

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 14 novembre 2013 à Poitiers
par **Marie BACH-MONRIBOT**

**Critique de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin
généraliste :**

Etude qualitative en région Poitou-Charentes auprès de 10 médecins
généralistes enseignants

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DORE

Monsieur le Professeur Paul MENU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Vous m'avez donné ma chance lors de mes premiers replacements au sein de la maison de santé où vous exercez. Je tenais sincèrement à vous en remercier.

Aujourd'hui, vous avez accepté de présider le jury de ma thèse, je vous en suis très reconnaissante.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, en l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand DORE,

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail.

Que cette thèse soit l'occasion de vous remercier et de vous témoigner mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Paul MENU,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en le jugeant.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, en notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY,

Vous avez été mon tuteur pendant mon internat et avez ensuite accepté de me guider dans mon travail de mémoire de DES de médecine générale puis aujourd'hui dans la réalisation de ma thèse. Je tenais à vous remercier pour votre aide et votre soutien tout au long de mon parcours.

A tous les MSU qui ont accepté de participer à mon travail, merci pour votre disponibilité et votre accueil.

Aux deux MSU de mon stage d'interne en médecine générale, Mesdames les Docteurs Béatrice REYNOARD-ALLEMAND et Viviane SOUCHAUD-MENARD, qui m'ont fait découvrir leurs pratiques et donc mon futur métier. Je tenais à les remercier et leur témoigner mon respect et mon affection.

Aux autres médecins que j'ai eu l'occasion de rencontrer durant mon parcours et qui, à travers leur vision de la médecine, m'ont permis de commencer à forger la mienne. Un merci plus

particulier au Docteur Paul FILOCHE, au Docteur Michel MARTIN, à Madame le Docteur Brigitte FONTAINE, à Madame le Docteur Elizabeth JARREAU-PAGES et à Madame le Docteur Anne CALCAGNI-DUNOGUES.

A Julien, mon mari, pour son soutien et sa patience depuis le début : Depuis la P1, les coups durs de la vie et les bonheurs... Tu es depuis tous ces instants à mes côtés, je voulais te remercier de croire en moi.

A ma petite Juliette, mon rayon de soleil !

A ma mère, toujours présente, patiente et réconfortante. Merci pour ton soutien.

A mon père, j'aurai tant aimé que tu sois là...

A mon frère, Manu et à ma sœur, Cécile, discrète mais toujours présente pour me soutenir, merci.

A mes beaux-parents, Annie et Gérard, pour leur soutien et leur gentillesse de tous les instants, merci.

A tous mes amis, je n'en citerai que quelques uns : Raphaèle, Elise, Elvire, Sophie, Camille, Loïc...
Merci pour les bons moments partagés et votre soutien dans les épreuves.

TABLE DES MATIERES

LISTE DU TABLEAU ET DES FIGURES	9
GLOSSAIRE	10
1. INTRODUCTION.....	11
2. MATERIEL ET METHODE	14
2.1. Choix d'une étude qualitative	14
2.2. Réalisation des entretiens semi-dirigés	14
2.2.1. Critères d'inclusion	14
2.2.2. Constitution d'un échantillon raisonné	15
2.2.3. Elaboration du guide d'entretien	16
2.2.4. Recrutement des participants.....	16
2.2.5. Le déroulement des entretiens	17
2.3. Analyse du contenu	18
2.3.1. Retranscription des entretiens enregistrés.....	18
2.3.2. Analyse des données.....	18
3. RESULTATS	19
3.1. Caractéristiques des maîtres de stage rencontrés	19
3.2. Analyse thématique transversale des entretiens.....	20
3.2.1. La grille d'évaluation de fin de stage d'externe chez le médecin généraliste : observations générales	20
3.2.1.1. Remarques positives.....	21
3.2.1.2. Remarques négatives	23
3.2.2. Critiques de la grille par item	28
3.2.2.1. Assiduité.....	28
3.2.2.2. Raisonnement clinique	29
3.2.2.2.1. Relation avec le patient : l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge	29
3.2.2.2.2. Anamnèse.....	31
3.2.2.2.3. Examen physique	33
3.2.2.2.4. Choix des investigations complémentaires.....	33
3.2.2.2.5. Interprétation des données cliniques et para cliniques.....	35
3.2.2.2.6. Décisions thérapeutiques appropriées	38
3.2.2.2.7. S'intéresse au suivi du patient	39
3.2.2.2.8. Assimilation des gestes techniques.....	41

3.2.2.3. Qualité de renseignement du dossier médical	42
3.2.2.4. Exposé oral.....	44
3.2.2.5. Participation aux activités de la structure.....	47
3.2.2.6. Commentaires : sur la qualité du carnet d'externe.....	52
3.2.3. Améliorations souhaitées par les MSU	55
3.2.3.1. Insister sur les spécificités du stage en médecine générale.....	56
3.2.3.2. Respecter le niveau des externes	61
3.2.3.3. Donner des précisions sur le stage à travers la grille d'évaluation	63
3.2.3.4. Réaliser un bilan de fin de stage.....	65
3.2.3.5. Parler d'autonomisation de l'externe	67
3.2.3.6. Parler de la notion de progression de l'externe.....	68
3.2.3.7. Evoquer le Carré de White	69
4. DISCUSSION.....	70
4.1. Discussion sur la méthode choisie	70
4.1.1. Une étude qualitative	70
4.1.2. Les biais ayant pu influencer les résultats de notre étude.....	71
4.2. Discussion sur les résultats de la recherche	73
4.2.1. L'analyse des résultats rapportée à la définition de la médecine générale	73
4.2.2. Confrontation avec des sources extérieures concernant les modalités d'évaluation.....	76
5. CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	83
LISTE DES ANNEXES	85
ANNEXES.....	86
RESUME ET MOTS CLES.....	168
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	169

LISTE DU TABLEAU ET DES FIGURES

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques des maîtres de stage universitaire participant aux entretiens semi-dirigés associées aux durées et dates de ceux-ci.....	19
<u>Figure 1</u> : Détails des observations générales faites par les MSU au sujet de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste	20
<u>Figure 2</u> : Détails des items de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste	28
<u>Figure 3</u> : Observations des MSU concernant l'item et les sous-items « RAISONNEMENT CLINIQUE »	29
<u>Figure 4</u> : Observations des MSU concernant l'item "QUALITE DE RENSEIGNEMENT DU DOSSIER MEDICAL"	42
<u>Figure 5</u> : Observations des MSU concernant le quatrième item à savoir "EXPOSE ORAL"	44
<u>Figure 6</u> : Observations des MSU concernant le cinquième item à savoir "PARTICIPATION AUX ACTIVITES DE LA STRUCTURE"	47
<u>Figure 7</u> : Observations des MSU concernant l'item "COMMENTAIRES SUR LA QUALITE DU CARNET DE L'EXTERNE"	52
<u>Figure 8</u> : Détails des améliorations souhaitées par les MSU lors de la révision de la grille d'évaluation de fin de stage des externes chez le médecin généraliste	55
<u>Figure 9</u> : Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant "LA SPECIFICITE DU STAGE EN MEDECINE GENERALE"	56
<u>Figure 10</u> : Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant « LES PRECISIONS » à apporter.....	63
<u>Figure 11</u> : Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant « LA REALISATION D'UN BILAN DE FIN DE STAGE ».....	65

GLOSSAIRE

MSU : Maître de Stage Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DCEM 1 : Première année de Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DCEM 2 : Deuxième année de Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DCEM 3 : Troisième année de Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DCEM 4 : Quatrième année de Deuxième Cycle des Etudes Médicales

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

ECN : Epreuves Classantes Nationales

DES : Diplôme d'Etudes de Spécialité

COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maitres de Stage

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

WONCA : World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, ou World Organization of Family Doctors

GEAPI: Groupes d'Echanges et d'Analyses des Pratiques d'Internes

DMG: Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

OPE : Organe Personne Environnement

EFR: Explorations Fonctionnelles Respiratoires

1. INTRODUCTION

De nombreux pays ont introduit un stage ambulatoire en médecine générale pendant le deuxième cycle des études médicales ou son équivalent (1).

En France, alors que ce stage est obligatoire depuis une quinzaine d'années pour la validation du deuxième cycle (2), les facultés ont eu des difficultés à le mettre en place d'un point de vue organisationnel mais aussi à cause de problèmes de ressources humaines concernant les maîtres de stage.

En effet, c'est en 1997 qu'est instauré le stage ambulatoire de deuxième cycle en médecine générale, l'arrêté du 4 Mars (2) dit que : « chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale ». Et l'article 12 précise que « pour valider la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, le candidat doit avoir (...) validé le stage auprès d'un médecin généraliste ».

En 2004, la médecine générale devient une spécialité à part entière avec la création du Diplôme d'Etudes de Spécialité (DES) de médecine générale. La filière universitaire de médecine générale existe depuis 2008.

C'est en 2006 que l'arrêté du 23 Novembre (3) rend le stage ambulatoire obligatoire en deuxième cycle, il définit alors les objectifs suivant :

- appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels.
- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé.
- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique.
- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique.
- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale.
- comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

Ce n'est qu'en 2009 que les modalités pratiques de ce stage sont précisées dans l'arrêté du 18 Juin (4). Ainsi, chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale.

En Poitou-Charentes, c'est à la rentrée d'octobre 2010 qu'il a été mis en place. Le manque de lieux de stages proposés ne permet pas à tous les étudiants de deuxième cycle de réaliser ce stage. Le département de médecine générale et le COGEMS ont pour volonté d'augmenter ce nombre progressivement mais le recrutement de maîtres de stage est délicat. Les moyens humains d'enseignement sont souvent difficiles à mobiliser d'autant plus qu'une augmentation rapide du nombre d'externes est à prévoir.

Ce stage s'effectue deux jours par semaine pendant trois mois. Chaque étudiant a deux praticiens agréés-maîtres de stage des universités, exerçant dans la région. Les modalités de choix se font dans les mêmes conditions que pour les autres terrains de stage : un tirage au sort d'un étudiant par promotion permet de définir le premier étudiant à choisir son stage, ensuite chaque étudiant choisit dans l'ordre alphabétique un stage ambulatoire ou hospitalier jusqu'à épuisement des stages. Ce stage est donc actuellement réalisé sur la base du volontariat, mais la volonté du doyen est de le rendre obligatoire.

Par ailleurs, les étudiants de DCEM1 réalisent depuis la rentrée scolaire 2007 un stage ambulatoire obligatoire de découverte chez un praticien libéral. Cette première approche de la médecine générale s'effectue sur quatre demi-journées au sein du cabinet médical du médecin recevant l'étudiant.

A partir de la DCEM 2, chaque étudiant a donc la possibilité d'effectuer un stage de médecine générale selon une organisation établie avec ses deux maîtres de stage universitaire (MSU). Il a des objectifs de formation définis au sein du « carnet de stage de l'externe » (Annexe 5).

On y retrouve entre autre la grille d'évaluation de fin de stage remplie par le MSU et envoyée à la faculté pour validation ou non du stage (Annexe 1).

Suite à des échanges entre MSU au cours des formations et pendant les assemblées générales du COGEMS, la qualité de cette grille a été remise en cause.

La question a alors été soulevée de revoir cette grille afin d'orienter son contenu de façon plus adaptée au stage d'externe chez le médecin généraliste.

Nous nous sommes donc proposés d'aller rencontrer les MSU afin de connaître leur avis concernant cette grille d'évaluation.

A travers ces rencontres, nous avons essayé de répondre aux questions suivantes :

- Que pensent-ils de cette grille d'évaluation : avantages et inconvénients ?
- Comment souhaiteraient-ils voir cette dernière évoluer dans l'avenir ? Quelles améliorations aimeraient-ils y retrouver ?

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Choix d'une étude qualitative

Afin de réaliser une évaluation de la grille de fin de stage des externes en médecine générale, nous avons utilisé une étude qualitative sur le mode d'entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un groupe de maîtres de stage universitaire enseignants en deuxième cycle des études de médecine en Poitou-Charentes.

L'entretien semi-dirigé porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans une grille d'entretien préparée par l'enquêteur. L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente enfermé dans des questions. Au contraire, il « se laisse diriger tout en dirigeant » (Piaget). (5)

2.2. Réalisation des entretiens semi-dirigés

Après avoir défini notre question de recherche, nous avons sélectionné un groupe étendu de MSU à contacter par courrier électronique afin de leur proposer de participer à notre étude. Suite aux différentes réponses des MSU, nous avons fixé ensemble une date d'entretien pour aller à leur rencontre.

2.2.1. Critères d'inclusion

Au départ les critères d'inclusion dans notre étude sont les suivants :

- Etre un MSU ayant fait la formation pour accueillir des externes en stage de trois mois
- Etre agréé
- Exercer en Poitou-Charentes
- Recevoir des externes
- Accepter les conditions de l'entretien, la rencontre et l'enregistrement

2.2.2. Constitution d'un échantillon raisonné

(Annexe 2)

Afin d'avoir un échantillon de l'ensemble des MSU en Poitou-Charentes, nous avons constitué un échantillon raisonné selon:

- Le département : avoir un nombre équivalent de MSU à contacter dans les quatre départements que comprend la région Poitou-Charentes à savoir la Vienne, la Charente, la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres.
- Le sexe : Concernant le ratio homme/femme, nous avons sélectionné un nombre plus important d'hommes. Cette disparité homme/femme peut s'expliquer par la plus grande représentation des hommes au sein des MSU de façon générale.
- L'âge : approximativement, un panel d'âge allant de 35 ans à 60 ans, étant ainsi représentatif de l'ensemble des âges des MSU recevant les externes en stage.
- Le lieu d'exercice : urbain, semi-rural et rural.
- Le mode d'exercice : en groupe ou seul, avec ou sans secrétariat.
- L'ancienneté d'enseignement : avoir une représentation de l'ensemble des MSU par rapport aux nombres d'années depuis lesquelles ils enseignent à savoir plus de 20 ans pour certains et quelques mois pour d'autres. A noter qu'il n'y a pas forcément de corrélation entre l'âge et l'ancienneté d'enseignement.
- Des binômes d'enseignants : nous avons essayé de ne pas prendre de MSU appartenant au même binôme d'enseignants en nous basant sur l'hypothèse qu'une entente des deux participants pouvait biaiser notre étude dans le sens où on retrouverait probablement certaines similitudes chez les deux membres du même binôme, dues aux expériences de rencontre avec des externes communs, aux affinités communes, aux lieux d'exercices peu éloignés.

- Des associations au sein d'un même cabinet : nous avons pris un seul membre du cabinet lorsque plusieurs au sein d'un même groupe s'avéraient être MSU de deuxième cycle afin d'éviter les biais dus à une certaine redondance également.

2.2.3. Elaboration du guide d'entretien

Il s'agit d'un questionnaire semi-directif permettant de guider le MSU vers notre question de recherche en affinant peu à peu le sujet au cours de la rencontre.

Le questionnaire est un canevas permettant de guider tous les entretiens en suivant une trame commune. Il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin.

Il comporte une liste de cinq questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ni négativement afin de ne pas orienter la discussion.

Nous avons donc élaboré le questionnaire suivant :

- 1) Qu'est-ce qui vous a donné envie de recevoir des externes en stage?
- 2) Que pensez-vous du stage d'externe depuis la réforme de 2009?
- 3) Comment évaluez-vous vos étudiants en fin de stage?
- 4) Quelles sont les points forts de la grille d'évaluation de fin de stage?
- 5) Quelles sont les points faibles de la grille d'évaluation de fin de stage?

2.2.4. Recrutement des participants

Suite à l'établissement d'une liste de MSU selon les critères définis précédemment, nous avons envoyé un message électronique (Annexe 3) afin de nous mettre en contact avec les MSU retenus. Parmi la liste de MSU recevant des externes en stage « long », 22 ont été contactés lors de cette première sélection.

Dans ce courrier électronique, nous leur avons proposé d'aller à leur rencontre afin de participer à notre étude. En réponse, ils nous ont proposé des dates de rencontre allant du 5 juin 2013 au 4 juillet 2013.

Le nombre de MSU à rencontrer est déterminé par l'obtention de « saturation d'idées », défini comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures durant l'entretien et n'est donc pas connu d'avance. Le nombre d'entretiens nécessaires dépend donc de la complexité de la question et de l'échantillon.

Suite aux réponses, nous avons pu établir notre échantillon raisonné final (Annexe 4) comprenant dix MSU. Nous leur avons précisé les modalités de l'entretien : entretien semi-dirigé avec un enregistrement audio par dictaphone afin de retranscrire l'ensemble des propos.

Nous sommes allés à leur rencontre sur leur lieu de travail à savoir leur cabinet médical libéral à la date et à l'horaire fixé avec eux.

Au bout de sept entretiens, l'émergence de nouvelles données importantes étaient encore présente. Nous avons alors relancé les propositions de rendez-vous de trois MSU initialement intéressés mais dont les rencontres pour des entretiens n'avaient pas été établies. Suite à leur réponse, les trois dernières rencontres ont eu lieu afin de clôturer cette série d'entretiens.

En effet, grâce à ce complément de trois entretiens, nous avons pu constater l'obtention d'une saturation d'idées concernant notre sujet.

2.2.5. Le déroulement des entretiens

Au moment de la rencontre, nous nous sommes présentés : nom, situation professionnelle, lieu d'exercice. Puis, nous leur avons demandé des détails sur leur fonctionnement personnel à savoir le jour de venu des externes dans leur cabinet, leurs conditions de travail (exercice seul ou en groupe, avec ou sans secrétaires), le délai depuis lequel ils reçoivent des étudiants et de quels niveaux (externes, internes de niveau 1 ou SASPAS).

Par la suite, après leur avoir de nouveau expliqué la méthode de l'entretien semi-dirigé et redemandé l'autorisation d'utiliser le dictaphone, nous avons débuté l'entretien enregistré. Nous avons posé d'abord la question d'accroche et nous sommes rentrés progressivement dans le détail.

Au moment d'aborder plus précisément les items de la grille, nous leur avons présenté un exemplaire de la grille d'évaluation de stage « long » d'externe chez le médecin généraliste. Par la suite, quand nous avons eu l'occasion d'aborder le sujet du « Carnet de l'externe », nous avons également un exemplaire du « Livret de l'externe » à leur présenter s'ils souhaitaient des précisions sur ce dernier. En fin d'entretien, nous les avons remerciés.

2.3. Analyse du contenu

2.3.1. Retranscription des entretiens enregistrés

Les entretiens enregistrés au dictaphone ont été retranscrits intégralement en document Word (Annexe 6 : Retranscription des entretiens des MSU rencontrés). Les discours ont été rapportés le plus fidèlement possible, ainsi que les aspects non verbaux importants. Les interviewés sont anonymisés en début d'entretien puis leurs propos ont été reportés en les nommant MSU. Les propos de l'interviewer ont été retranscrits en l'identifiant sous les initiales MBM, ces derniers n'ont pas été analysés.

2.3.2. Analyse des données

En premier lieu, nous avons analysé individuellement (moi-même) tous les entretiens, tandis que le directeur de la thèse a analysé de son côté un échantillon d'entretiens. Nous avons utilisé le logiciel NVivo 10.

Ces entretiens ont donc été découpés en mots, phrases, expressions... puis classés en nœuds d'idées ou occurrences. Nous avons ensuite comparé nos analyses sur les entretiens choisis afin de faire émerger les idées en commun. Ainsi après confrontations des analyses, nous avons pu définir les thèmes et sous-thèmes ressortant des entretiens.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des maîtres de stage rencontrés

Nous avons constitué un échantillon regroupant dix MSU. Les caractéristiques des MSU rencontrés sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Nous avons également intégré à ce tableau récapitulatif les dates et les durées des entretiens.

Noms	sexe	Tranche d'âge (ans)	Recevant des externes depuis	Département d'exercice	Conditions d'exercice	Lieu d'exercice	Etudiants reçus	Dates d'entretien	Durée d'entretien
Dr A	H	50-55	6 mois	16	Groupe + secrétaire	Semi-rural	Externe + Interne niveau 1	05-06-13	12 min
Dr B	F	50-55	2 ans	16	Groupe + secrétaire	Urbain	Externe + SASPAS	02-07-13	25 min
Dr D	H	50-55	Plusieurs années	16	Seul + sans secrétaire	Rural	Externe + Interne niveau 1	26-06-13	35 min
Dr E	F	35-40	1 an	16	Groupe + secrétaire	Urbain	Externe	3-07-13	32 min
Dr F	H	60-65	2 ans	17	Groupe + secrétaire	Urbain	Externe	4-07-13	34 min
Dr H	F	50-55	2 ans	17	Groupe + secrétaire	Rural	Externe + SASPAS	4-07-13	15 min
Dr O	H	40-45	1 an 1/2	86	Groupe + secrétaire	Semi-rural	Externe + SASPAS	12-06-13	19 min
Dr Q	F	50-55	3 ans	86	Seul + secrétaire	Semi-rural	Externe + SASPAS	12-06-13	51 min
Dr R	H	45-50	2 ans	79	Seul + sans secrétaire	Rural	Externe + SASPAS	12-06-13	43 min
Dr U	H	60-65	20 ans environ	79	Groupe + secrétaire	Rural	Externe + SASPAS	12-06-13	27 min

Tableau 1 : Caractéristiques des maîtres de stage universitaire participant aux entretiens semi-dirigés associées aux durées et dates de ceux-ci.

3.2 Analyse thématique transversale des entretiens

A travers les dix entretiens, nous avons pu orienter notre analyse selon trois grands groupes d'idées :

- Les observations générales de la grille
- La critique des items de la grille
- Les améliorations à apporter à cette grille

Pour chaque niveau d'analyse, nous avons construit une carte heuristique ou arborisation, qui résume simplement l'ensemble des idées contenues dans le chapitre.

Nous allons détailler chaque niveau d'analyse et illustrer les idées par des verbatims (italiques et encadrés).

3.2.1. La grille d'évaluation de fin de stage d'externe chez le médecin généraliste : observations générales :

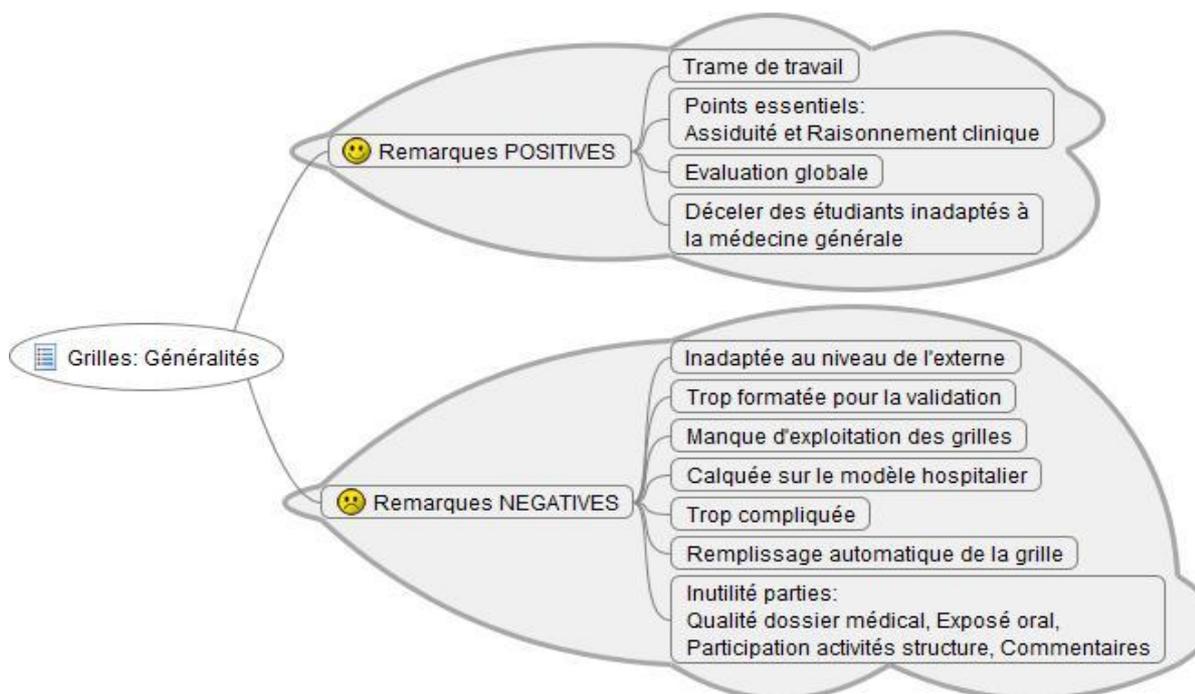


Figure 1: Détails des observations générales faites par les MSU au sujet de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste

Notre première partie va s'articuler autour de deux grands axes :

Tout d'abord, les remarques positives générales concernant la grille d'évaluation de fin de stage d'externe chez le médecin. Ce premier axe se développera selon quatre sous-parties détaillées dans la carte heuristique ci-dessus (figure 1).

Puis, les remarques négatives générales cette même grille. Ce second axe se développera à son tour selon sept sous-parties détaillées dans la carte heuristique ci-dessus (figure 1).

3.2.1.1. Remarques positives :

- La grille sert de trame de travail

En effet, certains MSU utilisent la grille d'évaluation en cours de stage pour suivre les objectifs à atteindre tout au long des trois mois de stage avec l'externe.

« ... J'affiche le tableau des objectifs sur le coin de l'armoire, comme ça à chaque fois que je passe ça me permet de me les remettre en tête, de regarder et de me dire « attention on n'a pas fait tel objectif » ou « attention, tiens, aujourd'hui on va insister là-dessus »... les objectifs inscrits dans la grille d'évaluation de fin de stage issue du livret de l'externe. »

« ... C'est sur cette grille que je m'appuie au cours du stage. »

« ... Pour un patient, je ressors la grille et je regarde ce que l'on a fait. On le fait sur le moment. »

« ... en fin de consultation, on regarde ce que j'ai fait : ce que j'ai fait dans la relation avec le patient, comment je m'y suis pris, comment je l'ai accueilli, comment je lui ai serré la main, etc... On parle des antécédents ... on reprend un dossier à partir de la grille... Toutes les grilles sont perfectibles, mais en fait c'est un moyen de travail. »

« ... L'avantage, c'est qu'on peut décortiquer le stage »

« ... il y a des choses qui paraissent intéressantes : la grille de Calgary, c'est intéressant, le diagnostic de situation, c'est intéressant... On peut se poser un peu là-dessus, on peut diversifier. Mais quand même il y a des choses. »

- Pour un certain nombre de MSU, la grille permet d'insister sur des points essentiels durant la formation des externes.

Globalement ils sont regroupés dans les deux premiers items de la grille d'évaluation : 1) Assiduité et 2) Raisonnement clinique (qui regroupe : la relation médecin/patient, l'anamnèse, l'examen physique, le choix des investigations complémentaires, l'interprétation des données cliniques et para cliniques, les décisions thérapeutiques appropriées, le suivi du patient, l'assimilation des gestes techniques).

« ... je crois qu'il faudrait revenir simplement à ce qui est marqué dans le carnet des charges. Dans le carnet des charges, il y a : apprendre le normal, le pathologique, faire un interrogatoire, les gestes techniques, savoir examiner, et avoir quelques notions de syndromes et de choses comme ça. »

« ... on va justement plutôt insister sur les premiers points : « examen physique, anamnèse et relation avec le patient. »

« ... Je pense que déjà s'ils ont fait un bon diagnostic avec des bons diagnostics différentiels sur leur anamnèse et leur examen clinique ... voilà. »

« ... Ce qui est important c'est l'assiduité, l'anamnèse, l'examen physique, le choix d'investigations complémentaires, l'interprétation des données cliniques et para-cliniques, la décision thérapeutique, ça c'est important, c'est la consultation. »

« ... On sait qu'on doit les mener vers : l'accueil, l'interrogatoire, l'histoire de la maladie, les antécédents, l'examen et on s'arrête au diagnostic. Moi c'est ce que j'ai retenu. »

- Les MSU apprécient sa fonction d'aide dans l'évaluation globale de l'externe en fin de stage

Grâce aux nombreux détails qu'elle contient, la grille est un outil d'évaluation complet.

« ... Je n'ai pas eu de problèmes d'évaluation avec mes externes puisqu'effectivement lors des mises en situations en fin de stage. Puisque je les mets carrément en situation de supervision directe, ça me permet d'avoir, à mon avis, une bonne évaluation de ce que doit être le résultat de son stage en fin de stage, c'est-à-dire savoir prendre en charge un patient lors d'une consultation de tout venant. »

- La grille permet de repérer des étudiants inadaptés à la médecine générale

Les différents items de la grille permettent de déceler chez les externes des problèmes relationnels incompatibles avec un exercice en médecine générale dans l'avenir.

« ... Si, ça permet de repérer des anomalies flagrantes. Dépister des gens qui ne sont pas faits pour le contact. Des types qui vont être mieux pour bosser derrière une console ou au CNRS. Ça on peut le voir il y a des gens dont le contact humain n'est pas leur fort. »

3.2.1.2. Remarques négatives

- La grille est inadaptée au niveau de l'externe

Les MSU trouvent cette grille d'évaluation inadaptée aux objectifs réalisables avec un externe lors du stage en médecine générale. Pour beaucoup, en relisant les items de la grille, ils retrouvent plus la trame d'une grille d'évaluation d'un stage d'interne que d'un stage d'externe.

« ... la grille n'est pas adaptée au niveau de l'externe, ça je reste sur ma position. »

« ... ce sera plutôt un travail d'interne qu'un travail d'externe. »

« ... En D2, elle avait fait la cardio, la pneumo, mais il y avait des trucs qu'elle n'avait pas fait. Elle n'a rien fait en gynéco, on fait pas mal de gynéco elle n'avait rien fait, elle ne sait rien et c'est normal. Donc on est obligé de s'adapter. Cette grille il faut la refaire, on sait bien qu'il faut la refaire.»

« ... c'est une grille d'interne ! »

« ... MBM : A-t-elle tout de même des points forts ? »

MSU : (Long soupir)

Je ne sais pas. Chez l'externe, très peu ! »

« ... cette grille-là, pour moi, à la limite plus pour les internes. »

- Elle est trop formatée pour la validation

D'une part, les MSU ont l'impression que cette grille n'est pas faite pour les guider durant le stage mais exclusivement pour valider administrativement le stage auprès de la scolarité. En fin de compte, ils ont le sentiment que le contenu est sans importance et que seul la case « validation : oui/non » compte.

« ... Le but ce n'est pas tellement de les faire rentrer dans une case pour qu'ils soient formatés, et... ciblés et avec un tampon « validé ». »

« ... On s'en sert pour valider le stage pour faire comme les hospitaliers, on signe et basta. »

« ... Juste à valider un stage. »

« ... J'ai été très surprise quand même, mon dernier externe, il m'a dit en voyant la grille : « Ah oui c'est le truc, à l'hôpital, ils le remplissent en début de stage pour qu'on soit tranquilles à la fin. Comme ça ils n'ont pas besoin de nous valider à la fin. On est tous validés dès le début ». »

« ... peut-être qu'avec les modifications, il y aura peut-être des gens un peu plus... mais là, pour le moment, on a vraiment l'impression qu'à la fin il faut mettre validé ou non. Le reste tout le monde s'en tape. »

D'autre part, ils se sentent enfermés dans une grille très scolaire et inflexible où il est difficile d'émettre un jugement pondéré. En effet, le système de « cochage » est réducteur pour évaluer l'ensemble du stage de façon objective.

« ... S'il y a un truc, vraiment... Clairement par contre il manque une colonne « sans objet » ou « pas vu ». Parce que TB, B M, I, quand on ne peut pas juger parce qu'on n'a pas eu suffisamment de cas, il n'y a pas de cases quoi ! »

« ... je n'ai pas envie de mettre « moyen » à quelqu'un parce qu'il a été opposé au problème qu'une seule fois. »

« ... Si le gars il était intéressé, motivé, on fait en sorte de lui mettre des biens et des très biens. Après qu'est ce que c'est un B, un TB ? »

« ... Elle est toujours très scolaire : TB, B, M, I, ça c'est la scolarité, l'éducation nationale qui est à hurler mais enfin on fait avec, on a été moulé là-dedans, on a toujours besoin d'avoir des bons et des mauvais, ça nous colle à la peau jusqu'à la fin de nos jours, et avoir un jugement de valeur... »

- Les enseignants ont le sentiment d'un manque d'exploitation des grilles d'évaluation hormis pour la validation

Beaucoup de MSU se questionnent sur l'intérêt de remplir une grille aussi détaillée. Ils ont des doutes sur l'utilité de leur travail d'évaluation de ce stage.

Ils aimeraient avoir un retour concernant ces grilles et le stage.

Egalement, ils aimeraient savoir si ces grilles ont un intérêt en aval en ce qui concerne l'étudiant et sa scolarité (intérêt vis-à-vis du passage en année supérieure ? Intérêt lors du passage d'examens pendant leur cursus ?).

« ... Ça sert à quoi ? Ça sert à valider un stage, ça ne sert pas à l'internat, ça ne sert pas au classement, ça sert à rien. Juste à valider un stage. Il y aurait juste une croix validé/pas validé, c'est juste administratif ça. Qui le lit ça ? Personne ! Donc pour moi c'est une grille administrative sans intérêt. »

« ... Il faut la pousser si ça sert dans un dossier à valider un passage difficile ou si y'a quelqu'un qui est malade, qui va s'absenter pendant 2 mois et qu'elle rate un examen. Est-ce qu'il ne faut pas quand même la valider parce qu'elle a bien fait le reste ? Je n'ai pas l'impression que ça arrive dans le dossier des internes qui passent leur mémoire. Est-ce qu'entre 2eme et 3eme cycle il y a un pont ? Savoir ce qu'on en fait des grilles ? Est-ce que dans les cas difficiles ça sert ? Qu'est ce qui se passe si on ne l'envoie pas ? Parce que je sais qu'il y en a qui ne l'envoie pas. C'est administratif, personne ne s'occupe de ce qu'on a mis. »

« ... après c'est qui lit ça ? Il doit y avoir quand même des gars qui nous supervisent, et c'est normal. Il faut des garde-fous, qui doivent les lire pour savoir s'il y a plusieurs témoignages concordants, il faut quand même se méfier. Après faut-il encore qu'ils aient envie de le voir. »

« ... je remplis avec eux le livret dont on a parlé, mais comme je ne suis pas du tout certaine qu'en amont ce soit lu, exploité... Je n'ai pas du tout, du tout, du tout l'impression. »

« ... peut-être qu'avec les modifications, il y aura peut-être des gens un peu plus... mais là, pour le moment, on a vraiment l'impression qu'à la fin il faut mettre validé ou non. Le reste tout le monde s'en tape. »

« ... pour le moment, j'ai l'impression que ce n'est pas tellement exploité après. »

- Elle est calquée sur le modèle hospitalier

Les MSU pensent que cette grille sert seulement à valider le stage pour faire comme durant les stages hospitaliers. Ils ont l'impression qu'il n'y a pas eu d'effort de fait pour l'adapter à leur mode de travail en stage avec les externes.

« ... « L'exposé oral », « la présentation de dossier » ce sont des items hospitaliers. »

« ... On sent bien que c'est un modèle de grille hospitalière à la base. »

« ... On s'en sert pour valider le stage pour faire comme les hospitaliers, on signe et basta. »

« ... ça ressemble trop aux grilles qu'on peut faire à l'hôpital. »

- Elle est trop compliquée

Les MSU trouvent la grille très compliquée et très dense par rapport aux objectifs réalisables lors du stage avec les externes.

« ... Je trouve qu'elle est trop compliquée »

« ... le reste c'est plus compliqué, quoi. »

« ... On ne voit pas tout à chaque consultation, par exemple quand un patient vient pour un vaccin, on demande si tout va bien, s'ils sont en bonne santé, on ne va pas forcément creuser systématiquement. »

« ... La grille doit être affinée »

« ... Elle est trop dense. »

- Les MSU la remplissent de manière « automatique »

Toujours dans le but d'exclusivement valider le stage, certains parlent d'un remplissage « automatique » de la grille. Ils évoquent ainsi le fait qu'ils annotent la grille sans prêter attention à son contenu et sans chercher à en comprendre les détails.

« ... Mais j'avoue que je ne m'en suis pas trop occupée. Je la remplis à la fin et d'ailleurs je ne sais pas bien la remplir. »

- Les dernières parties de la grille d'évaluation sont peu utiles :

Les derniers items de la grille sont peu utilisés par les MSU à savoir 3) Qualité de renseignement du dossier médical, 4) Exposé oral, 5) Participation aux activités de la structure, 6) Commentaires sur la qualité du carnet d'externe.

« ... je supprimerais les derniers items (montre la partie « dossier médical » jusqu'à la fin), « la supervision », « l'exposé oral », « l'activité dans la structure » etc... »

Après avoir détaillé l'ensemble des remarques générales concernant la grille d'évaluation de fin de stage d'externe chez le médecin généraliste, nous allons aborder un second niveau d'analyse en détaillant les items de la grille à travers les observations faites par les MSU au cours des entretiens.

3.2.2. Critiques de la grille par item

La grille d'évaluation de fin de stage chez le médecin généraliste est articulée selon six grandes parties présentées sur notre carte heuristique (figure 2) (Grille d'évaluation en annexe 1).

Nous avons fait ressortir les avantages et les inconvénients de chaque item et sous-item de la grille, au travers du verbatim des MSU interrogés.

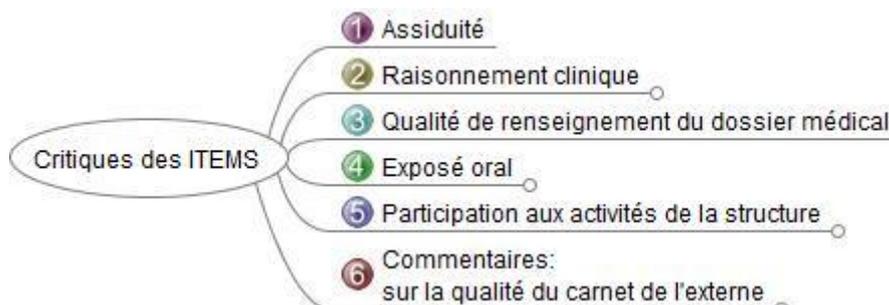


Figure 2: Détails des items de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste

3.2.2.1. Assiduité

- Item peu commenté

Les MSU parlent rarement de cet item qui passe souvent inaperçu.

« ... Assiduité, tiens, je ne l'avais même pas vu ! Je commence la relation ! »

3.2.2.2. Raisonnement clinique

Cette partie est la plus dense de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste. Elle comprend huit sous-items que nous allons détailler grâce au verbatim des MSU pour en faire émerger en détails les avantages et les inconvénients en suivant la trame présentée par la carte heuristique suivante (figure 3).

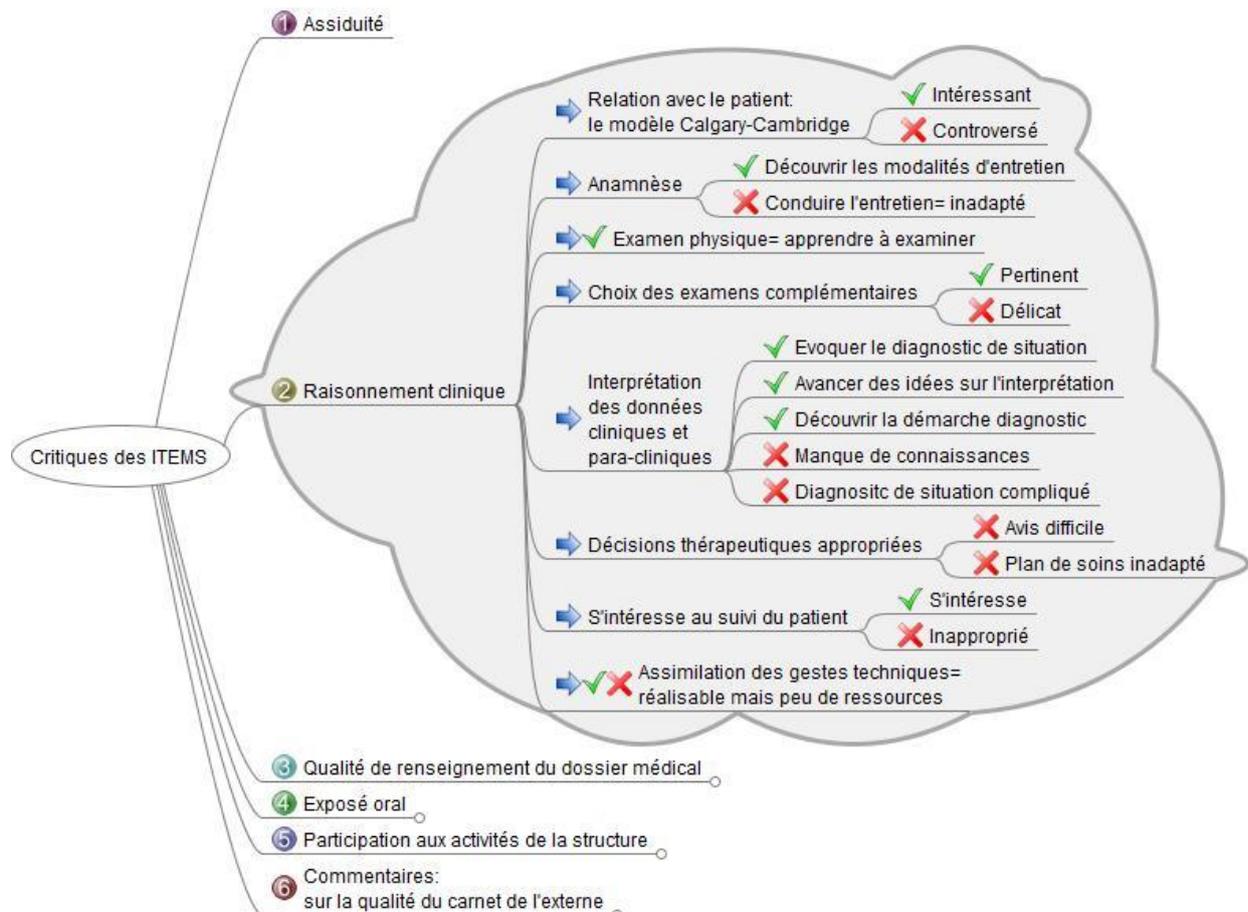


Figure 3: Observations des MSU concernant l'item et les sous-items « RAISONNEMENT CLINIQUE »

3.2.2.2.1. Relation avec le patient : l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge

Ce sous-item est caractérisé par l'abord d'une notion théorique : le modèle d'entretien selon Calgary-Cambridge (annexe 5, dans le carnet de l'externe). Il s'agit d'une grille théorique détaillant

l'ensemble des points se succédant lors d'un entretien médical.

