médecine, recherche qualitative, maîtres de stage hospitaliers, maîtres de stage ambulatoires.

ABSTRACT AND KEY-WORDS

Introduction : A socially accountable medical school should organise its training respecting 4 principles : quality, efficiency, relevance and equity. The Research Action – Social Accountability Project is designed to assess the implementation and impact of an approach based on these criteria. The global consensus has established ten strategic axes to define a socially accountable medical school. The aim of this study is to collect the viewpoint of general practitioners and hospital physician supervisors social accountability involvement of medical schools.

Methods : This is a qualitative study based on focus group method in French region Poitou-Charentes. General practitioners (GP) and hospital physician (HP) were interrogated separately.

Results : GP and HP restrict medical schools role to training. They don't consider the identification and response to health needs of the population as part of their duty. However, they are concerned about medical demography and suggest Medical school should deal with it to improve healthcare access.

Conclusion : Medical School is improving in some social accountability aspects by adapting its teaching methods to public health needs. GP and HP disagree about medical students training. The collection of the others viewpoints about medical school social accountability should be continued. It will help to determine standards and indicators to assess correctly medical school on social accountability criteria.

Key words: Social accountability, medical school, qualitative research, general practitioner, Ambulatory internship supervisors

1. INTRODUCTION

Le concept de responsabilité sociale (RS) d'une faculté de médecine a été définie pour la première fois en 1995 par C. Boelen et J. Heck comme étant : " 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 " [1][2].

Ainsi en 2001, C. Boelen et J. Heck voient leurs travaux soutenus par l'OMS à travers un projet intitulé « Vers l'unité pour la santé ». Ils proposent « d'étudier et de promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes » [3].

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 (Figure 1) pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable » [4].

Figure 1 : Les 10 axes du consensus mondial de RS des facultés de médecine

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 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

Puis, en 2012 [5] le projet Recherche Action – Responsabilité Sociale (RARS) ambitionne d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité en RS et d'en démontrer l'utilité dans l'amélioration de la santé des populations.

En 2016, 57 facultés francophones dans 16 pays s'engagent dans le projet RARS pour orienter la formation aux besoins de santé de la communauté.

Parce que la place des stages est essentielle dans la formation médicale, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti des maîtres de stage ambulatoires (MSU) et hospitaliers (MSH), concernant l'approche de la faculté de médecine pour répondre aux besoins en santé de la population.

Secondairement, nous mettrons en évidence des discordances entre les MSU et les MSH.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Le recueil des données nécessaires à la réalisation de cette étude a été effectué par la méthode qualitative des focus group [6].

Pour assurer une validité méthodologique, nous avons défini un objectif de 6 à 10 participants par focus groups pour optimiser la méthode d'entretien. Pour anticiper ce seuil minimal de participants, nous avons réalisé un « sur recrutement » de maîtres de stage pour chaque focus group après que les volontaires se soient fait connaître.

2.1 La Population

Les critères d'inclusion des participants étaient être MSU ou MSH en Poitou-Charentes.

Les deux premiers focus group de MSU ont été réalisés lors d'une assemblée générale du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage (COGEMS)

de Poitou Charentes.

Les participants du troisième focus group MSU ont été recrutés via un courriel à partir de la liste de MSU mise à disposition par la faculté.

Les quatre focus group MSH ont été organisés avec l'aide des présidents du comité médical d'établissement (CME). Deux focus group se sont déroulés au centre hospitalier (CH) de Niort, les 2 autres aux CH de La Rochelle et de Rochefort.

2.2 Guide d'entretien qualitatif

Le groupe d'experts RS de Poitou-Charentes a établi un guide d'entretien à 7 questions pour couvrir les axes 1, 2, 3 et 10 (figure 2) du consensus mondial [4] considérés comme les plus pertinents pour la population étudiée.