L'ensemble des observations des MSU portent sur l'utilisation de ce modèle au cours du stage avec les externes.

- Le modèle Calgary-Cambridge est intéressant à faire découvrir aux externes

Certains MSU présentent en effet le modèle Calgary-Cambridge à leur externe parce qu'il regroupe tous les éléments de l'entretien et qu'il s'agit d'un outil validé par le CNGE.

« ... Relation avec le patient, le « modèle Calgary-Cambridge » est très intéressant »

« ... La grille de Calgary-Cambridge, je l'utilise, elle est validée. Il y a tous les points de ce que l'on doit faire automatiquement, on le fait sans le savoir. »

« ... « Conduit l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge », ça reste dans le sujet. »

« ... Je l'utilise avec eux maintenant. On apprend au fur et à mesure, et ça les aide bien quand même dans le sens où : au départ ils ne savent pas ce que c'est qu'un entretien »

« ... j'ai découvert ce descriptif qui est en effet très livresque mais qui aborde pas mal de sujet, donc il a le mérite d'exister. »

- La grille de Calgary-Cambridge : une grille controversée

En effet, pour beaucoup de MSU, le modèle Calgary-Cambridge et sa présentation sous forme de tableau sont inabordables avec les étudiants de deuxième cycle.

Ils la trouvent trop dense, illisible, inadaptée à un niveau d'externe, et ont le sentiment qu'elle présente l'entretien de façon trop théorisée pour être utilisée pendant le stage.

« ... Le modèle de Calgary-Cambridge me fait toujours sourire ... disons que je pense que l'entretien est dirigé selon ce modèle-là mais que je ne connais pas en détail. Voilà. Ce n'est pas une notion à laquelle j'attache beaucoup d'importance. »

« Les problèmes relationnels, le modèle de Calgary-Cambridge », tout ça, c'est compliqué. On se réfère à la grille mais c'est beaucoup trop... tel que ce n'est pas analysable. On peut dire s'il reformule, on peut dire s'il accueille bien le patient, on peut dire s'il se sent à l'aise. Des petits bouts de tout ça, mais pas... moi à chaque fois je ne peux pas trop me référer à la grille même si on s'en sert pendant le stage.

« ... à lire le bazar là c'est pas très sympa : il y a 3 colonnes et on ne comprend rien. On ne sait pas ce qu'il faut rechercher, elle est mal présentée. »

« ... La grille de Calgary-Cambridge je ne comprends rien ! C'est vraiment Monsieur Jourdain et la prose et c'est ce que je leur dis aux externes. »

« ... La partie relation avec le patient (Calgary-Cambridge) et anamnèse, c'est du théorique ++, je n'y arrive pas. A force de conceptualiser c'est un peu « enculer les mouches », on s'y perd... (Soupir) et Calgary-Cambridge c'est une grille d'analyse mais c'est très très théorique.

« ... Je trouve que « se présenter, faire installer... » Ça s'est bien alors que la grille de Calgary-Cambridge c'est hors sujet. Ça ça me suffit. »

« ... je sais toujours pas ce que c'est le modèle, pourtant j'en ai cinq exemplaires chez moi. Je n'ai pas le temps de le lire, le modèle Calgary-Cambridge ... Calgary-Cambridge, je ne m'y suis toujours pas m'y. Je l'ai appris mais mon Alzheimer me l'a fait oublier très rapidement ! »

3.2.2.2. Anamnèse

- Ce deuxième sous-item peut permettre de faire découvrir à l'externe les modalités de l'entretien

Les MSU ont ainsi l'occasion d'aborder l'entretien et de parler de la relation avec le patient. Souvent les MSU laissent l'externe faire par lui-même une partie de la consultation dont l'interrogatoire.

« ... voir un petit peu les modalités d'interrogatoire, »

« ... souvent c'est moi qui initie l'interrogatoire et puis après je leur laisse libre de poser d'autres questions. »

« ... Que l'entretien soit ciblé avec une bonne anamnèse et bien orienté en fonction justement de l'anamnèse, ça me paraît surtout très constructif. »

« ... je complète l'interrogatoire : les antécédents, les médicaments qu'ils prennent ... Ca vient petit à petit »

« ... Le but c'est la relation, l'anamnèse, l'examen physique. »

- La réalisation de l'anamnèse amène obligatoirement à « conduire l'entretien » ce qui est inadapté au stage d'externe

Beaucoup de MSU trouvent que les externes ne sont pas encore qualifiés pour conduire seuls l'entretien, cette partie du sous-item « Anamnèse » leur semble trop précoce.

« ... « Conduite de l'entretien », non, il ne conduit pas l'entretien en D2 »

« ... c'est le médecin qui conduit l'entretien, et lui il regarde comment on fait. »

« ... un D2 ne peut pas conduire un entretien. »

« ... « Conduit l'entretien », (sourir) moi je pense que c'est plus le relationnel. »

« ... Quand t'es en D2 et qu'on te dit « Conduit l'entretien selon le modèle... », Waouh... Du coup, il faut une grande explication de texte avant, quoi ! »

3.2.2.2.3. Examen physique

- Un item adapté et utilisé par les MSU

L'ensemble des remarques au sujet de l'examen physique est positif. Les MSU trouvent que cela fait entièrement partie des objectifs du stage des externes, ils utilisent ce sous-item sans difficultés. Il leur permet d'approfondir des points sémiologiques avec les externes.

« ... qu'ils sont là pour apprendre à examiner entre le normal, le pathologique, »

« ... je me sers beaucoup de « l'examen clinique ». »

« ... « Examen physique : fait un examen orienté, identifie les signes normaux et anormaux », ça c'est bien. OK ! »

« ... « L'examen physique » c'est l'objectif, je pense que la sémiologie du sujet normal avec ses anomalies c'est hyper important. »

« ... « L'examen physique », c'est bien aussi parce que les externes c'est souvent un truc qu'ils doivent travailler, d'orienter leurs examens, parce qu'à l'hôpital on leur apprend au contraire à faire des examens très complets quoiqu'il arrive, donc ça s'est plutôt bien. »

3.2.2.2.4. Choix des investigations complémentaires

- Il permet de voir la pertinence des externes dans leur raisonnement vis-à-vis du choix des examens complémentaires

Cette partie permet au MSU de voir la façon dont raisonnent les externes à partir de la situation clinique qu'ils ont en face d'eux. Certains MSU ont eu des externes très pertinents dans leurs remarques et dans la discussion avec eux concernant ce choix d'examens complémentaires.

« ... « Le choix des investigations complémentaires », c'est très bien »

« ... ils étaient tout à fait au point pour intervenir en fin de consultation : « est ce qu'on ne pourrait pas faire ceci ou cela ? » »

« ... c'est sans doute l'hôpital qui fait souvent appel aux examens complémentaires et ils ont le réflexe assez adapté. »

« ... « Le choix des investigations » est un item où là ils sont pertinents parce qu'ils appliquent ce qu'on leur a appris. Ils sont même des fois meilleurs que moi avec les dernières recommandations, Ils disent « ah non on ne fait plus l'écho, on fait la scinti, on fait ceci ou cela ». »

« ... « Le choix des investigations complémentaires », peuvent commencer à se discuter, ça, ça peut être intéressant. »

- La grille demande un choix qui semble délicat pour un externe

Pour d'autres MSU, ce choix semble difficile. Il est possible de discuter mais souvent les externes manquent de connaissances pour pouvoir mener à bien leur réflexion et prendre une décision.

D'autant que certains MSU n'ont que peu l'occasion d'aborder ce sujet en profondeur avec leurs externes car dans leur pratique ils ne prescrivent que peu d'examens complémentaires.

« ... « Le choix des investigations », on discute du diagnostic et de ce qu'on va faire pour arriver au diagnostic, c'est une discussion. »

« ... En plus moi j'ai des D2 alors... C'est plutôt « c'était quoi le crépitant déjà ? Ah oui c'est inspiratoire », donc savoir s'il faut faire la radio, le scanner, la scinti, c'est difficile. »

« ... « Choisit les examens complémentaires » c'est pas le boulot de l'externe, c'est mon boulot. »

« ... Non car ça dépend de quel stage ils sont en externe, il y a des trucs qu'ils n'ont absolument pas vus, comment voulez-vous qu'ils choisissent les examens complémentaires. »

« ... « Choix des examens complémentaires pertinents en situation clinique en tenant compte de l'intérêt du patient, diagnostic de situation » il peut voir l'intérêt du patient, il peut le voir ou le comprendre, mais neuf fois sur dix, ils n'ont pas la formation adéquate à ça. »

« ... « Choix des investigations complémentaires » et bien ça dépend ! Parce qu'une journée par semaine, on n'est pas si prescripteur que ça. Donc on n'a pas toujours trente six occasions de voir ça et souvent ça reste clinique. Eux, ils s'arrêtent souvent là et après ils font appel à nous... En fait on n'est pas suffisamment souvent en situation de devoir prescrire des examens complémentaires. Et eux encore moins parce qu'on ne leur fait pas faire toutes les consultations seules, pour pouvoir vraiment dire c'était bien / très bien. Sur les stages ils n'y ont pas été confrontés suffisamment souvent pour pouvoir faire une évaluation, je trouve. »

3.2.2.5. Interprétation des données cliniques et para cliniques

Cette partie est soumise à de nombreuses observations aussi bien positives que négatives en voici le détail.

- Il permet d'évoquer le diagnostic de situation

Après que les MSU aient donné des explications sur le diagnostic de situation, ils arrivent à faire débiter la démarche aux externes en cours de stage.

« ... On essaie de faire une espèce de diagnostic de situation quand c'est possible. »

« ... ça reprend bien « élabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste hiérarchisé », ça on l'apprend pendant le stage, on en parle. »

« ... « Etablir un diagnostic de situation ». Oui, ça peut-être. Il y a des situations, oui... Qu'ils perçoivent le problème, la question de la personne, oui ! »

« ... le diagnostic de situation, c'est intéressant »

- Cet item permet d'avancer des idées sur l'interprétation de données recueillies

Les MSU en profitent pour discuter des situations rencontrées avec leurs externes.

« ... « *Interprétation des données cliniques ou para-cliniques* », ils ont en effet leur idée »

« ... *quelques fois certains ont avancé des hypothèses qui étaient tout à fait intéressantes et pas du tout choquantes.* »

- Il permet de découvrir la démarche diagnostique

Dans cette partie, les MSU abordent également la démarche diagnostique.

« ... *Je l'interroge un peu sur ses démarches diagnostics, sur les diagnostics différentiels* »

« ... *j'y vais pour qu'on fasse le diagnostic ensemble, qu'on revoit les points.* »

« ... *j'aimerais bien qu'il me donne un diagnostic clinique : « le foie est comme ça, le crépitant est là, y'a un foyer, je pense que c'est une bronchite atypique », il aura déjà compris des trucs c'est intéressant. Plutôt dans la nosologie,* »

- Les externes ont un manque de connaissances comparé à l'objectif demandé

Même si les MSU utilisent cet item pour évoquer différents points de vue, globalement ils trouvent qu'il est délicat pour un externe d'interpréter les données cliniques et para-cliniques. Sans porter de jugement péjoratif, les MSU pensent simplement que les externes n'ont pas encore toutes les formations universitaires ni les connaissances théoriques appropriées à une telle démarche.

« ... « *Hiérarchiser les problèmes* », ça c'est ce qu'ils apprennent en fait. Après ce n'est pas toujours facile. »

« ... « *Interprétation des données cliniques et para-cliniques* » à mon avis, ils ne sont pas en très bonne posture pour ça. »

« ... « *L'interprétation des données cliniques et para cliniques* », tout ça je trouve que c'est encore plus... (Soupir) difficile. »

« ... C'est pareil, on est souvent... Alors après c'est peut-être que je ne leur laisse pas faire assez les choses aussi. Ils ne sont pas assez souvent tout seul sur un truc qui nécessite ça. »

- Réaliser un diagnostic de situation : réflexion compliquée pour un externe

Dans le même esprit, le diagnostic de situation est une entité nouvelle et complexe à aborder avec les externes.

« ... le diagnostic de situation, je crois que c'est prématuré, le faire correctement en tout cas et à fond... déjà les internes n'arrivent pas toujours à comprendre ce que l'on veut d'eux alors un externe ça paraît difficile. »

« ... « *Elabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste. Hiérarchise les problèmes* », ça je trouve que c'est plutôt du truc d'interne, »

« ... « *La notion d'éthique, de droit, de responsabilité médicale en médecine ambulatoire* », le côté diagnostic de situation et démarche ça fait beaucoup ! Je trouve qu'on pourrait être un peu moins présomptueux dans l'objectif du truc. »

« ... « *Elabore un diagnostic de situation* », c'est un peu hors sujet »

« ... ils ne savent pas ce que c'est qu'un diagnostic de situation »

3.2.2.2.6. Décisions thérapeutiques appropriées

Les remarques concernant ce sous-item sont négatives.

- Thérapeutiques : avis difficile et hors sujet par rapport aux objectifs du stage

Les MSU ont le sentiment qu'il est trop tôt lors d'un stage d'externe pour prendre des décisions thérapeutiques. Les externes n'ont ni les connaissances, ni l'expérience, ni le recul suffisant pour porter la réflexion jusqu'à la conduite thérapeutique à tenir. Même si, sur certains sujets les externes ont des notions thérapeutiques, ils semblent aux MSU que la thérapeutique et tout ce qui en découle (« ... justifie, négocie... prévention... suivi... ») n'est pas un objectif réalisable avec un externe. Les MSU ne pensent pas que ça fasse partie des objectifs du stage d'externe en ambulatoire.

« ... « La décision thérapeutique », il y a des fois où ils sont pertinents parce qu'ils connaissent et d'autres où ils ne peuvent pas dire. »

« ... Ça paraît difficile de justifier et négocier.

« ... « La décision thérapeutique », franchement, ils ne sont pas encore dans cette... à mon avis, dans cette démarche là. Il ne faut pas leur en demander trop. »

« ... Effectivement, je ne vais pas lui demander mais c'est un peu débile de mettre très bien dans « décisions thérapeutiques » pour un D2, il ne peut pas être très bien en décisions thérapeutiques, mais ce n'est pas de sa faute.»

« ... il ne peut pas prescrire, il ne sait pas, il ne connaît pas les trucs donc on ne peut pas l'évaluer là-dessus. »

« ... c'est un peu tôt : « conduite à tenir, traitement, suivi » ce sont des trucs d'internes ça, c'est hors sujet. »

« ... « Décisions Thérapeutiques appropriées », ben... (Soupir) Alors c'est pareil moi je ne connais pas bien les objectifs qu'ils ont. Mais comme quand même en médecine générale c'est des choses qui prennent du temps. On voit les choses sur plusieurs fois, on arrive rarement sur une consultation à faire tout ça. »

- Plan de soin, prévention... : inadapté à l'externe

Dans cet item également, la négociation et l'élaboration d'un plan de soins paraissent inadaptées au stage d'externat pour les MSU.

« ... « Plan de soin, prévention... », tout ça, c'est inadapté, je trouve. C'est beaucoup trop. »

« ... Un plan de soin... tu ne peux pas lui demander ça. »

« ... « Négocier un plan de soins », je trouve que c'est bien tôt aussi. »

3.2.2.2.7. S'intéresse au suivi du patient

Les avis sont mitigés sur cette partie, certains apprécient l'intérêt montré par certains externes pour leurs patients, d'autres trouvent qu'il s'agit d'une impression surfaite et difficilement possible à mettre en place à cause des modalités techniques du stage.

- Intérêt des externes pour le suivi

Certains MSU trouvent que les externes portent un réel intérêt au suivi des patients en prenant de leurs nouvelles tout au long du stage.

« ... « S'intéresse au suivi du patient », oui ce qui est surprenant c'est que d'une semaine sur l'autre, ils se souvenaient du nom, et en se souvenant du nom ils se souvenaient de la pathologie du patient. »

« ... ça veut dire que d'une part qu'ils étaient très concentrés et ils étaient très intéressés par chacun des patients qu'ils ont vu une semaine plus tôt, »

« ... « Le suivi du patient », c'est bien adapté à ses objectifs. »

« ... J'aime bien : « s'intéresse au suivi du patient » j'aime bien. On sent l'externe qui s'intéresse... L'externe qui demande « qu'est-ce qu'il est devenu Mr... », la question qui vient comme ça on sent bien que ce n'est pas le branleur de service, on sent qu'il s'attache, qu'il s'intéresse au destin des gens, à l'histoire clinique des gens. »

« ... ensuite y'a le recul, puis la notion de suivi, on le ressent c'est pour ça « s'intéresse au suivi » c'est intéressant, c'est chouette de revoir les gens, ils vont pas mieux on fait un scanner... c'est intéressant »

- Demande inappropriée au stage

Les modalités techniques du stage d'externe semblent peu propices au développement de l'intérêt pour le suivi des patients car les externes sont peu présents et de façon très épisodique chez leur MSU durant les trois mois. Ils peuvent être sensibilisés à certaines prises en charge de patient durant leur stage mais les contraintes matérielles ne permettent pas d'instaurer une vraie relation de suivi.

« ... « S'intéresse au suivi du patient », ça dépend des externes, celle d'avant elle en avait rien à faire, plus elle était partie tôt mieux c'était. »

« ... c'est un peu tôt : « conduite à tenir, traitement, suivi » ce sont des trucs d'internes ça, c'est hors sujet. »

« ... « S'intéresse au suivi du patient », c'est pareil c'est très théorique parce que souvent ils ne les revoient pas les patients. Même s'il y a trois mois, c'est rare qu'on retombe sur la même personne. Alors oui, ils s'y intéressent, après, c'est un peu subjectif. »

« ... « S'intéresse au suivi du patient », ça c'est grâce à nous ou pas, en venant une journée par semaine c'est un petit peu compliqué aussi. »

3.2.2.2.8. Assimilation des gestes techniques

- Item réalisable, mais avec peu de ressources car certains MSU font peu de gestes techniques

Cet item est globalement apprécié mais un point négatif est soulevé quand à la faisabilité des gestes dans un cabinet de médecine générale.

En effet, selon les pratiques et les affinités, certains MSU font plus de gestes que d'autres et les expériences au cours du stage s'en ressentent. Du coup, certains MSU font parfois un amalgame entre examen physique et gestes techniques.

Les MSU soulèvent également le problème de la disparité dans les motivations des externes.

- ✓ Les gestes sont réalisables durant le stage

« ... Apprendre à faire une vaccination proprement, sans faire mal, c'est déjà un geste technique »

« ... « Les gestes techniques », je les fais faire : frottis, test d'angine, les piqûres, les vaccins... enfin tout ce qu'on fait au cabinet. »

« ... « Assimilation des gestes techniques », ça oui c'est intéressant, je leur apprends à enlever des trucs sur la peau, poser des stérilets, faire un FCV, ça oui. On peut y aller. »

« ... Et suivant les externes, je leur laisse faire des choses, des gestes pratiques : faire un TDR, faire un vaccin, un frottis.... »

« ... ils adorent quand même faire de la pratique, les points de suture... tout ça ! »

- ✓ Mais en cabinet de médecine générale, il y a peu de gestes à réaliser, et du coup cet item va être associé, voire confondu à l'item précédent « examen physique »

« ... « Assimilation des gestes techniques », c'est encore pire je trouve. Parce que, oui on a peut être l'occasion de faire quelques vaccins mais à part ça je ne vois pas bien ce qu'ils veulent dire. A part ça je ne fais pas grand-chose de plus globalement ... des bouchons d'oreille mais bon... (Rires) »

« ... « Les gestes techniques », il y a d'autres services où il y a plus de gestes techniques, ici ce n'est pas trop l'important. »

« ... on ne suture pas beaucoup à (lieu d'exercice), une fois par an donc il faut que ça tombe le jour où ils sont là. Ça fait partie de ce que l'on doit leur apprendre mais on n'en fait pas beaucoup, un ECG, prendre la tension, palper, les examens cliniques... mais les gestes techniques il n'y a pas grands choses. »

« ... Des gestes techniques qui sont simples, savoir examiner : palper un ventre, des sinus, des ganglions, »

3.2.2.3. Qualité de renseignement du dossier médical

Durant le stage, les externes sont amenés à découvrir et à utiliser le dossier médical qu'utilise leur MSU.

Pour certains MSU, cette découverte fait partie intégrante du stage et les externes montrent une certaine motivation à réaliser cette tâche.

Pour d'autres, l'appréhension du dossier médical n'a que peu d'intérêt pour les externes qui sont souvent peu motivés.

Voici les verbatim en rapport avec ces deux ressentis opposés.

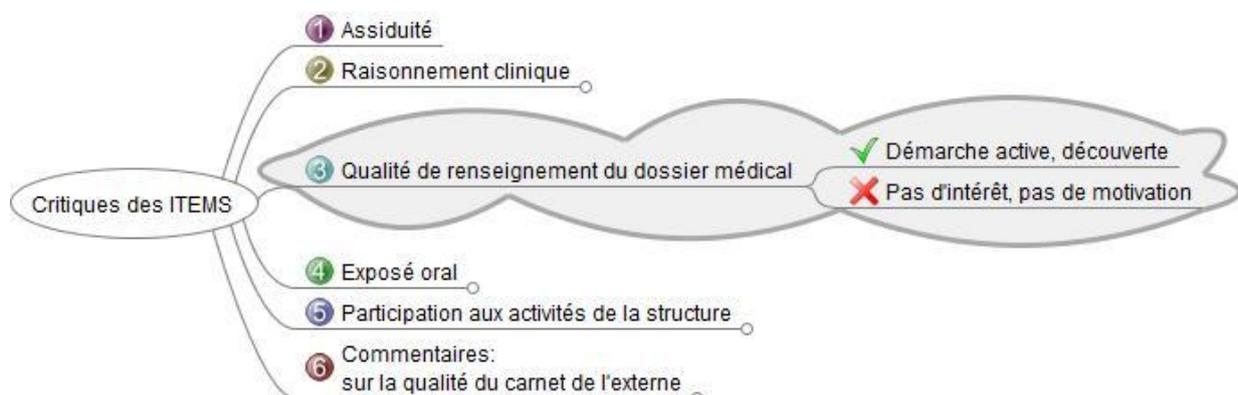


Figure 4: Observations des MSU concernant l'item "QUALITE DE RENSEIGNEMENT DU DOSSIER MEDICAL"

- Démarche active, découverte du dossier médical

Le dossier médical est un outil que les externes doivent apprendre à utiliser à bon escient, c'est un objectif de leur stage. Les MSU ont le sentiment que les externes apprécient cet élément de leur stage.

« ... très vite ils comprennent le logiciel et ils remplissent avec leurs mots à eux »

« ... toujours très bien choisis l'observation en sachant sélectionner une dizaine de mots et le sujet de la consultation. »

« ... je leur dis dès le début du stage, qu'ils ont un rôle là dedans, de compléter quand on revient de visites, le dossier médical avec les prescriptions, de remettre à jour le traitement, les vaccinations, l'état civil, les pathologies et les antécédents. »

« ... On est devant l'ordi et on voit : est ce que ce dossier est bien fichu ? Est ce que tu as tout ce qu'il faut dedans ? Un numéro de téléphone ? Les coordonnées ? Les vaccins sont à jours ? Si c'est une dame, les mammo tous les 2 ans ? Ça c'est des choses où on peut donner des tâches à l'externe et on peut discuter de ça. Donc oui ça c'est bien et ça fait vraiment partie des objectifs de stage faisable. »

« ... je suis assez fan d'informatique, tous mes dossiers sont informatisés, les lettres sont numérisées, les lettres et tout... Et ils voient que c'est un outil extrêmement puissant. Ca j'insiste »

« ... s'ils sont motivés je leur laisse compléter. C'est bien qu'il le fasse. C'est leur job à eux ça, si si.»

- Pas d'intérêt, pas de motivation

D'autres MSU n'utilisent pas cette partie car ils n'en voient pas l'intérêt pédagogique.

« ... « La qualité du dossier médical », je n'en fais rien du tout car c'est moi qui remplis mes consultations et qui fait le truc. »

« ... Je ne les mets pas là en temps qu'harpette pour remplir mes cases. »

« ... « Qualité de renseignement du dossier médical », je ne sais pas trop bien ce que ça veut dire non plus ! »

« ... « Le dossier médical », ça dépend comment ils sont à l'aise, »

« ... d'autres qui sont toujours en train de me redemander : où est ce qu'on coche ? Comment on ouvre ce dossier là ? Comment on fait ? Il y en a c'est plus compliqué que d'autres. »

3.2.2.4. Exposé oral

Il ressort des résultats quatre thèmes dont la moitié a une connotation positive et l'autre moitié une connotation négative.



Figure 5: Observations des MSU concernant le quatrième item à savoir "EXPOSE ORAL"

- Exposé du dossier : présentation de situations cliniques lors des supervisions

Certains MSU demandent à l'externe de faire un exposé de dossier, de présentation clinique, de synthèse de consultation.

« ... « Exposé oral, présentation de situation clinique », oui oui, je pense que ça doit rester d'actualité parce que ça c'est un travail de longue haleine et il doit pouvoir le faire avec les moyens qu'il a. »

« ... « Exposé oral », moi je le fais, le dernier mois du stage je commence à leur faire faire. Je leur dis voilà « faites moi la synthèse d'une consultation en 2 lignes ». Et on travaille surtout là dessus parce je pense que c'est important dans la présentation du dossier quand ils seront internes. C'est quelque chose qui est assez important »

« ... Pendant certaines visites en fin de stage, je lâche l'externe en premier ; je lui présente rapidement le cas, tu commences, je te laisse 10 à 15 min, tu dis au patient que j'ai une urgence, j'arrive. Tu commences le truc puis tu me parles ensuite ; exemple : « c'est un renouvellement d'un patient hypertendu », tu prends ce qu'il t'amène. »

« ... « Exposé oral », ça oui clairement, forcément ça c'est ce qu'ils font. Quand on arrive en fin de consult je leur demande de m'exposer le truc, ça s'est adapté. »

- Débriefing

Beaucoup de MSU préfèrent la notion de débriefing plutôt qu'exposé oral.

En effet, ils prennent souvent un temps avec l'externe pour rediscuter et analyser les situations rencontrées en cours de stage. Ils n'ont pas pour objectif d'interroger l'externe mais plutôt de le faire réfléchir avec eux sur les cas.

« ... le débriefing après me permettait de voir ce qu'ils avaient compris du cas. »

« ... on essaie de débriefer ça un peu plus clairement et leur montrer l'intérêt de ce qu'on vient de faire qui soit apparent ou pas. »

« ... on en rediscute une fois que la conduite à tenir ou le patient est parti quand ça mérite d'être discuté. »

« ... Je leur dis qu'est ce que tu penses de cette situation ? Qu'est ce que t'aurais fait, toi ? »

- Pas d'intérêt à faire faire des exposés

Pour d'autres MSU, l'exposé oral n'est pas adapté au stage d'externe chez le médecin généraliste.

« ... « Présentation situation clinique, exposé oral », ça ne se présente pas, ça n'existe pas en stage d'externe. »

« ... Je ne lui fais pas faire du tout d'exposé, je ne vois pas ce que je pourrai lui faire faire, »

« ... Ça ne me paraît pas vraiment nécessaire. Cet exposé oral ... je ne vois pas bien. Ça ne me paraît pas adapté. »

« ... « Exposé oral », ouais... non »

- Supervision : notion floue avec l'externe

Les MSU sont souvent perplexes face à cette notion de supervision durant le stage d'externe. Ils ont le sentiment que l'externe n'est pas là pour réaliser seul la consultation ou la visite.

Ils ont l'impression d'un décalage entre la formation reçue sur le stage des externes et cet item. Durant la formation, il leur semble que l'objectif du stage est d'avantage de découvrir l'exercice de la médecine générale (environnement, conditions, gestion des patients, actes médicaux...) plutôt que de superviser un externe qui gérerait seul des patients.

« ... Euh, qu'est ce que vous entendez par supervisions ? »

« ... je ne vais pas les lâcher à ma place comme ça de but en blanc. »

« ... Moi je ne pense pas qu'en tant qu'externe, en libéral, on doive leur laisser faire la consultation. »

« ... L'externe, il est là pour apprendre et il vaut mieux qu'il y ait une supervision directe permanente, enfin à mon avis. »

« ... « Exposé oral, présentation de situation lors de supervision ». On ne fait pas de supervision avec l'externe puisqu'on est tout le temps avec eux. »

« ... « Exposé oral » ah oui « lors des supervisions », ça aussi c'est un truc d'interne parce que l'externe il est avec nous, c'est hors sujet ! Ne pas mettre « lors des supervisions ». Je ne sais pas ce que c'est ça, moi ! »

3.2.2.5. Participation aux activités de la structure : organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche...

Nous allons détailler cette partie selon cinq points organisés sur la carte heuristique suivante (figure 6).

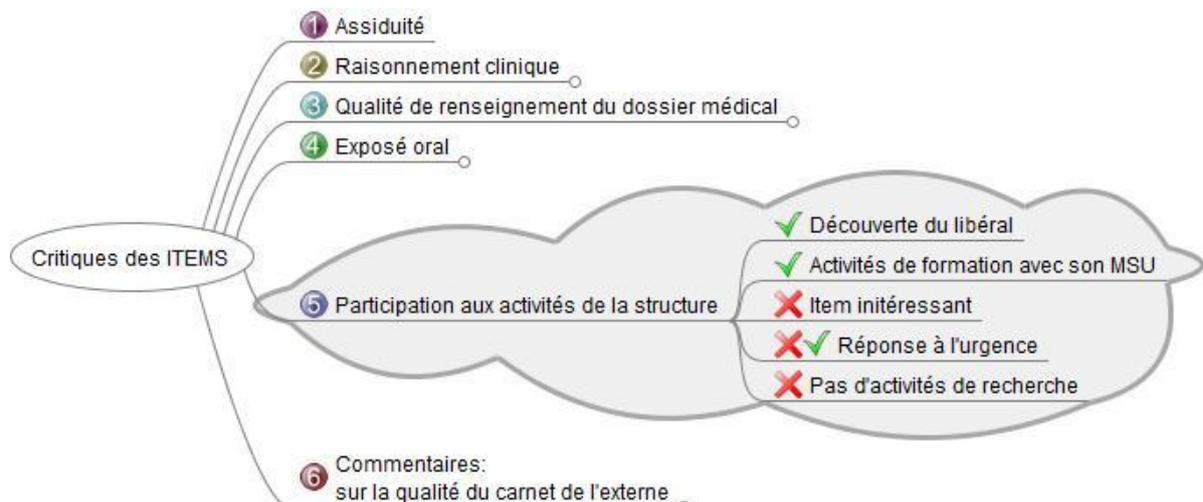


Figure 6: Observations des MSU concernant le cinquième item à savoir "PARTICIPATION AUX ACTIVITES DE LA STRUCTURE"

- Découverte du libéral

Les MSU attachent de l'importance à faire découvrir leur fonctionnement de travail en libéral. Ils mettent l'accent sur leur structure de travail (groupe ou seul), la gestion du cabinet (comptabilité, collègues).

Ils mettent un point d'honneur à casser l'image stéréotypée du médecin généraliste isolé et insatisfait de son mode d'exercice en insistant sur les contacts avec les collègues et les réseaux, la possibilité de formations.

Ils ont plaisir à faire découvrir aux externes l'aspect concret du travail libéral, leur autonomie de travail et les outils dont ils disposent (dossiers informatisés, salle d'examen adaptée...).

Ils voient dans cet item la possibilité de faire découvrir aux externes un monde qu'ils ne connaissent pas du tout et qu'ils redoutent, et ainsi de leur donner des éléments pour faire le choix d'une spécialité avec des arguments concrets lors des ECN.

« ... « Participation aux activités de la structure », j'ai commencé dès hier avec mon premier externe, j'étais en train de régler les problèmes d'intendance de téléphonie, et du coup je lui ai dit « tiens tu vois un cabinet médical ça se gère en faisant... », alors je lui ai expliqué les SCM, les SCI, c'était le premier jour alors je ne sais pas si... mais il m'a dit que c'était bien, que son père était en libéral et que ça l'intéressait. »

« ... je leur fais toujours un petit topo à tous sur le fonctionnement d'un cabinet médical, »

« ... Ce en quoi ils sont souvent surpris, mais je leur en parle souvent... Pas d'emblée c'est que quand on est installé, on n'est pas tout seul, on a des moyens de formations et d'informations. Toutes ces choses là. Ils ignorent et ça les rassurent aussi. »

« ... Surtout ce côté relation, découvrir le libéral, savoir la notion de temps, c'est l'essentiel de ce qui me paraît utile pour eux d'apprendre. »

« ... je lui dis « comment tu perçois les choses ? », on est des libéraux, « ben oui, mais il l'avait déjà vu pour la même chose », ben oui mais il a une secrétaire... « Ben oui mais sa secrétaire je croyais que c'était l'état qui lui payé ». Donc ça je le pointe très rapidement parce que c'est ça le problème. »

« ... L'entreprise libérale c'est important, je pense peut-être que ... ça fait partie autant de la transmission à cette période là de leur formation. La réalité économique du problème, la réalité de travail, l'organisation de travail »

- Découverte des possibilités de formation en accompagnant leur MSU

Certains MSU voient dans cette partie la notion de formation continue ou de participation des externes à leurs activités en dehors du cabinet (participation à des réseaux de soins par exemple).

« ... « Participation aux activités de structure », euh une fois ou deux je les ai amené, quand c'était possible »

« ... réunions professionnelles dans le cadre d'un réseau »

« ... « Participation aux activités », oui on les emmène avec nous quand on va à des FMC. »

« ... « Participation aux activités », on l'emmène à droite, à gauche. »

- Item inintéressant

Cependant, dans cet item, certains MSU ont du mal à savoir ce qu'on attend d'eux et de leurs externes.

« ... dans les activités de la structure : « organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche »... il faut être plus précis. »

« ... « Participation aux activités de la structure »...(Soupir) »

« ... « Participation aux activités de la structure », moi, là je... Je mets très bien tout le temps (Rires) mais ... je ne vois pas dans quel cas je pourrai mettre autre chose. En fait, je veux dire, pour moi, c'est sans objet. Je veux dire : on a une secrétaire, c'est elle qui répond au téléphone, les externes ne sont jamais amenés à répondre au téléphone. »

« ... « Participation aux activités de la structure », vraiment je ne vois pas ! »

« ... « Les activités de la structures », organisation... (Soupir) ils voient comment fonctionnent un peu les secrétaires. J'avoue que ce n'est pas l'item qui est le plus important pour moi. »

- Réponse à l'urgence

La réaction face à ce sous-item est variable selon les MSU.

✓ Possible

Certains trouvent que la réponse aux situations d'urgence fait partie des objectifs à appréhender pour les externes.

« ... « Réponse à l'urgence », oui, on les met facilement en situation... on a la chance d'avoir une pièce à côté où on peut prendre en charge les urgences. C'est un détail technique qui nous apporte beaucoup de confort puisqu'on a un brancard à côté et si on accueille quelqu'un qui a eu un traumatisme, une plaie ou quelque chose comme ça, ou une douleur thoracique, on peut terminer notre consultation, installer le patient et demander à l'externe « va commencer à débrouiller le terrain », et ça effectivement je leur fais faire. »

« ... j'ai eu des externes qui étaient super contents parce qu'un jour il y avait un infarctus, un jour machin. Et puis y'en a d'autre rien. »

✓ Infaisable

D'autres MSU trouvent que ce n'est pas le rôle de l'externe de gérer les urgences, qu'ils ne sont pas là pour être mis en difficultés.

« ... mais pas s'il a répondu dans l'urgence, ce n'est pas possible. »

« ... On ne va pas lui demander de décider, de répondre à l'urgence, »

« ... « Réponse à l'urgence » c'est hors sujet ! A l'externe, on ne va pas lui dire : « le patient il a mal dans la poitrine tu te démerdes », moi je ne sais pas faire ça... je ne peux pas faire ça, on n'est pas là pour mettre en danger l'étudiant, non ! »

« ... On ne peut pas choisir ou alors il faudrait qu'on fasse une journée avec que des urgences, mais ça n'existe pas, »

« ... « Réponse à l'urgence », ça dépend aussi de ce qu'ils voient ici. »

- Pas d'activités de recherches

Beaucoup de MSU précisent qu'ils n'ont pas de temps à accorder aux activités de recherches et que donc cette partie de l'item est sans objet.

« ... « Activité de recherche », non, parce que je n'en fais pas. »

« ... avant de les envoyer sur une activité de recherche je pense qu'ils ont beaucoup d'autres choses à assimiler. A mon avis ce n'est pas tellement le problème pour eux pour l'instant, »

« ... « Activités de recherche », à priori, non plus. Ce n'est pas tout à fait adapté à un stage d'externe. »

« ... Je n'ai pas d'activités de recherche. Je ne vois pas ce qu'ils peuvent y faire ? »

3.2.2.6. Commentaires : sur la qualité du carnet d'externe

Carnet de l'externe en annexe : Annexe 5

A travers cette dernière partie, nous allons découvrir le carnet de l'externe et son utilisation à travers cinq regroupements d'idées détaillées sur la carte heuristique ci-après (figure 7).

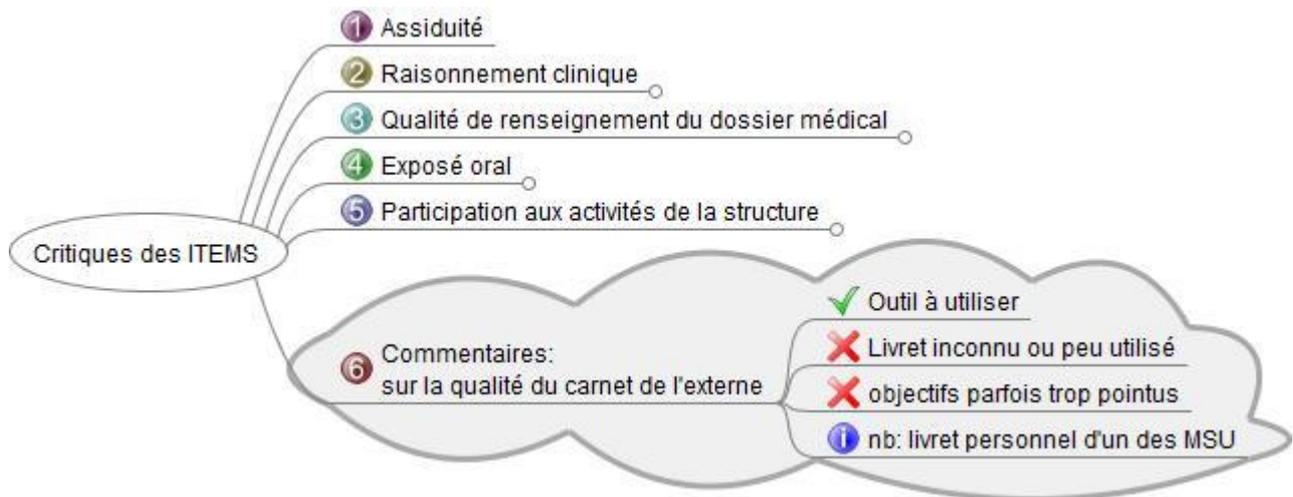


Figure 7: Observations des MSU concernant l'item "COMMENTAIRES SUR LA QUALITE DU CARNET DE L'EXTERNE"

- Outil à utiliser

Ce carnet comprend des grilles telles que la grille de Calgary-Cambridge, la grille Bordage, des guides d'auto-évaluation, la grille d'évaluation de fin de stage, l'évaluation de l'acquisition du raisonnement en soins primaires.

Certains MSU font une utilisation régulière de ce carnet au cours du stage.

« ... Le livret de l'externe est un canevas qui permet de savoir où est ce qu'on va et ce qu'ils sont en droit d'attendre de nous en quelque sorte. »

« ... On prend le livret, on relie les items et on voit ce qui a été abordé, les difficultés qu'ils ont eu ou pas »

« ... Ils s'auto-évaluent. Ils disent qu'ils l'ont fait et ils ne l'ont pas fait. »

« ... ça peut être un guide pour un étudiant. »

« ... je m'en serre à la fin pour l'auto-évaluation, tous les machins « sait faire, sait pas faire », le frottis, le machin, accueillir le patient... à la fin on fait un bilan de stage, on essaie de revoir ce qu'on a fait ou pas fait et dire « voilà ». »

- Livret inconnu ou peu utilisé

Cependant, malgré les outils d'enseignement qu'ils proposent, ce carnet est peu connu des MSU et des externes, donc peu utilisé en pratique courante.

« ... je ne l'ai pas beaucoup vu ce carnet des externes »

« ... Je suis un vieux de la vieille et je trouve que tous ce qui est grilles, machins, trucs... ce n'est pas mon truc. »

« ... c'est un peu illusoire de vouloir remplir ça au quotidien »

« ... Le livret de l'externe, on ne le voit jamais... jamais ! Même quand on leur demande, on ne le voit jamais. »

« ... « Les commentaires sur la qualité du carnet de l'externe », ça me fait une belle jambe car là aussi c'est très théorique ce truc. »

« ... Je n'utilise pas le carnet de l'externe, je vois dans la grille d'évaluation à la fin qu'il y a un truc sur « le livret ». Et je ne sais pas ce que c'est ce livret et je leur demande. Ils ne savent pas me répondre, mais ça peut être intéressant ! Je ne le connais pas, je ne l'avais jamais vu. C'est la première fois que je l'ai dans les mains. »

« ... « *Commentaire sur la qualité de l'externe* », je ne vois pas ce que c'est le carnet de l'externe, en fait c'est ça ! (indique le livret que j'ai en ma possession) je ne comprends pas quel est la question en fait ! « *Commentaire* » = TB ! Je ne comprends pas en fait. Si j'ai mis bien partout je mets bien, si j'ai mis TB, je mets TB là aussi. C'est comme ça que je fais. »

- Objectifs parfois trop pointus

D'autant plus que certains MSU n'adhèrent pas au contenu de ce carnet, ils le trouvent trop détaillés et trop présomptueux par rapport à ce qui est réalisable avec un externe durant le stage.