Figure 2 : Grille d'entretien des focus group

- | |
|---|
| <p>1-Quel est le rôle de la faculté de Médecine vis à vis des besoins de santé de la population ?</p> <p>2-Comment la formation actuelle des futurs médecins répond elle aux besoins de santé de la population ?</p> <p>3-Selon vous, comment cette formation peut-être améliorée ?</p> <p>4-Quels doivent être les partenaires de la faculté pour former les futurs médecins afin d'assurer au mieux les besoins de santé de la population ?</p> <p>5-Pour vous qu'est ce qui définit un médecin répondant au besoin de santé ?</p> <p>6-Qui devrait fixer ces objectifs pour répondre aux besoins en santé de la population ?</p> <p>7-Comment évaluer l'atteinte des ces objectifs ?</p> |
|---|

Cette grille d'entretien a été validée par un expert en méthodologie qualitative. Puis, elles ont été testées auprès de trois maîtres de stage volontaires. Aucune modification n'a été nécessaire.

2.3 Déroulement des entretiens

Avant chaque focus group, les règles de fonctionnement étaient systématiquement rappelées.

Un formulaire de consentement était remis au début des entretiens sur l'enregistrement audio et vidéo ainsi que l'explication de l'anonymisation des données après retranscription (annexe 1).

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de trois dispositifs audio placés à différents endroits de la table ainsi que d'un dispositif vidéo filmant tous les participants.

Les focus group ont été animés par 5 modérateurs expérimentés et s'étant appropriés les principes de responsabilité sociale.

Un observateur était également présent à chaque focus group (3 observateurs différents sur 7 focus group). Il avait pour rôle l'accueil des participants, la vérification du bon fonctionnement des enregistrements pendant les entretiens et d'aider le modérateur sans jamais intervenir auprès des participants

2.4 Analyse du contenu

Pour chaque focus group, les enregistrements ont été retranscrits intégralement via un logiciel de traitement de texte puis anonymisés (annexe 2). Tous les enregistrements ont été détruits par la suite. L'analyse a été réalisée sur le logiciel NVivo de QRS international®.

Les propos du modérateur ont été retranscrits mais n'ont pas été analysés.

La triangulation a été réalisée à l'aide de deux autres investigateurs à partir des premiers focus groups MSU et MSH.

L'analyse des 5 autres verbatim était réalisée par les deux investigateurs principaux. Ils ont été encodés de manière déductive en se basant sur l'analyse issue de la triangulation.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des groupes

Sept focus group de 4 à 10 participants issus des 4 départements du Poitou-Charentes ont été réalisés de janvier à juin 2016.

La durée des entretiens n'a pas excédée 1h30.

Focus Group	Nombre de participants	Hommes	Femmes	Âge (Moyenne)
1	6	2	4	52,5
2	6	4	2	59,8
3	7	3	4	57
Total MSU	19	9	10	56,4
4	10	6	4	48,5
5	4	2	2	42,7
6	6	4	2	47
7	5	3	2	44,2
Total MSH	25	15	10	45,6
Total Participants	44	24	20	

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Au total, sur 44 participants, nous notons une représentation équilibrée des sexes avec 45% de femmes. La moyenne d'ancienneté d'installation en cabinet et à l'hôpital était de 20,6 ans. La moyenne d'ancienneté de maîtrise de stage était de 11,1 ans.

Le nombre d'années de maîtrise la plus basse était de 3 ans contre 28 ans pour le plus ancien MSH. Le nombre d'années d'exercice à partir de l'installation variait de 4 à 35 ans.

Les MSU ont entre 2 et 30 années d'expérience de maîtrise de stage. Le nombre d'années d'exercice variait de 3 à 41 ans.

À l'issu des 3 focus group MSU et 4 focus group MSH, nous avons pu obtenir une saturation des données.

3.2 Analyse thématique transversale des entretiens collectifs

L'analyse des verbatim et la triangulation ont permis de mettre en évidence 2 thèmes faisant consensus :

- L'identification des besoins de santé de la population ;
- La réponse aux besoins en santé de la population ;