« ... « *Développer une relation empathique* », là il y a 3 jours de formation, qu'est ce que c'est que l'empathie, etcetera... »

« ... Les derniers items... balèzes ! « *Analyser les éléments du contrat, objectifs, critère d'évaluation, projet de soin, analyser les notions de consentement éclairé, respect du patient, analyser les concepts d'engagement et de projet de soin* »...on atteint des sommets de perfectionnisme... Ici c'est pareil on se pose la question, est ce que je peux m'appliquer cette grille à moi-même et est ce que je le fais à toutes les consult. »

- Nota bene : livret personnel d'un des MSU

A noter, un MSU a trouvé une solution pour remédier aux défauts et aux manquements ressenti du livret de l'externe fourni par la faculté, il édite à ses externes un livret de l'externe qu'il a lui-même conçu.

« ... *J'ai fait un livret personnel : mon parcours, mon idée de la médecine (l'éthique du bonhomme et du lieu), je leur raconte un peu les 2,3 trucs que j'ai compris du métier ; puis ensuite des choses du CNGE sur les compétences, des choses qu'on a tiré de nos formations par exemple : le référentiel métier du CNGE. Ça s'appelle un livret de l'externe long et court parce qu'il y en a 2. »*

« ... (Me présente son livret)

Il y a la fac, l'université, le texte perso, Calgary, la démarche en médecine générale... c'est une formation que j'ai eu moi, quand j'ai appris, c'était pour accueillir les externes. »

3.2.3. Améliorations souhaitées par les MSU

Après avoir détaillé les avantages et les inconvénients de la grille existante actuellement pour l'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste, nous allons maintenant essayer de faire ressortir des entretiens les améliorations que les MSU souhaiteraient voir apparaître lors de la révision de cette grille.

Nous avons notifié sur une carte heuristique les grands axes d'amélioration émergeant des entretiens (figure 8), nous déploieront au fur et à mesure de l'exposé les différents points afin de les détailler et de les illustrer par les verbatim des MSU.



Figure 8: Détails des améliorations souhaitées par les MSU lors de la révision de la grille d'évaluation de fin de stage des externes chez le médecin généraliste

3.2.3.1. Insister sur les spécificités du stage en médecine générale

Ce premier axe d'amélioration regroupe six sous parties que nous avons détaillé dans la carte heuristique ci-après (figure 9).

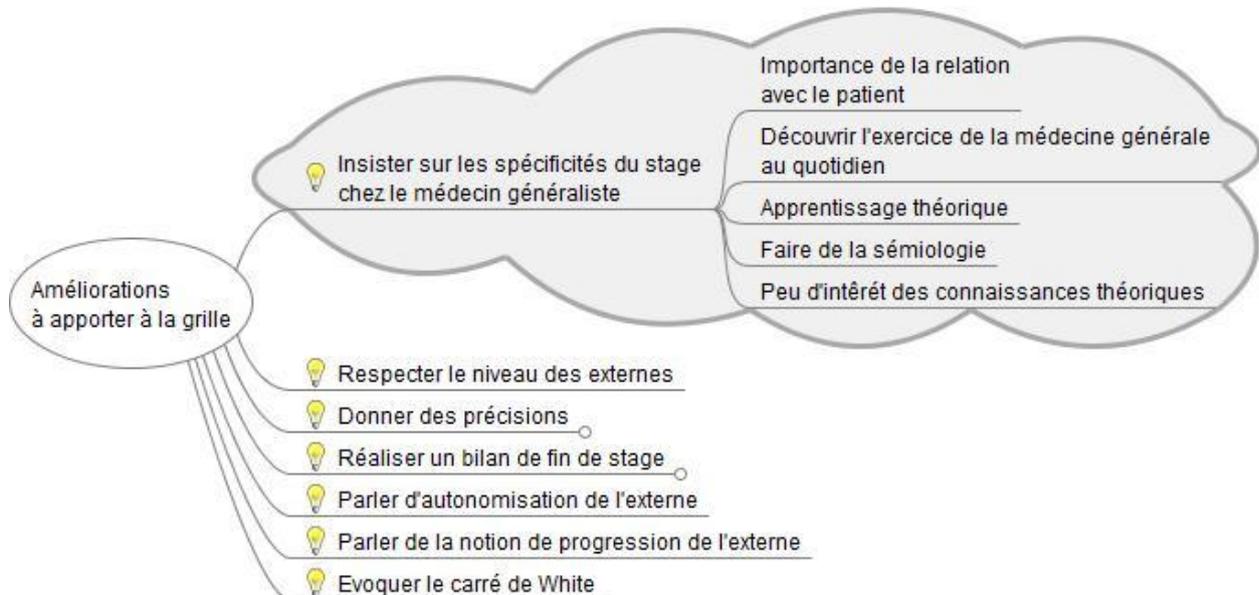


Figure 9: Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant "LA SPECIFICITE DU STAGE EN MEDECINE GENERALE"

- Insister sur l'importance de la relation avec le patient en médecine générale

Les MSU insistent tous sur l'importance de faire découvrir la spécificité de la relation qui s'instaure avec le patient en médecin générale.

A travers cette relation, ils relatent l'importance du versant psychologique des rencontres, mais également l'originalité de leur pratique à travers cet échange singulier qui émerge de leur mode d'exercice. En effet, ils évoquent tous la spécificité d'une relation particulière où chacun échange et se respecte lors d'une écoute active.

En premier lieu durant ce stage, ils souhaitent apprendre aux externes à instaurer une relation de bonne qualité et pour cela ils ont à cœur de leur faire découvrir des outils de communication qui peuvent leur être utiles.

✓ Découvrir la relation médecin/patient en médecine générale

« ... Moi ce que j'ai à cœur dans leur formation, c'est apprendre la spécificité de la médecine générale, la relation avec le patient, le colloque singulier »

« ... « La relation avec le patient », c'est très bien, on en parle en long en large et en travers tout au long du stage donc ça c'est très bien. »

« ... La relation c'est important, qu'il n'est pas assimilé les gestes en cinquième année, on s'en fout un peu par contre globalement en cinquième année quand ça ne va pas c'est qu'il y a peut être un gros problème sur la relation, le comportement et ça, ça n'y est pas finalement ! »

« ... ce que j'essaie de leur montrer, ce qui me tient à cœur, c'est sur le relationnel. »

« ... un métier très atypique de psychologie qu'on ne fait pas du tout à l'hôpital. »

✓ Donner des outils de communication

« ... Je leur parle que la communication en santé c'est vachement important et tout ça... »

« ... avoir une bonne relation avec le patient, savoir les écouter, connaître un peu les techniques pour faire sortir les choses, savoir quand il faut se taire, quand il faut parler, ce genre de choses là. »

« ... Il y a beaucoup sur le relationnel, je trouve que ça pourrait être un petit peu plus détaillé dans la reformulation, l'accueil du patient... »

« ... peut être plus « la relation avec le patient », je pense que c'est ça qui est important en médecine générale. C'est la façon dont on aborde un sujet, on laisse parler le patient ou pas, comment on oriente les choses, la phrase d'accroche à avoir... je détaillerai plus ça à la limite que tout le reste. C'est ma façon de voir les choses. »

« ... Quand même le colloque singulier qu'on a avec le patient, c'est quand même une grosse spécificité de notre métier donc s'ils peuvent repartir avec un truc bien clair dans leur tête sur la relation, l'écoute active, l'empathie, toutes ces choses là ... moi c'est des choses que j'essaie de leur dire, des petites techniques quand on est face à des patients un peu compliqués. »

- Découverte de l'exercice de la médecine générale au quotidien

Les MSU apprécient dans ce stage la possibilité de faire découvrir leur façon de travailler aux externes qui appréhendent pour la première fois un cabinet de médecine libérale.

Ils ne souhaitent pas leur faire suivre une trame figée par des objectifs trop exhaustifs, ni tester leurs connaissances.

Ils veulent montrer leur quotidien : découvrir l'environnement, les patients, ce qui peut se cacher derrière les plaintes des patients, l'adaptation aux diverses situations, la gestion de l'incertitude, et aussi aborder la notion de temps en médecine générale qui est très spécifique en comparaison avec la pratique hospitalière.

« ... il faut qu'ils voient du concret. »

« ... on essaie de leur faire faire tout ce qu'on fait nous. »

« ... ce qui est vachement bien c'est que tout d'un coup il y a du réalisme médical : c'est quoi le crépitant, c'est quoi le souffle... »

« ... J'attends qu'ils voient autre chose que ce qu'ils voient en médecine. »

« ... il faut la mettre sur le terrain. »

« ... Notre fonction, c'est la deuxième partie, on n'est pas là pour faire de la théorisation, il paraît, je trouve que c'est bien, ce n'est pas notre rôle ! »

« ... On est là pour la mettre en compétence. »

- Apprentissage théorique

Ils complètent cet apprentissage sur le terrain par des notions théoriques qu'elles soient purement médicales ou conceptuelles.

En détail, ils s'appuient sur les connaissances initiales des externes et les situations rencontrées pour illustrer les modules enseignés à la faculté.

A côté de cela, certains MSU évoquent également des notions conceptuelles de médecine générale telles que le modèle bio-psycho-social, la démarche EBM, les compétences du médecin généraliste...

✓ Les connaissances fondamentales

« ... j'essaie un peu de les aider, quand ils sont en examen, quand il y a des matières où il y a des cas particuliers qui correspondent à ce qu'ils sont vraiment en train de bosser à ce moment-là, on essaie encore d'illustrer un peu plus : « tiens regarde tu as vu là, ça correspond exactement à ce que t'es en train de faire ». »

« ... ça peut être aussi une évaluation sur les connaissances théoriques simplement. »

« ... On parle, je leur dis « tu vois ça sert à ça », on en parle dans la voiture quand on fait des visites, je leur dis « un calcium bloqueur, ça ouvre les ponts calciques » bon mais vraiment c'est... voilà ! »

« ... un peu de théorie. »

« ... c'est suivant les thèmes qu'ils veulent ou pas aborder : l'examen du nourrisson, le diabétique... On essaie de faire un peu de théorie, »

✓ Utilisation par les MSU des outils et notions développées dans le DES de médecine générale

« ... Autant que faire se peut, je leur montre un peu de théorie : ce qu'on appelait avant les fonctions, les compétences, maintenant il n'y a plus que six compétences ... des choses comme ça. Je leur parle de prévalence, de fréquence... »

« ... je leur montre les trucs du DMG que je passe au GEAPI : modèle bio-psycho-social, l'EBM, tout ce qu'on apprend aux internes. »

« ... Mettre : « a saisi la démarche OPE en médecine générale », on pourrait le mettre, ça me paraît intéressant. C'est plus parlant. « a saisi la démarche EBM » pour la décision, ça j'en parle dans mon topo. Après y'a une notion mais il faut qu'ils murissent et que ça rentre tout seul et effectivement dans leur action il y aura ces trois démarches là. »

- Faire de la sémiologie

Ils aimeraient que l'accent soit réellement mis sur la découverte durant le stage de la sémiologie du sujet sain et la sémiologie des pathologies courantes en médecine générale.

« ... On analyse sémiologiquement ce qu'ils ont entendu, vu ou palper. »

« ... On est beaucoup dans la sémiologie, et ça, la sémiologie, je trouve que cette grille par exemple pour les D2, elle n'insiste pas assez sur les points de sémiologie. »

« ... « L'examen physique » c'est l'objectif, je pense que la sémiologie du sujet normal avec ses anomalies c'est hyper important. »

« ... dès qu'il y a un truc intéressant ou qu'ils ont fait quelques certificats, on peut structurer un petit peu plus, c'est plus de la sémiologie. »

« ... écouter le bruit, le souffle... Voilà, plus sur la sémiologie, moi je trouve que c'est... j'en reste là. »

- Peu d'intérêt des connaissances médicales théoriques durant le stage

Pour les MSU, le stage n'a pas vocation d'enseignements théoriques. Il est un lieu de mise en pratique comme vu précédemment via des gestes, des rappels théoriques sur le terrain ou de l'enseignement de médecine générale. Les MSU attachent peu d'importance durant leur stage à tester l'externe sur ses connaissances livresques.

« ... au sens médical ils auront le temps d'ouvrir un bouquin s'ils ne savent pas. »

« ... La médecine, il l'apprendra toute sa vie »

« ... l'évaluation sur les critères médicaux, il aura toute sa vie pour apprendre un petit symptôme supplémentaire pour devenir Docteur House. »

« ... Moi comme je leur dis : ce qu'il y a à apprendre dans le stage c'est pas tant le côté théorique d'apprendre à traiter tel ou tel pathologie, ce n'est pas du tout le souci, ça y'en a plein les bouquins, c'est pas un souci. »

« ... C'est plus important d'apprendre ça que des trucs théoriques qu'ils vont voir et revoir et d'ici qu'ils soient installés ça aura changé dix fois. Les traitements de l'HTA, c'est très important mais ce n'est pas en cinquième année qu'ils en ont besoin, et de toute façon ils vont l'apprendre pour l'ECN. »

Les MSU tiennent donc à mettre en avant durant le stage les spécificités de leur pratique.

Par ailleurs, les MSU mettent en avant la nécessité de respecter le niveau des externes.

3.2.3.2. Respecter le niveau des externes

Le souhait est d'adapter la grille d'évaluation véritablement à l'externat.

Les avis divergent concernant la nécessité de faire des grilles différentes pour les trois années de l'externat à savoir D2, D3 et D4. Globalement, les MSU se sentiraient submergés par une trop grande abondance de grilles différentes mais ils mettent en avant le besoin d'une flexibilité de la grille pour qu'elle s'adapte à un jeune externe aussi bien qu'à un externe proche de passer les ECN.

Au final, deux éléments primordiaux ressortent des entretiens :

- Faire une grille pour les externes (et non pas une grille du niveau de l'internat qu'on adapte aux externes)
- Avoir une grille assez flexible pour qu'elle convienne à tous les stages (que ce soit un premier stage d'externe ou un dernier stage avant d'être interne, en passant par tous les cas de figures qui peuvent s'égrainer entre ces deux cas extrêmes).

✓ Une grille unique

« MBM : D'accord. Vous qui avez eu des D2, D3, est ce que vous avez l'impression qu'il faudrait deux grilles différentes pour les évaluer ?

MSU : Non, ils sont dans le même jus. »

« ... Il faudrait une grille globale pour les 3 années. Il faut faire la même. »

« ... Non non, faire trop de grilles, on va les paumer c'est chiant. Non, faire un seul référentiel. Faut faire une grille où on pourrait moyenner, sinon c'est trop chiant. On s'y perd. »

« ... Il faut une grille commune D2.D3.D4 »

« ... la grille, il ne faut pas l'adapter en fonction de l'année. Il est certain qu'on ne va pas attendre ou demander la même chose à un quatrième qu'à un sixième année, ça, ok. »

✓ Une grille flexible

« ... Mais qu'on demande à stéréotyper de la quatrième à la sixième année d'être déjà des internes, ce n'est pas possible ça. »

« ... les premiers points pour un D2 ou un D3 débutant par rapport au reste de la grille qu'on doit pouvoir considérer comme acquis les premiers points pour un D4 et comme non-acquis ou à travailler les derniers points pour un D4. »

« ... soit tu es très souple et c'est bien d'avoir un truc assez souple par ce que clairement j'ai eu une D3 qui était largement meilleur que les D4, mais je ne pense pas que c'était que les D4 n'était pas bon. »

3.2.3.3. Donner des précisions sur le stage à travers la grille d'évaluation

Les MSU ont le sentiment que si la grille était plus adaptée, ils s'en serviraient comme support durant le stage pour : définir les objectifs à atteindre et mieux savoir comment aborder les notions de relation et de communication en santé. Ils pensent que toutes ces précisions (détaillées dans la figure 10) doivent être un guide tout en restant toujours assez souple pour l'adapter aux différents niveaux des externes et au stage pratique en lui-même.

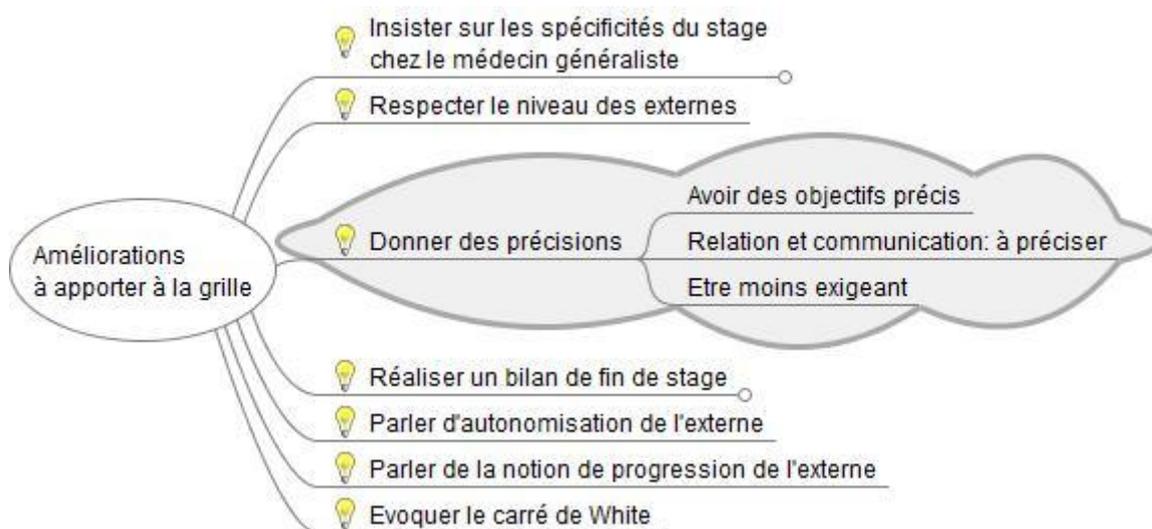


Figure 10: Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant « LES PRECISIONS » à apporter

- Avoir des objectifs précis pour le stage

Les MSU souhaiteraient que la grille d'évaluation serve de guide avec des objectifs simples et précis. Ils auraient alors l'impression de savoir ce qu'on attend d'eux et des externes pendant le stage.

« ... D'abord sur leur grille, savoir ce qu'on a abordé ou pas. Ce qu'on a oublié d'aborder et à ce moment là on l'aborde, en théorie, si on n'a pas eu l'occasion de le faire en pratique pour un cas précis, »

« ... Il faudrait que cette grille soit plus simple dans ce qu'on doit évaluer. Des trucs plus précis, comme on dit d'un objectif : simple, mesurable, observable. »

« ... il faudrait faire un programme : une grille détaillée de tout ce que l'on doit acquérir pour s'en servir. »

- Relation et communication à préciser

Les MSU mettent un point d'honneur à faire découvrir aux externes leur relation avec les patients. De ce fait, ils aimeraient que ces notions de relation et de communication soient clairement explicitées dans la grille.

« ... le relationnel, je trouve que ça pourrait être un petit peu plus détaillé dans la reformulation, l'accueil du patient... c'est vrai que c'est détaillé dans la grille Calgary (rire) mais moi j'ai un peu de mal avec ça ; j'aurai besoin d'items un peu plus précis. »

« ... J'aurai besoin d'items un peu plus précis en termes de communication. »

- Etre moins exigeant avec les externes

Tout en insistant comme précédemment sur la nécessité d'une adaptation au niveau des externes, les MSU souhaitent de la simplicité aussi bien dans les objectifs définis que dans le contenu même de la grille.

« ... Il ne faut pas leur en demander trop. »

« ... Des choses assez simples. »

« ... Par contre : « perçoit » ou « participe à ». « On ne pourrait pas demander l'électrophorèse de... », quelque chose comme, ça c'est plus pertinent. « Participe a la décision » mais pas « choisit », c'est hors sujet. »

« ... Plutôt dans la nosologie, plutôt que déjà gérer tout un truc. »

« ... En théorisant trop, ils sont trop jeunes, trop pas mûrs dans le sens de l'apprentissage. »

3.2.3.4. Réaliser un bilan de fin de stage

A travers la réalisation d'un bilan de fin de stage, les MSU souhaitent d'une part faire intervenir concrètement les externes afin qu'ils expriment une opinion sur leur expérience vécue durant les trois mois, et d'autre part avoir la possibilité de s'exprimer sur l'étudiant qu'ils ont eu l'occasion de voir évoluer durant le stage.

Deux modes d'expression ont été évoqués :

- la réalisation d'une observation en fin d'évaluation par le MSU, par l'externe ou par les deux,
- la réalisation par l'externe d'une trace d'apprentissage

Nous allons donc détailler ces deux modalités de réalisation de bilan de fin de stage en suivant la trame exposée ci-après sur la carte heuristique (figure 11).

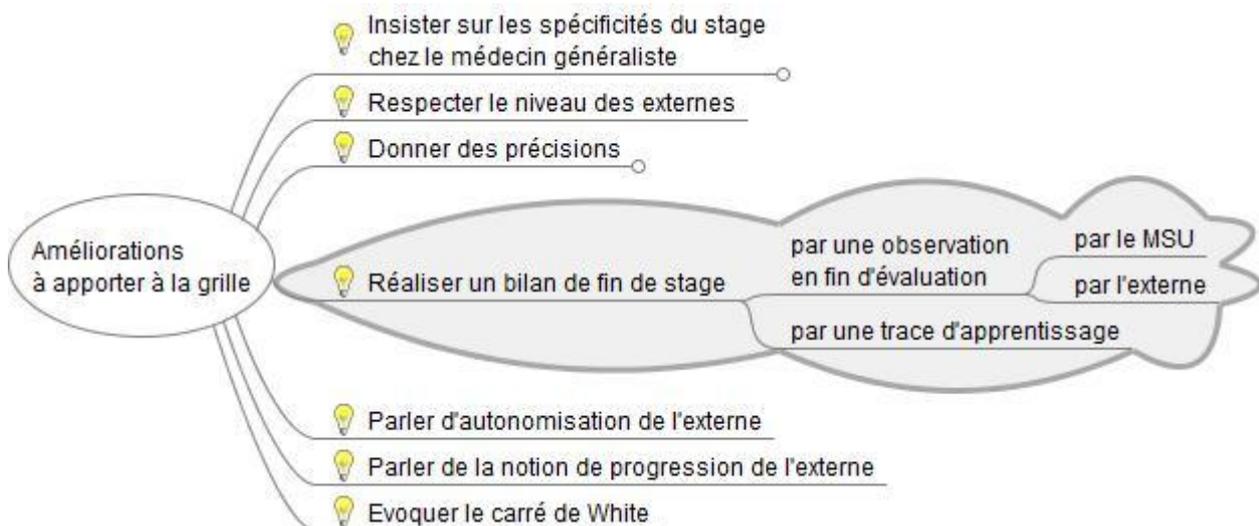


Figure 11: Détails des améliorations souhaitées par les MSU concernant « LA REALISATION D'UN BILAN DE FIN DE STAGE »

- Bilan fin de stage : laisser une place à la fin de l'évaluation pour noter une observation

✓ Par le MSU

Les MSU aimeraient avoir un espace approprié en fin d'évaluation pour noter des observations diverses.

« ... on peut avoir aussi à la fin un truc « observation » pour mettre par exemple « externe déjà au niveau de l'interne » pourquoi pas. »

« ... également on pourrait mettre « points forts, points faibles ressentis ». Il faut bien mettre « ressentis » parce qu'il ne faut pas qu'il sorte de là avec ses points forts et ses points faibles. C'est ressenti par le MSU qui lui aussi a des points forts et des points faibles. On pourrait le mettre comme ça. »

« ... il faudrait qu'il y est un truc pour faire un commentaire libre, ou je ne sais pas, quelque chose comme ça. »

« ... un espace libre pour faire un vrai commentaire. »

✓ Par l'externe

Certains MSU souhaiteraient également que les externes s'expriment en notant des observations en fin de fiche d'évaluation.

« ... ça leur permet de clôturer un petit peu leur histoire et de voir s'ils ont eux même avancé. »

« ... on lui demanderait... on lui laisserait une case blanche. »

« ... Une grande case vide pour lui dire ce que, lui, personnellement en a tiré. »

« ... il identifierait déjà les creux pour pouvoir les remplir et partant de là, il sera peut-être encore plus incisif ou plus exigeant. »

« ... moi j'ai envie de dire « commentaires de l'externe ». Moi je leur demande aussi un truc : c'est quoi les craintes du stage, points forts, points faibles, pourquoi ils sont là, pourquoi ils font médecine. »

- Faire réaliser une trace d'apprentissage

De nombreux MSU sont gênés par l'absence de trace d'apprentissage en fin de stage, ils se sentent frustrés par ce vide que laisse les externes derrière leur passage.

Ils pensent qu'il serait logique dans le cursus et enrichissant pour l'externe de réaliser une trace d'apprentissage dont les modalités reste à définir.

« ... je leur demande un rapport de stage, ils ne sont pas obligés il paraît. Je trouve ça fou que les stages courts en 2 jours on leur demande un rapport de stage et les stages longs on ne leur demande pas de rapport de stage. »

« ... Déjà noter d'où ils partent et est ce qu'on a répondu aux craintes et aux questions du départ mais ça c'est à eux de l'écrire et moi je pense qu'il faut qu'il fasse une trace d'apprentissage. »

« ... C'est quand même la moindre des choses. Rester 3 mois avec un médecin généraliste et ne pas écrire une trace d'apprentissage c'est du délire. »

« ... Au final, voilà ce que j'ai appris sur les compétences, diagnostic de situation...cette maturation avec une trace d'apprentissage. Une trace qui montre un regard, »

« ... on leur fait faire quelques écrits, alors moi de temps en temps, j'en ai un qui me fait un truc sur l'examen du nourrisson, un autre qui me fait un truc sur je ne sais pas quoi, un truc de rhumato ou voilà, et après un mémoire ? Un petit résumé ? Comme un mini RESCA à la fin ?... Y'en a qui le font, y'en a qui ne le font pas. On doit le faire faire ? Ou est-ce qu'on ne doit pas ? Est-ce qu'on valide le truc et c'est tout. Moi je trouve qu'un mini RESCA, ce serait bien de leur proposer ça. Pour moi, c'est plus intéressant qu'ils nous décrivent comme ça une situation »

3.2.3.5. Parler d'autonomisation de l'externe

Les MSU aimeraient que l'évolution de la place de l'externe au cours du stage soit clairement notifiée. Ils sont en stage pour découvrir. Les MSU pensent qu'en leur permettant d'être plus indépendants au fur et à mesure du stage, on leur donnerait goût à aller chercher les informations et

les connaissances. Il faudrait leur donner de plus en plus d'autonomie dans leur pratique au cours des trois mois.

« ... il faudrait qu'on leur donne plus d'autonomie je pense »

« ... Et bien quand on est externe, on apprend que ce que l'on va chercher. »

« ... Comment peut-on apprendre à nos étudiants en médecine, qui prennent conscience que dès leur deuxième année, ils vont être médecin, une fois qu'ils ont réussi le PCEM1 qu'ils doivent être autonomes ? »

« ... Pendant 3 mois il y a un truc de fond et finir par un externe autonome comme un stage niveau 1 à la fin qui finit par voir seul »

« ... - on pourrait mettre : autonomisation en stage

3.2.3.6. Parler de la notion de progression de l'externe

Parallèlement à l'acquisition d'une certaine autonomie, les MSU relatent l'importance de la progression de l'externe au cours du stage. Ils souhaiteraient que cette notion soit mieux individualisée pour mettre en valeur les externes assidus. Egalement, ils expliquent cette nécessité par le fait de valoriser la progression de l'étudiant dans un univers qu'il découvre pour la première fois.

« ... Le but c'est ça, est-ce qu'ils ont réussi à progresser par eux-mêmes. »

« ... Les externes que j'ai vus, on voit une différence entre le début et la fin. »

« ... On parle au départ de la grille, la vision de la grille au démarrage est difficile et à la fin il y a plein de choses qu'ils ont réussi à faire. »

« ... - notion de progression dans le stage, c'est ça l'important en pédagogie, ce qui est important c'est d'avancer, de bouger, de faire mieux. La notion de progression. Progression dans le stage, on pourrait le mettre ça. »

3.2.3.7. Evoquer le Carré de White

Enfin, de nombreux MSU utilisent comme outil pédagogique « le carré de White » et ils souhaiteraient que cette pratique soit reconnue et généralisée à l'ensemble des MSU.

Le carré de White (Annexe 7) représente un graphique englobant 1000 adultes exposés à un problème de santé. Sur ces 1000 adultes, 750 ressentent au moins un trouble de santé, dont 250 c'est-à-dire un quart de l'échantillon initial, consultent un médecin au moins une fois ; 9 sont admis à l'hôpital, 5 sont adressés à un autre médecin, 1 seul est hospitalisé au CHU.

A travers cette démonstration schématique et simple, les MSU veulent porter l'attention des externes sur le fait que la majorité des pathologies ou des situations cliniques ne sont pas rencontrées en milieu hospitalier, et notamment au CHU. Ils souhaitent leur montrer la diversité de leur exercice et la nécessité de découvrir une autre médecine que celle du CHU, plus proche de la population globale.

« ... je me sers beaucoup du carré de White »

« ... Je trouve que c'est essentiel. »

« ... je trouve que c'est dommage que ça ne figure pas dans la grille. C'est quand même très important, je m'en sers à tous les stages en expliquant ce que c'est. C'est très parlant, c'est très imagé, c'est simple. »

« ... On a fait hier le carré de White, ça c'est la base. »

« ... je trouve que ça leur permet, quand on parle du carré de White, ils ne savent bien sur pas ce que c'est, ils se rendent vraiment compte que sur tous les gens qui vont au CHU, nous, on en voit 1000 fois plus et tout cela on les gère nous même donc bon... c'est pas mal comme ça.

4) DISCUSSION

4.1. Discussion sur la méthode choisie

4.1.1. Une étude qualitative

L'objectif principal de notre étude est de rapporter ce que pensent les maîtres de stage universitaire de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste. Comme objectif secondaire, nous avons défini également le fait de recueillir auprès des MSU des améliorations souhaitées concernant l'évolution de cette grille d'évaluation lors de sa révision.

Nous nous sommes donc orientés vers le choix d'une méthode qualitative. Les études qualitatives étudient des questions complexes (6). Elles permettent d'explorer les attitudes, les croyances et préférences personnelles (7), ce qui correspond à nos objectifs d'enquête. Elles sont connues comme pertinentes pour comprendre le fonctionnement des sujets et les interactions entre eux (8). Elles s'intéressent plus à la diversité des comportements qu'à leur fréquence (9). Cette méthode semblait être bien adaptée à notre objectif de recherche.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Cette technique a permis de donner une liberté de parole à nos informateurs. Les MSU ont ainsi exprimé leurs critiques et leurs souhaits en toute liberté. Ils en ont aussi profité pour parler du stage des externes chez le médecin généraliste dans sa globalité. Toutes ces notions ont permis de faire ressortir des éléments importants et variés sur le stage et donc par conséquent sur la grille d'évaluation qu'ils aimeraient utiliser.

Nous avons sélectionné un panel d'informateurs le plus large possible selon les critères d'inclusion définis afin d'obtenir une diversification dans les avis recueillis. Nous nous sommes limités à dix entretiens car nous étions à saturation des données.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux concernant les grilles d'évaluation du stage ambulatoire durant le deuxième cycle des études médicales. Ceci peut s'expliquer par la mise en place récente de ce stage selon ces nouvelles modalités. Quelques étudiants se sont intéressés à ce nouveau stage et à son impact sur la formation des externes. Concernant les grilles d'évaluation, on retrouve seulement une thèse réalisée à la faculté de Clermont-Ferrand par Bénédicte RUDEL qui

s'intéresse à l'analyse des fiches d'évaluation des maîtres de stage universitaire entre novembre 2009 et novembre 2011 (10). Mais ce travail ne s'apparente pas au nôtre puisqu'il s'agit d'une étude concernant les internes et ayant pour but de savoir comment les internes perçoivent les compétences pédagogiques de leur MSU. Il s'agit d'une étude quantitative et rétrospective. Après avoir fait une revue de la littérature, nous pouvons ainsi qualifier notre travail d'original.

Nous avons donc tenté de respecter au mieux les principes de la recherche qualitative. Notre travail nous a permis de dégager des résultats clairs permettant de répondre à notre question de recherche, ce qui conforte la méthode de recherche utilisée.

4.1.2. Les biais ayant pu influencer les résultats de notre étude

- Le recrutement

Les études qualitatives n'ont pas vocation à réaliser des études sur des grands échantillons. Nous n'avons réalisé que dix entretiens. Même si l'échantillon initial était raisonné selon les critères d'inclusion détaillés dans la partie « matériel et méthode ». Au final, les entretiens n'ont été réalisés qu'auprès des MSU volontaires c'est-à-dire ceux ayant répondu positivement à notre sollicitation.

Le recrutement s'est donc fait par un courrier électronique d'accroche ayant pour but d'expliquer très succinctement notre projet de travail et de proposer aux MSU intéressés de venir à leur rencontre.

Un biais de sélection intervient donc puisqu'on peut envisager que seuls les plus motivés ont répondu favorablement à cette sollicitation.

A travers l'analyse des critères d'inclusion en comparaison à notre groupe de MSU final, on peut également noter des biais.

La répartition des MSU au sein de la région Poitou-Charentes : on note une proportion plus importante de MSU rencontrés dans le département de la Charente (16) c'est-à-dire quatre MSU charentais contre deux MSU de chacun des trois autres départements (Charente-Maritime(17), Vienne(86) et Deux-Sèvres(79)). Ceci peut s'expliquer par le fait que nous sommes nous-mêmes domiciliés en Charente. Ainsi la connaissance de certains MSU peut avoir orientée leur réponse vers le positif et avoir donc permis une rencontre plus naturelle.

La plupart des MSU rencontrés faisaient partie de cabinets exerçant en groupe (sept MSU en cabinet de groupe contre trois exerçants seuls). Cette constatation se fait également sur l'ensemble des conditions de travail des MSU qui sont pour la plupart associés en cabinets de groupe. Cependant, quelle que soit leur organisation, ils ont su répondre positivement à notre sollicitation en nous ménageant un créneau adapté au besoin de notre échange. Ils ont su se rendre disponibles et étaient motivés quant à cette rencontre.

Les lieux d'exercices ont tous été représentés, cependant la moitié des MSU travaillaient en milieu semi-rural, tandis que l'autre moitié était partagée entre rural et urbain (2 MSU en urbain et 3 MSU en rural). Nous avons donc été amenés à rencontrer plus de MSU en milieu semi-rural.

Enfin, huit MSU sur dix étaient des MSU anciens avec de l'expérience. On peut émettre l'hypothèse que les MSU ayant de l'expérience dans le domaine de l'enseignement sont les plus motivés pour transmettre leurs idées et pour faire évoluer l'enseignement. Ils connaissent bien les modalités de stage et ont encadré beaucoup d'étudiants. C'est pour cela que ce sont eux les plus motivés pour donner leur point de vue.

- L'interviewer

Nous sommes allés à la rencontre des MSU lors de rendez-vous fixés au préalable selon leur disponibilité. Nous n'avions pas dévoilé notre sujet de recherche et avons juste précisé que nous parlerions exclusivement du stage long des externes en ambulatoire. Nous avons essayé de nous exprimer le moins possible afin de ne pas influencer les propos des MSU. Nous avons donc veillé à rester le plus neutre possible face aux MSU rencontrés.

Cependant, au cours de l'entretien et de part l'orientation de notre questionnaire vers notre question de recherche, les MSU ont du ressentir l'intérêt que nous portions à ce sujet. Ils existent donc un biais dû aux modalités de rencontre.

- La méthode d'analyse

Dans une étude qualitative, le risque majeur est la déperdition d'informations. Les phases de retranscription des entretiens et d'encodage peuvent être source d'erreur. Nous avons essayé de retranscrire le plus fidèlement possible les entretiens des MSU.

Lors de l'encodage, nous avons encodé un maximum de données afin d'avoir le plus d'éléments possibles pour ne pas oublier de notions.

Nous avons veillé à l'obtention de la saturation des données afin d'assurer la crédibilité des résultats. Malheureusement, en raison des difficultés d'organisation, nous n'avons pu mettre en place la triangulation pour l'analyse thématique de nos résultats. Nous avons analysé trois entretiens à deux, le directeur de thèse et moi-même, afin de consolider notre codage.

4.2. Discussion sur les résultats de la recherche

4.2.1. L'analyse des résultats rapportée à la définition de la médecine générale

D'une façon générale, les MSU trouvent que la grille d'évaluation est un moyen de travail, une trame sur laquelle ils s'appuient pour guider leur stage long avec les externes. Ils insistent tous sur le besoin de s'attarder sur les fondamentaux à savoir : la relation médecin-malade et l'examen clinique du patient en médecine générale. Malheureusement, cette grille ne leur permet pas d'insister sur ces éléments. Ils la trouvent inadaptés aux différents niveaux des externes répartis entre D2, D3 et D4. Elle apparaît également pour eux difficile à utiliser du fait de sa densité, de sa complexité et son orientation vers une pratique trop hospitalière.

En reprenant leurs remarques concernant les items de la grille d'évaluation, on retrouve bien ces avantages et ces inconvénients. L'accent est toujours porté sur les parties « relation », « anamnèse », « examen physique », ainsi que sur la volonté de faire découvrir le dossier médical, le monde du libéral et d'instaurer un climat d'échange avec les externes. Mais parallèlement à cela, beaucoup d'items de la grille amènent les MSU à s'interroger sur les objectifs du stage en ambulatoire durant le deuxième cycle des études médicales : Doit-on faire de la thérapeutique ? Doit-on laisser aux externes une autonomie similaire à celle d'un interne ?

Enfin, les MSU ont des souhaits précis concernant les améliorations de cette grille d'évaluation. L'insistance de beaucoup a été portée sur une réelle volonté de faire découvrir leur univers de travail, la médecine générale et ses spécificités relationnelles, humaines, techniques, cliniques. Ils souhaitent utiliser ce stage pour mettre en valeur leurs pratiques auprès des étudiants et les sensibiliser à leur travail. Pour cela, ils aimeraient un stage dont les objectifs soient définis clairement et simplement dans la mesure du réalisable, c'est-à-dire en rapport avec le niveau des externes lors

de leur stage. Par ailleurs, pour valider objectivement ce passage et les notions acquises pendant leur trois mois d'ambulatoire, les MSU souhaiteraient la mise en place d'un bilan de fin de stage reconnu par le DMG.

La médecine générale a été défini en 2002 selon onze caractéristiques par la WONCA Europe (World Organization of National College, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, ou World Organization of Family Doctors) qui est l'organisation européenne des médecins de famille (11). (Annexe 8)

A travers l'analyse de nos résultats, on peut noter qu'au cours des entretiens, les MSU mettent un point d'honneur à retrouver dans cette grille d'évaluation les compétences professionnelles du médecin généraliste :

- Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires grâce à une démarche adaptée : Les MSU interrogés tiennent à mettre en valeur leur spécificité de médecin de premier recours. En particulier, au sein de la future grille d'évaluation, ils souhaiteraient une référence explicite au carré de White pour expliquer aux étudiants leur place de choix face aux problèmes de santé de la population générale. Egalement, ils ont la volonté de faire découvrir leur diversité de travail en insistant sur la découverte de la sémiologie aussi bien du nouveau-né que du diabétique par exemple.

- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et /ou situation d'incertitude : Les MSU interrogés abordent cette notion de réponse à l'urgence ainsi que cette notion d'incertitude. Ce sont deux spécificités que les MSU souhaitent évoquer avec les externes. Cela semble devoir faire partie de la grille d'évaluation du stage.

- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale : Même si les pratiques sont disparates concernant les gestes techniques au sein de notre échantillon de MSU, tous s'accordent à dire que l'apprentissage des gestes techniques de base en médecine générale doit être retrouvé dans la grille de validation du stage. C'est un objectif reconnu du stage d'externe en ambulatoire.

- Entreprendre des actions de santé publique : Cette volonté n'est pas explicitée en ces termes. Mais beaucoup parlent de diabète, de tension artérielle, de vaccins et de frottis cervico-vaginal ce qui s'inscrit bien dans une telle démarche de soins.

- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage : C'est l'idée prédominante de tous les entretiens. Les MSU interrogés donnent le sentiment que s'ils ne devaient faire passer qu'une seule spécificité de leur travail aux externes c'est la relation particulière qu'ils entretiennent avec leur patient et du mode de communication qui en découle. On retrouve de façon détaillée cette notion dans la grille actuelle en référence au modèle Calgary-Cambridge. Cependant, la formulation ne semble pas suffisamment explicite pour les MSU. Cette notion est le point central de la grille d'évaluation de fin de stage d'externe chez le médecin généraliste et les MSU interrogés souhaiteraient que la grille soit adaptée afin que cela ressorte de façon plus évidente.

- Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie : Ce point est retrouvé mais plutôt de façon négative dans les entretiens car cette spécificité du rôle du médecin généraliste semble être une notion un peu trop délicate pour l'enseigner concrètement aux externes. Cependant, ils sont d'accord pour dire qu'il faut l'évoquer au cours du stage mais sans que ce soit forcément un item de la grille d'évaluation finale du stage.

- Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aiguës et chroniques : Les MSU interrogés évoquent à travers la découverte du libéral les notions de cabinet de groupe, de réseau de travail, de formation continue... Ils souhaitent montrer que malgré l'image véhiculée du médecin isolé dans sa profession, en réalité, les choses sont bien différentes et le médecin généraliste est en fait au centre d'un système où interviennent beaucoup d'entités différentes, ainsi que des ressources variées.

- Assurer le suivi et la continuité des soins : Les opinions des MSU interrogés sont un peu mitigées quant à ce sujet mais d'une manière générale c'est une notion qu'ils souhaitent aborder. C'est un élément à évoquer dans la grille d'évaluation sur le versant du relationnel avec le patient.

- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques : Les MSU interrogés évoquent à travers la relation, la notion de respect mais ils n'abordent pas le domaine médico-légal ni administratif en lien avec l'assurance maladie. Ils doivent penser qu'il ne s'agit pas là d'un sujet

primordial à évoquer avec les externes. Ils insistent constamment sur le besoin d'une adaptation de la grille au niveau des externes. Nous pensons qu'en abordant ce sujet on retomberait dans les critiques négatives faites quant au respect du niveau des externes.

- Assurer la gestion de l'entreprise médicale : Cette notion est un élément essentiel du stage et donc de la grille de fin de stage. La découverte du libéral et de ses spécificités est un des points essentiels à faire découvrir aux externes.

- Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique, organiser et maintenir sa formation professionnelle : Toujours lors de la découverte de l'entreprise libérale, les MSU souhaitent faire passer l'idée de la formation médicale continue. Dans le registre des apprentissages, ils souhaitent apprendre aux externes à réfléchir en argumentant et en ayant des outils de recherches fiables.

4.2.2. Confrontation avec des sources extérieures concernant les modalités d'évaluation

Dans la littérature, on retrouve des travaux pouvant être en rapport avec notre thème c'est-à-dire des recherches concernant les évaluations de stage et des recherches concernant le stage d'externe en ambulatoire.

Tout d'abord en ce qui concerne les recherches sur les évaluations de stage, on retrouve un article paru dans la revue *Pédagogie médicale* en Février 2002 sur « l'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale » de J. JOUQUAN (12). Il donne des recommandations générales à mettre en place lors du développement d'un dispositif d'évaluation. Notre étude s'attache à critiquer la grille d'évaluation de fin de stage ambulatoire en seconde partie du deuxième cycle des études médicales. Nous cherchons donc à trouver des moyens d'améliorer cette grille. Cet article nous donne des outils d'améliorations. Il recommande d'anticiper les conséquences prévisibles du dispositif mis en œuvre sur les apprentissages des étudiants, c'est-à-dire n'évaluer que ce que l'on peut enseigner. Pour cela, il préconise de mettre en œuvre un dispositif d'apprentissage comportant un niveau minimum de complexités cognitives afin que l'étudiant ait accès au processus d'un raisonnement et non seulement à son résultat et donc à une simple récitation sur commande. Il nous indique que plutôt que d'avoir une grille très dense et floue de part la grande quantité d'informations nouvelles dont les divers modèles issus du carnet de l'externe, il serait plus formatif

d'avoir un objectif à atteindre et de laisser l'externe développer ses capacités lors des situations concrètes vécues avec son MSU. C'est également ce que souhaitent les MSU.

Il préconise également la délimitation de ce qui doit être évalué en raison de sa pertinence par rapport aux compétences visées, plutôt qu'en raison de sa facilité à être mesuré. On rejoint là-aussi l'opinion des MSU qui souhaitent avoir des objectifs clairs à réaliser tout en se laissant une certaine flexibilité d'évaluation. Ils souhaitent avoir une possibilité d'émargement plus élaborée que la grille « scolaire » qu'ils utilisent actuellement afin de faire ressortir des notions plus subtiles lorsqu'une compétence à évaluer est d'un niveau cognitif plus élevé qu'une autre.

Toujours en lien avec ce que souhaiteraient les MSU, J. JOUQUAN préconise également de sélectionner des modalités d'évaluation qui renseignent valablement sur le niveau de performance réellement attendu des étudiants et d'exposer les étudiants à un nombre et à une variété suffisante de situations d'évaluation.

Il insiste sur le fait de développer des dispositifs d'évaluation utilisant des méthodes et des instruments que l'on maîtrise, dont on connaît les forces et les limites, compatibles avec les allocations en ressources du programme de formation (coûts humains et financiers) et acceptés par les acteurs concernés (les étudiants et les enseignants).

Enfin, il demande de rendre explicite aux étudiants, dès le début de la séquence d'enseignement et d'apprentissage, la nature des tâches d'évaluation et les critères pris en compte pour la correction et/ou la détermination de la réussite, éléments particulièrement plébiscités par les MSU quand à la réalisation d'un bilan de fin de stage et tout particulièrement la réalisation d'une trace d'apprentissage.

Nous avons également retenu un article de la revue *pédagogie médicale* paru en Novembre 2006 posant la question de « l'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ? » de J H BARRIER et son équipe (13) qui s'interrogent sur le pourquoi de l'évaluation d'un enseignement ? Dans cet article, ils soulèvent des questions au cœur de notre problématique : est-ce que nous évaluons trop ?
Evaluation de stages : que souhaitent les étudiants ?

Ils soulèvent les mêmes questions que certains MSU sur l'objectif de l'évaluation, ses modalités de réalisation et le but de cette dernière ? En effet, ils s'interrogent sur la pertinence de questionnaires trop longs alors que le temps accordé pour la validation de ce dernier est souvent très court. Ils se questionnent également sur la routine engendrée par la répétition des mêmes questionnaires, ce qui peut également jouer sur la qualité des informations fournies. Ils interpellent le lecteur sur le manque d'exploitation des données de ses évaluations.

La question de l'évaluation est aussi vue du côté des étudiants dans cet article : que souhaitent-ils ? D'après une recherche américaine menée pour EVALENS à la faculté de Conakry (13), il semblerait que les étudiants aient des idées très arrêtées sur ce qu'est un bon ou un mauvais stage. Ils souhaitent clairement être davantage associés à l'organisation des stages (définition des objectifs d'apprentissage, techniques pédagogiques les plus appropriées, évaluation des enseignants et des enseignements, auto-évaluation). Ainsi l'organisation d'une formation structurée et explicite en professionnalisme apparaît nécessaire autant pour les étudiants que pour les formateurs, ce qui recouvre explicitement les propos retrouvés lors des entretiens avec les MSU.

Nous en venons ainsi à nous poser des questions relatives aux étudiants et à leur formation. Avant de réaliser une grille d'évaluation adéquate selon toutes les modalités pédagogiques vues ci-dessus et en suivant la trame souhaitée par les MSU, il est important de se poser la question : quel est le but recherché lors du stage d'externe chez le médecin généraliste ?

Nous pouvons trouver des éléments de réponse en nous référant à un article de la *Revue internationale francophone d'éducation médicale* de 2007 qui s'interroge : « En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? » par S. LANGEVIN et R. HIVON (14). Cette revue de la littérature couplée à une étude qualitative via des focus group soulève des éléments essentiels à notre problématique. En effet, elle met en avant que l'absence de finalités explicites et des pratiques évaluatives inadéquates compromettent le mandat pédagogique de notre externat.

Ainsi, les auteurs préconisent pour rehausser la qualité de l'externat en tant que dispositif pédagogique, l'adoption de finalités explicites, le recours à des évaluations axées sur la démonstration des compétences, une prépondérance accrue des évaluations formatives et non pas la simple accumulation de connaissance résultat d'évaluations sommatives, et l'implantation d'un monitoring longitudinal c'est-à-dire un suivi de l'externe au cours de son cursus durant les trois années et non pas au fil des stages. Tous ces éléments doivent guider la réalisation d'une grille d'évaluation de fin de stage adaptée aux besoins et efficace dans l'acquisition des compétences durant le stage d'externe en médecine générale.

Les travaux de DORNAN *et al.* (15) confirment l'importance d'établir des objectifs de formation précis pour un apprentissage optimal dans un milieu clinique. L'apprenant doit connaître, au départ, ce qu'on attend de lui. Une éducation axée sur des finalités explicites s'impose indéniablement dans un long parcours de formation comme l'externat (16).

Mais comment définir ces objectifs ? Notre étude répond à une partie de cette problématique en donnant le ressenti des MSU à ce sujet. Lors de l'établissement d'une nouvelle grille, il sera donc possible de s'appuyer sur notre analyse. Cependant, il manque l'autre partie des ressources nécessaires, à savoir, les attentes des étudiants.

Une partie de la réponse peut être donnée grâce aux éléments retrouvés dans les thèses traitant du stage d'externe chez le médecin généraliste.

Nous citerons la thèse de M. BOINOT réalisée à Poitiers en 2012 et qui s'attache à développer les « Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectués le stage ambulatoire de trois mois » (17). Elle détaille dans son travail la représentation qu'ont les externes des médecins généralistes suite à leur passage en stage durant trois mois. Globalement, elle indique que les étudiants ont un ressenti positif de cette spécialité. Ils découvrent à travers le stage les compétences du médecin généraliste, son mode de travail, sa relation avec les patients. Nous retrouvons à travers cette démonstration les éléments chers aux MSU que nous avons rencontrés. Ce stage permet de découvrir la médecine générale et de la valoriser aux yeux des étudiants. C'est pour cela que la définition d'objectifs clairs et de conditions pédagogiques d'évaluation adéquates ajouteraient de nouveau à l'attrait à ce stage.

D'autres études plus anciennes, celle de C. CAZELLES-BOU en 2007 qui a étudié les « Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine » (18) montrait que 72,5 % des étudiants interrogés considéraient la médecine générale comme offrant un rapport privilégié avec les patients. F. MARTIN en 2008-2009 a travaillé sur les « Représentations de la médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale » (19). On retrouve dans son travail une vision de la médecine générale de la part des jeunes internes définie par « une pratique variée, globale », et l'importance du « côté relationnel de l'exercice ». Enfin, la thèse de C. GAIDIOZ et S. RUHLMANN en 2008 demande « Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? » (20). Les représentations des étudiants dans cette étude montrent que « la médecine générale véhicule l'image d'une médecine humaine au sein de laquelle la relation médecin-malade est prédominante ». Ces trois travaux nous permettent à nouveau d'insister sur l'importance de cette relation. Ainsi les représentations et les attentes des étudiants durant le stage sont bien celle évoquées par les MSU quand à la découverte durant le stage de cette relation particulière.

Pour terminer, nous évoquerons l'étude parue dans *Pédagogie médicale* en 2009 sur « l'évaluation préliminaire d'un stage d'externat expérimental en médecine générale à la faculté de médecine de Tours » de C. RENOUX et son équipe (21). Cette enquête qualitative effectuée par entretiens collectifs réunissant 29 étudiants ayant réalisés un stage ambulatoire de deux semaines révèle la notion de « diversité de l'exercice », ainsi que la découverte de la démarche diagnostique dans la durée, la coordination des soins et la gestion des examens complémentaires en médecine libérale. Tous ces points ont été soulevés par les MSU lors de nos entretiens. Il s'agit de notions spécifiques à la médecine générale.

Toutes ces études montrent donc qu'à travers les représentations des étudiants, qu'ils aient réalisé ou non le stage chez le médecin généraliste, ressortent tous les points essentiels de la médecine générale. Il s'agit de ce qui est important de leur faire découvrir pour clarifier leur vision de la pratique libérale. Il faut que les représentations se concrétisent au cours du stage.

5) CONCLUSION

Le stage ambulatoire de seconde partie du deuxième cycle des études médicales se développe progressivement dans les facultés françaises. En Poitou-Charentes, depuis 2010, les externes ont la possibilité d'effectuer un stage de trois mois chez deux maîtres de stage universitaire installés en libéral. Malheureusement, le nombre de lieux de stage est limité et basé sur le volontariat. Dans notre recherche, nous avons étudié ce que pensaient les maîtres de stage de la grille d'évaluation qu'ils doivent remplir afin de valider ou non l'étudiant. Pour ce faire, nous sommes allés à leur rencontre et les avons entretenus en suivant un questionnaire semi-directif dans le but de réaliser une étude qualitative.

D'une manière générale, les maîtres de stage souhaitent que la grille d'évaluation actuelle évolue en mettant l'accent sur les spécificités de leur métier.

En premier lieu, ils insistent sur la nécessité de faire découvrir la relation et la communication qui fait l'originalité de leur pratique.

La découverte du monde libéral est également un point important à retrouver dans la grille car le stage d'externe chez le médecin généraliste est le seul à présenter aux étudiants la médecine hors de l'hôpital et la place des médecins généralistes dans le réseau de soins.

Vient ensuite la volonté d'apprentissage, en insistant sur la sémiologie tout en gardant à l'esprit le contexte de médecine générale avec la découverte au cours du stage de situations variées, de techniques d'entretien et l'assimilation de gestes techniques propres à la pratique de la médecine générale.

Les MSU aimeraient également mettre en avant le travail de leurs externes en s'adaptant à leur niveau, en les valorisant et en validant concrètement leur stage par une trace objective.

D'un point de vue plus pragmatique, les MSU s'attachent également à souligner la nécessité d'une grille plus abordable et moins dense. Ils souhaiteraient une grille précise mais avec une flexibilité dans la cotation afin de s'adapter aux situations rencontrées et aux niveaux variés des externes.

C'est grâce aux éléments fournis par les MSU, en s'appuyant sur les recommandations issues de la littérature et sur les représentations des étudiants concernant la médecine générale que nous avons pu regrouper des arguments afin d'améliorer la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste. Les orientations principales à retenir sont : la nécessité de définir des objectifs précis pour les étudiants comme pour les enseignants, présentés en début de stage et évaluables de façon formative en veillant à ce que l'étudiant puisse rencontrer la situation pendant son stage. Ces

objectifs sont à préciser en insistant sur les spécificités de la médecine générale en gardant toujours à l'esprit le besoin de s'adapter aux niveaux des externes.

Quels sont les objectifs à retenir précisément ? Comment reformuler et restructurer les items de la grille d'évaluation de stage ambulatoire en seconde partie du deuxième cycle des études médicales? Comment incorporer le livret de l'externe au quotidien du stage ambulatoire des étudiants sans donner aux MSU l'impression d'être submergés de documents? Toutes ces interrogations pourraient être le sujet de nouveaux travaux à venir.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Rodriguez T. Evaluation du stage de deuxième cycle en médecine ambulatoire de premier recours à la faculté de Besançon [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Besançon : Université de Franche-Comté UFR sciences médicales et pharmacie ; 2012.
- (2) République française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF du 26 Mars 1997 p. 4684.
- (3) République française. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF du 25 novembre 2006 p. 17696.
- (4) République française ; Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. BO Santé – Protection sociale – Solidarités du 15 août 2009.
- (5) Objectifs de l'entretien. Université de psychologie de Lyon 2. [en ligne] disponible sur : psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/doc/doc-1448.doc
- (6) Collège National des Généralistes Enseignants. Initiation à la recherche qualitative. Séminaire de formation du 31 janvier 2011.
- (7) Sarrazin-Martin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale : enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers UFR médecine et pharmacie ; 2012
- (8) Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998; 316:1230-2.
- (9) Alami S, Desjeux D, Garabuau I. Les Méthodes Qualitatives. 1e éd. Paris: PUF; 2009.
- (10) Rudel B. Analyse des fiches d'évaluation des maitres de stage universitaire entre novembre 2009 et novembre 2011 [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne Faculté de médecine ; 2012.
- (11) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe 2002. [en ligne] Disponible sur : [http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20v
ersion.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf)
- (12) Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale, Pédagogie médicale 2002 ; 3 :38-52.
- (13) Barrier JH, Balden N, Brazeau-Lamontagne L, Normand S, Essoussi AS, Fiche M, Koumare K, Nawar T, Pottier P, Quinton A, Toure M. L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ? Pédagogie médicale 2006 ; 7 :238-47.
- (14) Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative sur une analyse systématique de la littérature ? Pédagogie médicale 2007 ;8 :7-23.

- (15) Dornan T, Hadfield J, Brown M, Boshuisen H, Scherpbier A. How can medical students learn in a self directed way in the clinical environment? Design-based research. *Med Educ* 2005; 39:356-64
- (16) Harden RM. Learning outcomes and instructional objectives: Is there a difference? *Medic Teach* 2002; 24:117-9.
- (17) Boinot-Meunier. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers UFR médecine et pharmacie ; 2012.
- (18) Cazelles-Bou C. Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine : étude réalisée à Poitiers en 2007 [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers UFR médecine et pharmacie ; 2010.
- (19) Martin F. Représentations de la médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers UFR médecine et pharmacie ; 2010.
- (20) Gaidoz C, Ruhlmann S. Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? : Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM1 au DCEM4, [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2008.
- (21) Renoux C, Lehr-Drylewicz AM, Huas D, Lebeau JP. Evaluation préliminaire d'un stage d'externat expérimental en médecine générale à la faculté de médecine de Tours. *Pédagogie médicale* 2009 ;10(3) :175-83.

LISTE DES ANNEXES

<u>ANNEXE 1</u> : Grille d'évaluation du stage « long » de 2eme cycle en médecine générale	86
<u>ANNEXE 2</u> : Echantillon raisonné des maîtres de stages universitaires pour le stage d'externe en ambulatoire	87
<u>ANNEXE 3</u> : Message électronique envoyé aux MSU	89
<u>ANNEXE 4</u> : Echantillon final des MSU rencontrés	90
<u>ANNEXE 5</u> : Carnet de l'externe : Livret de stage ambulatoire de l'externe 2012-2013.....	91
<u>ANNEXE 6</u> : Retranscription des entretiens des dix MSU rencontrés	107
<u>ANNEXE 7</u> : Carré de WHITE	166
<u>ANNEXE 8</u> : Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, WONCA Europe 2002.....	167

Annexe 1: Grille d'évaluation du stage "long" de 2e cycle en médecine générale

Nom du maître de stage

Nom de l'externe :

Année d'étude : DCEM2 DCEM3 DCEM4 Stage du..... au

Cotation de la grille, pour chaque item mettre une croix sur l'appréciation retenue Très Bien – Bien – Moyen – Insuffisant		TB	B	M	I
1 Assiduité					
2 Raisonnement clinique	Relation avec le patient Construit la relation au décours de l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge (cf. annexe)				
	Anamnèse Conduit l'entretien selon le modèle de Calgary-Cambridge				
	Examen physique Fait un examen orienté, et en identifie les signes normaux et anormaux. (liste des compétences cliniques à acquérir en annexe)				
	Choix des investigations complémentaires Choisit les examens complémentaires pertinents à la situation clinique en tenant compte de l'intérêt du patient.				
	Interprétation des données cliniques et para cliniques Elabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste. Hiérarchise les problèmes.				
	Décisions thérapeutiques appropriées Etablit, justifie et négocie un plan de soins, de prévention et de suivi approprié en tenant compte des données de la science, des circonstances de la situation des préférences et du comportement du patient.				
	S'intéresse au suivi du patient				
	Assimilation des gestes techniques Gestes techniques courants en médecine générale ambulatoire (en annexe)				
3. Qualité de renseignement du dossier médical					
4 Exposé oral : présentation de situations cliniques lors des supervisions					
5 Participation aux activités de la structure : organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche...					
6 Commentaires : sur la qualité du carnet d'externe (en annexe)					

Validation du stage
OUI NON

Signature du maître de stage

Annexe 2 : Echantillon raisonné des maîtres de stages universitaires pour les stages d'externe en ambulatoire

En Charente (16) :

- Docteur A * homme (**semi-rural**) G
- Docteur B femme (**semi-rural**) G
- Docteur C femme (**semi-rural**) G
- Docteur D homme (**rural**) S
- Docteur E* femme (**urbain**) G

En Charente-Maritime (17) :

- Docteur F homme (**urbain**) G
- Docteur G homme (**rural**) G
- Docteur H femme (**semi-rural**) G
- Docteur I femme (**rural**) S
- Docteur J homme (**semi-rural**) G

Dans la Vienne (86) :

- Docteur K* femme (**urbain**) G
- Docteur L femme (**rural**) G
- Docteur M homme (**rural**) G
- Docteur N homme (**urbain**) G
- Docteur O homme (**semi-rural**) G
- Docteur P femme (**urbain**) G
- Docteur Q femme (**semi-rural**) S

Dans les Deux-Sèvres (79) :

- Docteur R homme (**rural**) S
- Docteur S femme (**rural**) G
- Docteur T homme (**rural**) S
- Docteur U homme (**rural**) G
- Docteur V homme (**rural**) G

Echantillon MSU stage ambulatoire des externes / échantillon raisonné en fonction du sexe, du lieu d'exercice, de l'ancienneté d'enseignement, de l'âge, de l'exercice en groupe ou seul, des binômes d'enseignement, des associations dans un même cabinet.

A noter, les noms en gras sont ceux contactés dans un premier temps. Les autres seront contactés dans un second temps si les réponses ou les données venaient à manquer.

LEGENDE :

Sexe : h = homme / f = femme

Lieu d'exercice : Rurale **Semi-rural** **urbain**

Enseignement : Avec Astérisque (exemple : Docteur A *) = MSU enseignant depuis quelques semestres / Sans Astérisque (exemple : Docteur B) = MSU depuis plusieurs années (externat et internat confondus)

Activité : G = cabinet de groupe / S = cabinet seul

Annexe 3 : Message électronique envoyé aux Maîtres de stage universitaire

Bonjour,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale. Mon sujet s'intéresse aux maîtres de stages universitaires qui reçoivent des externes en stages ambulatoires.

Afin de connaître votre avis sur différents points, je réalise des entretiens individuels (un entretien dure environ 30 minutes).

Je me permets donc de vous contacter pour savoir si vous accepteriez de me recevoir à votre cabinet pour répondre à mon questionnaire?

Si vous êtes d'accord pour participer à mon projet, Je vous joins quelques dates où je pourrai éventuellement venir vous rencontrer à l'heure qu'il vous convient: mercredi 12 juin, lundi 24 juin, mardi 25 juin, mercredi 26 juin; si ces dates ne vous convenaient pas je suis bien sûr à votre disposition pour fixer un autre rendez-vous.

Par avance merci de votre retour,

Bien cordialement,

Marie BACH-MONRIBOT

Annexe 4 : Echantillon final des MSU rencontrés

En Charente (16) :

- **Docteur A *** homme (**semi-rural**) **G**
- **Docteur B** femme (**semi-rural**) **G**
- **Docteur D** homme (**rural**) **S**
- **Docteur E*** femme (**urbain**) **G**

En Charente-Maritime (17) :

- **Docteur F** homme (**urbain**) **G**
- **Docteur H** femme (**semi-rural**) **G**

Dans la Vienne (86) :

- **Docteur O** homme (**semi-rural**) **G**
- **Docteur Q** femme (**semi-rural**) **S**

Dans les Deux-Sèvres (79) :

- **Docteur R** homme (**rural**) **S**
- **Docteur U** homme (**rural**) **G**

Echantillon final de MSU recevant des externes en stage ambulatoire ayant participé à notre étude via un entretien semi-dirigé.

LEGENDE :

Sexe : h = homme / f = femme

Lieu d'exercice : Rurale **Semi-rural** **urbain**

Enseignement : Avec Astérisque (ex : Dr A *) = MSU enseignant depuis quelques semestres / Sans astérisque (ex : Dr B) = MSU depuis plusieurs années (externat et internat confondus)

Activité : **G** = cabinet de groupe / **S** = cabinet seul

Annexe 5 : Carnet de l'externe



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Département de Médecine Générale



LIVRET de STAGE AMBULATOIRE de l'EXTERNE

Année universitaire 2012-2013

Département de médecine générale
Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers
6, rue de la Milétrie – BP 199
86034 Poitiers Cedex
Scolarité 05.49.45.43.23
Mel. scolarite.dmg.medecine@univ-poitiers.fr
Site Faculté : <http://medphar.univ-poitiers.fr>

COGEMS Poitou-Charentes
Association n° 1763
179 avenue Jean Guiton – 17000 La Rochelle
Contact Valérie Victor-Chaplet
Tél. 06.38.39.15.61
Mel. valerie.victor.chaplet@univ-poitiers.fr
Site collège : <http://www.cogemspc.fr>

Site : <http://www.cogemspc.fr>

		LA FONCTION	NOMS (en cours en 2012)	RESPONSABILITES	
Le DMG : Département de médecine générale de Poitiers	Le CONSEIL du DMG	Hospitaliers	Le Doyen	Pr. Morichau-Beauchant Michel	Représentant es qualité de la Faculté
			Cinq médecins hospitaliers désignés par les CME de chaque département	16. Dr Lucke 17 Nord. Dr Gombert 17 Sud. Dr Padeloup 79. Dr Volard 86.	Représentation des hôpitaux périphériques
			Le coordonnateur universitaire CHU-CHR	Pr. Roblot Pascal	Relations inter hospitalières
		Internes	Deux représentants des internes	Mesnier Thomas Didden Xavier	Représentation des internes
			Le COGEMS	Le professeur titulaire de médecine générale (PT)	Pr. Gomes José
		Les maîtres de conférences associés de médecine générale (MCA)		Dr. Valette Thierry	Directeur du programme Porte-parole du staff
				Dr. Birault François	Responsable de l'évaluation du DES et de la certification
				Dr. Binder Philippe	Directeur du pôle Recherche
				Dr. Parthenay Pascal	Responsable des stages pratiques et du contenu de l'ENT
				Dr Girardeau Stéphane	Responsable des enseignements théoriques
				Dr. Grandcolin Stéphanie	Responsable du tutorat et des stages femme/enfant
				Dr. Frèche Bernard	Responsable des stages hospitaliers
				Les Chefs de clinique (CC)	Dr. Poppelier Andrea
		Dr. Lemerrier Xavier			Soutien aux travaux de recherche qualitatifs des IMG
		Dr. Du Breuille Jean	Responsable de l'évaluation des enseignements facultaires Soutien aux travaux de recherche des IMG		
		Dr Brabant Yann	Coordination du projet interrégional de certification pour la compétence prévention		
La présidente du COGEMS ou son représentant	Dr. Victor-Chaplet Valérie	Représentation des MSU			
Les quatre MSU coordinateurs départementaux des enseignements théoriques	16 Dr. Audier Pascal 17 Dr Brunet Vincent 79 Dr Archambault Pierrick 86 Dr. Keuk Anne Marie	Coordination et organisation des enseignements de son département géographique			
Les quatre MSU coordinateurs départementaux des stages ambulatoires et des tuteurs	16 Dr Levesque Jean Louis 17 Dr Baron Denis 79 Dr Heintz Anne Laure 86 Dr Robin Emmanuel.	Coordination et organisation des stages pratiques de son département géographique			
Référent Formation CNGE	Dr Audier Pascal	Organisation des formations régionales des MSU			
Tous les autres MSU (210) adhérents du CoGEMS	43 en Charente 57 en Charente-Maritime 45 en Deux-Sèvres 65 dans la Vienne	Attachés – Chargés - MSU			

CHEFS de CLINIQUE de MEDECINE GENERALE	
Dr. POPPELIER Andrea andrea.poppelier@univ-poitiers.fr	Dr. LEMERCIER Xavier xavier.lemercier@univ-poitiers.fr
Dr. De VAUGELADE Jean jean.de.vaugelade.du.breuillac@univ-poitiers.fr	Yann BRABANT yann.brabant@univ-poitiers.fr

SECRETARIAT du 2 ^e Cycle
Madame Marie-Noëlle RINAUD Tél. 05 49 45 43 54 – Mel marie-noelle.rinaud@univ-poitiers.fr

SOMMAIRE

Liste des maîtres de stages (MSU) de second cycle	4
La pédagogie	4
La formation pratique (stage).....	5
La formation théorique (objectifs d'apprentissage)	5
La validation	7
L'évaluation	7
Annexe I : guide d'évaluation des compétences	9
Annexe II : guide d'auto évaluation.....	11
Annexe III : grille Calgary-Cambridge (entrevue médicale)	13
Annexe IV : guide d'élaboration de trace d'apprentissage	14
Annexe V : grille d'évaluation du stage	15
Annexe VI : grille Bordage	16

MAI TRES de STAGES SECOND CYCLE (58)		
Charente (13)		
BERNAT Jacques	BRUNET Pierre Philippe	DUMAS REAM Isabelle
FONTANAUD Patrick	GOMES Jocelyne	LAIDET Virginie
LESVEQUE Jean Louis	MAILLOCHAUD David	MARTIN Jean Marc
PARTHENAY Pascal	RAYMOND Gilles	RUCQUOIS Xavier
SOUCHAUD-MENARD Viviane		
Charente-Maritime (12)		
Denis BARON	BISSON Michel	BONNET Christophe
BRUNET Vincent	CHABANNE Marc	DULARD Catherine
FABIER Bernard	FRECHE Bernard	JEANMAIRE Yves
KERHARO Anne	LAPEGUE Didier	STOCKLIN Pierre
Vienne (20)		
BAUBRI Patrick	BELLANGER Emilie	BIRAULT François
BOBINEAU Rachel	BONNIN Cyril	BRU Gérard
STEFANINI Françoise	CAUNES Nicole	Jérôme FIZELIER
Yannick FLEURANT	Franck GIRAULT	KEUK Anne Marie
Christian KORENFELD	LARDEAU Aymeric	MAUGARD Jean-François
Céline OLIVET	PATRIER Gilles	Bruno PICART
RENELIER Corinne	Delphine TOUZALIN	
Deux-Sèvres (13)		
BAUDU ARCHAMBAULT Patricia	BERTAUD Olivier	DEVAUD Nathalie
DOURIEZ Gérard	DUPONT Jean-Marc	FARCY Gwénaëlle
FERNANDEZ René	HEINTZ Anne-Laure	LECERF Eric
PIKETTY Eloi	RAMBAULT AMOROS Isabelle	SALESSES Michelle
TOUZARD Martine		

La PEDAGOGIE

Le DMG a adopté, en cohérence avec les options nationales, une pédagogie « centrée sur les apprentissages » dans une approche cognitiviste.

La démarche d'auto formation et d'auto évaluation à partir d'objectifs de formation (cf : annexes I, II et III) sera encouragée. La production de traces d'apprentissage évaluables (annexe IV) permettra à l'externe l'apprentissage et l'évaluation de l'acquisition du raisonnement en soins primaires (cf. annexe IV).

Le cadre conceptuel

En cohérence avec cette démarche pédagogique, la formation que nous proposons ne peut se faire qu'en contexte de soins primaires, en particulier dans les cabinets de médecine générale, à partir des connaissances antérieures de l'étudiant. Les maîtres de stage l'aideront à élargir son champ de perception des problématiques et à construire de nouvelles connaissances.

L'évaluation formative appartient au champ de l'évaluation authentique, c'est à dire réalisée à partir des productions de l'étudiant.

La FORMATION PRATIQUE (stage)

Réglementation

L'arrêté du 18/06/09 en application de l'art. 8 de l'arrêté du 04/03/97 réglemente le stage en médecine générale lors du second cycle des études médicales (DCEM 2-3-4).

Durée du stage

Les stages se déroulent sur 3 mois, à mi-temps soit 2 jours de présence au cabinet du médecin généraliste et une journée de travail personnel par semaine.

Les tranches trimestrielles se déclinent ainsi :

- Trimestre 1 de septembre à décembre
- Trimestre 2 de décembre à mars
- Trimestre 3 de mars 2012 à juin
- Trimestre 4 de juin à septembre

Procédure de choix

Les stages ambulatoires sont proposés au choix dans les mêmes conditions que les autres terrains de stage. Pour l'année 2010/2011, le DMG de Poitiers propose 10 ou 11 stages par trimestre soit 42 stages pour l'année.

Aide du Conseil Régional

Pour les stages effectués chez un médecin généraliste exerçant dans une zone dite « désertifiées » (canton dont la densité médicale est inférieure ou égale à 12,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants soit un médecin généraliste pour 800 habitants), le Conseil Régional alloue une indemnité forfaitaire de 20€ par jour de stage soit 600€ pour 2 jours de stage/semaine pendant 15 semaines.

Les OBJECTIFS d'APPRENTISSAGE

L'externe a théoriquement les compétences nécessaires au recueil des données sémiologiques, à l'analyse et à la hiérarchisation des informations pour explorer le cadre nosologique, c'est à dire proposer des hypothèses diagnostiques. Par contre, il n'a pas encore acquis toutes les compétences pour véritablement assurer la globalité de la prise en charge des problèmes de santé des patients.

L'externe peut ainsi

- Renseigner le dossier médical informatisé, en faire la synthèse et l'utiliser comme outil de prévention et de planification du suivi,
- Assurer une partie de la consultation sous la supervision directe du maître de stage dans des situations authentiques, prévalentes et exemplaires en soins primaires.

La progression pédagogique comprend deux phases intriquées tout au long du stage

- une première phase d'observation active,

- une deuxième phase allant de la participation aux différents temps de la consultation, sous supervision directe (facilitant une mise en confiance de l'externe), jusqu'à une mise en autonomie partielle sous supervision indirecte par l'enseignant clinicien ambulatoire (ECA), pour certaines parties de la consultation (entretien, examen clinique et démarche diagnostique). Cela ne sera possible que si l'externe est suffisamment en confiance et volontaire pour le faire. Si c'est le cas, il est probable qu'une situation clinique quotidiennement ainsi analysée sera très formatrice.

Il est entendu que pour ces situations, il faudra que le patient soit systématiquement prévenu et ait donné son accord. Il sera ensuite revu, conjointement, par l'ECA et l'externe, afin de finaliser ensemble la démarche thérapeutique.

Les objectifs de ce stage s'articuleront autour de

- La sémiologie du sujet « normal »
- La sémiologie appliquée aux pathologies fréquentes en soins primaires.
- Les spécificités de la discipline médecine générale » (d'après le livret du CNGE)

Les objectifs de formation

1. Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire
 - Tâche : assister et participer aux consultations effectuées par l'Enseignant Clinicien Ambulatoire au cabinet médical comme au domicile du patient, sous réserve du consentement éclairé du patient
 - Objectifs d'apprentissage
 - Identifier la plainte d'un patient dans ses composantes bio-psycho-socio-environnementales,
 - Hiérarchiser les problématiques du patient et les hypothèses diagnostiques en fonction de critères d'urgence et de probabilité,
 - Réaliser un examen clinique approprié et orienté.
2. Appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours
 - Tâche : conduire un entretien centré sur le patient en posant les questions adéquates pour explorer :
 - Les motifs de consultation,
 - Les éléments émotionnels, le ressenti du patient,
 - Les croyances du patient,
 - L'impact des symptômes sur le patient.
3. Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire
 - Développer une approche négociée avec le patient, trouver un terrain d'entente sur :
 - Le diagnostic,
 - Les examens complémentaires,
 - Le traitement,
 - Le suivi.
 - Faire preuve de compétences sur le plan relationnel :
 - Faire preuve de respect envers le patient,
 - Utiliser un langage adapté au patient,

- Laisser au patient la possibilité de s'exprimer et de poser des questions.
4. Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire
 - Elaborer un diagnostic en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste,
 - Hiérarchiser les problématiques et proposer une stratégie de prise en charge dans les pathologies les plus courantes en soins primaires ambulatoires.
 5. Se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique
 - L'externe apprendra à
 - Identifier les facteurs de risque et les stratégies à mettre en place
 - Conseiller les patients dans certains domaines de prévention
 - Le développement de l'enfant
 - La contraception
 - Le tabac
 - Les addictions
 - L'obésité
 - Les violences familiales
 - ...
 6. Appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire.
 7. Comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

La VALIDATION

Les stages seront validés sur proposition du département de médecine générale, après avis des enseignants cliniciens ambulatoires responsables des stages sur :

- La participation et l'assiduité de l'étudiant,
- La preuve de l'acquisition des bases du raisonnement en soins primaires (prévalences, hypothèses diagnostiques, etc.) en consultation (annexe III),
- La preuve de l'acquisition des gestes techniques enseignés lors des travaux dirigés et validés au cabinet avec supervision directe par le maître de stage (annexe I),
- La production de traces d'apprentissages témoignant que l'étudiant a assimilé les grandes fonctions de la médecine générale et les spécificités de la pratique (annexe II). Ce travail pourra faire l'objet d'une présentation conformément à l'article 3 paragraphe III de l'arrêté du 10-10-2000 modifiant l'article 8 de l'arrêté du 4 Mars 1997.

L'EVALUATION

Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation continue, par les étudiants et les maîtres de stage.

Pour les étudiants, les points suivants seront à évaluer (annexes I à V)

- l'accueil,
- l'atteinte des objectifs,
- l'apprentissage du raisonnement clinique,

- l'amélioration des compétences cliniques.

Pour les maîtres de stage

- La qualité de la supervision sera évaluée par la grille Bordage (annexe VI).

**Annexe I - Guide d'évaluation des compétences cliniques à acquérir lors
du stage d'externat en médecine générale**

Compétences transversales de l'externe	Niveaux de réalisation			
	NSP	Lu	Vu	Fait
Accueillir le patient				
Se présenter				
Faire s'installer le patient dans le cabinet				
Etablir le contact				
Explorer la demande du patient				
Recueillir le motif de consultation				
Analyser la demande du patient				
Développer une relation empathique				
Reformuler pour vérifier la bonne compréhension				
Rechercher les signes physiques				
Examiner un tympan				
Examiner une gorge				
Rechercher des adénopathies				
Auscultation des poumons				
Auscultation du cœur et des vaisseaux				
Examiner l'abdomen				
Faire un examen gynécologique				
Faire un examen urologique				
Examiner une articulation				
Faire un examen neurologique				
Rechercher une anomalie sensorielle				
Rechercher une anomalie cutanée				

Réaliser un geste diagnostique courant				
Faire un streptotest				
Mesurer le souffle par un débit mètre de pointe				
Prendre la pression artérielle				
Faire un ECG				
Faire un frottis cervico-vaginal				
Faire et interpréter une bandelette urinaire				
Mesurer l'acuité visuelle				
Evaluer les déficits cognitifs chez la personne âgée (MMS)				
Evaluer le risque de chute chez la personne âgée (up and go)				
Poser une hypothèse diagnostique				
Regrouper les éléments dans un cadre nosologique				
Lister les hypothèses compatibles avec les éléments observés				
Classer les hypothèses selon leurs probabilités en soins primaires				
L'annoncer et l'expliquer au patient				
Evaluer le niveau de compréhension et d'adhésion du patient				

Annexe II - Guide d'auto-évaluation du stage d'externat en médecine générale

Tâches d'apprentissage spécifiques de la médecine générale ambulatoire	Niveaux de réalisation			
	NSP	Lu	Vu	Fait
Utiliser le dossier médical informatisé				
Entrer les données sociologiques, ATCD, éléments de prévention				
Faire la synthèse du dossier				
Utiliser le dossier (outil de planification, de prévention, de soins...)				
Identifier les facteurs de risques d'un patient				
Liés aux antécédents familiaux et personnels				
Liés aux habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation...)				
Liés à l'environnement (travail, loisirs, habitat, famille...)				
Liés aux problèmes actuels (physiques, psychoaffectifs, sociaux)				
Identifier les spécificités de l'urgence en M.G.				
Définir la place de la MG dans le système de PEC des urgences				
Pointer les modalités pratiques de la gestion de l'urgence en cabinet				
Pointer les types d'urgence (vitale, potentielle, ressentie...)				
Reconnaître la complexité				
Définir le champ biomédical, psycho-affectif et social				
Pointer et analyser les interactifs entre ces trois champs				
Pointer la notion d'incertitude face à une pathologie vue au début				
Elaborer un diagnostic				
Rechercher les indices dans les trois champs (bio-psycho-social)				
Analyser la place des explorations complémentaires				
Analyser la notion de cadre nosologique (niveau diagnostique)				
Définir la notion de diagnostic de situation				
Définir le concept de raisonnement probalisateur				

Hierarchiser les problématiques				
Pointer les problèmes mise à jour au cours d'un acte (C ou V)				
Analyser la nécessité des déterminants de la hierarchisation				
Définir le concept d'EBM et l'introduire dans la démarche				
Négocier une stratégie de prise en charge				
Pointer les écarts entre la vision du patient et la vision du médecin				
Analyser les facteurs facilitants et bloquants lors de la négociations				
S'engager sur un projet de soins				
Analyser les éléments du contrat (objectifs, critères d'évaluation)				
Analyser les notions de consentement éclairé, respect du patient				
Analyser les concepts d'engagement et de projet de soins				
Accompagner le patient				
Définir la notion d'accompagnement				
Analyser les éléments de l'accompagnement				
Utiliser le système de santé				
Analyser les notions de filière et de réseau de soins				
Analyser la place de la MG dans ces modèles d'organisations				
Analyser les spécificités de la visite à domicile				
Analyser les déterminants et les indications de la visite à domicile				

**Annexe III – Guide d'évaluation de Calgary-Cambridge
(l'analyse de l'entrevue médicale)**

		A poursuivre	A améliorer	A corriger
1	Début de l'entrevue Séquence d'ouverture d'entrevue	Suite à l'accueil du patient (contact visuel, 2 noms, but de la rencontre). Identifie et valide l'ensemble de symptômes et demandes du patient	Néglige des parties de l'accueil. Identifie sommairement le symptôme principal sans validation par le patient.	Escamote l'accueil et passe directement à l'exploration du premier symptôme présenté par le patient
2	Exploration du problème Rubriques d'exploration du problème	Structure, recueille et clarifie l'information en procédant du général au spécifique. Utilise des questions ouvertes et fermées de manière appropriée en fonction des hypothèses diagnostiques. Complète l'histoire par la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie	Procède de manière peu structurée sans clarifier l'information. Utilise des questions ouvertes et fermées de manière appropriée mais sans lien avec des hypothèses diagnostiques. Présente des lacunes dans la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie	Procède de manière non structurée avec surtout des questions fermées sans clarifier l'information. Manque plusieurs caractéristiques du symptôme, de même que la revue des systèmes, des antécédents et des habitudes de vie.
3	Explore le profil et la perspective du patient Séquence avis du patient	Identifie le profil du patient (statut socio-professionnel) Précise les éléments déterminants de sa perspective (attentes, inquiétudes, croyances et/ou impacts du problème) Valide au besoin les émotions ou préoccupations du patient	Couvre partiellement le profil du patient ou les éléments pertinents de sa perspective. Valide peu les émotions ou les préoccupations du patient.	Pose des questions de manière stéréotypée ou avec un timing non approprié, soit trop tôt ou sans lien avec le questionnaire. Ne valide pas les émotions ou les préoccupations du patient. Ne couvre pas ce critère.
4	Maintient une relation de coopération Alternance	Contrôle l'entrevue en impliquant de manière active le patient à l'aide de techniques non verbales (contact visuel) et verbales (résumé, signalisation, encouragement et reflet)	Contrôle rigide ou à l'opposé laisse au patient la conduite de l'entrevue. Utilise de manière malhabile les techniques efficaces de communication	Sur contrôle l'entrevue. Procède à un questionnaire où le patient est cantonné à un rôle passif et où il ne peut répondre que par oui ou non. N'utilise pas les techniques efficaces de la communication
5	Education et partage de l'information	Choisit l'information pertinente à communiquer Vérifie les connaissances antérieures. Utilise un langage approprié et les transmet en portions faciles à gérer pour le patient. Vérifie sa compréhension	Transmet les informations de façon unilatérale sans tenir compte de la réalité du patient. Utilise parfois un langage technique ou ne s'assure pas toujours de la compréhension du patients	Surcharge le patient d'informations difficilement assimilables. Utilise un langage technique et hermétique. Ne vérifie pas sa compréhension. Ne fait pas d'éducation.
6	Termine l'entrevue après entente sur les problèmes, objectifs et moyens d'interventions Séquences approche négociée et terminer l'entrevue	Conclut sur un seul problème à la fois. Vérifie si la formulation du problème intègre bien les préoccupations du patient. L'incite à participer aux décisions qui le concernent en lui offrant des choix (objectifs et moyens d'interventions). Résume et précise les ententes sur la conduite. Vérifie sa volonté et sa capacité à suivre la conduite proposée (réseau, soutien). Planifie les prochaines étapes et le filet de sécurité. Salue le patient	Procède un problème à la fois mais ne sépare pas la formulation du problème des objectifs et des moyens d'intervention. Recherche un accord global sur l'ensemble en tenant peu compte des désaccords éventuels. Résume partiellement les ententes sur la conduite. Vérifie peu la volonté et la capacité de mettre en œuvre les décisions. Annonce rapidement les prochaines étapes sans filet de sécurité	Énonce en vrac les diagnostics, les objectifs et les moyens d'intervention sans séparer les problèmes et sans chercher un accord spécifique du patient. Ne fait pas la place aux désaccords éventuels. Escamote la fin de l'entrevue sans préciser les prochaines étapes.