Identification des besoins en santé de la population	
	- Définis comme des besoins médico-sociaux territoire-dépendant - En utilisant des données démographiques et épidémiologiques. - Grâce à des partenaires : l'ARS, le CNOM, les médecins, les étudiants, les politiques nationaux et locaux
Réponse aux besoins en santé de la population :	
	- <u>Formation théorique</u> ○ Revoir les modes de sélection : PACES et ECN ○ 2ème cycle : ▪ absence d'enseignement en médecine générale ▪ trop dense, hyperspécialisée ○ 3ème cycle : ▪ Meilleure qualité d'enseignement sur la communication au détriment des connaissances ▪ Cours théoriques sans lien avec le stage effectué ▪ Formation trop hospitalière ▪ Manque une formation aux différents modes d'exercices - <u>Formation pratique</u> ○ Répartition inégale des étudiants sur les terrains de stage ○ Manque de MSU et donc de stages ambulatoires ○ Valoriser la médecine libérale ○ Intérêt des stages satellites - <u>Partenaires de la faculté dans la formation</u> ○ Usagers, Communicants, étudiants, MS, instances de santé, paramédicaux, politiques - <u>Démographie médicale</u> ○ Points négatifs ▪ Numérus clausus ▪ Répartition inégale des médecins ▪ Féminisation ○ Points positifs ▪ Moyens financiers : CESP ▪ Regroupement de professionnels

Tableau 2 : Résumé des résultats

3.2.1 Identification des besoins en santé de la population

3.2.1.1 Les besoins de santé de la population

Pour répondre aux besoins de la population, il faut d'abord les identifier. Pour les 2 groupes de Maîtres de stage (MS), les besoins de santé sont avant tout médicaux et sociaux ; les médecins ont pour rôle principal de soigner les patients et de soulager la souffrance dans une approche globale de la personne.

Ils perçoivent la population comme ayant deux types de besoins, « *il y a un hiatus entre le besoin réel et le besoin ressenti...* », ce qui explique un déphasage entre les médecins et leurs patients.

De plus, ils soulignent des besoins territoriaux différents des besoins nationaux, avec une nécessité d'adaptation du médecin à la population locale et l'importance de définir les besoins de santé locaux : « *l'ensemble des besoins de la population sur un département, sur une région. Et à ce moment, en définissant les besoins, peut être que l'on donnera des missions aux médecins qui seront sur les territoires* ».

L'identification des besoins de santé passe par l'étude de la démographie médicale.

Ils évoquent tous l'intérêt de l'utilisation d'indicateurs de santé publique : « *des indicateurs aussi de suivi par l'OMS, de mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale* ». Ils citent la réalisation d'enquêtes épidémiologiques dans le cadre de travaux de recherche facultaire permettant d'adapter la formation des médecins : « *de faire un peu d'épidémiologie mais ça c'est voilà, ça c'est les chercheurs de la faculté qui vont faire ça sur voilà, sursur le matériel sur lequel les futurs médecins vont devoir travailler* ».

Dans cette démarche, ils invitent de nombreux partenaires comme : l'ARS, le CNOM, les médecins, les étudiants, les politiques nationaux (ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale) et locaux (élus).

L'ARS est la structure la plus citée par les MS « *ce sera eux qui auront le bilan des besoins en santé...* »

3.2.2 Réponse aux besoins de santé

3.2.2.1 Formation

3.2.2.1-1 Formation théorique

Les MS considèrent que le mode de sélection de Première année commune aux études de santé (PACES) est inadapté pour choisir les futurs médecins. En effet : *« on ne sélectionne que des gens qui vont avoir des capacités notamment dans les matières scientifiques »*. Ils proposent une sélection sur entretien : *« ... il y a aussi des entretiens pour voir un peu les motivations, pour voir la personnalité, ... »*. L'examen classant national (ECN) est aussi vivement critiqué avec certains médecins qui le considèrent comme une sanction.

Concernant le deuxième cycle des études médicales, les MS les considèrent comme trop dense et hyperspécialisées : *« ...former des gens sur des pathologies qui n'existent pas chez nous...tout ça parce que ça fait parti d'un traité de médecine quelconque, j'en vois pas beaucoup l'intérêt mais bon... »*

Ils regrettent par ailleurs l'absence d'un enseignement spécifique en médecine générale bien que près de la moitié des étudiants s'orientent vers cette discipline au concours de l'ECN : *« ... il n'y a pas d'enseignement de médecine générale, c'est incroyable... en deuxième cycle ! »*.

Le troisième cycle de formation est mieux perçu car chaque spécialité possède une maquette propre.

La relation médecin – patient y est mieux enseignée et les MS estiment que les internes sont plus à l'aise dans la communication dès le début de leur internat.

Les MSH notent néanmoins un déclin concernant les connaissances théoriques sur les pathologies : *«...on ne me demandait pas de leur apprendre des choses...accès sur le savoir médical. C'était toujours sur... comment tu annoncerais un cancer chez cette personne, sur le relationnel, sur l'empathie, ... »*.