**Annexe IV – Guide d'élaboration de traces d'apprentissage démontrant
l'acquisition du raisonnement clinique en soins primaires**

A partir de 2 ou 3 consultations choisies de manière aléatoire sur les dernières journées de stage, l'étudiant analyse sa démarche selon le schéma suivant :

1. Quelle est la plainte initiale ?
2. Quelles sont vos premières hypothèses ?
3. Quelles sont les données recueillies ?
 - Données de l'entretien : écoute, observation du non verbal,
 - Données de l'examen clinique
 - Données des examens para cliniques éventuels
4. Quel est le contexte ?
 - Antécédents ?
 - Environnement ?
 - Evènements de vie ?
 - Personnalité du patient ?
 - Quelle est l'influence de ce contexte ?
5. Quel est le résultat de consultation (symptôme, syndrome, diagnostic) ? Qu'est ce qui a conduit à ce résultat ?
 - Faire intervenir la notion de prévalence,
 - Expliquer le raisonnement analogique (par comparaison à une maladie ou problème connu).
 - Expliquer les notions de norme biomédicale, socio culturelle et norme intime.
6. Structurer et hiérarchiser les hypothèses
7. Quelle est votre décision ?

Annexe V - Grille d'évaluation du stage « long » de 2e cycle en médecine générale

Nom du maître de stage

Nom de l'externe :

Année d'étude : DCEM2 DCEM3 DCEM4 Stage du..... au

Cotation de la grille, pour chaque item mettre une croix sur l'appréciation retenue Très Bien – Bien – Moyen – Insuffisant		TB	B	M	I
1 Assiduité					
2 Raisonement clinique	Relation avec le patient Construit la relation au décours de l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge (cf. annexe)				
	Anamnèse Conduit l'entretien selon le modèle de Calgary-Cambridge				
	Examen physique Fait un examen orienté, et en identifie les signes normaux et anormaux. (liste des compétences cliniques à acquérir en annexe)				
	Choix des investigations complémentaires Choisit les examens complémentaires pertinents à la situation clinique en tenant compte de l'intérêt du patient.				
	Interprétation des données cliniques et para cliniques Elabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste. Hiérarchise les problèmes.				
	Décisions thérapeutiques appropriées Etablit, justifie et négocie un plan de soins, de prévention et de suivi approprié en tenant compte des données de la science, des circonstances de la situation des préférences et du comportement du patient.				
	S'intéresse au suivi du patient				
	Assimilation des gestes techniques Gestes techniques courants en médecine générale ambulatoire (en annexe)				
3. Qualité de renseignement du dossier médical					
4 Exposé oral : présentation de situations cliniques lors des supervisions					
5 Participation aux activités de la structure : organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche...					
6 Commentaires : sur la qualité du carnet d'externe (en annexe)					

Validation du stage
OUI NON

Signature du maître de stage

Annexe VI - Grille Bordage

Evaluation des cliniciens enseignant en milieu de soins ambulatoires

Nom et prénom du Maitre de Stage :

Période de stage:

Date de l'évaluation:

Chaque intitulé est relatif aux compétences qu'a mises en œuvre au cours de votre stage de 6 mois, votre Maître de Stage.

Entourez un chiffre de 1 à 7 pour chacun des 15 items de la grille ci-dessous.

Intitulé	Insatisfait.	Moyen	Satisfaisant	Bien	Très bien	Excellent	Supérieur
1. Qualité des relations du MdS avec les membres de l'équipe de soins (secrétaire, associés, correspondants...)	1	2	3	4	5	6	7
2. Précision par le MdS de vos attentes et des siennes pour le stage (définition des responsabilités, rôles, évaluations etc.)	1	2	3	4	5	6	7
3. Bon équilibre entre les soins et l'enseignement réalisés sur le lieu de stage	1	2	3	4	5	6	7
4. Démonstrations sémiologiques du MdS	1	2	3	4	5	6	7
5. Observation directe par le MdS de mon aptitude à questionner et examiner les malades	1	2	3	4	5	6	7
6. Observation directe par le MdS de mon aptitude à expliquer et enseigner aux malades	1	2	3	4	5	6	7
7. Discussion avec le MdS de ma démarche clinique: analyses des données et plans de traitement	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionnement par le MdS explorant mon niveau de compréhension (Pourquoi? Si? Imaginez que... Puis après?)	1	2	3	4	5	6	7
9. Insistance du MdS sur les "éléments clés" pour chaque malade	1	2	3	4	5	6	7
10. Aptitude du MdS à stimuler mon intérêt et ma curiosité	1	2	3	4	5	6	7
11. Identification par le MdS de mes qualités et de mes forces	1	2	3	4	5	6	7
12. Identification par le MdS de mes besoins d'étude et d'approfondissement	1	2	3	4	5	6	7
13. Application par le MdS des connaissances théoriques aux malades vus	1	2	3	4	5	6	7
14. Démonstration par le MdS de la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques "fondées sur les preuves"	1	2	3	4	5	6	7
15. Désir de faire des stages additionnels avec ce MdS	1	2	3	4	5	6	7

Commentaires libres sur votre stage, les items de la grille d'évaluation ou d'autres sujets non abordés dans la grille :

Annexe 6 : Retranscription des entretiens des dix MSU rencontrés

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur A (homme, env 55 ans)

Lieu et mode d'exercice : semi-rural, en cabinet de groupe avec un secrétariat

Date d'entretien : 5/06/13

Durée de l'entretien : 11 min 54 sec

MSU recevant des externes depuis : 6 mois

Modalités d'accueil : Accueille les externes le vendredi, 6 mois/ an

Dicta 1

MB M: Qu'est-ce qui vous a donné envi de recevoir des externes en stage ?

MSU : j'ai commencé d'abord par avoir des internes et je pense qu'il y a une différence entre les externes et les internes. Et je pense que c'est aussi important que les externes passent chez le médecin généraliste parce que plus ils passeront tôt chez le médecin généraliste plus ils verront que c'est intéressant et plus il y aura de gens qui s'intéresseront à la médecine générale... Plutôt pour ça en fait, je me disais que les internes c'était intéressant et que du coup les externes se seraient aussi intéressants. On voit la différence mais moi j'apprécie beaucoup aussi les externes.

MBM : Vous avez commencé par les internes ?

MSU : oui, d'abord les internes et après les externes

MB M: et les externes vous les recevez depuis quand ?

MSU : ça fait 6 mois, je continue à partir du mois de septembre. Je fais 6 mois d'externe donc je ne prends pas en permanence parce je veux me préserver aussi, c'est quand même du travail, ça demande de la présence donc j'ai choisi de le faire 6 mois par an ce qui est déjà pas mal, si beaucoup de médecins généralistes le faisaient ce serait déjà pas mal.

MBM : Et les internes vous les avez depuis combien de temps ? en quel niveau ?

MSU : 3 ans, en premier niveau, je préfère les premiers niveaux. J'ai suivi un stage de SASPAS et je ne sais pas si ça m'intéresserait beaucoup. Je préfère le premier niveau, je continuerai le premier niveau.

MBM : Vous savez qu'en 2009 il y a eu une réforme du stage externe, que pensez-vous de cette réforme ?

MSU : je crois que c'est très bien. Au contraire, oui il faut ouvrir le cabinet, peut-être que les spécialistes ne le font pas trop mais en médecine générale il faut que les cabinets s'ouvrent. On voit que quand on a fait un stage chez le médecin généraliste, quand on les accompagne, les fait travailler, je pense que l'examen est différent, la relation avec le malade est différente, ils prennent confiance en eux. C'est vraiment très (insistance) très important. Je pense qu'il faut vraiment continuer. Entre le moment où ils arrivent et la fin du stage c'est complètement différent. C'est très positif.

MBM : Comment vous les évaluez en fin de stage vos externes ?

MSU : Dans la formation d'abord on a des grilles d'évaluation. On regarde un petit peu, donc au départ on en parle, je leur dis un peu ce que j'attends d'eux, je leur parle de ma pratique : comment je vois les gens, comment je les reçois, la présentation, le discours qu'on a, qu'on est là pour apprendre. Et puis on se trompe tous, on fait des erreurs et puis y'a des choses qu'on sait faire, d'autres qu'on sait moins faire et quand on ne sait pas, on demande, et puis on progresse. C'est une démarche de progrès, on est là pour progresser. Je regarde un peu ce qu'ils savent faire et puis on en parle ensuite au fur et à mesure suivant comment ça se passe. L'externe reste là une journée, il est dans 2 cabinets. Les externes que j'ai vu, on voit une différence entre le début et la fin. C'est important de parler au début, nous médecin, de dire qui on est, comment on voit les choses et la démarche de progrès qu'on peut avoir au cours d'un stage. Par exemple il ne sait pas examiner un nourrisson et bien le médecin fait d'abord, il montre et puis après on fait à deux et après il fait tout seul, ça s'apprend.

A la fin du stage, on remplit une grille avec l'externe.

MBM : donc vous faites d'abord un pré-requis de votre fonctionnement et de ce que vous espérez pouvoir lui montrer et à la fin du stage vous faites le bilan avec lui ?

MSU : oui, c'est ça.

MBM : est-ce cette grille que vous utilisez (présentation de la grille) ? Que pensez-vous de cette grille ? Ces points forts ?

MSU : il y a des choses qui sont importantes, les points forts...

(Silence)

Comment dire ? Ces points forts ?

Je pense qu'elle est complète cette grille, on ne peut pas toujours tout faire dans une consultation parce que par moment on a des épidémies, ça va vite. Mais des fois on a aussi le temps de prendre des patients et de décortiquer une consultation, 2 ou 3 chaque journée, on le fait. Mais aussi on est moins nombreux comme médecin alors on a beaucoup de travail donc on travail quoi. Mais y'a des moments où on prend le temps. Pour un patient, je ressors la grille et je regarde ce que l'on a fait. On le fait sur le moment.

Par exemple, quand j'examine un nourrisson on a des masques sur notre logiciel. On a des « consultations types » où on le fait. On prend sur le logiciel, on se sert du logiciel, et on se rapporte un petit peu à ça (montre la grille) et en fait on regarde ce qu'on a fait ou non. On n'a pas toujours tout fait dans une consultation mais y'a des éléments qu'on a fait. Y'a des choses ensuite que je fais instinctivement, c'est l'habitude. Après, en fin de consultation, on regarde ce que j'ai fait : ce que j'ai fait dans la relation avec le patient, comment je m'y suis pris, comment je l'ai accueilli, comment je lui ai serré la main, etc... On parle des antécédents, mais en fait on fait ça automatiquement donc on se sert de la grille pour faire voir ce qu'on a fait pendant la consultation. Ce n'est pas un problème qu'elle soit complète, ça donne des orientations, on reprend un dossier à partir de la grille.

MBM : ces points faibles ?

MSU : (souffle)

Les points faibles, il n'y en a pas beaucoup, il y a toujours des points faibles parce qu'il y a des choses en médecine générale qu'on ne fait pas à chaque fois. On ne voit pas tout à chaque consultations,

par exemple quand un patient vient pour un vaccin, on demande si tout va bien, s'ils sont en bonne santé, on ne va pas forcément creuser systématiquement. Toutes les grilles sont perfectibles, mais en fait c'est un moyen de travail.

« L'exposé oral », « la présentation de dossier » ce sont des items hospitaliers. Moi je me sers beaucoup de « l'examen clinique ». On sent bien que c'est un modèle de grille hospitalière à la base. Ce qui est important ce sont les items de la 2ème partie. « Évaluation de la formation » je ne m'en sers pas. Je me sers de ça (insiste sur l'importance de la 2ème partie qui est bien).

MBM : D'après vous, quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées à la grille d'évaluation ?

MSU : je supprimerai les derniers items (montre la partie « dossier médical » jusqu'à la fin), « la supervision », « l'exposé oral », « l'activité dans la structure » etc... C'est pour les SASPAS mais pour les externes ça ne sert à rien. L'item « tenue du carnet de l'externe et commentaires », je ne sais pas si j'ai déjà rempli cette partie, on a déjà rempli la grille, je n'ai pas d'autres commentaires. Ce qui est important c'est la 1ère et 2ème partie.

Dans la 2ème partie, je me sers moins de la grille de Calgary-Cambridge, c'est plutôt niveau interne. Ce qui est important c'est l'assiduité, l'anamnèse, l'examen physique, le choix d'investigations complémentaires, l'interprétation des données cliniques et para-cliniques, la décision thérapeutique, ça c'est important, c'est la consultation. Ensuite comment ils s'intéressent à la patientèle, les gestes techniques, les externes je leur fais faire des vaccins, des points de suture.

MBM : Avez-vous eu différents niveaux d'externes ?

MSU : je n'ai eu que des 5ème années. Je vois une différence entre un 5ème année et un interne, c'est claire. Pour un D3, la grille me semble adaptée.

MBM : est-ce que vous vous servez du livret de l'externe ?

MSU : oui, je l'ai sur mon bureau. On le regarde quand on a des moments, c'est un outil dont je me sers. Le carnet de l'externe, je ne regarde pas s'ils l'ont rempli, je m'appuie plus sur la grille d'évaluation de fin de stage.

Ensuite, nous, les médecins, il faut qu'on progresse aussi, il faut faire des formations. Mais les outils qu'on m'a fourni (grille, carnet de l'externe) c'est quelque chose dont je me sers. En début de stage, les externes ils découvrent la médecine, il y a des tas de choses qu'ils ne savent pas encore. On parle au départ de la grille, la vision de la grille au démarrage est difficile et à la fin il y a plein de choses qu'ils ont réussi à faire.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Dr B (femme, environ 50 ans)

Lieu et mode d'exercice : urbain, en cabinet de groupe avec un secrétariat

Date d'entretien : 2/07/13

Durée de l'entretien : 25 min

MSU recevant des externes depuis : 2 ans

Modalités d'accueil : 1 j/ semaine

Dicta 15

MBM : Qu'est ce qui vous a donné envie de recevoir des externes ?

MSU : La formation... en fait pour l'externe... parce qu'avant on me disait que ça pouvait être bien mais j'avais peur en fait de la différence entre les internes et les externes, et j'étais un peu perplexe par rapport à ce qu'il fallait faire, quelles étaient leurs compétences initiales, celles à acquérir et comment ça pouvait se passer dans une consultation. Donc j'ai fait la formation et là, je me suis lancée tout de suite.

MBM : Que pensez-vous de la réforme de 2009 ?

MSU : En effet avant on ne les avait que 2 jours, comme les D1 maintenant, mais sur 2 jours c'est facile, tu montres... ben voilà ils sont juste observateurs...

Ce stage long, je trouve ça très (*avec insistance*) très bien.

Alors déjà je le trouve bien parce que pour les jeunes, ça leur donne une idée de ce qu'est la médecine générale, parce qu'en fait ils n'ont aucune idée ! Ce que ça va faire si un jour ils sont médecins généralistes et pas juste avoir l'image du médecin généraliste par les hospitaliers. De savoir qu'en médecine générale, on peut faire plein de choses ! On peut traiter du nourrisson au vieillard en passant par le diabète, on peut faire des choses difficiles, faciles comme des rhino comme ils ont tous l'impression qu'on fait que des rhino, mais difficile comme un accompagnement de fin de vie, comme une urgence cardiaque, comme ... voilà. Ils se rendent compte de ça et je crois que c'est la première fois de leur vie qu'ils se rendent compte que les médecins généralistes, et bien, on travaille différemment. Ne serait-ce que pour ça, même s'ils ne sont pas généralistes un jour, je me dis que ... ils auront au moins cette image là et quand ils vont être internes et quand ils verront une lettre d'un médecin généraliste ils ne se diront plus : « ouais alors ce nul là, voilà ce qu'il a mis... », ils se rendront compte pourquoi il l'a mis et dans quel cadre il a pu le mettre.

C'est un peu pour nous aussi, c'est un peu une formation qui est à notre avantage. Parce qu'aussi dans leur tête, moi j'ai eu des externes, de toute façon quand ils arrivent, ils ont quasiment jamais envie d'être généraliste, quand ils repartent ils disent « ah bé quand même c'est peut être un métier qui m'intéresse ». Donc je trouve ça très bien parce qu'avant, quand j'avais des internes comme toi, c'est vrai que déjà il y avait une amorce, il y en a, on savait déjà qu'il ne voulait pas du tout faire de la médecine générale, comme quand ils faisaient comme moi j'ai eu urgentiste ou médecine légale, quoi ! (*Rire*) voilà !

C'est une ouverture d'esprit pour les plus jeunes. Ensuite, je trouve que ça leur permet, quand on parle du carré de White, ils ne savent bien sur pas ce que c'est, ils se rendent vraiment compte que

sur tous les gens qui vont au CHU, nous, on en voit 1000 fois plus et tout cela on les gère nous même donc bon... c'est pas mal comme ça.

Après, au niveau de leur expérience, ils ont des écrits qu'ils ont vu, ou pas vu, et ils font à l'arrache, peut-être comme je l'ai fait. Ils voient les choses pour l'examen (*insistance*) et puis basta ils oublient. Au moins ça leur fait faire de la pratique en même temps que de faire de la théorie, c'est pas mal aussi.

MBM : Comment se passent les premiers jours ?

MSU : La première fois, on passe un bon moment au départ pour savoir ce qu'ils ont fait déjà en théorie, où ils en sont.

Un truc que je veux dire aussi : ce serait bien de ne pas nous les mettre en premier stage d'externe, parce que ça ce n'est pas cool. Parce que, là, ils ont l'imaginaire qui va vers la blouse blanche, l'hôpital, je suis le grand médecin, je vais avoir mon stetho et tout, et tout... S'ils arrivent là avec juste ça et qu'ils voient qu'on n'est pas en blouse blanche, qu'ils ne sauveront pas les gens ; on me l'a dit ça : « moi je regardais Urgences et j'avais l'impression que j'allais faire ça en médecine », et ça c'est super dure pour nous. Alors que dès qu'ils arrivent en deuxième stage, et qu'ils ont vu qu'à l'hôpital, ils rangeaient des bons, et ils ne faisaient pas forcément des choses extraordinaires, qu'ils n'allaient pas forcément sauver le monde tous les jours, déjà là, ils sont un peu plus intéressés par nos stages à nous. Mais le premier c'est super dure. Quand ils se rendent compte aussi, quand ils vont en gardes à l'hôpital, ils se disent « et bien en gardes non plus, on ne voit pas tant de choses que ça à l'hôpital ». C'est compliqué le premier stage.

Après on se présente, au départ, ils ne sont qu'observateurs. J'essaie de savoir un petit peu, parce qu'il y a vraiment des domaines où ils ne connaissent pas du tout, du tout. Alors, on essaie de faire un peu de pratique, un peu de théorie. Du coup, le jour où j'ai les externes je mets des consultations toutes les demi-heures et je vois quinze patients dans ma journée, point, c'est tout. Je ne peux pas faire plus. Ça c'est complètement différent des internes. On ne peut pas faire mieux. Pour moi c'est super intéressant d'avoir un interne SASPAS à ce moment-là. Après je fais du débriefe le soir. Au moins je n'ai pas l'impression de m'être laisser envahir par mes patients qui râlent. Là comme ça, c'est bien. Donc on prend au moins une demi-heure par patient. Et puis voilà, après c'est suivant les thèmes qu'ils veulent ou pas aborder : l'examen du nourrisson, le diabétique... On essaie de faire un peu de théorie, de voir les dossiers. Et suivant les externes, je leur laisse faire des choses, des gestes pratiques : faire un TDR, faire un vaccin, un frottis.... Tout ce qui est... aussi ils ont des grilles où ils doivent valider tel ou tel acte. Ça ils adorent quand même faire de la pratique, les points de suture... tout ça ! En général, ils aiment beaucoup. Et puis sinon, on essaie de revoir l'examen du dos, l'examen de l'épaule... des choses que parfois ils ne savent pas du tout. Ça dépend en fait des externes. Il y en a qui déjà ont vu et d'autres pas du tout.

MBM : Utilisez-vous le carnet de stage de l'externe ?

MSU : Moi je l'ai toujours. Ils me l'emmènent ou pas, et de toute façon, on le regarde ensemble. Ils savent que ça existe. Tout ça, on le regarde au début et à la fin, des fois même au milieu, pour essayer de voir ce qui est fait, pas fait.

MBM : Comment évaluez-vous les externes en fin de stage ?

MSU : Il y a une grille d'évaluation qui va être refaite je crois. Parce qu'il y a eu des modifications du programme et tout... Parce que ce n'est pas...

(Soupir)

MBM : Que pensez-vous de cette grille ?

MSU : Moi, je ne suis pas très pour ce genre de grilles qui ne sont pas...

Comment dire ?

(Silence)

Je trouve que quand on met « exposé oral », « qualité de renseignement du dossier médical », ça ressemble trop aux grilles qu'on peut faire à l'hôpital. J'ai été très surprise quand même, mon dernier externe, il m'a dit en voyant la grille : « Ah oui c'est le truc, à l'hôpital, ils le remplissent en début de stage pour qu'on soit tranquilles à la fin. Comme ça ils n'ont pas besoin de nous valider à la fin. On est tous validés dès le début ». J'ai dit « ouais super ! ». Nous on le regarde ensemble, et on le valide ensemble quand même.

On regarde tout, au début. Et ensuite on voit, par exemple la grille de Calgary, c'est bien quand même qu'ils en aient pris connaissance avant de l'avoir utilisée. Je l'utilise avec eux maintenant. On apprend au fur et à mesure, et ça les aide bien quand même dans le sens où : au départ ils ne savent pas ce que c'est qu'un entretien, ils ne savent pas ce que c'est qu'un diagnostic de situation, ils ne savent pas... Donc on essaie de visualiser tout ça au départ. Et pour l'évaluation, il vaut mieux savoir au départ sur quoi on va être évalué.

MBM : A-t-elle des points positifs ?

MSU : Non... enfin justement quand on parle de la grille de Calgary, c'est bien de pouvoir évaluer (*Soupir*), mais pas que par rapport à ça quoi quand même.

(Silence)

C'est pareil là quand on dit... « Elabore un diagnostic de situation, là, bon ok.

Mais « Choisit les examens complémentaires pertinents à la situation », je ne suis pas sur qu'en D2 on soit capable de choisir les examens complémentaires nécessaires... ça voilà !

« Négocier un plan de soins », je trouve que c'est bien tôt aussi.

« S'intéresse au suivi du patient », ça c'est grâce à nous ou pas, en venant une journée par semaine c'est un petit peu compliqué aussi.

Après « Les gestes techniques », ce n'est pas ça qui est compliqué chez eux.

« Réponse à l'urgence », ça dépend aussi de ce qu'ils voient ici. Parce qu'une journée par semaine, j'ai eu des externes qui étaient super contents parce qu'un jour il y avait un infarctus, un jour machin. Et puis y'en a d'autre rien. On ne peut pas choisir ou alors il faudrait qu'on fasse une journée avec que des urgences, mais ça n'existe pas, enfin voilà... Alors effectivement j'essaie les jours où il y a l'externe de pré-organiser pour qu'il y ait un diabétique, un bébé... Les trucs que je peux organiser avant j'essaie de le... voilà ! Pour qu'ils puissent...

« Le dossier médical », ça dépend comment ils sont à l'aise, aussi. Je le vois vite parce qu'il y en a très rapidement ils sont à l'ordinateur, ils voient comment je fais, ils n'ont pas besoin de me reposer 50 millions de fois la même question, ils voient comment c'est mis... Alors, je leur montre comment remplissent les internes. Moi c'est toujours fait un peu vite, mais les internes SASPAS, ils remplissent bien. Donc je leur montre de faire comme ça. Quand toi tu vas remplir, tu vas remplir avec tous les items. Moi je devrais le faire mais je le fais moins bien. Je suis toujours à côté. Y en a qui sont très à

l'aise et d'autres qui sont toujours en train de me redemander : où est ce qu'on coche ? Comment on ouvre ce dossier là ? Comment on fait ? Il y en a c'est plus compliqué que d'autres. Mais s'ils sont motivés je leur laisse compléter. C'est bien qu'il le fasse. C'est leur job à eux ça, si si.

« Exposé oral », disons : par moment, quand on boit un café... Je leur dis qu'est ce que tu penses de cette situation ? Qu'est ce que t'aurais fait, toi ? Alors des fois, si ce n'est pas dans leur compétence, ils me disent « je sais pas du tout... ». Vraiment il y a une grande... c'est différent des internes. Je trouve que c'est vraiment différent. Tu peux en avoir qui s'intéressent à rien et d'autres qui déjà ont l'esprit tout ouvert sur tout le champ médical.

Au départ ce n'est pas leur truc la médecine générale. Au départ, on a toujours encore l'impression que la médecine générale, c'est par défaut. C'est quand on n'arrive pas à faire autre chose.

Ce que j'aime bien aussi, c'est quand même de temps en temps les envoyer avec l'interne SASPAS. Ils font une ou deux consultations et on débrieife à trois. Et ça, c'est super intéressant. Ils voient comment les internes font eux, et comment après on peut en parler. Ils se rendent compte vraiment aussi très vite que ce n'est pas juste « ah vous avez le nez qui coule aujourd'hui, oui mais bon mais... à part ça », et comment on peut organiser une consultation de médecine générale. Ils ont un regard différent. Ce n'est pas la même vision.

« Les activités de la structures », organisation... (*Soupir*) ils voient comment fonctionnent un peu les secrétaires. J'avoue que ce n'est pas l'item qui est le plus important pour moi.

« Commentaire sur la qualité du carnet de l'externe », non, je ne mets rien de plus. Parce que je remplis avec eux le livret dont on a parlé, mais comme je ne suis pas du tout certaine qu'en amont ce soit lu, exploité... Je n'ai pas du tout, du tout, du tout l'impression. Alors peut-être qu'avec les modifications, il y aura peut-être des gens un peu plus... mais là, pour le moment, on a vraiment l'impression qu'à la fin il faut mettre validé ou non. Le reste tout le monde s'en tape.

Si c'était lu... oui parfois, un espace libre pour faire un vrai commentaire. Mais pour le moment, j'ai l'impression que ce n'est pas tellement exploité après.

Il ne faut pas que ce soit la même chose pour les trois ans... C'est sûr ! Entre un D2, le premier stage d'un D2, et le dernier stage d'un externe D4, ça n'a rien à voir. De toutes façons, nous on le voit bien parce que... Enfin non, je ne le vois pas bien parce que je n'ai que des D2. Alors déjà l'ouverture est grande... Des D2 n'importe quel semestre, mais bon.... J'imagine qu'après c'est encore différent. Il faut que ce soit complètement ouvert parce que... Entre les pré-requis, les compétences à acquérir, la motivation de chacun... Sur deux ans et demi ou trois ans c'est énorme. Moi, je crois que ça doit être différent. Mais après différent comment ? Parce que... On a travaillé au COGEMS et tout ça là-dessus, il va y avoir des propositions de faites... Un peu différentes.

C'est compliqué de travailler seul sur une grille. On avait essayé avec un autre maître de stage de changer les grilles des internes à un moment donné. On avait travaillé toute une journée ensemble etc... On avait fait passer ce que l'on avait fait. On a pensé, nous, que les choses n'avaient pas été prises dans le bon sens, qu'il ne fallait pas commencer par ça. Il fallait interroger tout le monde, avoir tous les avis... Parce que je trouve les grilles des internes largement pires que celle-là. « Propreté »... C'est bien pire. Celle-ci, au moins il y a des choses qui paraissent intéressantes : la grille de Calgary, c'est intéressant, le diagnostique de situation, c'est intéressant... On peut se poser un peu là-dessus, on peut diversifier. Mais quand même il y a des choses. Alors que la grille des internes c'est nul nul nul. Après, on avait été un peu frustré, on s'est dit mince on a travaillé là-dessus, personne n'en a fait cas. Mais je pense que c'est qu'on ne l'a pas pris dans le bon sens. Il aurait fallu faire ce que tu es en train de faire, c'est-à-dire un peu interroger tout le monde.

La grille doit être affinée. Quand t'es en D2 et qu'on te dit « Conduit l'entretien selon le modèle... », Waouh... Du coup, il faut une grande explication de texte avant, quoi ! Elle est trop dense.

Sur la partie « Thérapeutique », c'est là où moi j'accroche parce que... et « les examens complémentaires », c'est...

Je pense qu'il y a des bonnes choses puisqu'on est parti sur des bases, mais après... (*dit : « pof »*) si on compte bien ils vont rester seulement douze jours avec nous.

Et en plus qu'est ce qu'on leur demande parce que ça personne ne nous en parle ! Alors on leur fait faire quelques écrits, alors moi de temps en temps, j'en ai un qui me fait un truc sur l'examen du nourrisson, un autre qui me fait un truc sur je ne sais pas quoi, un truc de rhumato ou voilà, et après un mémoire ? Un petit résumé ? Comme un mini RESCA à la fin ?... Y'en a qui le font, y'en a qui ne le font pas. On doit le faire faire ? Ou est-ce qu'on ne doit pas ? Est-ce qu'on valide le truc et c'est tout. Moi je trouve qu'un mini RESCA, ce serait bien de leur proposer ça. Pour moi, c'est plus intéressant qu'ils nous décrivent comme ça une situation plutôt que de choisir les examens complémentaires à faire chez quelqu'un qui arrivent et qui a ... je ne sais pas une polyarthrite ou... ça ils vont apprendre à le faire aussi à un moment. Plutôt que ça, je préférerais un truc plus simple, validé par un petit exposé.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur D (50 ans, homme)

Lieu et mode d'exercice : rural, seul, sans secrétaire

Date d'entretien : 26/06/13

Durée de l'entretien : 35 minutes

MSU recevant des externes depuis : plusieurs années

Modalités d'accueil : 1 jour par semaine

Dicta 12, 13, 14

MBM : Qu'est ce qui vous a donné envie de recevoir des externes ?

MSU : Transmettre !... c'est déjà bien ! Transmettre, la première des envies c'est la transmission. Voila... mais ça parle d'autre chose que de la médecine, c'est transmettre un concept... transmettre des choses, pas forcément enseigner ... transmettre et témoigner.

Transmission parce que j'ai fait de l'avion avec un type qui avait été formé à l'école d'aviation comme pilote de chasse et il ne comprenait pas que l'état lui ai donné une formation et ensuite il ne comprenait pas qu'il n'en faisait pas profiter des gens en terme de bénévolat. Lui c'était du bénévolat. C'est une conception des choses. Quand vous avez acquis, acquis c'est un bien grand mot, quand vous avez acquis une petite compétence dans un domaine, et puis qu'il y a des choses à transmettre, et puis que vous êtes en plus persuadé que tout ne se transmet pas à la faculté, c'est logique d'essayer de transmettre, ce serait même dommage de ne pas transmettre... Surtout, moi j'ai un père qui est médecin de campagne, et comme tout médecin de campagne, une fois qu'il est parti il n'y a plus personne qui reprend, c'est toujours dommage que des choses se perdent. Plus qu'une transmission, un témoignage... une transmission afin qu'il y ait quelque chose qui leur reste en tête.

Comment je suis rentré dans le circuit, en fait : je suis médecin de campagne isolé... il y avait et il y a toujours énormément de problèmes sur le secteur, donc en fait comment je suis arrivé là dedans : le Docteur X que je connaissais par le syndicat MG France sur lequel j'étais depuis mon installation ici, il a trouvé que c'était probablement un moyen un peu d'éviter le burn-out de face, probablement ! En disant ça te fera faire autre chose ! Il a une bonne vue des choses, un médecin qui travaille beaucoup, en générale, on ne peut pas lui demander de moins travailler, ensuite on peut lui demander de diversifier. Et lui il m'a dit... c'est lui, c'est Docteur X, qui m'a amené à connaître ce monde un petit peu, et c'est tout ! Il m'a dit « tu recevrais ? », et comme moi je n'avais plus le temps de faire de l'avion, mais je sortais un petit peu de cette notion de transmission. Et puis oui, j'avais un père qui était encore en activités... ça ne fait pas très longtemps qu'il a arrêté. C'est un moyen de transmettre et je me suis dit c'est un peu con, on va disparaître sans avoir ... et voila il y a un enseignement qui était déjà très critiquable à mon époque et qu'il l'est de plus en plus, personnellement. Je serai très prétentieux de dire mettre ma pierre, mais plutôt mon témoignage. On les met dans le mur les jeunes... ce n'est pas vrai ce que je dis... on leur apprend un système qu'ils appliquent malheureusement, et qui a beaucoup de choses qui me choque, donc peut-être au moins dire que ça peut se passer autrement, peut-être avoir une autre vision du rapport avec le médecin, la médecine, les gens. Docteur X a été le vecteur. L'idéologie, si je peux parler de ça, c'est plus personnel, c'est une approche plus personnelle. D'ailleurs je suis assez dichotomisé entre le vecteur enseignement, que vous connaissez, et certainement que votre thèse a été suggérée par ces gens-là, faut bien ressembler au grand professeur qu'on a tant critiqué dans le temps. Mais après l'envie était

déjà avant. Mais comme beaucoup de choses dans la vie, si vous aviez pu voir des choses, témoigner de choses, c'est toujours bien de le transmettre.

J'ai fait toutes les formations. D'abord ça m'a sorti, comme il y avait beaucoup de boulot, j'ai fait pratiquement tous les diplômes classiques, enfin toutes les réunions classiques. J'ai d'abord fait entretien direct, puis dans l'ordre en 4 ou 5 ans, 6 ans. J'ai fait le truc interne, le truc externe, j'ai même fait le SASPAS. J'ai fait tous les trucs, là je suis au bout de toutes les formations dites classiques. Ensuite j'ai fait 2 ou 3 choses d'animations, parce qu'on fait aussi du GEAPIT... mais faut que j'ai le temps, et si par exemple je suis de garde le jour où il y a un GEAPIT c'est dommage. Donc oui j'ai fait tous les trucs progressivement. 2 ou 3 fois dans l'année, je montais à Poitiers pour ça.

MBM : Vous vous rappelez qu'il y a eu une réforme en 2009 ...

MSU : ... (Enchaînement direct sans attendre la fin de la question) Moi j'avais entre guillemets le diplôme pour commencer, je n'ai pas fait... quand on a commencé ça, c'était le tout début de la mise en place de ces MSU... (Doute) ça avait un nom, je ne me rappelle pas, à force de changer tous les trucs... Moi j'ai connu l'époque où on a commencé ces cours là et il y avait des gens qui disaient qu'ils en recevaient déjà depuis 2 ou 3 ans sans aucuns diplômes, sans formations. Moi j'ai toujours fait la formation avant de les recevoir, j'ai toujours eu la chance de pouvoir coïncider avec une formation.

Pour l'organisation, j'ai un binôme avec un collègue qui est Docteur Y. Moi, c'est le vendredi parce que du lundi au jeudi, j'ai une interne. Les jours sont pleins ! Moi je veux bien les prendre le samedi mais eux ils ne veulent pas ! En plus comme on a une structure de travail un peu particulière, c'est qu'on travaille beaucoup, j'estime que ce n'est pas un cadeau, il travaille quand même dur, ce n'est pas une journée de 8 heures, je les fais arriver à 9h et on s'arrête à 20h/20h30. De temps en temps, c'est un peu plus tôt, mais c'est assez rare, avant 19h qu'on arrive à se lâcher, c'est quand même très rare. Ça fait des journées de 12h, on mange très peu sauf la nuit mais ça ils ne sont plus là. Donc ils bossent quand même donc je leur laisse leur week-end, ils ont une vie de famille, ils ont besoin de récupérer, ce n'est pas le premier que je retrouve endormi dans mes coussins. Donc je leur laisse le vendredi, eux ça les arrange, ça leur fait des w-e plus longs, ils disent tous que ça les arrange, par contre je n'ai pas honte de leur demander de travailler de 9h du matin à 20h. Ensuite, ils ont une heure de route pour repartir grosso-modo. Et donc le vendredi c'est l'externe qui vient, sauf quand je n'ai pas mes internes puisque vous savez c'est une fois sur trois, on est des trinômes donc 2/3 de mon temps je suis avec un interne et le reste du temps je suis libre, dans ces cas là je lui donne la possibilité de moduler. Si tu ne veux pas venir le vendredi moi je te laisse la possibilité de te prendre, c'est ce qu'on fait de temps en temps pour leur libérer des w-e. Quand je n'ai pas d'internes, je les prends n'importe quel jour.

J'ai eu aussi quelques externes cours pour une période de 2 jours.

MBM : Qu'est ce que vous en pensez de ce nouveau stage ?

MSU : Mon opinion a changé, ce n'est pas forcément la solution idéale pour moi. Beaucoup de gens se disent enthousiasmés par le stage des externes, mais tout le monde le dit et personne ne veut les prendre. Je me méfie de ce que tout le monde dit. Moi c'est les rapports avec lesquels j'ai le plus de difficultés... oui, difficultés. En tous cas, le plus de problèmes, ce sont les externes. Parce que ça dépend sur qui vous tombez. Je ne suis pas pour les immerger, ce n'est pas forcément la bonne solution. Moi personnellement je ne suis pas ... ce n'est pas la bonne solution. D'abord on est très peu à en prendre pour des raisons qu'on va peut-être s'expliquer après, que je pense très personnelles, qui ne vont pas plaire mais que j'ai déjà dit. Mais je pense que ce n'est pas la bonne solution, ils sont encore à un stade où ils n'ont pas choisi, ils sont en stage plus de découverte, on a un rapport totalement différent. Ce n'est pas du tout le même travail qu'un interne. Je pense qu'ils

n'ont pas besoin de 3 mois pour faire une découverte. Je pense qu'on pourrait en prendre beaucoup plus, vu qu'on ne va pas augmenter le nombre de gens qui les prennent, pour des raisons diverses et variées dont on va peut-être parler, je pense qu'il faudrait en prendre plus en plus courte période... je ne suis pas sûr... parce que quand vous tombez sur quelqu'un de motivé : ok, mais on aura le temps de faire le boulot après en première année d'interne. Mais quand vous tombez sur quelqu'un de pas motivé, qui est là on ne sait pas pourquoi, qui regarde son téléphone toute la journée, il se fait chier, on se fait chier et ça fait perdre du temps. Ça fait perdre du temps pour les autres qui auraient pu approcher. Personnellement, je pense que ce n'est pas la bonne solution. Je ferais des stages beaucoup plus courts : un mois chacun, on se voit quatre fois et en quatre fois, t'as eu le temps de voir un petit peu le type de trucs. C'est quand même une très mauvaise position. On a beau dire, on les teste, ils sont architecturés, pour le rapport, la consultation. Mais finalement c'est un boulot qu'on fait avec les internes, et qu'on fait très vite avec les internes. On n'a pas besoin de les plonger dedans. Je n'ai pas l'impression que c'est ça qu'ils nous demandent véritablement. Ils sont quand même plus en position de découverte. Quand ils ont envi de découvrir quelque chose, ils sont plus en position de découverte qu'en position de travail ou d'apprendre une consultation, ce n'est pas leur problème. Même les gens motivés, je ne pense pas que ce soit leur problème. Je ne suis pas pour ce qu'on fait actuellement, mais c'est comme ça. Je les prends, je les prends, on m'a demandé si je voulais bien les prendre, je l'ai fait parce qu'il faut bien qu'on le fasse. Je pense que c'est bien de leur montrer la médecine générale. Voilà je pense que c'est bien ! Mais dans les conditions où on le fait... En théorisant trop, ils sont trop jeunes, trop pas mûrs dans le sens de l'apprentissage. Ça c'est le problème général.

Après, pour moi, ça me pose d'autres problèmes, j'ai eu des problèmes, je me suis demandé... j'ai eu des problèmes à un moment, j'ai failli démissionner. Et puis j'ai eu une altercation avec un confrère psy qui m'avait envoyé sa fille et qui n'avait pas supporté qu'elle n'ait pas mangé le midi à l'heure. Je me suis demandé si, moi, j'étais le bon exemple. Parce que c'est vrai que j'ai une médecine qui n'existera plus dans quelques temps, très personnelle, très enfouie dans la campagne, que j'adore, moi. Je ne changerai pour rien au monde, ça serait à refaire, j'irai encore plus loin. Mais je me demande si je ne peux pas arriver à en décourager certains. C'est même sûr. Ça, ça me pose plus un problème perso. Depuis quinze ans, je suis tout seul. C'est l'exemple que je montre, je ne suis pas sûr que ça les écœure pas. Il faut une personnalité particulière dans le sens... il faut avoir une mentalité particulière et je ne représente pas, loin de là, la réalité. Mais ça j'en suis conscient. Mais ça pose des problèmes. Effectivement j'en ai parlé à un moment. Ils ont une certaine image en face... ils imposent une certaine pédagogie, mais ils imposent aussi une image du médecin qui n'est pas forcément la réalité. A un moment ou un autre, ils vont être en porte à faux. Ils le sont déjà. Ils essayent d'apporter une image d'un médecin super bien organisé, des maisons médicales... Est-ce que ça correspond aux besoins de la population ? Est-ce que ça va résoudre le problème de la population ? Je n'en suis absolument pas convaincu. Et moi je n'apporte pas du tout l'image comme ils le voudraient, du mec organisé en truc comme ça. Par contre, et c'est pour ça qu'on se demande : ils veulent un médecin de campagne, ils veulent un médecin rural. Et moi, ça me fait marré, parce ce qu'ils appellent la ruralité, c'est aussi les petites villes. Pour moi la ruralité c'est (cite son lieu d'activité), pas (la ville d'à côté). Ils veulent apporter cette image là ! Et dans cette image là, les seuls qui montrent cette image, les seuls, les purs et durs, c'est ceux qui sont très isolés, ce sont les seuls. Il ne faut pas croire qu'on monte des gros cabinets en plein milieu de la cambrouse. C'est une place qui m'est un peu... je me demande parfois si elle n'est pas contre productive par rapport à leur idéologie. Mais c'est sûrement pas contre productif par rapport à ce que j'ai envie de leur donner. Mais c'est sûrement contre productif probablement par rapport à leur idéologie à eux. C'est pour cela que j'ai du mal à comprendre pourquoi ils continuent à vouloir, parce qu'ils ont une vision des choses qui, à mon avis va faire accélérer, contrairement à ce qu'ils pensent et malheureusement, la désertification des campagnes. Les maisons médicales, c'est bien beau, mais il faut des toubibs pour les faire vivre. Et comme il y en a de moins en moins de toubibs de formés... c'est aussi au dessus d'eux que ça se

passé, c'est au niveau de la formation des toubibs. Vous ne défavorisez pas une classe de médecins comme ça. Les jeunes, ils n'en veulent plus de ça. Donc ils vont devoir se regrouper, ils ne sont déjà pas nombreux donc... Les maisons médicales sont très... La maison médicale de A a par exemple ... Je connais des internes dont je ne donnerai pas de noms qui ont été choqués... En effet ça a désertifié autour. Le problème c'est qu'on va démailler la structure de la campagne. C'était peut-être pas la bonne solution. De toute façon, pour moi, les maisons médicales n'auront qu'un temps, un temps transitoire. On produit un petit truc. Mais le manque de médecins fait qu'elles vont elles-mêmes s'effondrer. On va devoir regrouper à chaque fois. On va vers un hospitalo-centré, avec des gros centres qui vont singer, mimer l'hôpital. Bref, ma position est délicate, car je suis content de le faire pour moi, très égoïstement. Mais je ne suis pas sûr que je rentre bien dans leur cadre.

MBM : Quand vous recevez des externes, comment ça se passe ?

MSU : Je ne veux rien d'eux à part la politesse... et ils le sont. J'ai une grosse voix alors ça va vite ! Je ne leur demande rien particulièrement. Je les accueille, « bienvenu au club » et c'est quand même des jeunes en apprentissage de la médecine. J'attends qu'ils voient autre chose que ce qu'ils voient en médecine. Ils commencent à prendre des baffes dans la gueule, ils commencent à trouver des gens qui vous taillent des vieilles croupières à l'hôpital ! Mais pas encore autant que les internes, donc les internes il faut vraiment casser leur certitude. Eux ils ne sont encore dans le doute, c'est encore des jeunes, c'est bien. Les internes par contre la première des choses, c'est de casser leurs certitudes, et ça c'est très rapide mais je leur dis que c'est dans le positif. On joue sur l'incertitude, le diagnostic en incertitude, c'est important. Les mecs, ils sortent de la fac, vraiment gommés par la fac, ils sortent carrés par la fac avec des « moi je sais tout, le stétho autour du cou, moi je sais tout ! Zorro est là »...ça c'est dangereux. C'est des gars ils sont dangereux, pour eux-mêmes, parce qu'ils vont se faire mal un jour ou l'autre, et pour les gens. Donc la première chose qu'on leur casse, c'est leur certitude et après on va travailler dans le temps.

L'externe il est plus là pour voir le fonctionnement... le rapport aux gens, j'allais dire, c'est peut-être la première des choses. Ils observent le rapport puis : ça te plaît, ou ça ne te plaît pas. Le contact avec les gens, le toucher des gens, ce n'est pas forcément inné. C'est une médecine de contacts, contacts verbaux, contacts physiques, c'est la première des choses. Si c'est un mec qui aime rester derrière un pupitre, c'est autre chose. Voilà, c'est le contact avec les gens, puis de percevoir peut-être surtout qu'en campagne, qu'on ne fait pas que de la bobologie. Ha vous diagnostiquez, vous soignez des cancers... en campagne on fait ça. Ils découvrent un univers dont ils n'avaient pas conscience, sauf s'ils sont fils de... Comme moi. C'est une des premières choses que je leur demande : « tu as quelqu'un dans ta famille qui est toubib ? ». Ils ont quand même une perception des choses qui est différente. Après on va voir les gens, on va au contact des gens.

L'organisation, le système libéral, on en parle. Ben avec Docteur Y d'ailleurs, on en a eu une qui a demandé à Docteur Y... « Mais pourquoi vous refaites payer, vous l'avez vu il y a trois jours ? », elle croyait que sa secrétaire était payée par l'état ! Donc on parle de tout le système libéral, donc on leur fait découvrir des choses de base, on échange, et puis on observe comment ils se comportent. Y'a des gens qui ont plus le contact avec les gens.

C'est plus une observation, une découverte.

Après je ne vais pas leur apprendre. Après c'est surtout de la sémiologie, dès qu'il y a un truc intéressant ou qu'ils ont fait quelques certificats, on peut structurer un petit peu plus, c'est plus de la sémiologie. Et puis c'est le monde en dehors de l'hôpital. Bien souvent aucun n'a une connaissance de ce que l'on fait en dehors de l'hôpital.

MBM : Est-ce que vous utilisez le livret de l'externe ?

MSU : Honnêtement très peu.

MBM : *Ils l'emmènent ?*

MSU : Oui, y'en a qui l'amène, mais la plupart, ils ne sont pas au point là dessus. Et ça fait chier.

Je ne suis pas un pédagogue comme Docteur Y. Il y a des médecins qui sont extrêmement forts. Il faut une culture, une intelligence que je n'ai pas. Et je dis ça sans aucune fausse modestie. Je n'aime pas ça. J'ai connu des types extrêmement forts, cultivés qui m'ont beaucoup impressionné sur la pédagogie. Respect pour des gars comme Docteur Y, comme Docteur W, qui sont des types qui m'émerveillent d'un point de vue pédagogie. Maintenant faut avoir un grand cerveau. Moi j'ai un petit cerveau. J'ai déjà du mal à faire mon boulot. J'ai déjà eu beaucoup de mal à mettre dans les paradigmes de l'apprentissage. Ça m'a demandé beaucoup de mal d'apprendre cela. Ça m'a fait beaucoup de maux de tête le soir. Mais c'est passionnant. J'essaie de m'y mettre un petit peu, mais je vieillis et j'ai du mal à englober tous ces éléments. Par rapport à avant, j'ai beaucoup plus de mal à engober ça. Donc j'ai du mal à m'y mettre, et les problèmes locaux, et l'augmentation sans arrêt du travail ici, font que j'ai beaucoup de difficultés dans le côté pédagogique pure. Et on revient au point de départ, c'est que je me place pas dans ce cadre là véritablement.

MBM : *En fin de stage, comment évaluez-vous vos externes ? Faites-vous une évaluation ?*

MSU : Oui, mais pas en référence à ce que je devrais faire.

MBM : *Utilisez-vous cela ? (Je présente la grille d'évaluation)*

MSU : Oui, ça, oui. Mais elle est totalement mal adaptée. J'utilise cela. Parce qu'on me le donne et qu'il faut. Je la rempli parce qu'il faut la rendre à la fac.

Mais je sais toujours pas ce que c'est le modèle, pourtant j'en ai cinq exemplaires chez moi. Je n'ai pas le temps de le lire, le modèle Calgary-Cambridge. Je vais me faire tuer là ! Oui je l'utilise mais bon ce n'est pas...

Si le gars il était intéressé, motivé, on fait en sorte de lui mettre des biens et des très biens. Après qu'est ce que c'est un B, un TB ? Pour quelqu'un qui vient en observateur, et qui n'a pas les certificats. C'est difficile quand même de se positionner là dessus. Après il y en a qui n'en ont vraiment rien à foutre mais...

MBM : *A-t-elle tout de même des points forts ?*

MSU : *(Long soupir)*

Je ne sais pas. Chez l'externe, très peu !

Si, ça permet de repérer des anomalies flagrantes. Dépister des gens qui ne sont pas faits pour le contact. Des types qui vont être mieux pour bosser derrière une console ou au CNRS. Ça on peut le voir il y a des gens dont le contact humain n'est pas leur fort. Y en a peu. J'en ai une ou deux qui n'étaient pas tristes quand même. C'est tout. Mais non, cette grille-là, pour moi, à la limite plus pour les internes. Pour eux : problèmes relationnels, ou d'autres trucs... c'est difficile, on le dit aux gens. Mais on se parle. On avait l'exemple la dernière qu'on a eu, une fille était intéressée par les gens, qui avait le dialogue, qui avait un genre mais qui avait une toute petite voix timide, et je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se place en tant que médecin. Le problème avec ta petite voix timide, il faut que tu places ta voix. Et bien là je lui ai dit à elle, je les pas marqué dans le truc.

Mais la grille, « interprétation des données cliniques... etc. », c'est tellement vague ! C'est vraiment... moi j'ai du mal !

Calgary-Cambridge, je ne m'y suis toujours pas m'y. Je l'ai appris mais mon Alzheimer me l'a fait oublier très rapidement !

MBM : *Est-ce que vous trouvez que cela soit adapté à un externe ?*

MSU : Peut-être pas.

« Fait l'examen, choisit les examens complémentaires pertinents... »

Non car ça dépend de qu'elle stage ils sont en externe, il y a des trucs qu'ils n'ont absolument pas vu, comment voulez-vous qu'ils choisissent les examens complémentaires. Non, ça : « examens complémentaires », un externe qui n'a pas encore fait le certificat, qu'est ce que vous voulez qu'il... déjà nous on s'embrouille alors eux... Je crois que ça se place pour un interne, pas un externe.

« La thérapeutique », oui on en parle, mais je ne crois pas qu'ils soient là pour la thérapeutique, ils n'ont pas encore fait le certificat. On parle, je leur dis « tu vois ça sert à ça », on en parle dans la voiture quand on fait des visites, je leur dis « un calcium bloqueur, ça ouvre les ponts calciques » bon mais vraiment c'est... voilà ! Je ne crois pas qu'ils soient là pour ça, les externes. Je pense qu'on ne peut pas tout faire par l'apprentissage. Faut pas oublier qu'on a été formé, on a quand même une base théorique, et on ne peut que la garder. Dans toute chose, faut apprendre de la théorie, il faut la mettre sur le terrain. Notre fonction, c'est la deuxième partie, on n'est pas là pour faire de la théorisation, il paraît, je trouve que c'est bien, ce n'est pas notre rôle ! On est là pour la mettre en compétence. Donc tant qu'ils n'ont pas fait les trucs, qu'est-ce que vous voulez que je leur demande. La cardio, s'il n'a pas fait le certificat de cardio, on voit une insuffisance aortique, qu'est ce que vous voulez qu'il mette un plan thérapeutique. Par contre, écouter le bruit, le souffle... Voilà, plus sur la sémiologie, moi je trouve que c'est... j'en reste là.

« Etablir un diagnostic de situation ». Oui, ça peut-être. Il y a des situations, oui... Qu'ils perçoivent le problème, la question de la personne, oui !

Après : « Choix des examens complémentaires pertinents en situation clinique en tenant compte de l'intérêt du patient, diagnostic de situation » il peut voir l'intérêt du patient, il peut le voir ou le comprendre, mais neuf fois sur dix, ils n'ont pas la formation adéquate à ça.

« La décision thérapeutique », il faut avoir vu le truc et encore quand ils l'ont vu, ils l'ont très théorique.

Donc il y a 50 % de la relation autour de l'entretien, la relation médecin-malade... ouais. Mais en plus elle est très particulière en campagne la relation médecin-patient. Une relation, c'est quelque chose qui se bâtit sur des années. Ça fait 27 ans qu'on est là. Et la relation qu'on a avec les gens n'a rien à voir avec la relation du mec à l'hôpital qui vient aux urgences. Non mais c'est vrai ! Donc c'est compliqué.

Là dedans ce que je retiendrais c'est la perception un petit peu de la demande de la personne. Il est venu pour quoi ? Est-ce qu'il y avait quelque chose par en dessous ? Et ça il ne faut pas avoir fait tous les certificats pour comprendre. Dans les champs là, leurs trois trucs, l'environnement... c'est là-dessus qu'il faut... En second cycle ce n'est pas sur les connaissances que je vais les former, que je vais leur apporter grand-chose, en sémiologie....

« Les gestes techniques », on en... prendre la tension, oui ils savent à peu près prendre la tension, et encore est-ce que c'est vraiment important de savoir prendre la tension ? (*soupir*) En tous cas de donner des chiffres de tension hyper précis aux gens ? Bon on va en reparler un autre jour...

« Exposé oral », ouais... non

Très vite, ils ont envie de montrer qu'ils sont là. La plupart, sauf celle qui prenait son téléphone pendant le truc ! A part celle-là. Ils ont quand même envie de montrer qu'ils sont là. Ils sont mal à l'aise, ils sont en arrière. Ils ne savent pas où se positionner. Très rapidement ils savent prendre la tension et s'ils ne savent pas la prendre je vérifie une fois de temps en temps, si c'est très discordant, je leur dis allez on la reprend à deux. Et puis je connais les tensions de mes gens. Et quand il y a une problématique particulière, une mal de tête..., je vais vérifier. Sinon, je leur laisse faire très vite un examen pulmonaire et un examen de stetho. En deux fois, ils sont aux commandes du stetho et du truc. Voilà. Moi je connais mes patients, si y'a de la sémiologie à faire, je leur mets le nez dessus si je peux dire. C'est ça qu'ils font.

J'ai aussi un gros problème, c'est le timing. Ils arrivent le vendredi, mais moi j'ai des journées un peu bousculées. Des fois les choses sont décalées jusqu'à 22h. Et puis je suis tout seul dans le coin moi, ma collègue est partie en psy donc ça va... j'ai dû l'hospitaliser deux fois en office alors vous savez on n'est pas triste ici (*rires*), oui c'est très particulier (lieu d'exercice) !

Pour revenir à la grille, il y a des choses adaptées, mais pas énormément.

MBM : est-ce que vous parlez des activités de la structure ?

MSU : Oui, moi je leur en parle. Ils prennent quelques notes quand même. Moi je suis assez fan d'informatique, tous mes dossiers sont informatisés, les lettres sont numérisées, les lettres et tout... Et ils voient que c'est un outil extrêmement puissant. Ca j'insiste, j'aime bien l'informatique, donc ça tombe bien. C'est un joujou qu'ils aiment bien aussi, c'est de leur âge. Donc de voir des dossiers très structurés. J'étais un des premiers à utiliser des logiciels médicaux, il y a plus de 20 ans. Ça ils aiment beaucoup. A la fin, ils mettent quelques observations mais c'est plus qu'ils pianotent sur le truc, qu'ils voient que ça laisse des traces. Ça ils ont compris. Par contre, ils peuvent très rapidement voire les lettres des gens, toutes les lettres ils les ont sous la forme de clic clic. Donc ça ils aiment bien. Donc, je leur laisse faire ça. Je leur parle beaucoup. La jeune fille qui comprenait pas, qui avait posé la question à Docteur Y « pourquoi ? », il a vu un patient, il le revoit trois jours après « pourquoi vous faites repayer ? », elle était vraiment dans le domaine hospitalier ! Et je lui dis « comment tu perçois les choses ? », on est des libéraux, « ben oui, mais il l'avait déjà vu pour la même chose », ben oui mais il a une secrétaire... « Ben oui mais ça secrétaire je croyais que c'était l'état qui lui payé ». Donc ça je le pointe très rapidement parce que c'est ça le problème. Moi j'ai eu la chance de vivre avec un papa qui était médecin donc je voyais bien à la maison le travail qu'il faisait administrativement. Mais je lui dis : il y a une comptabilité... D'ailleurs c'est un des arguments aussi, la comptabilité ça les met très mal à l'aise, quand on fait payer l'acte. Moi j'ai beaucoup de tiers payant. C'est brutal cette rentrée dans le monde libéral sur le plan comptabilité. Donc oui, je parle beaucoup de cette structure autour. Ben du rôle de l'épouse... Enfin le problème c'est que ce manque de structure, si ce n'est que mes dossiers sont organisés, c'est là que je me pose la question : ce n'est pas ça, on veut les faire aller dans les maisons médicale, on veut les regrouper, et moi je leur monte un truc totalement différent qui n'a pas forcément de... voilà on se pose des questions. J'insiste beaucoup sur le dossier qui sera le même en maison médicale et j'insiste quand même, je suis très lucide, et je leur dis ce n'est pas la bonne solution de rester tout seul. Faut avoir un caractère très particulier. Je ne dis pas, il va y avoir des gens qui vont s'éclater. J'ai eu des internes, des externes qui sont très particuliers comme tête et qui vont eux ... qui recherchent cette solitude, ce truc comme ça. Donc je pense que ça existe encore. Il y aura des places pour eux dans des coins peut-être encore plus longtemps, pour

se faire plaisir. C'est la notion de plaisir dans le métier aussi. Donc eux, je vais leur dire je vais leur dire « tu vois c'est possible quand même de le faire », si ton caractère il est comme ça, bon...ça veut pas dire que t'es un ours, tu peux t'entendre avec tes collègues mais tu peux aussi vivre dans ton coin à essayer d'organiser le truc. Tu n'auras pas une vie de 35h, mais tout le monde ne recherche pas forcément ça. Mais la plupart qui sont quand même assez structurés, je leur dis qu'il faut qu'ils se regroupent, que l'outil sera le même et là j'insiste sur l'outil, sur la comptabilité, il y a des charges, des frais... Si tu fais du libéral, ne compte pas : ce n'est pas la même vie qu'à l'hôpital. Je leur dis bien : il y aura des avantages et des inconvénients. Ca je leur montre beaucoup ça. Il faut qu'ils comprennent ça avant de faire un choix. Quand vous rentrez en troisième cycle, vous voulez faire médecine libérale, il faut quand même savoir à quoi vous allez vous aventurer. J'insiste sur la structure de travail. Il y a beaucoup d'avantages, la preuve, j'en suis conscient mais faut quand même leur dire. Donc ça j'insiste sur cette structure de travail mais chez Docteur Y, il voit beaucoup mieux ce que c'est une structure, ils ont une structure sous les yeux. Mais parfois je me dis je suis tombé sur quelques énergumènes qui, apparemment, seraient ... mais ça se sent dans leur cursus, ils ont déjà une formation... ils ont été recherché des expériences individuelles qui montrent que ces gars là, on pourrait les mettre à la limite un peu espacé dans des coins ils seront efficaces. C'est intéressant de les repérer. A ce moment là, je ne réagis pas tout à fait pareil que la plupart des gens qui ont quand même besoin de sentir une petite maison médicale autour d'eux. Parce que c'est la grande mode en ce moment. Je ne les dissuade pas. L'entreprise libérale c'est important, je pense peut-être que ... ça fait parti autant de la transmission à cette période là de leur formation. La réalité économique du problème, la réalité de travail, l'organisation de travail que les connaissances mêmes. Grosso modo.

MBM : Est-ce que cela vous manque qu'il n'y ait pas une place pour écrire, ou le laisser écrire ?

MSU :

(Soupir)

Je crois qu'ils ont un cahier entre eux. Ils ont un truc entre eux. Ils notent leurs maîtres de stages entre eux. C'est déjà une chose, ils peuvent s'exprimer. Ils ont si mes souvenirs... ils ont. Parce que les internes... Moi je croyais que c'était comme les internes qu'ils avaient une partie qu'ils pouvaient remplir sur leur maître de stage, justement pour éviter les gags, les mecs qui les font chier, ça peut arriver aussi. Il y a aussi des problèmes chez nous, et j'en fais peut-être parti. Je pense que c'est une sécurité, après c'est qui lit ça ? Il doit y avoir quand même des gars qui nous supervisent, et c'est normal. Il faut des garde-fous, qui doivent les lire pour savoir s'il y a plusieurs témoignages concordants, il faut quand même se méfier. Après faut-il encore qu'ils aient envie de le voir. Euh mais je ne savais pas qu'ils n'avaient pas eux d'expression sur leurs maîtres de stage. En fait seuls les internes en ont. S'ils n'en ont pas (*les externes*) c'est une erreur. Après toute discussion est possible après, donc oui ils devraient avoir... Moi, noté: non ! Après on me demande ça mais oui encore une fois quand un gars au dessus de moi est chargé de voir s'ils ont bien fait le truc me dit c'est important ou pas « l'élaboration »... « Choisir les bons examens complémentaires pertinents », je trouve que c'est con en deuxième cycle, je ne vois pas ce qu'il attend. Je ne vois pas ce que ça fait là.

MBM : Vous avez eu quoi comme année d'externes ?

MSU : Souvent des D2.

MBM : Est-ce que vous pensez qu'il serait mieux d'avoir une grille par année ?

MSU : Je ne suis pas au fait de tout. Mais les certificats ne se passent pas forcément dans l'ordre. Il y a un ordre ? De mon temps, on pouvait choisir, on avait 3 ans pour faire 12 certificats. Mais s'il y a un ordre, peut-être que cela serait intéressant. Mais moi bizarrement je n'ai eu que des deuxièmes années. A la limite, ils ont autre chose à foutre, ils ont l'internat à passer, s'ils veulent être bien

placés pour certaines choses, je peux comprendre que j'irai peut-être pas faire un stage d'externe... on veut faire découvrir la médecine générale, oui c'est une bonne... la D2 c'est pas mal pour ça... ou la D3. Ils ont peut-être autre chose à foutre s'ils passent l'internat... Je pense que... Moi je ne suis pas mécontent d'avoir des D2, ça changera peut-être plus tard mais pas de toutes façons. Il y a peut-être autres choses par derrière aussi qui font que certains ont des plus avancés, moi j'ai eu que des D2. Mais c'est un peu comme les SASPAS et les internes, c'est la même problématique...

Pas vraiment d'intérêt à faire une grille par année. Avant la décision, je pense qu'on est là surtout et avant tout, non pas, pour enseigner, pas grand chose... pour leur témoigner de situations, et de leur donner, parce que c'est quand même un choix après de direction de médecine. Le métier est très différent entre la campagne ou si vous êtes dans un hôpital, chef de clinique, ou derrière des consoles très informatisées. Ce sont quand même des métiers, on a le même nom, mais ce sont des métiers extrêmement différents, des approches différentes, les plaisirs ne sont pas les mêmes, les rapports humains ne sont pas les mêmes. Il y a un choix important à faire, je crois qu'il faut qu'ils comprennent ça avant. Je crois que le stage d'externe c'est vraiment ça. Dans la médecine c'est vague, le mot médecin c'est vague, tu peux le faire de plein de façons et par contre il faut t'y prendre à l'avance parce qu'effectivement les passerelles ne sont pas quand même nombreuses après pour pouvoir revenir en arrière.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur E (35 ans, femme)

Lieu et mode d'exercice : urbain, en cabinet de groupe avec un secrétariat

Date d'entretien : 3/07/13

Durée de l'entretien : 32 minutes

MSU recevant des externes depuis : septembre 2012 (2 x D4 et 1 x D3)

Modalités d'accueil : 1j/ semaine

Dicta 8

MBM : Qu'est ce qui t'as donné envie d'avoir des externes ?

MSU : J'aime bien transmettre. Moi j'ai bien aimé. Je n'ai pas eu de stage d'externes mais les stages d'externe m'ont beaucoup plu. Et puis j'aurais pu avoir des stages en tant qu'externe j'aurais su ce que c'était avant. Ca m'aurait orientée avant, je ne me serai pas embêtée à passer l'internat. Du coup j'ai envie de montrer à des plus jeunes ce que j'aurais voulu qu'on me montre. Et puis, aussi à titre personnel parce que ça oblige à se remettre en question, à réfléchir sur plein de choses car les externes posent des questions. Ça rompt aussi la monotonie d'être à deux. Comme je suis bavarde, c'est sympa, on discute aussi. D'abord, c'est parce que j'aime bien apprendre des choses à d'autres, vraiment, c'est pour ça que je fais aussi 1 GEAPI par an. J'aime bien faire ça. J'ai aussi la formation aussi pour être animateur dans les FMC.

MBM : Qu'est ce que tu penses de la réforme ?

MSU : Je trouve ça beaucoup mieux. Là je reçois ma quatrième externe, qui n'est venue qu'une fois, et j'ai reçu un externe de D1 sur 2 jours.

Je ne sais pas comment c'était les stages courts. Je crois qu'il venait 3 demi-journées, c'était très court. Je trouve ça très bien, pour se représenter ce que c'est. Il faut venir plusieurs fois. Les journées ne se ressemblent pas forcément et puis pour pouvoir appréhender le tour de ce que l'on peut faire il faut forcément que ce soit sur plusieurs jours. Je pense que ce serait une très bonne chose que tout le monde passe, parce que même si on ne souhaite pas faire médecine générale, on a largement le droit, quand même de voir ce que c'est qu'un exercice hors hôpital. C'est quand même important y compris pour un spécialiste qui voudrait faire du libéral de voir ce que c'est qu'un cabinet, une consultation en cabinet. C'est quand même très différent. Et puis, en tant que généraliste, on est quand même le premier recours. Les spécialistes et l'hôpital ont quand même toujours à faire à nous, enfin ils devraient. Quelqu'un qui se destine à une carrière hospitalière d'emblée, qui est très intéressé par une spécialité qu'il veut faire à l'hôpital c'est très bien, mais qu'il puisse à un moment donné dans son cursus, voir comment ça se passe en dehors ça peut quand même changer sa vision des choses. Quand lui ensuite il sera spécialiste à l'hôpital, qui recevra des patients adressés par leur médecin. C'est très important de sortir de la formation toujours hospitalo-centré. C'est sur.

En plus, Je n'ai pas de recul sur mes externes, mais là, c'est donc la 4ème, elle n'est pas sûre de vouloir faire de la médecine générale. Elle hésite entre 3 spécialités dont la médecine générale. Je ne sais pas si elle me dit ça ... Parce que, bon au départ elle a le discours tout lisse qui va bien, mais elle l'a quand même choisi le stage. C'est un choix et même si elle ne veut pas être généraliste, c'est intéressant qu'elle fasse le stage pour ça. Les 3 autres l'ont pris parce qu'ils veulent faire de la médecine générale. Elle, elle n'est pas sûre du tout, du coup ... Elle me dit que c'est pour l'aider à

faire son choix. Mais je pense que même si elle n'envisage pas du tout de faire ça, pour la suite de sa carrière, ça reste intéressant.

Pour nous c'est important qu'on ait vu à quoi ressemble un service d'hôpital de CHU et périphérique parce quand on adresse les gens. On sait où ils vont, comment ils fonctionnent etc... Eux à l'inverse ils ne savent pas du tout comment on fonctionne, ou alors pas très bien visiblement alors oui c'est bien.

La plupart je les ai au téléphone et je les vois ensuite pour la première fois le premier jour. J'avais prévu pour qu'on se voit de ne pas démarrer la consultation d'emblée pour qu'on ait un petit temps d'échange, que je les fasse visiter... Il y en a une qui est venue carrément avant, qui a voulu me rencontrer avant donc on a fait ça à ce moment là. Quoiqu'il arrive qu'on ait un temps, on ne démarre pas d'emblée les consultations.

La première chose, je lui demande ce qu'elle attend du stage. Puis je pars de là, en fait... Pourquoi elle a choisi le stage, ce qu'elle en attend, ce qu'elle pense qu'elle va y apprendre. Je dis « elle » parce que je n'ai eu que des filles ! C'est le hasard. Je n'ai rien contre recevoir un externe garçon, il n'y a pas de soucis. Donc voilà, ce qu'ils attendent du stage. Je pars de là, moi je lui dis en gros ce qui me plaît dans la médecine générale, les spécificités à mon sens, tout ça. Et après, je ne me rends pas bien compte de ce qu'ils savent déjà. Moi comme je leur dis : ce qu'il y a à apprendre dans le stage c'est pas tant le côté théorique d'apprendre à traiter tel ou tel pathologie, ce n'est pas du tout le souci, ça y'en a plein les bouquins, c'est pas un souci. Moi ce que j'ai à cœur dans leur formation, c'est apprendre la spécificité de la médecine générale, la relation avec le patient, le colloque singulier, le fait qu'on a un rapport au temps qui est différent de l'hôpital, à la fois sur une consult courte mais le fait aussi qu'on revoit les gens. Toutes ces spécificités là qui sont les choses qui les surprennent le plus parce qu'ils ont des reflexes vraiment hospitaliers. Ce qui est normal, qu'on avait nous aussi. C'est surtout ça. Leur apprendre à rechercher l'information, les sites sur lesquels ils peuvent se référer. Ce en quoi ils sont souvent surpris, mais je leur en parle souvent... Pas d'emblée c'est que quand on est installé, on n'est pas tout seuls, on a des moyens de formation et d'information. Toutes ces choses là. Ils ignorent et ça les rassurent aussi.

MBM : Tu utilises le livret de l'externe ?

MSU : Je n'utilise pas le carnet de l'externe, je vois dans la grille d'évaluation à la fin qu'il y a un truc sur « le livret ». Et je ne sais pas ce que c'est ce livret et je leur demande. Ils ne savent pas me répondre, mais ça peut être intéressant ! Je ne le connais pas, je ne l'avais jamais vu. C'est la première fois que je l'ai dans les mains.

Je me sers de la grille d'évaluation, comme j'ai vu qu'il y avait l'entretien selon la grille Calgary-Cambridge. Quand j'y pense je leur montre et on y regarde un petit peu mais j'ai du mal à trop théoriser les choses.

La grille, la première fois j'ai découvert ça tout à la fin. Les autres fois comme j'avais vu ça j'ai regardé un peu le truc et j'essaie de leur parler un peu de la relation. Comment ça doit se passer, on en parle un peu comme ça. Mais j'avoue que je ne m'en suis pas trop occupée. Je la remplis à la fin et d'ailleurs je ne sais pas bien la remplir.

MBM : Qu'en penses-tu de cette grille ?

MSU : Je ne la trouve pas très adaptée, alors peut être que c'est moi qui n'adapte pas mon truc. Je ne sais pas trop quoi...

L'avantage, c'est qu'on peut décortiquer le stage mais bon comme en général on en a déjà beaucoup parlé...

(Soupir)

Que dire ?

(Réfléchit)

Globalement je ne la trouve pas très adaptée.

Point par point :

« La relation avec le patient », c'est très bien, on en parle en long en large et en travers tout au long du stage donc ça c'est très bien.

« Conduit l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge », ça reste dans le sujet.

« L'examen physique », c'est bien aussi parce que les externes c'est souvent un truc qu'ils doivent travailler, d'orienter leurs examens, parce qu'à l'hôpital on leur apprend au contraire à faire des examens très complets quoiqu'il arrive, donc ça s'est plutôt bien.

« Choix des investigations complémentaires » et bien ça dépend ! Parce qu'une journée par semaine, on est pas si prescripteur que ça. Donc on n'a pas toujours trente six occasions de voir ça et souvent ça reste clinique. Eux, ils s'arrêtent souvent là et après ils font appel à nous. Ceci dit la dernière externe que j'avais étant particulièrement compétente, on allait vraiment jusqu'au bout des choses donc ça peut être utile. Mais en fait on n'est pas suffisamment souvent en situation de devoir prescrire des examens complémentaires. Et eux encore moins parce qu'on ne leur fait pas faire toutes les consultations seules, pour pouvoir vraiment dire c'était bien / très bien. Sur les stages ils n'y ont pas été confrontés suffisamment souvent pour pouvoir faire une évaluation, je trouve.

« L'interprétation des données cliniques et para cliniques », tout ça je trouve que c'est encore plus... *(Soupir)* difficile. C'est pareil, on est souvent... Alors après c'est peut être que je ne leur laisse pas faire assez les choses aussi. Ils ne sont pas assez souvent tout seul sur un truc qui nécessite ça. Si, malgré tout le fait de pouvoir synthétiser et hiérarchiser les problèmes, c'est quand même un truc qu'on peut vite voir.

« Décisions Thérapeutiques appropriées », ben... *(Soupir)* Alors c'est pareil moi je ne connais pas bien les objectifs qu'ils ont. Mais comme quand même en médecine générale c'est des choses qui prennent du temps. On voit les choses sur plusieurs fois, on arrive rarement sur une consultation à faire tout ça. Du coup, eux, ils ne vont pas forcément revoir le patient parce que ça ne va pas tomber le même jour. Pour toutes ces choses là ils ont forcément besoin de nous parce qu'on les a vu plusieurs fois avant. On les a vu après. Ils sont là un petit temps et pour un patient quand on en arrive à faire autant de choses, à prescrire des examens complémentaires, à élaborer des choses, ça s'est fait sur plusieurs temps. Ou alors ce sont des trucs beaucoup plus simples et alors du coup c'est trop décortiqué.

« S'intéresse au suivi du patient », c'est pareil c'est très théorique parce que souvent ils ne les revoient pas les patients. Même s'il y a trois mois, c'est rare qu'on retombe sur la même personne. Alors oui, ils s'y intéressent, après, c'est un peu subjectif. Mais il me demande « la dame qu'on a vu la dernière fois qu'est ce qu'elle est devenu ? ». Donc oui, mais...

« Assimilation des gestes techniques », c'est encore pire je trouve. Parce que, oui on a peut-être l'occasion de faire quelques vaccins mais à part ça je ne vois pas bien ce qu'ils veulent dire. A part ça je ne fais pas grand-chose de plus globalement ... des bouchons d'oreille mais bon... *(Rires)*

S'il y a un truc, vraiment... Clairement par contre il manque une colonne « sans objet » ou « pas vu ». Parce que TB, B M, I, quand on ne peut pas juger parce qu'on n'a pas eu suffisamment de cas, il n'y a pas de cases quoi ! Moi je n'ai pas envie de mettre « moyen » à quelqu'un parce qu'il a été opposé au problème qu'une seule fois. Donc « gestes techniques », quand ils ont fait 1 vaccin, je vais mettre très bien, ça ne veut rien dire, quoi. Si c'est jamais tombé que je fasse un geste quand ils sont là parce que j'en fais pas des tonnes... Enfin... Il manque une colonne « non vu » ou « non abordé », ou je ne sais pas, un truc comme ça. Ensuite il ne faudrait pas que ça leur pose soucis par la suite s'il faut que ce soit tout bien coché.

Moi, c'est vrai que : en gros, je me sers de ça (*la grille*) pour en parler mais j'ai une idée globale du truc et du coup je coche à peu près la même chose partout. C'est comme ça que je fais.

« Qualité de renseignement du dossier médical », je ne sais pas trop bien ce que ça veut dire non plus !

En fait, on essaie de faire des consultations en binômes, au départ je dirige et je les fais examiner, c'est surtout ça, je pose des questions... et parfois on fait l'inverse, je leur fais faire les choses et puis moi, je tape ; ou alors c'est eux qui tape et puis éventuellement j'examine un peu et je leur laisse la place. Et très vite, je leur fais faire tout seul. Le truc c'est que j'ai du mal à leur faire faire et à être là en retrait, c'est ce qu'il faudrait que je fasse pourtant mais je me sens mal à l'aise à juste les regarder sans intervenir ; j'ai du mal. Et du coup, quand je les laisse faire tout seul, moi, je sors ! Du coup, je ne vois pas bien ce qu'ils font, c'est un peu le défaut. Mais quand je leur fais faire ça j'ai déjà vu un peu comment il se conduisait un peu avec les patients, et je rentre en fin de consultation et je vois bien comment ils ont orienté les choses mais je ne les ai pas vu faire en direct. Par contre je le fais assez vite, ça, je leur dis tu viens me chercher tout de suite si t'es bloqué tt de suite, tu viens me chercher plus tardivement si t'es bloqué plus tard, et si tu ne viens pas me chercher je viendrai au bout d'un certain temps. Et selon ce que c'est ils sont parfois allés jusqu'au bout de la consult, parfois ils viennent me chercher vite parce que c'est un truc très spécifique ou qu'ils ont un doute. Ça dépend des externes aussi et comment ils se sentent, comment ils se lancent. C'est vrai que je n'ai pas tendance à rester, je pense que c'est un tort mais je n'y arrive pas trop. Je me rappelle aussi que ça me mettait extrêmement mal à l'aise et que j'étais beaucoup plus confiante et beaucoup mieux avec les patients quand j'étais toute seule en fait. Je garde un peu ça à l'esprit. Donc oui ils remplissent le dossier.

« Exposé oral », ça oui clairement, forcément ça c'est ce qu'ils font. Quand on arrive en fin de consult je leur demande de m'exposer le truc, ça s'est adapté.

« Participation aux activités de la structure », moi, là je... Je mets très bien tout le temps (*Rires*) mais ... je ne vois pas dans quel cas je pourrais mettre autre chose. En fait, je veux dire, pour moi, c'est sans objet. Je veux dire : on a une secrétaire, c'est elle qui répond au téléphone, les externes ne sont jamais amenés à répondre au téléphone. Je n'ai pas d'activités de recherche. Je ne vois pas ce qu'ils peuvent y faire ?

« Commentaire sur la qualité de l'externe », je ne vois pas ce que c'est le carnet de l'externe, en fait c'est ça ! (*indique le livret que j'ai en ma possession*) je ne comprends pas quel est la question en fait ! « Commentaire » = TB ! Je ne comprends pas en fait. Si j'ai mis bien partout je mets bien, si j'ai mis TB, je mets TB là aussi. C'est comme ça que je fais.

Clairement on ne s'attache pas du tout à cette grille.

MBM : Est-ce que tu crois qu'il faut une grille par année ?

MSU : Je ne me rends pas bien compte de ce que chacune des années entre D2 et D4 sait faire mais c'est sûr qu'un D2 tu ne peux pas lui demander de choisir les examens complémentaires pertinents comme à un D4. Et encore plus pour les décisions thérapeutiques, c'est encore plus parlant. Parce qu'avant l'internat on n'en prend quasiment jamais des décisions thérapeutiques donc c'est sûr qu'un D2, tu ne peux pas lui demander ça. Un plan de soins... tu ne peux pas lui demander ça. Je pense qu'entre un D2 et un D4, c'est très différent.

Après c'est toujours le problème, soit tu es très souple et c'est bien d'avoir un truc assez souple parce que clairement j'ai eu une D3 qui était largement meilleure que les D4, mais je ne pense pas que c'était que les D4 n'étaient pas bon. J'ai été amené à prendre en charge les internes de mes collègues sur une ou deux journées pour des questions d'organisation. Et même par rapport à eux, elle avait des connaissances théoriques importantes, elle est tout de suite super à l'aise avec les gens, dans son rôle, nickel et elle en connaît largement comme une D4 déjà. Donc c'est sûr qu'une grille adaptée à la D3 ce serait peut-être réducteur pour quelqu'un comme ça, ça ne permet pas de dire tout ; ou alors il faudrait qu'il y est un truc pour faire un commentaire libre, ou je ne sais pas, quelque chose comme ça.

Après ça dépend, qu'est-ce qu'ils en font de cette grille aussi ? Si c'est juste voir si le stage est validé ou pas ? ça dépend si cette grille elle est importante pour nous pour pouvoir discuter avec l'externe de ce qu'on valide ou pas , ce qui a été bien ou pas en stage, ça peut être bien que ce soit détaillé même si ce n'est pas toujours très adapté. Ensuite, si c'est seulement pour la fac que c'est important d'avoir des items précis, c'est différent.

Si elle était plus adaptée, je m'en servais plus comme un support et je m'en servais d'autant plus avant en disant « et bien tu vois, il y'a ça qu'il faut faire pendant le stage », en milieu de stage refaire le point et après à la fin.

Ensuite, c'est toujours le danger car on a tous fait des stages avec le petit livret à cocher, etcetera, et il ne faut pas non plus que l'étudiant soit centré sur ces objectifs à avoir fait, à cocher. Des fois, c'est bien que ce ne soit pas trop.

Et aussi, s'adapter vraiment à ce qui est important en médecine générale.

Moi, voilà, je trouve que « Décisions thérapeutiques appropriées et tout ça », est-ce que c'est vraiment important pour l'externe, je ne pense pas ! Il a le temps d'apprendre tout ça, ça dépend tellement du patient en tant que tel.

« Les gestes techniques », il y a d'autres services où il y a plus de gestes techniques, ici ce n'est pas trop l'important.

Par contre peut-être plus « la relation avec le patient », je pense que c'est ça qui est important en médecine générale. C'est la façon dont on aborde un sujet, on laisse parler le patient ou pas, comment on oriente les choses, la phrase d'accroche à avoir... je détaillerai plus ça à la limite que tout le reste. C'est ma façon de voir les choses.