Toutefois, les MSU s'interrogent sur la coordination des enseignements théoriques et pratiques. Par exemple, ils regrettent l'organisation de Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques entre Internes (GEAPI) orientés sur l'ambulatoire avec des étudiants n'ayant pas encore fait de stages en soins de premiers recours.

De leur côté, les MSH déplorent un manque d'organisation de la faculté sur le suivi des cours théoriques proposés par les services hospitaliers qui sont alors service dépendant en nombre et en qualité. « *On a l'impression qu'ils s'en fichent qu'on les fasse ou qu'on les fasse pas, on n'est même pas, ni contrôlé, ni invité à le faire* ».

Par ailleurs, les MS trouvent cette formation trop hospitalière et ressentent un manque de formation « *aux différents modes et types d'exercice...les maisons de santé, l'exercice tout seul...* ». Ils notent la nécessité de l'apprentissage à la gestion d'un cabinet pour les étudiants se prédestinant à une pratique libérale : « *être formé à gérer ce genre de choses, l'organisation du cabinet, comment on finance,...* ».

3.2.2.1-2 Formation pratique

Dans le cadre de cette formation essentiellement hospitalière, ils abordent la politique de répartition des internes au Centre hospitalier universitaire (CHU) : « au CHU, ils ont toujours fonctionné avec des internes donc si on leur en met moins...ils vont se dire...nous on ne peut pas fonctionner... » mais aussi des externes « est ce que les externes ne doivent être qu'en CHU ? ».

En conséquence, la qualité des stages se réduit avec l'augmentation du nombre d'internes à former. : « *ici une interne aurait...l'équivalent de 30 patients et au CHU s'ils ont 12 patients chacun...ils doivent un peu s'ennuyer* ». Ils regrettent une absence de répartition plus équitable avec les CH périphériques aussi bien pour les internes que les externes.

Ils encouragent l'augmentation du nombre de stages en ambulatoire dès le deuxième cycle : « je pense qu'il faudrait ouvrir plus tôt dans le cursus la vision sur la médecine de ville... ». Ils soutiennent donc l'augmentation, du nombre de stages ambulatoires en recrutant plus de MSU y compris dans les autres spécialités libérales et « *donc inciter à ce que il y ait des internes de spécialités dans les spécialités de ville* ».

Ils soulèvent également l'utilité de stages satellites permettant de former les étudiants auprès des paramédicaux : « *ils vont faire un petit tour chez la kiné, chez l'infirmière... chez les dermato...* ». Cela permettrait aux futurs médecins de mieux connaître les professions paramédicales et d'améliorer la coordination des soins.

3.2.2.2 Démographie médicale

Les problématiques de démographie médicale seraient favorisées par 2 facteurs : le *numerus clausus* et une mauvaise répartition sur le territoire. La féminisation de la profession aggraverait ces problématiques : « *beaucoup de femmes...vont faire effectivement des petits temps* ». La conséquence en est « *une diminution de nombre d'actes effectués par les médecins* ». Ils considèrent que cette activité n'est pas « *compatible aujourd'hui dans un cabinet avec des charges importantes* »

Des solutions existent pour les MS comme des incitations financières, notamment le contrat d'engagement de service public (CESP) ou le regroupement des professionnels en maison de santé: « *vous évoquiez des solutions...il y a quand même les politiques générales pour pouvoir soutenir, développer et financer les maisons médicales, les maisons de santé pluridisciplinaires...* »

3.2.3 Discordances entre MSU et MSH

On note une grande concordance des idées entre les MS. Cependant il existe des divergences dans le cadre du stage au CHU et des évaluations de stage.

Stage au CHU

Les MSU se posent la question de l'utilité du stage au CHU pour les internes de médecine générale. En effet, ils seraient pour le retrait de ce stage dans la maquette. A l'inverse, les MSH montrent des difficultés à prendre parti sur l'intérêt de ce stage : « *...les techniques et les niveaux de connaissances...Avoir mis les pieds une fois dans l'universitaire pour voir le fonctionnement* ». « *Est ce qu'ils sont vraiment obligés d'aller faire un stage de CHU* ».

Evaluations de stage

Les MSH s'entendent à l'unanimité sur le fait que ces dernières ne sont pas adaptées et souhaiteraient qu'elles soient entièrement modifiées. Dans un premier temps, ils les considèrent trop complaisantes « *on ne nous aide pas à être suffisamment réaliste. C'est un peu trop Jacques Martin quoi...tout le monde est bien et gentil...* ». Ils justifient cette complaisance par une certaine crainte de voir une diminution des postes d'internes dans leur service. La conséquence en serait que certains internes incompetents seraient validés : « *Il était en dernier semestre et il*

était passé partout et tout le monde lui avait validé son stage sans rien lui dire. Et moi, je me suis retrouvé avec un gars, je te jure d'incompétent ».

Les outils d'évaluation mériteraient alors d'être améliorés : « Essayer de trouver...ce que chacun attend de l'interne et puis peut-être aussi l'avis de l'interne, ce qu'un interne attend du stage, et puis d'essayer de trouver quelque chose...une grille d'évaluation ».

Les MSU considèrent que l'autoévaluation par les internes est une approche pédagogique à développer : « *mais l'étudiant lui il a percuté que c'est vachement important et qu'il sait pas faire et qu'il faut qu'il apprenne* ». De leurs côtés, les MSH n'abordent pas l'autoévaluation des internes.

4. DISCUSSION

La formation est pour les MS, le rôle principal de la faculté de médecine dans la réponse aux besoins de santé de la population mais n'intervient pas dans l'identification des besoins de la population. Par ailleurs, la démographie médicale est pour eux un point central à améliorer dans la réponse aux besoins de santé.

4.1. Méthode

4.1.1 Le recrutement

Le recrutement a parfois été difficile pour les MSH. Lors de deux focus group, le nombre de participants était faible (4 à La Rochelle et 5 à Rochefort). Ce nombre plus faible de participants est lié à des désistements de dernière minute. Ceux-ci ont néanmoins été inclus dans l'étude devant la richesse des réponses obtenues.

La méconnaissance du sujet ainsi que la durée d'entretien ont pu limiter le taux de participation.

Les 44 participants sont issus des quatre départements du Poitou Charentes avec une forte prédominance de médecins des Deux Sèvres du fait que les investigateurs sont installés dans cette région, ce qui a facilité le recrutement.

Nous n'avons pas réussi à recruter les MSH du CHU. Probablement car ils sont plus souvent sollicités que les autres MSH pour des travaux de recherche. Toutefois, aucun élément ne laisse penser que les MSH du CHU auraient apporté des idées nouvelles à l'exception de la question sur les stages en CHU.

4.2 Les résultats

4.2.1 Objectif principal

4.2.1.1 La formation

Ce premier axe du consensus sur l'anticipation des besoins en santé implique l'enseignement délivré par la faculté de médecine : " Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement (...) 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 (...) "[4].

Formation théorique

Selon les MS, le PACES mis en place depuis 2010 ne permet pas un mode de sélection égalitaire. Ce point s'opposerait même aux principes définis par le consensus mondial. En effet, dans l'axe 4 : « la faculté de médecine recrute, sélectionne et aide les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale et les groupes défavorisés. » [4].

Des expériences originales sont étudiées comme pour la faculté de médecine de Montréal qui utilise un mode de sélection sur entretien qui compte pour 50% de la note d'évaluation permettant l'entrée. Cet entretien a pour but « d'évaluer les qualités et aptitudes jugées nécessaires à la réussite du programme et à la pratique de la médecine d'aujourd'hui, telles la motivation, l'empathie, la conscience sociale, l'équilibre de vie, l'authenticité, l'ouverture d'esprit, le leadership, le jugement, la capacité de travailler en équipe, la capacité de communiquer, la capacité d'autocritique, la capacité d'adaptation, la capacité relationnelle, etc. » [7].

L'ensemble des résultats montre un manque de valorisation de la médecine générale en France. Cette impression a également été exprimée par les patients [8]. Ces derniers ressentent la formation du deuxième cycle comme centrée sur les autres spécialités. Cela réduirait l'attrait pour la médecine générale. L'axe 2 rappelle pourtant que la faculté de médecine doit considérer « 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... » [4].