« Participation aux activités de la structure », vraiment je ne vois pas !

« Commentaires sur le carnet de l'externe », même en voyant le livret, je ne vois pas ! C'est vraiment la formule, je ne vois pas ! On nous demande de faire un commentaire ? Le livret, c'est eux qu'ils l'ont ? Mais ils ne savent pas ce que c'est. Dans ce livret, du coup, c'est ultra détaillé (*est en train de regarder le livret*) mais du coup c'est plus une base pour parler du truc. Ça, ça va plus m'aider !

Moi, mon objectif c'est celui là : s'ils peuvent repartir avec une bonne façon d'accueillir le patient, d'établir un contact, le fait de pouvoir les laisser parler, ne pas faire un interrogatoire policier comme on a l'habitude de faire, ce genre de choses là. Pour moi, il y a quand même une spécificité dans notre métier qui est différente par rapport à ce qu'ils peuvent voir à l'hôpital et je trouve que c'est ce genre de choses là qui est plus important. Après, c'est peut être pas l'objectif réel de ce stage mais bon. Quand même le colloque singulier qu'on a avec le patient, c'est quand même une grosse spécificité de notre métier donc s'ils peuvent repartir avec un truc bien clair dans leur tête sur la relation, l'écoute active, l'empathie, toutes ces choses là ... moi c'est des choses que j'essaie de leur dire, des petites techniques quand on est face à des patients un peu compliqué. C'est plus important d'apprendre ça que des trucs théoriques qu'ils vont voir et revoir et d'ici qu'ils soient installés, ça aura changé dix fois. Les traitements de l'HTA, c'est très important mais ce n'est pas en cinquième année qu'ils en ont besoin, et de toute façon, ils vont l'apprendre pour l'ECN. Ce n'est pas très important qu'ils sachent l'appliquer quand ils sont là en consultation, moi je m'en fiche. Plutôt avoir une bonne relation avec le patient, savoir les écouter, connaître un peu les techniques pour faire sortir les choses, savoir quand il faut se taire, quand il faut parler, ce genre de choses là. Faire un examen ciblé, ça c'est important aussi, c'est sûr. C'est vrai que la première externe que j'ai eu, les tous premiers patients, elle faisait un examen assez complet à chaque patient. Les trucs qu'on n'aurait pas eu idée de rechercher de façon systématique, elle le faisait et très vite elle a su s'adapter. Ça c'est important, ensuite le reste, la théorie, tout ça, ça va se faire. Surtout ce côté relation, découvrir le libéral, savoir la notion de temps, c'est l'essentiel de ce qui me paraît utile pour eux d'apprendre.

Après : examiner un tympan, tout ça... c'est sûr, souvent ils savent très bien ausculter, il y a beaucoup de choses où ils savent très bien examiner : le ventre par exemple mais un tympan c'est vrai qu'ils ne savent pas, ils n'en ont jamais vu. Mais ça c'est très accessoire, c'est facile, c'est dommage d'accès le truc que là-dessus. Ensuite, c'est sûr que c'est dommage de repartir d'ici sans en avoir vu !

La relation, c'est important, qu'il n'est pas assimilé les gestes en cinquième année, on s'en fout un peu par contre globalement en cinquième année quand ça ne va pas c'est qu'il y a peut-être un gros problème sur la relation, le comportement et ça, ça n'y est pas finalement ! Et il n'y a pas moyen de mettre quelque chose. Moi ça ne m'est pas arrivé mais du coup tu marques insuffisant mais insuffisant sur quoi ? Ne sait pas faire un examen... tout ça ce sont des choses qui peuvent s'améliorer en quelques années mais la relation avec le patient, tu mets insuffisant bon c'est peut être qu'ils n'utilisent pas le modèle Calgary-Cambridge, mais bon on s'en fout. Plutôt sur ça : une relation adaptée ou pas, laisse parler le patient ou, a des réponses adaptées ou pas, il outrepassé ses capacités ou pas, c'est des choses comme ça qui sont importantes. Mon externe, elle s'est sentie suffisamment en confiance pour faire certaines choses mais c'était toujours très adapté, ensuite j'imagine qu'ils peuvent se sentir très compétents et qu'ils ne le sont pas et qui vont se permettre de faire ou de dire des choses pas adaptés. D'autres qui restent à attendre que ça se passe, et là comment tu évalues ça avec ça, tu ne peux pas ! Il n'y a pas juste : s'investit dans son stage. Non plus il n'y a pas la relation avec nous, on a le droit de ne pas s'entendre mais je ne sais pas : la relation avec les collègues, la relation avec la secrétaire, le comportement, tout ça c'est important. Plutôt « intégration à la vie du cabinet » plutôt que « participation aux activités de la structure ». Mais avec quand même une colonne sans objet parce qu'un médecin qui est tout seul sans secrétaire, sans associé, il peut s'intégrer mais qu'à son MSU ! Moi, ce que j'essaie de leur montrer, ce qui me tient à cœur, c'est sur le relationnel. Moi, j'ai fait des formations en m'installant, d'écoute active, ça me manquait, pour avoir des outils pratiques, par exemple quand t'as quelqu'un un peu psy dont tu ne peux pas te dépatouiller parce qu'il est toujours sur la même demande, tu ne sais pas trop comment t'en sortir et bien tu apprends des techniques, et j'en apprends encore. C'est tout ça que je leur montre aussi.

Moi, ce que je pense qui est important dans leur stage, c'est vraiment de pouvoir intégrer la spécificité de la médecine générale (*Insistance*) et ça ne ressort pas du tout la dessus, et il y a plein de trucs : utilisation du temps, l'EBM...

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur F (60 ans, homme)

Lieu et mode d'exercice : urbain, en cabinet de groupe avec un secrétariat

Date d'entretien : 4/07/13

Durée de l'entretien : 34 minutes

MSU recevant des externes depuis : 2 ans (2 trimestres sur 4 ; D2 et D3)

Modalités d'accueil : 1 jour par semaine

Dicta 11

MBM : Qu'est ce qui vous a donné envie d'avoir des externes ?

MSU : Parce qu'on a toujours à apprendre d'une nouvelle génération. Deuxièmement le plaisir de transmettre parce qu'en effet on a un métier très atypique de psychologie qu'on ne fait pas du tout à l'hôpital. Et les 4 qui sont venus ici on était surpris, j'espère agréablement, du relationnel et de la lecture psychologique, du sens que nous apporte la plainte des patients. C'est qu'au-delà de la plainte, ici, j'essaie quand on a la possibilité, quand la personne est réceptive, de trouver une explication au contexte qui a déclenché la douleur, la plainte. Donc l'interrogatoire et la réflexion après est un peu plus fouillées pour que la personne parte avec une idée en tête, avec une symbolique ou avec une explication, et non pas toujours victime de la malchance ou du destin.

Très vite, les externes sont dans le bain mais je ne les mets pas du tout à l'épreuve. Ils sont à l'écoute, ils interviennent un petit peu, quand ils le veulent et ils savent très bien quand le faire. Je n'ai pas du tout de déception à cet égard là et puis très vite ils voient que l'atmosphère est typée ici et qu'elle ne l'était peut-être pas ailleurs ou autrement ailleurs. Je les laisse libre de leur pensée, de se faire un jugement. Ils voient que c'est comme dans le stage précédent qu'ils ont fait puisqu'on se succède avec ma consœur qui est (à lieu d'exercice) et donc là ils voient que ça fonctionne avec un outil un petit peu différent, du moins je l'imagine.

Le livret de l'externe est un canevas qui permet de savoir où est ce qu'on va et ce qu'ils sont en droit d'attendre de nous en quelque sorte. Ça il faut en effet l'avoir en tête et eux sont responsables aussi, de pouvoir nous demander « tiens je n'ai pas fait ça » ou « je ne l'ai pas vu » « est ce qu'on a abordé ceci ou cela ? ». C'est eux qui l'amènent au début ; il y a les cinq feuilles à signer au début. Le livret, ils l'ont. Moi j'en ai un en double exemplaire pour m'en souvenir et on aborde globalement pratiquement tous les sujets. Les méthodologies sont très bien faites et c'est très astucieux. Il y a des outils que je ne connaissais pas du tout à l'époque et qui sont très utiles. Je ne modifie pas ma façon de fonctionner par rapport à ça. Eux l'on a l'esprit éventuellement et donc ils ont tout loisir, quand on fait le débriefing à la fin de la journée de tous nos patients qu'on a vu ensemble, de voir ce qu'on a pu en tirer, quels outils on a pu utiliser...etc. La relecture se fait soit au coup par coup après un cas qui a été un petit peu compliqué. Donc on ne prend pas tout de suite le patient suivant, on s'isole tous les deux, on en discute 3 ou 4 minutes pour voir qu'est ce qui a été compris et ce qu'on aurait pu faire et sinon à la fin de la journée on relit tous nos patients et donc ils prennent des notes pour se souvenir d'anecdotes ou de points forts.

MBM : Que pensez-vous du stage long depuis la réforme de 2009 ?

MSU : Le stage de 3 mois ? C'est plus à eux de répondre. S'ils ont en effet une vision différente de la médecine générale en allant chez le médecin généraliste plutôt que la médecine interne qu'ils voient

à l'hôpital. On a tous été aussi hospitaliers donc on sait ce que c'est que travailler avec une cadence ou une attitude très hospitalière. En ville, on a le temps un peu qui joue pour nous dans le sens où on n'est pas obligé en 3 jours de résoudre une maladie grave sinon elle ne serait pas en ville elle serait déjà hospitalisée. On a ce luxe là en effet de pouvoir se donner du temps quand on ne sait pas, pour pouvoir s'informer, se cultiver et apporter la bonne réponse donc on a un temps de réflexion qu'on n'a pas forcément à l'hôpital. Sauf qu'à l'hôpital, ils sont plusieurs donc ils peuvent s'enrichir. Le médecin généraliste, il est tout seul pour trouver la solution. Donc il y a aussi la solitude de la réflexion, et le fait que ces jeunes voient que le cabinet de groupe c'est beaucoup plus agréable à travailler. C'est peut être aussi intéressant pour eux de se projeter dans l'avenir avec des outils qui sont sécurisants et validés. Donc 3 mois avec un médecin généraliste, une fois par semaine, ça paraît être un bon temps pour s'imprégner en effet et pas uniquement ponctuellement quelques consultations qui seraient spectaculaires ou ennuyeuses mais sur trois mois ça leur permet de voir une partie d'une clientèle du tout venant. Ça leur donne une bonne idée je pense. Dans certain quartier, peut-être qu'à deux cent mètres d'ici on ne voit pas les même gens. Tout est relatif.

MBM : comment vous les évaluez en fin de stage ?

MSU : D'abord sur leur grille, savoir ce qu'on a abordé ou pas. Ce qu'on a oublié d'aborder et à ce moment là on l'aborde, en théorie, si on n'a pas eu l'occasion de le faire en pratique pour un cas précis, et j'essaie de me mettre un peu dans leur peau car, contrairement à eux, on a déjà été étudiant dans toutes ces années là, donc on a aussi des souvenirs de ce qu'on était capable de savoir et de faire à leur époque, à leur âge. Pour juger quelqu'un, faut toujours se mettre à sa place sinon on n'a pas de point de repère. On est toujours plus haut que les autres et forcément on a un biais. Se mettre à la place de l'autre permet d'avoir un ressenti, à mon avis, plus objectif. Donc ils ne savent pas tout, heureusement, sinon ils ne seraient pas en quatrième année et quelques fois on voit des grands patrons qui ont bac + 30 et qui sont incapables d'écouter quelqu'un correctement.

On prend le livret, on relie les items et on voit ce qui a été abordé, les difficultés qu'ils ont eu ou pas donc voilà c'est un peu scolaire mais ça ne prend pas beaucoup de temps en fin de compte. Le but ce n'est pas tellement de les faire rentrer dans une case pour qu'ils soient formatés, et... ciblés et avec un tampon « validé ». L'intérêt de la médecine générale justement, c'est que tout est dans l'esprit. Il faut donner un peu d'esprit à cette médecine, et non pas uniquement dans des chiffres, un dosage du cholestérol ou un chiffre de TA qui rentre dans des recommandations mais de voir la personne en face d'elle donc ça c'est pas mesurable. Et je pense qu'ils le prennent ici en compte, en médecine générale, de voir que chacun à son histoire, qu'on doit s'adapter, nous médecin généraliste, à chaque individu, contrairement à l'hôpital où le patient rentre dans un lit même s'il n'a pas besoin d'être couché et il doit s'adapter au rythme des infirmières, des horaires de passage des médecins, des radio, des échographies, et de tous les autres examens où ils subissent. Là, nous, on s'adapte aux patients, c'est une tout autre mentalité donc il faut rester très humble.

Je remplis en fin de stage la grille d'évaluation et là c'est intéressant en effet avec le collègue parce qu'en quatrième je pense qu'ils ont l'esprit déjà bien médical. Et moi je les appelle mes confrères déjà et de pouvoir en effet faire une évaluation personnelle même si c'est moi qui met les croix dans les cases, ça leur permet de clôturer un petit peu leur histoire et de voir s'ils ont eux même avancés. Le but c'est ça, est-ce qu'ils ont réussi à progresser par eux-mêmes. Je la remplis de mon côté, mais je lis les questions avec eux et on estime en effet. Mais c'est moi qui la remplis, je ne suis pas influencée. Je les connais bien au bout de trois mois. On discute beaucoup ensemble et je connais à peu près leurs valeurs au sens humain du terme, au sens médical ils auront le temps d'ouvrir un bouquin s'ils ne savent pas.

MBM : Qu'est ce que vous en pensez de cette grille ?

MSU : Elle est toujours très scolaire : TB, B, M, I, ça c'est la scolarité, l'éducation nationale qui est à hurler mais enfin on fait avec, on a été moulé là-dedans, on a toujours besoin d'avoir des bons et des mauvais, ça nous colle à la peau jusqu'à la fin de nos jours, et avoir un jugement de valeur... Mais enfin c'est comme ça, c'est une évaluation ! Elle va sans doute changer, mais pour l'instant ça n'a bouleversé personne que de se sentir jugé par ça. Donc si vous avez des idées pour la faire évoluer. Moi je ne l'ai pas émise une critique systématique, donc je n'ai pas réfléchi sur l'évolution de cette feuille mais elle va certainement évoluer au fil du temps avec l'expérience des anciens externes, devenus internes, et devenus médecins.

MBM : *Trouvez-vous qu'elle a des points forts ?*

MSU : Dans le détail... Mon Dieu ! (*S'exclame*)

Dans l'ordre : « Relation avec le patient, le modèle Calgary-Cambridge » est très intéressant, j'ai découvert ce descriptif qui est en effet très livresque mais qui aborde pas mal de sujet, donc il a le mérite d'exister.

« Conduite de l'entretien », non, il ne conduit pas l'entretien en D2, c'est le médecin qui conduit l'entretien, et lui il regarde comment on fait. Lui il a son canevas qu'il a appris en théorie et il fera sa sauce à lui après. Les internes vont conduire leur entretien comme ils le veulent mais un D2 ne peut pas conduire un entretien. Il s'en imprègne mais les patients viennent tout de même pour avoir une relation avec le médecin qu'ils ont choisi. On n'est pas dans un dispensaire à être testé, ou à subir les balbutiements d'un externe qui serait en difficulté. Moi j'aurai été incapable de gérer, avec un médecin à côté de moi, l'interrogatoire d'un patient, surtout quand on cherche à donner un sens à certaine chose. Si c'est pour une angine, c'est notre premier remplacement, on sait soigner une angine et des renouvellements d'ordonnance mais après il faut tout de même mettre la barre un peu plus haut.

« Le choix des investigations complémentaires », c'est très bien, en général ils étaient tout à fait au point pour intervenir en fin de consultation : « est ce qu'on ne pourrait pas faire ceci ou cela ? » Et à chaque fois, ça tombait tout à fait à propos, donc ils ont déjà une bonne formation pour voir. En effet c'est sans doute l'hôpital qui fait souvent appel aux examens complémentaires et ils ont le réflexe assez adapté.

« Interprétation des données cliniques ou para-cliniques », ils ont en effet leur idée et quelques fois certains ont avancé des hypothèses qui étaient tout à fait intéressantes et pas du tout choquantes.

« Décision sur les thérapeutiques appropriées », ça va un peu ensemble. Quand ils prennent la parole en fin de consultation, quand ils sont à l'aise avec le patient, ils voient qu'ils peuvent s'immiscer dans le dialogue. Ils avancent des hypothèses ou après ils me disent est ce qu'on n'aurait pas pu ceci ? Ou pas pu cela ? C'est l'aisance que j'ai avec mes externes, c'est qu'ils n'hésitent pas à me contester après en tête à tête pour me dire est ce qu'on aurait pu faire ceci ou cela ?

« S'intéresse au suivi du patient », oui ce qui est surprenant c'est que d'une semaine sur l'autre, ils se souvenaient du nom, et en se souvenant du nom ils se souvenaient de la pathologie du patient. Donc ça veut dire que d'une part qu'ils étaient très concentrés et ils étaient très intéressés par chacun des patients qu'ils ont vu une semaine plus tôt, et ça ça m'a agréablement surpris. Moi le dernier en date était tout à fait remarquable à ce sujet là.

« Assimilation des gestes techniques », on a fait des petits gestes techniques et là en effet, en quatrième année, on a l'impression qu'on ne leur a pas laissé faire grand-chose à l'hôpital. De mon temps (*Rire*), il y a bientôt 35 ans, même plus que ça, on se débrouillait à faire seul tous les gestes possibles et imaginables, et on n'attendait pas qu'on nous les autorise. On avait déjà été infirmier

dès la deuxième année de médecine, on savait déjà piquer, prélever, ponctionner, on savait déjà tout faire. Là, en D4 il faudrait qu'on leur donne plus d'autonomie je pense ou qu'ils aillent se faire de l'infirmier régulièrement, ça leur ferait du bien. Mais enfin bon il n'est jamais trop tard. Apprendre à faire une vaccination proprement, sans faire mal, c'est déjà un geste technique qui n'est pas si évident que ça, sans se blesser, sans faire d'erreur de stérilisation, de recapuchonnage...etc. Voilà. Des gestes techniques qui sont simples, savoir examiner : palper un ventre, des sinus, des ganglions, tout ça ils l'ont fait mille fois à l'hôpital donc ça ne leur apprend rien mais de pouvoir le faire à leur façon, voilà je pense qu'ils ont aussi à en profiter.

« Participation aux activités de structure », euh une fois ou deux je les ai amené, quand c'était possible, à des réunions professionnelles dans le cadre d'un réseau auquel je participe par ailleurs sur la toxicomanie. Voilà.

« Commentaire sur la qualité du carnet des externes », alors je ne sais plus quelle tête il a ce carnet des externes.

MBM : Le voilà (Je lui présente le carnet)

MSU : D'accord, euh et bien je ne l'ai pas beaucoup vu ce carnet des externes, ils doivent nous le montrer régulièrement ? On l'a lu au début, je ne pensais pas qu'il fallait...euh mais c'est qu'ils l'ont lu après.

MBM : Normalement ce sont eux qui s'auto-évaluent

MSU : Ils s'auto-évaluent. Ils disent qu'ils l'ont fait et ils ne l'ont pas fait. En effet je vois les colonnes. Je l'ai lu au début et après je l'ai pas revu. Donc il n'y a pas d'annotations de notre part.

MBM : Ils sont sensés le montrer ou le...

MSU : Oui c'est à eux après à s'évaluer : « lu, vu, fait ». C'est eux qui vont voir s'ils ont bien rempli, s'ils ont utilisé à bon escient le temps qu'ils passent chez nous.

En médecine, on ne trouve que ce que l'on cherche. Ça vous le savez, tout le monde le répète, mais c'est tout de même une belle phrase. Et bien quand on est externe, on apprend que ce que l'on va chercher. Voilà, donc si on cherche à apprendre des gestes on va voir comment ils sont faits et puis on les reproduit. Pareil pour une méthodologie pour se souvenir, vivre bien sa médecine, apprendre à dialoguer avec un patient difficile.

Dans mon cabinet, j'ai une spécificité que je n'ai pas cherché à avoir, c'est que je m'occupe de toxicomanes... entre autre. Dans une clientèle un peu rock and roll, qui parfois, rarissimement, est un peu exigeante, et toujours dans la négociation... souvent. Donc ils ont pu voir qu'au delà de leur mine patibulaire, et colorée, la plupart du temps ce sont des très bons gars qui ont un bon fond. Et une fois que la glace est brisée, on peut faire du très bon travail, en toute intelligence en mettant les gens d'égal à égal. Ça était aussi sans doute pour certains d'entre eux, assez éclairants. Je pense qu'on a chacun nos aisances, nos facilités avec différentes matières qu'on maîtrise un petit peu mieux, et avec lesquelles l'étudiant s'aperçoit que c'est pas si difficile que ça.

Et beaucoup de mes confrères se faisaient tout un monde de la toxicomanie, et quand on les voit de près c'est beaucoup moins compliqué que d'équilibrer un diabète. Voilà.

MBM : Vous leur faite remplir le dossier médical ?

MSU : C'est mon externe que je prends un peu comme une secrétaire, mais il est ravi. D'abord ces jeunes, ils tapent sur l'ordi bien plus vite que nous. Et puis très vite ils comprennent le logiciel et ils

remplissent avec leurs mots à eux, mais qui sont toujours très bien choisis l'observation en sachant sélectionner une dizaine de mots et le sujet de la consultation. Ils le font spontanément. Je leur autorise dès le début, en disant je compte sur toi et puis entre deux dés quand il y a un mot ou un symptôme qui nous échappent un peu, il est immédiatement sur Google, ou sur ses sites du collège des enseignants, et immédiatement il a la définition, l'histoire du truc qu'est ce qu'il faut faire dans ces cas là... et souvent ça m'est arrivé de me faire aider par cet espionnage parallèle grâce à mon externe, qui avait trouvé l'explication du pourquoi et du comment, et qui me soufflait quelque fois la réponse, ou un coup d'œil j'avais sur l'écran ce qu'il fallait que je comprenne... donc une collaboration très sympathique.

« L'exposé oral : présentation de situations cliniques lors de supervisions ». Euh, qu'est ce que vous entendez par supervisions ? Donc en les laissant faire ? Donc là en effet je ne leur ai pas donné ce loisir. Je ne sais pas si les D2 avaient la possibilité d'avoir cette autonomie là. Donc je ne les ai pas jugé sur leur indépendance de décision. Donc je n'étais pas en superviseur. Par contre le débriefing après me permettait de voir ce qu'ils avaient compris du cas. Et comment ils auraient pu eux-mêmes le gérer ou solutionner autrement. Je ne les mets jamais mal à l'aise pour les tester et voir s'ils sont bons ou mauvais. On est là pour les faire grandir, pas les infantiliser.

MBM : D'accord. Vous qui avez eu des D2, D3, est ce que vous avez l'impression qu'il faudrait deux grilles différentes pour les évaluer ?

MSU : Non, ils sont dans le même jus. Où ils sont encore très heureux d'apprendre. Ils n'ont pas encore des idées très fixes sur la... donc l'évaluation (*Soupir*)... c'est eux qui doivent s'évaluer en fin de compte. Du jour au lendemain, le médecin généraliste ou le spécialiste en ville, parce quand il reste à l'hôpital, il reste materné toute sa vie avec une institution qui les protège, même s'ils prennent des responsabilités. Tous les mois ils ont un salaire qui tombe et ils ont une administration qui les protège. Mais le médecin libéral, du jour au lendemain, il devient responsable et autonome. Comment peut-on apprendre à nos étudiants en médecine, qui prennent conscience que dès leur deuxième année, ils vont être médecin, une fois qu'ils ont réussi le PCEM1 qui doivent être autonomes ? C'est-à-dire j'apprends quelque chose, c'est grâce à moi et je ne vais pas toujours être infantilisé comme on me l'a fait ressentir en classe, où je suis toujours sanctionné. Au lieu d'être valorisé, je suis sanctionné. De vingt sur vingt, il y a toujours des points qu'on enlève, jusqu'au zéro sur vingt. Euh, dans le cas présent, il est un adulte et c'est lui qui doit rechercher par tous les moyens à apprendre le mieux possible pour lui. Il ne fait pas ça pour les autres, il le fait pour lui, et donc c'est lui qui doit s'auto-évaluer. Ce n'est pas un vieux de trente ans plus âgé que lui qui doit pouvoir l'évaluer. Il fera une autre médecine que moi, avec une autre façon, dans un autre endroit, et je n'ai aucune autorité pour l'évaluer. La médecine, il l'apprendra toute sa vie. Et la médecine générale, il commencera à l'apprendre en effet quand il commencera ses stages d'interne, quand il prendra ses responsabilités et qu'il gèrera la psychologie du patient qui est en face de lui. Parce que les symptômes biologiques et physiques, on les connaît tous. Et quand ce n'est pas l'urgence absolue, le choc anaphylactique, la crise d'asthme aiguë ou l'infarctus, on est tous capables de se donner du temps pour réfléchir et de s'informer. On n'est pas dans un camion du SAMU. Et par contre la psychologie, la personne qui vous pose une question, qui laisse un silence et où on répond à côté ou on croit répondre et on ne répond pas, où on ne va pas au-delà de son silence et de ses doutes, de ses angoisses, et qu'on ne lève pas le coin du voile, derrière la peur qu'il nous apporte, et bien on a raté le coche. Donc ça, ça se perçoit et ça se développe. Et malheureusement, il n'y a pas beaucoup d'hospitaliers qui sont dans cette nécessité de comprendre cette nuance. Parce qu'ils n'ont pas le temps, et puis parce qu'on leur demande des résultats scientifiques prouvés. Donc chacun a son rôle en fin de compte. Et cette médecine n'est pas si mal faite que ça. Donc l'évaluation sur les critères médicaux, il aura toute sa vie pour apprendre un petit symptôme supplémentaire pour devenir Docteur House.

MBM : Si vous deviez améliorer cette grille ?

MSU : Et bien on lui demanderait... on lui laisserait une case blanche. Une grande case vide pour lui dire ce que, lui, personnellement en a tiré. Qu'est ce qu'il a tiré de ces trois mois ? Et s'il le savait à l'avance, qu'il aurait cette case à remplir, et bien il serait encore plus attentif à ce qu'il a besoin d'avoir... Qu'est ce que j'ai besoin d'apprendre pendant ces trois mois chez le confrère ? Voilà, il identifierait déjà les creux pour pouvoir les remplir et partant de là, il sera peut-être encore plus incisif ou plus exigeant. Nous à notre époque, on était très exigeants avec nos internes. Et on passait notre temps à les harceler de questions. Et ça ne s'arrêtait pas aux internes, ça allait au chef, et ça allait jusqu'au chef de service qui étaient à notre époque des sommités mondiales. Je parle de Bricker ou d'autres Léger et compagnie à Cochin, qui étaient des sommités, et Necker... les autres que tout le monde a connu... et on leur adressé la parole, on leur parlé, on leur posé des questions, on n'attendait pas d'avoir le droit de... L'information il faut la chercher pour nous, donc l'étudiant il doit pouvoir savoir ce dont il a besoin, et si c'est ... l'abord du patient, la gestion psychologique, et bien il aura perçu sans forcément que ça puisse être verbalisé ou écrit, il aura perçu un état d'esprit. Avec sans doute de la part de beaucoup de médecins généralistes, d'abord une grande écoute, puisqu'au bout de cinq minutes quand on laisse parler le patient sans dire un mot, même au bout de deux minutes, on sait exactement ce qu'il attend de nous. Après ce sont des détails pour préciser les choses. Et en cinq minutes, on a fait le diagnostique... Dix minutes... Après l'examen clinique, c'est pour avoir un contact physique avec le patient, le toucher, parce qu'il vient aussi pour ça, l'examiner. Mais on peut dire que la plupart du temps, la compréhension est faite en dix minutes, après c'est pour la forme, pour rassurer le patient, pour affiner nos hypothèses, voilà c'est vraiment l'écoute. Toute l'information vient dans ce que le patient veut nous dire, et non pas simplement répondre à nos questions d'une façon scolaire, parce qu'on veut les amener à tel endroit pour s'auto-rassurer qu'on a eu la bonne idée. Donc chez moi ils ont peut-être eu un tout petit peu cette notion là bien que je n'ai pas inventé l'eau tiède pour autant mais c'était un petit peu ce que je voulais leur apporter en dehors de ce qu'ils ont déjà vu à l'hôpital, comme nous tous avant.

Ça va être dur à résumer en huit réponses ! (Rires)

MBM : Moi je travaille sur cette grille, et pas forcément sur proposer une nouvelle grille mais pour voir ce que vous en pensez pour que quelqu'un travaille à la modifier.

MSU : Alors quelqu'un ça peut être vous car vous étiez externe et vous êtes interne, donc vs êtes la mieux placée l'ayant vécu de l'intérieur et c'est encore à chaud dans votre expérience donc ne soyez pas complexée. Vous êtes certainement la mieux placée avec vos collègues de votre âge, c'est pour vous ça. Ce n'est pas pour les universitaires qui ont certes besoin de montrer des chiffres parce que l'autorité de tutelle leur demande un papier supplémentaire. C'est vraiment pour vous et euh... Continuez à faire un peu bouger les lignes pour imposer ce que bon vous semble... Vous êtes des adultes ! Même si vous avez des chefs qui sont plus compétents que vous, vous êtes des adultes ! Faites votre place en tant qu'adulte, ne vous laissez plus marcher sur les pieds par les hospitaliers et les universitaires. C'est important ça. Votre place au soleil vous l'avez gagné de haute lutte, il ne faut plus obéir coûte que coûte à tout ce qu'on vous dit. L'avenir il est à vous et il faut le prendre, c'est votre génération qui allait continuer à faire bouger les lignes donc ne demandez pas l'autorisation toujours à tout le monde, savoir si vous faites bien ou pas bien votre travail, si votre thèse vous allez l'avoir ou pas, vous y allez à fond, vous dites des choses que vous semblez être justes ou utiles au moment donné, n'attendez pas que ce soit validé parce que vous avez fait un bon protocole en double aveugle contre placebo... Donnez vos idées ! Imposez-les ! Vous êtes adultes autant que nous ! Autant que nous ! Et vous êtes médecin autant que nous ! Donc imposez-vous, votre place au soleil et faites vous respecter maintenant. Vous n'êtes plus des étudiants. Quand bien même vous seriez des étudiants, vous auriez aussi le droit de dire ce que vous pensez. Les vieux ils ont fait leur temps, ils ont profité de leur temps quand ils étaient jeunes, quand ils étaient dans la force de l'âge,

maintenant il faut tout doucement qu'ils laissent la place. Quand votre première question c'est pourquoi vous avez accepté des externes, c'est que justement, moi j'ai 60 ans et j'aime bien transmettre avant de faire autre chose, de passer la main, un espèce de passage de témoin, de relais, dans quelque chose que j'ai perçu d'agréable qui est la relation humaine avec les patients. Tout le reste ce n'est que des détails biologiques que n'importe quelle personne peut apprendre ou retrouver, donc notre mémoire académique qu'on nous demandait d'avoir autrefois pour passer des examens, ça n'a plus aucune raison d'être en 2 clics on a la réponse. Donc on n'a plus besoin d'apprendre par cœur, plus besoin de réciter la messe par cœur. L'époque des questions d'internat où il fallait débiter au mot pour mot pour être sûr d'avoir ... d'être accepté à l'internat. C'était ça : 200 questions d'internat qu'il fallait connaître par cœur au mot pour mot. C'était pire que de s'inscrire à la comédie française et de connaître Molière in extenso. Donc là c'est maintenant le bon sens, avoir du bon sens. Et avoir du bon sens avec le respect du patient. Le patient il a aussi plein de bon sens. Parce qu'il a toujours sa maladie et sa douleur au fond de lui et il est beaucoup plus expert que nous pour la vivre et pour nous apprendre ce qui se passe avec cette douleur donc le respecter, respecter son écoute et s'appuyer sur son opinion personnelle « ah vous savez je ne suis pas docteur mais... ». Alors les jeunes ils ont internet, les vieux ils s'y mettent aussi mais déjà le vieux il a déjà sa petite idée là dessus, et puis si on ne l'écoute pas on est des petits cons. Alors on peut faire du chiffre rapidement mais ce n'est pas forcément le but.

Dans le cabinet je suis le seul à accepter les jeunes, je n'ai pas d'internes, que des externes, et je trouve ça passionnant. J'adore ça, ils sont très gentils et ils sont jusqu'à présent bien formés. Ils n'ont pas la grosse tête surtout, c'est ça qui est agréable, après chacun suit son chemin comme il veut mais j'espère leur avoir donné le goût un petit peu de la médecine générale sans se prendre le melon et en étant toujours à l'écoute des patients, c'est ça qui est important je pense. D'abord ça permet d'éviter de gaspiller de la salive pour rien (*Rire*), c'est que les patients ils ne nous écoutent que s'ils nous ont posé une question. Si on veut absolument prouver qu'on a raison, et qu'on va leur expliquer le béaba, toute notre histoire, pourquoi on fait ceci, on fait cela, ils nous interrompent tout de suite parce qu'ils ont une autre idée en tête et ça se voit qu'ils ne nous ont pas écouté. C'est comme à un ami, vous lui donnez un conseil, s'il ne vous l'a pas demandé, il ne le suivra jamais le conseil ! (*Rires*) On en a tous fait l'expérience.

Voilà sur l'esprit, si ça vous a aidé un petit peu éclairé sur votre démarche personnelle ! Donc votre thèse vous la faites à votre façon, voilà ! En sachant que votre MSU il n'a pas fait votre démarche personnel d'être interne de médecine générale avant... vous êtes plus compétente que lui.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur H (50 ans, femme)

Lieu et mode d'exercice : rural, en cabinet de groupe avec un secrétariat

Date d'entretien : 4/07/13

Durée de l'entretien : 15 minutes

MSU recevant des externes depuis : (a eu D2 et 1 D4)

Modalités d'accueil : 1 stage sur 2, le jeudi

Dicta 10

MBM : qu'est ce qui vs a donné envi de recevoir des externes ?

MSU : Je recevais déjà des internes, donc ça me paraissait assez logique ensuite, dans la foulée de ça. Et puis il y avait des besoins important d'avoir des gens pour réceptionner les externes, donc au départ ce n'était pas vraiment une envie. C'était parce que ça paraissait utile en complément de ce que je faisais déjà.

Je ne regrette pas de l'avoir fait, je ne trouve pas ça pesant, c'est variable suivant les stages mais globalement je suis assez contente de le faire et je poursuis.

Je ne le fais pas toute l'année, je fais un stage sur deux, je fais trois mois et j'arrête trois parce que je trouve que ça fait trop lourd de le faire tout le temps.

MBM : Que pensez-vous du stage après lé reforme de 2009 ?

MSU : Avant c'était deux jours, 48h de stage, et en 48H on montre ce qu'on fait mais ce n'est pas très organisé. Par rapport à tous les autres stages qui sont plus longs, c'est un poids moins important pour convaincre l'externe que ça peut être un métier pour lui.

Je trouve le nouveau stage tel que c'est, je trouve ça bien. L'externe vient le jeudi chez moi et le vendredi chez un autre, donc fin de semaine, pour lui c'est assez pratique, ensuite il passe le w-e, souvent il habite ici. Pour moi c'est confortable. Après ça prend quand même du temps sur la journée, on enlève une consultation voire un peu plus pour avoir du temps pour discuter. Ça me convient assez bien, avec une trame de tout ce qu'on peut faire dans les 3 mois de stage que j'essaie de suivre en me donnant des objectifs à chaque fois.

MBM : Comment l'accueillez-vous au démarrage ?

MSU : Quand il arrive, j'édite avec lui la liste des objectifs du stage. Il n'a pas toujours regardé donc je lui montre les deux pages en lui disant que je vais piocher là-dedans petit à petit et que je lui propose la prochaine fois de commencer par ça. Il y a souvent une séance où je le laisse regarder un petit peu tout ce qu'il y a dans le cabinet, on ne fait rien de particulier, et puis après d'entrer dans le vif du sujet, et petit à petit on essaie de lister les choses dont on va parler à chaque séance. La présentation, c'est assez succinct parce quand il arrive on a un quart d'heure pour dire voilà ce qu'on va faire en 3 mois. Ça me paraît suffisant. J'utilise la grille d'objectifs que je trouve dans le livret de l'externe. Je me sers de cette partie là du livret.

MBM : Comment vous les évaluer en fin de stage ?

MSU : D'abord je vérifie qu'on a regardé un peu toute cette liste, ça je la vérifie au fur et à mesure, donc à la fin je vérifie qu'on a à peu près fait tous les items. Du coup l'évaluation, c'est assez vite fait parce que ça reprend cette liste des objectifs, donc : est-ce que ça on a vu ? Est-ce que ça on a fait ? Est-ce qu'il est à l'aise pour ça ou pas ? On essaie de lister ça ensemble.

(Je lui présente la grille d'évaluation)

MBM : Qu'est ce vous en pensez de cette grille ?

MSU : *(Soupir)*

Je ne l'utilise pas tout au long du stage.

Et bien il y a des choses qui ne sont pas adaptées. On ne peut pas demander à un ... il y a des tas de choses qu'il ne peut pas faire, quoi.

MBM : Est-ce qu'elle a des points positifs ?

MSU : *(Silence)*

Il y a des points forts, par exemple ça reprend bien « élabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste hiérarchisé », ça on l'apprend pendant le stage, on en parle.

« Choisir des examens complémentaires pertinents », on peut le faire aussi.

« Examen orienté », oui ça convient.

« Les problèmes relationnelles, le modèle de Calgary-Cambridge », tout ça, c'est compliqué. On se réfère à la grille mais c'est beaucoup trop... tel que ce n'est pas analysable. On peut dire s'il reformule, on peut dire s'il accueille bien le patient, on peut dire s'il se sent à l'aise. Des petits bouts de tout ça, mais pas... moi à chaque fois je ne peux pas trop me référer à la grille même si on s'en sert pendant le stage.

« Plan de soin, prévention... », tout ça, c'est inadapté, je trouve. C'est beaucoup trop. Mais il y a des choses qu'on fait là-dedans c'est-à-dire raisonnement probabiliste en situation en médecine générale, qu'est ce qui se passe, qu'est ce qu'on voit et qu'est ce que ça peut être comme pathologie compte tenu de la fréquence en médecine générale. Des choses assez simples. Donc on va remplir ça mais en fait on est un petit peu à côté.

« Gestes techniques », oui. Mais alors... oui.

« Présentation situation clinique, exposé oral », ça ne se présente pas, ça n'existe pas en stage d'externe.

« Participation aux activités »... bon on va voir s'il a parlé avec nos collègues et tout ça, mais pas s'il a répondu dans l'urgence, ce n'est pas possible.

« Activités de recherche », à priori, non plus. Ce n'est pas tout à fait adapté à un stage d'externe.

Cette grille est plus adaptée à un interne qu'à un externe.

« Commentaire sur le carnet de l'externe », je n'en fais pas. Il ne sait même pas ce que c'est son carnet de l'externe, on lui dit « tu sais tu as un truc... », Il dit « ah ouais », et c'est tout !

Moi, j'ai eu des quatrième années, j'ai du avoir un troisième année, ça commence en troisième année je crois ? Oui j'ai du en avoir aussi. C'est plus compliqué parce qu'ils ne savent pas grand-chose.

Il faudrait que cette grille soit plus simple dans ce qu'on doit évaluer. Des trucs plus précis, comme on dit d'un objectif : simple, mesurable, observable. Pas un super truc qui s'appelle Calgary, ça me paraît un peu complexe pour dire son avis vraiment là-dessus.

MBM : Ces points faibles donc ?

MSU : Cette grille n'est pas adaptée à ce que peut faire un externe de quatrième année dans une consultation. On ne va pas lui demander de décider, de répondre à l'urgence, il ne peut pas prescrire, il ne sait pas, il ne connaît pas les trucs donc on ne peut pas l'évaluer là-dessus. Et pourtant je n'ai pas l'impression de leur faire faire peu de choses, il participe beaucoup mais dans la limite de ce qui est logique, il me semble, pour un quatrième année.

Je me sers plus de grilles d'objectifs, comme c'est assez détaillé et qu'on a trois mois, ça permet pratiquement à chaque jeudi de prendre un morceau du truc et de dire là on va s'intéresser à ça. Alors il y a des choses effectivement qui ne sont pas tout à fait adaptées mais après on peut en parler comme ça sans que ce soit avec le patient : parler de gestion, parler de chose qui ne sont pas concrètes. Par exemple, la démarche EBM ce n'est pas toujours facile d'aborder ça avec un externe mais bon après on peut lui expliquer.

MBM : Des améliorations à apporter à cette grille ?

MSU : Moi je me sers beaucoup du carré de White, en lui disant voilà quand un patient arrive qu'est ce qu'il a des chances d'avoir. S'il a mal au ventre, qu'est ce qu'il a des chances d'avoir ? Je trouve que c'est essentiel. Lui montrer qu'en médecine générale, c'est pas comme à l'hôpital, et je trouve que c'est dommage que ça ne figure pas dans la grille. C'est quand même très important, je m'en sers à tous les stages en expliquant ce que c'est. C'est très parlant, c'est très imagé, c'est simple.

Il y a beaucoup sur le relationnel, je trouve que ça pourrait être un petit peu plus détaillé dans la reformulation, l'accueil du patient... c'est vrai que c'est détaillé dans la grille Calgary (*rire*) mais moi j'ai un peu de mal avec ça ; j'aurai besoin d'items un peu plus précis. Dans la grille de Calgary, on ne sait pas très bien où on se situe là-dedans, t'es pas là, t'es pas là, t'es pas là, bon ben en pratique on ne va pas s'en servir, donc on va faire autre chose. J'aurai besoin d'items un peu plus précis en termes de communication.

Pour l'examen physique, c'est logique de dire qu'on a fait ça, et qu'au cours du stage on a vérifié qu'il savait examiner. On fait par morceau selon les patients qui viennent.