Formation pratique

Cette idée se retrouve dans d'autres travaux ; une étude sur la représentation de la médecine générale chez les externes [9] fait ressortir une méconnaissance de cette spécialité et les craintes chez les étudiants n'ayant pas fait de stages en 2ème cycle. Les internes regrettent également le manque de stages ambulatoires [10]. Les facultés ont mis en place les stages ambulatoires dès le deuxième cycle comme l'oblige la loi. Actuellement en France, il y a un stage de trois mois pour les externes, et deux stages de six mois pour les internes en médecine générale dont un facultatif. Les facultés doivent donc poursuivre l'effort de recrutement de MS ambulatoires et valoriser cette maîtrise de stage.

4.2.1.2 Démographie médicale

Les MSH regrettent le manque de réactivité des politiques quant à l'adaptation du numérus clausus. Pourtant la France n'a jamais compté autant de médecins. Leur effectif a doublé entre 1979 et 2016 pour atteindre 215 583 médecins en activité au 1er janvier 2016 (+1,7% en 1 an). Par ailleurs le numérus clausus a également été revu à la hausse entre 2009 et 2016 pour atteindre 8626 postes (+51,2%) à l'issue des ECN 2016 [11].

En 2015, 58% des médecins nouvellement inscrits à un tableau de l'Ordre [11] sont des femmes. Les préjugés sont omniprésents car elles sont considérées comme réalisant moins d'actes et favorisant leur vie personnelle. De nombreuses études mettent à mal ces préjugés. Les femmes présenteraient des comportements mieux adaptés aux exigences d'une médecine moderne, et auraient un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ceci correspond aussi aux attentes des médecins hommes, et aux demandes de la société concernant le temps de travail des médecins, comme le demande une directive européenne [12]. Par ailleurs, concernant la relation centrée sur le patient, les femmes seraient plus efficaces que les hommes selon les résultats d'une méta-analyse de 26 études [13]. Elles seraient plus à l'écoute des besoins de leurs patients que les hommes.

Le développement des incitations financières est réel. Le CESP accessible dès la deuxième année permet une allocation mensuelle. En échange, l'étudiant s'engage à s'installer dans une zone déficitaire, et choisir une spécialité moins

représentée. 1325 contrats ont été signés en France depuis la mise en place du CESP en 2012 [14].

Il existe aussi les Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG), depuis 2013, qui apporte une aide financière par une garantie de revenus et une protection sociale [15].

Toutes ces aides proposées par les décideurs politiques et soutenues par la faculté démontre un réel engagement pour maintenir un accès aux soins de premier recours équitable sur tout le territoire.

4.2.2 Objectif secondaire

Evaluations de stage

Les MSH regrettent que la faculté n'intervienne pas suffisamment dans l'évaluation et l'encadrement des étudiants. Ils soulignent un manque de contact avec celle-ci. Les MSU quant à eux considèrent que les internes réalisent leur propre autoévaluation et ne remettent pas en cause la faculté. Les internes de spécialité autre que médecine générale vont dans le sens des MSH en considérant les évaluations actuelles comme inadaptées [16]. Dans ce contexte, le département de médecine générale de la faculté de Poitiers a mis en place un système d'évaluation par compétences [17]. Cela correspond mieux aux compétences professionnelles du médecin, ce que les MS décrivent dans cette étude. Le DMG démontre une volonté d'adapter les évaluations aux besoins de la société.

L'axe 3 du consensus rappelle que : « la faculté de médecine prépare le médecin à un champs de compétences pertinentes... » ou « 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 » [4].

Cette approche par compétence mérite d'être appropriée par toutes les spécialités.

Stage au CHU

Les MSU et MSH s'opposent sur la formation pratique avec le semestre de passage au CHU pour les internes de médecine générale. Les paramédicaux notent l'avantage de ce semestre dans la communication avec les différents intervenants [18]. Ce point est effectivement intéressant car la connaissance d'une structure de soins tertiaire permettrait de l'utiliser à bon escient.

5.CONCLUSION

La faculté de médecine a pour rôle principal la formation des futurs médecins. La responsabilité sociale de cette dernière s'inscrit comme un gage d'excellence dans la réponse aux besoins de santé. Cela implique de s'interroger sur son fonctionnement actuel, mais également de prendre des initiatives, susciter des réflexions et proposer des solutions avec l'aide de ses partenaires. C'est le principe du projet RARS.

Cette étude a permis de recueillir et d'analyser le ressenti des MS qui sont des partenaires important de la faculté de par leur implication dans la formation des étudiants.

Le concept de responsabilité sociale est méconnu des partenaires de la faculté ainsi que l'implication de celle-ci dans ce projet. Depuis 2013 à Poitiers, de nombreuses études sur le sujet ont permis de recueillir l'avis d'autres partenaires de la faculté. Tout d'abord un travail quantitatif sur l'appropriation des concepts de responsabilité sociale a été défini [19]. D'autres travaux ont recueilli les opinions et perceptions des partenaires de la faculté pour déterminer les indicateurs rendant la faculté socialement responsable. A ce jour, les ressentis des internes de médecine générale [10], des internes de spécialités médicales et chirurgicales [16], des patients [8], des professionnels paramédicaux [18] ont déjà été étudiés. Le regroupement des données de ces travaux permettra d'élaborer des normes de RS. Le but final étant d'établir une certification qui marque le miroir de l'excellence académique.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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. Organisation Mondiale de la Santé. 1995.
2. Boelen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la santé. 1995.
3. 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.
4. Comité de pilotage international, SIFEM. 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. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2011/01/pmed110006.pdf>
5. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Denef 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.
6. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer [En ligne]. 2011;22(98):129-35. Disponible sur : <http://www.exercer.fr/numero/98/page/129/pdf/>
7. Université de Montréal : Faculté de médecine. [Internet]. 2016. [consulté le 04 août 2016]. Disponible sur : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/futurs-etudiants/lentrevue-de-selection/>

8. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine: le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2015
9. Boinot M. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2012.
10. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.
11. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2016. [Internet]. 2016. [consulté le 04 août 2016]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
12. Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Parlement européen et Conseil de l'union européenne. [Internet]. 2003. [Consulté le 18 août 2016]. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32003L0088>
13. Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med*. 2004;141:471-4
14. Ministère des affaires sociales et de la santé. Le principe du CESP. [Internet]. 2015. [consulté le 10 août 2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
15. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire-santé. [Internet]. novembre 2015 [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf

16. Melchior F. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des internes de spécialités médicales et chirurgicales. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2016.

17. COGEMS Poitou-Charentes - Collège des Généralistes Enseignants Maîtres de Stage de la Région Poitou- Charentes. Les fonctions et compétences du médecin généraliste. [Internet]. 2008.[consulté le 30 août 2016]. Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2009/fonctions_competences_2008.pdf

18. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des professionnels paramédicaux. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie 2015.

19. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement des participants sur CD

Annexe 2 : Transcription intégrale des entretiens collectifs sur CD

SERMENT



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

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



RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Une faculté de médecine socialement responsable se doit d'orienter sa formation selon quatre critères fondamentaux qui sont l'efficacité, la pertinence, l'équité et la qualité. Le projet Recherche Action – Responsabilité Sociale (RARS) a pour but d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre et l'impact d'une démarche inspirée de ces critères. Le consensus mondial a établi 10 axes stratégiques pour définir une faculté socialement responsable. L'objectif de cette étude est de recueillir le ressenti des maîtres de stage ambulatoires (MSU) et hospitaliers (MSH) sur l'implication de la faculté de médecine en terme de responsabilité sociale et d'identifier les différences entre ces groupes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative à partir de focus groups en Poitou-Charentes. Les MSU et MSH ont été interrogés séparément.

Résultats : Les maîtres de stage hospitaliers et ambulatoires réduisent la faculté de médecine à son rôle de formation. Ils ne lui reconnaissent pas un rôle dans l'identification et la réponse aux besoins de santé de la population. Ils recommandent une adaptation de la démographie médicale dans le but d'améliorer l'accès aux soins.

Conclusion : La faculté de médecine avance dans une démarche de responsabilité sociale par l'adaptation de sa formation pour mieux répondre aux besoins actuels de la société. Des désaccords existent entre les maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers concernant la formation des étudiants en médecine. Le recueil du ressenti des autres partenaires de la faculté permettra de définir des normes et indicateurs facilitant l'évaluation de celle-ci.

Mots clés : Responsabilité sociale, faculté de médecine, recherche qualitative, maitres de stage hospitaliers, maitres de stage ambulatoires.