« Cliniques et para cliniques », on peut dire tu as telle situation, qu'est-ce que tu ferais comme examen, il ne sait pas toujours mais on peut en discuter.

Ensuite « décision thérapeutique », c'est compliqué, ce paragraphe là il faudrait qu'il soit autrement.

« Le suivi du patient », c'est bien adapté à ses objectifs. On est devant l'ordi et on voit : est ce que ce dossier est bien fichu ? Est ce que tu as tout ce qu'il faut dedans ? Un numéro de téléphone ? Les coordonnées ? Les vaccins sont à jours ? Si c'est une dame, les mammo tous les 2 ans ? Ça c'est des choses où on peut donner des tâches à l'externe et on peut discuter de ça. Donc oui ça c'est bien et ça fait vraiment partie des objectifs de stage faisable.

Pour « les gestes techniques », on lui fait faire une BU, on voit s'il sait faire un pic flow, on lui fait regarder beaucoup de tympan pour qu'il est petit à petit des gestes plus ... il y a des actes

techniques en dehors de l'examen clinique qu'on peut faire. Y'a peut-être pas besoin d'en avoir une liste très importante mais je crois que la liste est dans les objectifs donc ensuite on pioche dedans au fur et à mesure. On ne va pas les faire tous mais ce n'est pas grave.

Pour « le dossier médical », au bout de quelques fois, je lui dis bon et bien toi tu ne vas pas examiner le patient, tu regardes le dossier et tu regardes tout ce qui manque et après tu demandes au patient. Quand le patient revient il demande : « vos vaccins ? Ça fait longtemps que vous ne les avez pas fait ?... », Ça le met en situation avec quelque chose de précis à déterminer. Ça met en route un dialogue avec le patient de la part de l'externe donc c'est bien, parce que souvent quand ils arrivent ils ne savent pas sur quoi aller, là ils ont quelque chose de précis, c'est plus facile. Tout en étant intéressant.

Je ne lui fais pas faire du tout d'exposé, je ne vois pas ce que je pourrais lui faire faire, et puis c'est assez dense dans une journée avec les objectifs que l'on a. Moi j'enlève une ou deux consult la journée, je ne vais pas faire plus, il ne faut pas non plus pousser ! Ça ne me paraît pas vraiment nécessaire. Cet exposé oral ... je ne vois pas bien. Ça ne me paraît pas adapté.

Ensuite, c'est externe-dépendant, ce n'est pas toujours pareil et ça c'est normal. On a tous des personnalités différentes, parfois on arrive à faire beaucoup de choses parce qu'il est malin, il est curieux, et d'autre fois il ne se passe pas grand-chose, mais ça a toujours été comme ça dans tous les stages. Et puis il y a des circonstances extérieures qui peuvent intervenir. J'avais une externe qui avait sa mère très malade, ça a été un stage un peu pourri. Elle n'était pas ce qu'elle faisait et moi j'avais du mal à obtenir qu'elle s'investisse dans le stage. Mais ça reste exceptionnel. Et puis il y a eu une et après le suivant était beaucoup plus intéressant donc ça a compensé largement.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur O (homme, env 40 ans)

Lieu et mode d'exercice : semi-rural, en cabinet de groupe avec un secrétariat téléphonique

Date d'entretien : 12/06/13

Durée de l'entretien : 9'49 + 9'06

MSU recevant des externes depuis : 1 an 1/2

Modalités d'accueil : Accueille les externes depuis 1 an 1/2

Dicta n° 2 et 3

MBM : Qu'est-ce qui vous a donné envie de recevoir des externes ?

MSU : Comme il y a de plus en plus d'externes, je me doutais que la demande allait être plus importante... Ce qui m'a donné envie, c'est que moi ça m'avait manqué dans mon cursus, puisque j'avais envie de faire de la médecine générale, depuis la première année, et j'aurai bien aimé à l'époque être accueilli chez un maître de stage pour voir un peu ce qu'il faisait. En fait, on n'avait aucun stage extériorisé par rapport à l'hôpital. Donc j'étais allé, à l'époque, chez un ami de la famille qui était angiologue pour voir un petit peu comment ça se passait dans un cabinet, finalement, de médecine de ville. Ça m'avait quand même conforté, même si ce n'était pas la spécialité que je voulais faire, dans cette idée de médecine de proximité du patient et donc j'étais resté sur mon idée.

Il y a 2 choses :

Moi, ça m'a manqué parce que je pense que c'est vraiment indispensable si on veut leur donner l'envie de faire de la médecine générale, de les faire passer au plus vite au cabinet, c'est pour cela que j'accueille aussi des troisièmes années de médecine.

Et deuxièmement, étant donné qu'il y a de plus en plus d'étudiants, ça me gêne qu'un étudiant qui arrive au choix on lui dise « Ben non, vous vous ne pouvez pas... », ou c'est le bazar, ou que les autres MSU ait 3 étudiants parce que personne ne veut faire l'effort d'en accueillir. Et puis, en plus c'est très enrichissant sur le plan personnel puisque ça nous remet au goût du jour au niveau de nos connaissances médicales, ça nous oblige à le faire.

MBM : Que pensez-vous de la réforme ?

MSU : Ils ont une obligation de passer chez le généraliste ? Je ne suis pas sûr que ce soit vraiment une bonne chose qu'ils doivent tous passer chez le généraliste. A partir du moment où quelqu'un se destine d'emblée à une spécialité, je ne vois pas pourquoi on l'oblige à passer chez le généraliste du moins dans un stage qui va durer trois mois. Est-ce que... Ce qui est intéressant justement c'est qu'au moins il y ait cette première possibilité d'être passé en troisième année de médecine, et qui peut être à mon avis suffisante pour qu'ils aient une idée de ce qui se passe puisqu'ils ont un mémoire en plus à faire. Donc on voit tout de suite s'ils ont bien compris, c'est notre rôle de leur faire comprendre où on se situe dans le parcours de soin et à quoi on sert. A mon avis, le stage de D1 suffirait pour ne pas qu'il y ait l'obligation d'aller inter passer en stage obligatoire. Ça devrait être un stage qui est au choix mais qui soit destiné vraiment à ceux qui ont envi de faire de la médecine générale. Je ne vois pas pourquoi quelqu'un qui, dès la quatrième année, veut faire de la chirurgie, on l'oblige à aller faire de la médecine générale. Même si on peut penser qu'après il peut changer

d'avis et que du coup il ne l'aura pas fait, et que c'est embêtant, c'est ceci, c'est cela. Je ne suis pas sûr que ce soit un stage qui doit être obligatoire.

Les troisièmes années (D1), c'est capital, ils arrivent ils n'ont aucune idée de l'endroit où on se place dans le système de soins. Moi, je leur fais toujours un organigramme dès le premier jour pour leur situer la position du médecin généraliste au centre du système de soins entre guillemet. Ce n'est pas pédant de dire ça. On a vraiment un rôle d'articulation avec le patient, avec la famille, avec les spécialistes de ville, d'hôpital, et avec toutes les structures qui peuvent servir au patient que sont les systèmes d'aide à domicile, de maintien à domicile, les autres professionnels de santé du village. On organise parfois les choses... Par rapport au maintien des patients à domicile, quelque soit la situation, ça peut être une situation aigüe pour quelqu'un qui a une dépendance brutalement, ou quelque chose pour des patients plus âgés qui ont une dépendance qui va s'installer et qu'il faut préparer. Et vraiment, Je pense que si on évite beaucoup d'hospitalisations actuellement de patient comme ça, c'est quand on veut se donner la peine. Alors c'est très chronophage. Ce n'est pas bien rémunéré pour le temps qu'on y passe. Je vois le jour où je ne travaille pas, le jeudi, des fois je viens pendant 2 heures, j'organise le kiné, l'infirmier, le lit médicalisé, l'apport de l'oxygène à domicile, ça vous prend 2 heures pour un patient et ça c'est payé « pinuts ». Donc ça demande beaucoup de volonté mais c'est intéressant de montrer ça aux jeunes qui viennent. Pour leur montrer que le médecin traitant ce n'est pas juste un prescripteur de médicaments, et ce n'est pas juste un soigneur de rhinopharyngite. On a vraiment une dimension sociale, qu'ils n'ont pas du tout quand ils sont en troisième année de médecine. Donc ouais, c'est vraiment positif en troisième année. Les D1, ils sont là 2 jours, deux fois une journée.

Les externes, je leur refais un petit débriefing le premier jour, je viens d'en accueillir un hier. Hier on a surtout fait une présentation de ce qu'on est, comment on travaille au sein du cabinet, je fais un tour dans le village pour leur montrer les différents intervenants qu'on a, pour leur montrer un peu la cartographie, et je leur reparle un petit peu de ce qu'on peut faire. De toutes façons, c'est continu, même avec les internes ont le fait, parce que les internes arrivent en stage... Il y a plein de choses quand on n'y a pas été confronté, qu'on a oublié ou qu'on ne connaît pas, quoi. J'ai des SASPAS et c'est justement le fait d'avoir un SASPAS qui me permet de m'occuper, la journée du mardi elle est dédiée à l'externe. J'en ai un le mardi toute la journée.

En début de stage, je leur donne un peu l'image globale du déroulement du stage. J'affiche le tableau des objectifs sur le coin de l'armoire, comme ça à chaque fois que je passe. Ça me permet de me les remettre en tête, de regarder et de me dire « attention on n'a pas fait tel objectif » ou « attention, tiens, aujourd'hui on va insister là-dessus ».

MBM : *Vous les trouvez où ces objectifs ?*

MSU : Ils n'y sont pas là, il ne me les a pas donné, il ne les avait pas hier.

MBM : *Dans le livret de l'externe ?*

MSU : Ouais dans le livret de l'externe, mais ils en ont une page surtout. Ben le livret de l'externe, ils ne nous le montrent jamais. Ce sont les objectifs inscrits dans la grille d'évaluation de fin de stage issue du livret de l'externe. Le livret de l'externe, on ne le voit jamais... jamais ! Même quand on leur demande, on ne le voit jamais.

C'est sur cette grille que je m'appuie au cours du stage et que je reprends à la fin pour les évaluer. Je n'ai pas eu de problèmes d'évaluation avec mes externes puisqu'effectivement lors des mises en situations en fin de stage. Puisque je les mets carrément en situation de supervision directe, ça me permet d'avoir, à mon avis, une bonne évaluation de ce que doit être le résultat de son stage en fin de stage, c'est-à-dire savoir prendre en charge un patient lors d'une consultation de tout venant.

Donc, je ne leur mets pas de peau de banane dans les pattes. Je leur choisis un patient très simple qui peut-être une pathologie aiguë tout à fait bénigne et virale, mais au moins : où je vois comment s'installe la relation, comment il conduit son interrogatoire et comment il conduit son examen clinique. Je l'interroge un peu sur ses démarches diagnostiques, sur les diagnostics différentiels et je fais en fonction du niveau de l'externat, c'est-à-dire je ne suis pas pareil avec un quatrième et une sixième année qui va passer le CSCT. J'essaie de leur faire prendre une décision thérapeutique ou du moins de réfléchir à la question. J'adapte au cursus du jeune. J'aime bien leur demander en début de stage de me faire une feuille, un petit peu une fiche d'état civil, pour savoir un petit peu quel est leur situation, d'où ils viennent, où ils habitent, où leur famille habite, sans que ça aille trop loin, s'ils sont mariés, s'ils ont des enfants, ça permet de mieux les cerner, de comprendre pas mal de chose, et surtout de savoir dans quels stages ils sont passé et où ils en sont de la sémiologie et des choses comme ça. En général, je leur demande ce qu'ils veulent faire après mais ça ne change pas beaucoup mon comportement par rapport à eux. J'en ai eu un qui était en D1 qui voulait faire de la psychiatrie mais qui était très intéressé par le stage, et autrement globalement, la plupart, ils veulent faire de la médecine générale, ceux que j'ai eus.

Je leur parle aussi de leur rôle par rapport au dossier médical. Pas forcément au moment de la consultation où je les mettrai en situation parce que c'est difficile. Mais plutôt quand on revient de visite, par exemple quand on fait des visites ensemble. Moi je n'ai pas forcément le temps ou le courage de remplir le dossier médical, et je leur demande de compléter. Donc ça je leur dis dès le début du stage, qu'ils ont un rôle là dedans, de compléter quand on revient de visites, le dossier médical avec les prescriptions, de remettre à jour le traitement, les vaccinations, l'état civil, les pathologies et les antécédents. Et puis, on fait le débriefing là-dessus quand je reviens de déjeuner le midi. En général, je les prends une demi-heure ou entre deux consultations l'après-midi, puisque quand on fait des consultations avec eux, je fais des consultations d'au moins une demi-heure pour avoir le temps de leur faire de l'enseignement.

MBM : Que pensez-vous de la grille d'évaluation ? Des points forts ?

MSU : Tout me sert dans cette grille.

Le modèle de Calgary-Cambridge me fait toujours sourire, je sais qu'il est très cher à Docteur Z. Il aime beaucoup Monsieur Calgary-Cambridge. Mais disons que je pense que l'entretien est dirigé selon ce modèle-là mais que je ne connais pas en détail. Voilà. Ce n'est pas une notion à laquelle j'attache beaucoup d'importance. Que l'entretien soit ciblé avec une bonne anamnèse et bien orienté en fonction justement de l'anamnèse, ça me paraît surtout très constructif. Et puis la construction de la relation, effectivement j'y tiens beaucoup aussi puisque je n'ai pas vraiment de modèle dans ce domaine. C'est la seule remarque que j'ai sur cette grille qui autrement est bien. Ben oui, parce que ça regroupe tout et, finalement, une fois qu'il sait faire ça, il est capable de présenter un dossier et il est capable de prendre en charge un patient. La grille ne me chagrine pas, après... Et je l'avais déjà fait remarquer au moment de notre formation du stage d'externe... Elle n'est pas adaptée en fonction du niveau de l'externe, c'est-à-dire entre un premier semestre de D2 et un dernier semestre de D4, on ne peut pas leur demander la même chose.

Pour un D2, on s'adapte, on est capable de tolérer plus de choses mais elle est trop pointue pour un D2 sur lequel on va justement plutôt insister sur les premiers points : « examen physique, anamnèse et relation avec le patient ».

Après « interprétation des données cliniques et para-cliniques » à mon avis, ils ne sont pas en très bonne posture pour ça.

« Le choix des investigations complémentaires », peuvent commencer à se discuter, ça, ça peut être intéressant.

« La décision thérapeutique », franchement, ils ne sont pas encore dans cette... à mon avis, dans cette démarche là. Il ne faut pas leur en demander trop. Je pense que déjà s'ils ont fait un bon diagnostic avec des bons diagnostics différentiels sur leur anamnèse et leur examen clinique ... voilà. On est beaucoup dans la sémiologie, et ça, la sémiologie, je trouve que cette grille par exemple pour les D2, elle n'insiste pas assez sur les points de sémiologie. Par exemple, j'ai beaucoup de D2 qui ne savent pas palper les pouls périphériques, beaucoup de D2 qui ne savent pas palper une rate ou un foie. J'ai un D2 l'autre jour a qui j'ai dit « trouver moi un contact lombaire » il m'a fait n'importe quoi, il était en troisième semestre de DCEM 2, je suis tombé des nues. On devrait pouvoir plus insister sur l'examen physique, comme je vous dis, les premiers points pour un D2 ou un D3 débutant par rapport au reste de la grille qu'on doit pouvoir considérer comme acquis les premiers points pour un D4 et comme non-acquis ou à travailler les derniers points pour un D4.

Voilà ce que je ressens avec cette grille. Après je l'adapte moi-même en fait ! Effectivement, je ne vais pas lui demander mais c'est un peu débile de mettre très bien dans « décisions thérapeutiques » pour un D2, il ne peut pas être très bien en décisions thérapeutiques, mais ce n'est pas de sa faute. Donc la grille n'est pas adaptée au niveau de l'externe, ça je reste sur ma position.

Ensuite, « exposé oral, présentation de situation clinique », oui oui, je pense que ça doit rester d'actualité parce que ça c'est un travail de longue haleine et il doit pouvoir le faire avec les moyens qu'il a.

« Activité de la structure », oui c'est bien. « Organisation », peut-être pas mais « réponse à l'urgence », oui, on les met facilement en situation. En disant voilà, nous, on a la chance d'avoir une pièce à côté où on peut prendre en charge les urgences. C'est un détail technique qui nous apporte beaucoup de confort puisqu'on a un brancard à côté et si on accueille quelqu'un qui a eu un traumatisme, une plaie ou quelque chose comme ça, ou une douleur thoracique, on peut terminer notre consultation, installer le patient et demander à l'externe « va commencer à débrouiller le terrain », et ça effectivement je leur fais faire.

« Activité de recherche », non, parce que je n'en fais pas. J'ai voulu en faire un petit peu mais c'est très chronophage et on ne peut pas tout faire. A mon avis, l'activité de recherche elle est plus adaptée pour les MSU qui vont être en maison médicale ou en pôle médical. Je pense que dans ce cadre là effectivement, pour une maison médicale comme à (lieu d'exercice), Docteur Z, il n'a pas de mal à mettre ses externes sur des trucs de recherche. Mais avant de les envoyer sur une activité de recherche je pense qu'ils ont beaucoup d'autres choses à assimiler. A mon avis ce n'est pas tellement le problème pour eux pour l'instant, ce sera plutôt un travail d'interne qu'un travail d'externe.

Je peux difficilement parler des « commentaires sur le livret de l'externe » parce que... Il faut que je leur demande... je leur demande en début de stage puis après je ne le vois plus, puis ça ne reste plus ma priorité. Il nous l'avait donné au moment de la formation. C'est extrêmement dense (*feuillette le livret*). J'avais surtout lu les premières parties, c'est vrai que la suite moins... Mais finalement on se rend compte en lisant les différents points, on se rend compte qu'on le fait : classer les hypothèses selon leur probabilité en soins primaires, annoncer, expliquer au patient... il y a quand même des choses qui sont parfois difficiles, on ne veut pas non plus qu'ils soient... il est toujours possible de reprendre derrière puisqu'on est avec eux...

Au niveau « exposé oral », moi je le fais, le dernier mois du stage je commence à leur faire faire. Je leur dis voilà « faites moi la synthèse d'une consultation en 2 lignes ». Et on travaille surtout là dessus parce je pense que c'est important dans la présentation du dossier quand ils seront internes. C'est

quelque chose qui est assez important, parce que quand vous demandez un avis quand vous êtes internes, on vous coupe assez facilement la parole, on ne vous laisse pas vous exprimer, pour arriver au diagnostic qu'on a envie d'entendre c'est-à-dire on dit « oh ben non, t'inquiète pas, tu lui fais ci, tu lui fais ça et ça va aller ». On a tout le temps eu ça et s'ils n'ont pas une bonne réactivité, une bonne présentation de dossier en disant au mec « et bien écoute moi je pense que... » et de se laisser faire, ils n'auront pas le temps de dire ouf qu'ils auront déjà raccroché et que le mec sera déjà parti faire autre chose. Ça se passe comme ça.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur Q (femme, environ 50 ans)

Lieu et mode d'exercice : urbain, en cabinet seul avec secrétariat téléphonique

Date d'entretien : 12/06/13

Durée de l'entretien : 51 minutes

MSU recevant des externes depuis : 2009 (D4 puis D2)

Modalités d'accueil : 1 jour/semaine le mardi.

Dicta n° 7

MBM : Qu'est ce qui vous a donné envie d'avoir des externes ?

MSU : On était très peu au début, maintenant on est plus nombreux. Je n'étais pas très motivée au début, c'est le Docteur V qui défend ça et qui a lancé ça au niveau de la région. Au départ, je l'ai fait pour faire plaisir à ma copine, et puis je pense que c'est fondamental. Il faut que tous les spécialistes passent parce que je vois des internes de spécialités qui ont des drôles d'idées de la médecine générale.

On est à des réunions parfois à l'ARS et il y avait un jeune interne d'anesthésie et ça se voit qu'il n'est pas passé dans mon cabinet... On travaillait sur le contrat local de santé, pour voir sur quoi l'ARS allait insister, on parlait d'ado, pourquoi les étudiants consultent aux urgences ? Il était en dehors des clous, il disait que les MT ne font que les renouvellements d'ordonnances. Ils ont leurs clientèles, c'est tout ce qu'ils font. Alors que c'est 80% des urgences qui se font dans les cabinets, ce n'est pas aux urgences que ça se fait. On n'a rien dit, on était deux médecins généralistes dans le groupe. Lui, il aurait eu besoin de faire un stage ! C'est important que tous les spécialistes voient ce qui se passe dans nos cabinets. Et si ce stage long n'a pas lieu, il n'y a que ce petit stage de découverte de quatre demi-journées mais ils sont en D1 et ils sont un peu émerveillés de ce qui se passe. Au départ, je n'étais pas motivée jusqu'à la formation et puis après on a des externes qui sont extraordinaires, bon il y en a des fois qui sont plus lourds... *(Rires)*

Sur les 3 ou 4 ans, je suis en binôme avec Docteur D qui est à la campagne. C'est un homme, c'est bien ça fait deux cabinets différents, ça se passe bien. Sur le lot, je n'en ai eu que deux externes qui m'ont vraiment pompé alors qu'on en a tout le temps. Il n'y a pas de pause. Ils étaient lourds, pas bons, pas du tout intéressés !

C'est enrichissant pour nous comme pour eux, on révise notre sémio, on révise des choses. J'ai eu la nouvelle promotion hier, elle est super.

Je les reçois une fois par jour, de 8h30 à 18h. Le mardi.

MBM : Que pensez-vous du stage long ?

MSU : En D3, ils restaient là, ils étaient assis, passifs alors que la nouvelle hier elle s'est assise là, elle a fait l'interrogatoire, elle avait envie. Contrairement à celle que j'ai eue avant qui était un peu difficile, il a fallu que je la pousse, elle était bien à côté à attendre que ça passe.

C'est important et ceux qui ont envie de faire de la médecine générale ils sont motivés. Ils en ont envie, quoi ! C'est dépendant de l'externe, de sa personnalité, de ses motivations.

Hier, moi je commence à 7h, elle est arrivée à 8h30, je lui ai dit « ta place est là ». Entre deux patients, elle m'attendait dans mon couloir, ensuite on a pris le temps, on a déjeuné ensemble, je lui ai fait visiter le cabinet. Mais, la matinée de 8h30 jusqu'à 11h, quand on a fait les consult, elle est restée là à me regarder et l'après-midi elle s'est mise à ma place pour faire l'interrogatoire. Et après elle passe à côté, c'est elle qui examine tout le temps, et après j'y vais pour qu'on fasse le diagnostic ensemble, qu'on revoit les points. Hier, elle avait jamais fait de stage mais je la sens déjà à se lancer.

Je lui ai imprimé le carnet de l'externe, elle l'a emmené chez elle et elle m'a même piquée déjà un bouquin. Là je lui ai donné la grille Bordage pour qu'elle travaille l'interrogatoire. Elle, je l'ai tout de suite senti qu'elle est douée alors que l'autre, je l'ai fait travaillé mais c'était lourd, elle n'a pas fait de progrès en 3 mois.

Le carnet de l'externe je m'en sers, on n'a que ça, et j'ai acheté un livre canadien sur l'examen clinique qu'elle m'a piqué hier car elle le trouve bien. C'est un bouquin canadien qui nous a été présenté au DMG et qui présente la physiologie de tous les examens : l'épaule, le cœur, les souffles... il est super pour les externes, il a des schémas, pour les externes c'est la bible. C'est l'université québécoise de...

De temps en temps, je regarde les grilles pour voir si elle a fait un frottis... voir si elle a avancé. On voit beaucoup les mêmes choses : les otites... il y a d'autres choses où on n'a pas eu l'occasion. Il y a des questions qui ne sont pas adaptées dans l'évaluation, il faut refaire l'évaluation.

MBM : C'est cette grille que vous remplissez ? (je lui présente la grille)

MSU : Ben oui, on est bien obligé.

Je ne sais plus, il me semble qu'il y avait autre chose sur la grille que j'ai rempli. Je crois que c'était une grille d'interne, je me suis trompée, je crois que je lui ai rempli une grille d'internes et il y a des endroits où j'ai mis « non » en face de la ligne car ça ne correspondait pas.

Je la cherche je l'ai gardé ... (*elle cherche*) j'ai mis des C et des D, c'est rare que je saque mais là... J'en ai parlé avec mon binôme et il était d'accord avec moi. Mais elle n'a pas fait de progrès, visiblement elle n'était pas intéressée et elle veut faire psy. Pourtant l'interrogatoire quand on veut faire psy on le réussit. Je lui avais fait remplir les grilles « fait, non fait » (annexe 5)... On l'a fait en fin de stage, je lui ai dit c'est pour toi c'est ton évaluation et elle l'a oublié elle l'a laissé sur son siège, ce n'est pas par hasard. C'est elle qui l'a rempli, c'est à eux de le remplir. On a aussi rempli sa grille d'évaluation. C'est la première fois que je saque autant. Mais je crois que j'ai pris une grille d'interne et à un endroit j'ai mis « non approprié pour une externe », c'était sur la thérapeutique. (*Elle regarde la grille d'évaluation*) Ah oui ça devrait être celle là en fait. Ils ne doivent pas faire la thérapeutique, moi c'est ce qu'on m'a appris : interrogatoire, examen clinique, diagnostic et on s'arrête là ! Tout ce qui est ordonnance c'est moi qui dicte parce qu'ils ne connaissent rien en D2 les pauvres. C'est normal. En D2, elle avait fait la cardio, la pneumo, mais il y avait des trucs qu'elle n'avait pas fait. Elle n'a rien fait en gynéco, on fait pas mal de gynéco elle n'avait rien fait, elle ne sait rien et c'est normal. Donc on est obligé de s'adapter. Cette grille il faut la refaire, on sait bien qu'il faut la refaire.

MBM : les points faibles de la grille ?

MSU : la thérapeutique ils ne doivent pas la faire, heureusement ! Moi c'est ce qu'on m'a appris, on commence à la faire en D4 car il commence à faire le CSCT. Souvent ils vont en conférences, en

janvier ils n'ont plus d'examens ensuite ils vont en conférences d'internat. On n'en a plus de D4 maintenant.

Normalement tout le monde devrait le faire ce stage, c'est sûr. Mais je ne vois pas comment on va recruter des MSU, c'est dur, on perd quand même 1h par jour quand on a une externe, je termine 1h plus tard. Et puis on fait des trous parce que sinon ce n'est pas la peine, s'ils nous regardent travailler ça n'a aucun intérêt. Moi, j'ai fait 30 demi-journées chez un maître de stage assise en passif, quel horreur. C'est trop long.

Elle, le matin, elle m'a vu faire 4 ou 5 consultations puis on est allé manger avec le SASPAS pour la supervision. Parce qu'on l'a fait en mangeant. Ensuite on est revenu et elle était contente, elle ne voulait plus partir. Y'en a qui reste jusqu'à 20h. Y'en a un qui voulait venir à 7h, il venait à 7h quand il était réveillé. Ça dépend de leur motivation. Ils ont une liberté plus qu'ils n'ont pas à l'hôpital. Elle, elle sortait de 3 mois en exploration fonctionnelle respiratoire ! Heureusement elle a eu l'autorisation d'aller voir un peu Docteur M en visite pour apprendre un peu quelque chose. Mais qu'est-ce qu'elle faisait ? Il n'y avait même pas de médecins, il y avait les infirmières mais une fois qu'elle a eu vu comment ça se faisait, 3 mois... C'est du temps perdu, des trucs comme ça, ça ne devrait même pas être validé. Ce n'est pas possible de mettre des externes aux EFR, ils devraient au moins voir les endoscopies, tout ce qui se fait en ambulatoire. Elle n'avait même pas le temps d'examiner les poumons.

Sur ce stage, je peux dire qu'il faut continuer. C'est sûr qu'un interne de niveau 1 rend plus de services bien sûr parce qu'il a 3 consultations en autonomie, quand ils sont motivés, ça nous rend plus service. Mais il faut continuer pour les externes, moi j'y reste.

MBM : Et cette grille ? Qu'en pensez-vous ?

MSU : (lit la grille)

La grille de Calgary-Cambridge, je l'utilise, elle est validée. Il y a tous les points de ce que l'on doit faire automatiquement, on le fait sans le savoir. Mais à lire le bazar là c'est pas très sympa : il y a 3 colonnes et on ne comprend rien. On ne sait pas ce qu'il faut rechercher, elle est mal présentée. Mais je sais qu'elle est validée donc... Je leur dis et je complète l'interrogatoire : les antécédents, les médicaments qu'ils prennent ... Ça vient petit à petit mais bon cette externe par exemple elle pose des questions bonnes alors qu'elle n'a rien appris, elle n'a pas vu la grille de C-C. il y a aussi la relationnelle, l'intuition. Il n'y a pas que se caser derrière la grille. Quand ils n'ont pas envie de questionner, et qu'ils n'ont rien à dire ben qu'est ce que c'est pénible. La petite d'avant je prenais la main systématiquement.

Alors après ils apprennent à toucher le logiciel, ils s'amuse à faire des ordonnances mais ce n'est pas le but. Le but ce n'est pas de rédiger des ordonnances.

Le but c'est la relation, l'anamnèse, l'examen physique.

« Le choix des investigations », on discute du diagnostic et de ce qu'on va faire pour arriver au diagnostic, c'est une discussion. On leur apprend qu'on n'est jamais dans la certitude, on est souvent dans l'incertitude. Comment ça fonctionne. Qu'un jour un consulte on la réussit, un autre jour on ne la réussit pas car on n'est pas motivé. On est humain.

« Décision thérapeutique appropriée », ça non car je ne vais pas faire ça. Je leur demande jamais qu'est ce que tu vas mettre. Ils n'ont pas à apprendre ça. Bien sûr on peut réviser les classiques. On fait des tests de l'angine. Ils connaissent déjà les critères de l'angine, ils connaissent déjà des choses. On s'adapte, on leur apprend des choses aussi. L'item thérapeutique ce n'est pas pour les externes.

« S'intéresse au suivi du patient », ça dépend des externes, celle d'avant elle en avait rien à faire, plus elle était partie tôt mieux c'était. C'est motivé ou pas motivé. Ça se sent, mais ça donne pas envie de se motiver. La psy, je ne sais pas ce qu'elle va faire. Je l'ai pourtant bien secoué. Je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se bouge « le cul ». Elle faisait le minimum syndical.

« Les gestes techniques », je les fais faire : frottis, test d'angine, les piqûres, les vaccins... enfin tout ce qu'on fait au cabinet. Nous on ne suture pas beaucoup à (lieu d'exercice), une fois par an donc il faut que ça tombe le jour où ils sont là. Ça fait parti de ce que l'on doit leur apprendre mais on n'en fait pas beaucoup, un ECG, prendre la tension, palper, les examens cliniques... mais les gestes techniques il n'y a pas grands choses. Je ne vais pas lui faire mettre un implant ou enlever un implant, c'est les internes qui le font. L'examen clinique c'est ce qu'ils doivent faire. Regarder une épaule... Hier on a eu une épaule et du coup elle m'a emprunté mon livre pour regarder. Elle avait 3 choses à rechercher : examen de l'épaule avec les différentes manipulations, et 2 autres choses très simples où on a buté.

« Exposé oral », c'est tout ce qu'ils recherchent.

« Qualité de renseignement du dossier médical », il marque leur truc.

« Exposé oral, présentation de situation lors de supervision ». On ne fait pas de supervision avec l'externe puisqu'on est tout le temps avec eux. On ne fait que de la supervision directe. La partie exposé oral c'est quand on en discute ensemble et quand je leur fais faire des recherches.

« Participation aux activités », oui on les emmène avec nous quand on va à des FMC. C'est nous qui organisons et ils suivent. On lui explique.

Chez moi, au départ, il ne se présente pas comme l'externe parce que ça ne dit rien aux patients. Déjà que l'interne il ne se présente pas comme interne chez moi mais comme médecin remplaçant et l'externe comme médecin stagiaire pour que le patient la considère. Déjà l'interne, ils disent « on n'a vu que l'interne quand on va à l'hôpital » alors si on dit que c'est un interne c'est péjoratif donc on dit médecin stagiaire chez moi. La secrétaire les a tous prévenu, sur 25 patients dans une journée y'en a 1 qui les refuse, c'est tout. En moyenne. Hier il y en a eu une c'était un problème de métrorragies et elle n'a pas voulu qu'elle assiste. Du coup elle va à côté et elle regarde des choses, je lui avais donné la grille Bordage à lire. 1 sur 25 en moyenne, c'est tout, de toutes façons ils savent que je ne suis pas contente quand ils refusent. Il faut une bonne raison, sinon je les remonte un petit peu et je leur dis que s'ils veulent un médecin après moi il faut les former. Comme ils savent qu'on vieillit, ça les motive à réfléchir, les patients.

« Qualité de carnet de l'externe », on ne le regarde pas. Je l'ai rempli avec celle là mais sinon je ne les remplis pas. Je leur dis de regarder, de faire le point de ce qu'ils ont vu et voir sur quoi on doit insister mais je ne regarde pas leur carnet de stage. Ça ne m'intéresse pas, cochez les croix ils savent faire, ça ne m'intéresse pas.

J'essaie de les interroger. On a fait hier le carré de White, ça c'est la base. Ensuite je leur montre les trucs du DMG que je passe au GEAPI : modèle bio-psycho-social, l'EBM, tout ce qu'on apprend aux internes. A ceux qui sont intéressés je fais passer des choses et même ceux qui ne sont pas intéressés je les oblige pour comprendre.

Moi je ne fais pas de pré-requis, je ne vais pas les emmerder. On le voit dès le début. C'est vrai que je ne fais pas trop de structures, c'est au coup par coup. Je veux qu'ils se fassent plaisir, ce n'est pas l'hôpital où on remplit des papiers, où on coche des cases, il faut qu'ils voient du concret. On parle d'un patient et puis on voit : ce qu'on a bien fait, qu'est ce qu'on n'a pas bien fait, qu'est ce qu'on

aurait pu faire, qu'ils cherchent un petit peu à comprendre notre raisonnement intuitif. J'aime pas trop la théorie, moi, ce n'est pas trop mon fonctionnement.

Je leur parle du psy, du social... On a eu un psychotique qui venait pour son renouvellement de diabète. Elle a bien vu ce que c'était, 14g d'HbA1c. La peur des hypoglycémies donc il nous ramène son carnet, il était à 3g partout, elle a vu ce que c'était, elle voit ce qu'on a chez nous.

Elles doivent être refaites ces grilles, je suis le programme de révisions et je sais qu'elles doivent être refaites. Il y a eu des groupes de travail. Y'en a qui en ont des mieux à proposer.

Moi, je dirai qu'elle n'est pas adaptée.

Moi, je suis inquiète parce que j'essaie de recruter des MSU mais en externe, c'est difficile. On s'y est lancé parce que c'est Docteur V qui nous a poussé et que c'est une bonne chose, c'est fondamental, je me demandais pourquoi on ne ferait pas 2 mois pour en prendre plus. A Bordeaux, ils font 1 mois pour que tout le monde passe. Ils sont 200 externes là en D2 donc comment on va faire ? Les nouveaux internes là ils sont déjà 120, on va crever. Je ne vois pas qu'on puisse... On a déjà recruté par bouche à oreille, c'est le mieux mais on n'y arrive pas. L'ARS veut essayer de nous aider à recruter mais quand on voit le temps qu'on y passe et ce qu'on est payé ce n'est même pas la peine de demander à des médecins de se motiver, s'il n'y a pas une carotte... Et ce n'est pas prévue la carotte. On a peut-être 200 ou 300 euros pour les 3 mois, pour le temps passé ce n'est même pas la peine. Moi je le fais parce que c'est génial et ça me fait travailler un peu. Et puis je prends du temps à faire mon métier. Il faut des médecins qui prennent le temps et ça, ça ne court pas les rues. Donc peut-être tourner mais tourner avec quoi ? Avec des services comme EFR, 1 mois en EFR et 2 mois chez nous. Quand il y aura 3 promotions de 200 externes, comment on va faire ? Est-ce qu'il faut les mettre par 2 dans un cabinet ? Les 2 ensembles ? Je ne sais pas. Ils sont bien 5 dans les services. C'est à réfléchir, c'est obligatoire d'après la loi mais c'est utopique ! En plus ils coupent les vivres pour les formations des MSU dans l'avenir. A partir de l'année prochaine, c'est DPC et ensuite verrouillé. Il y avait des formations rémunérées mais elles ne le seront plus alors ce sera le désert... C'est inquiétant pour l'avenir. L'histoire du DPC va couper la formation. Le CNGE a déjà lancé un signe d'alerte et moi je suis très pessimiste. Je ne sais pas ce qui va se passer c'est inquiétant. Si on les garde 1 mois, qu'est-ce qu'ils vont faire les 3 autres mois, puisque les stages hospitaliers durent 3 mois. Il faut au moins qu'il reste 2 mois chez nous, ils ont quand même une bonne vision de ce que l'on fait. Donc si on allège... Le problème c'est que c'est en même temps que les autres stages. Quand on voit qu'il reste en chirurgie où ils y vont 1 semaine sur 2 parce qu'il y a trop d'étudiants c'est débile. Il n'y a pas longtemps j'ai eu un D4 qui avait été en stage 1 mois sur 2, c'est dément. 2 jours dans une même semaine c'est trop lourd. Je ne sais pas comment on peut faire.

Cette grille on s'en sert mais ce n'est pas intéressant. On s'en sert pour valider le stage pour faire comme les hospitaliers, on signe et basta. On remplit mais ce n'est pas trop adapté. C'est à réfléchir.

On sait qu'on doit les mener vers : l'accueil, l'interrogatoire, l'histoire de la maladie, les antécédents, l'examen et on s'arrête au diagnostic. Moi c'est ce que j'ai retenu. C'est ce qu'on m'a appris dans le séminaire sur l'externe. Après on essaie de leur faire faire tout ce qu'on fait nous. Détailler trop ça va gonfler les MSU. Il ne faut pas donner non plus donner plus de travail au MSU. Ce qu'on veut, moi mon but c'est de leur amener le goût de la médecine générale, qu'ils prennent du plaisir à travailler là, pas qu'ils remplissent des grilles.

MBM : Une grille adaptée à l'année ?

MSU : Il faudrait une grille globale pour les 3 années. Il faut faire la même.

(Pause)

(Relit les items de la grille)

« Qualité de renseignement du dossier médical », bon ben ça oui, chez nous aussi.

« Exposé oral présentation de situations cliniques », ça c'est qu'on discute ensemble.

« Participation aux activités », on l'emmène à droite, à gauche.

« Qualité du carnet de l'externe », je ne m'en occupe pas.

Je rajoute en dessous des commentaires si j'ai quelque chose à mettre. On n'y passe pas tant de temps que ça, on le fait au dernier moment. Ce n'est pas trop important ça. C'est important dans leur cursus quand ils passent les mémoires. On a les dossiers des internes et on regarde les appréciations. On regarde quand même parce qu'un gamin qui est un peu borderline, dépressif, qui ne fout rien, si on voit que dans tous les stages c'est toujours borderline et qu'on le valide parce qu'on ne veut pas s'emmerder, ça arrive. Et bien ça va permettre de se donner une idée. Mais je ne sais pas si les dossiers d'externes arrivent lorsqu'ils passent leurs mémoires d'interne.

Ça sert à quoi ? Ça sert à valider un stage, ça ne sert pas à l'internat, ça ne sert pas au classement, ça sert à rien. Juste à valider un stage. Il y aurait juste une croix validé/pas validé, c'est juste administratif ça. Qui le lit ça ? Personne ! Donc pour moi c'est une grille administrative sans intérêt. Ce qui compte c'est de travailler ce qu'ils ont vu, ce qu'ils n'ont pas vu, pour eux. C'est pour ça que je me suis servie de la grille vu/pas vu pour savoir, parce qu'une fois qu'elle était partie de là c'était fini. Donc je lui ai fait réfléchir sur ce qu'elle avait fait / ce qu'elle n'avait pas fait pour un peu prendre du recul. Mais cette grille là qui va le lire ? Les secrétaires de 2eme cycle ? Je ne sais pas à quoi ça sert ? Est-ce que le jury quand ils arrivent en fin d'année ça compte ? Qu'est ce qui les fait redoubler ou pas ? Quand le stage est validé ça sert à quoi ? Si ce n'est pas validé, il faut qu'il recommence. Est-ce qu'elle a besoin d'être si fournie ? Est-ce qui faut la pousser ou non ? Je n'en sais rien. Il faut la pousser si ça sert dans un dossier à valider un passage difficile ou si y'a quelqu'un qui est malade, qui va s'absenter pendant 2 mois et qu'elle rate un examen. Est-ce qu'il ne faut pas quand même la valider parce qu'elle a bien fait le reste ? Je n'ai pas l'impression que ça arrive dans le dossier des internes qui passent leur mémoire. Est-ce qu'entre 2eme et 3eme cycle il y a un pont ? Savoir ce qu'on en fait des grilles ? Est-ce que dans les cas difficile ça sert ? Qu'est ce qui se passe si on ne l'envoie pas ? Parce que je sais qu'il y en a qui ne l'envoie pas. C'est administratif, personne ne s'occupe de ce qu'on a mis.

Après il faudrait faire un programme : une grille détaillée de tout ce que l'on doit acquérir pour s'en servir. Si c'est une grille qui doit servir au MSU, elle ne doit pas être validant ou pas validant. Si c'est validé ou pas validé, on peut cocher n'importe quelle case, ça n'a pas d'intérêt, on met validé, on sait que ça va à l'administration, comme pour les internes.

Par contre pour les internes je m'en suis aperçue c'est important au mémoire.

La question, c'est à quoi sert une grille d'évaluation pour ce stage ? Qui la regarde ? Est-ce que ça joue dans le reçu ou pas en D2 ? Ils en ont mis beaucoup moins au rattrapage cette année, ils en collent moins cette année, je ne sais pas pourquoi.

Donc est-ce que ça vaut le coup de chiader une grille qui ne sert à rien ? Validé ou pas validé ça suffit !

Assiduité, tiens, je ne l'avais même pas vu ! Je commence la relation !

En fait je ne m'en sers pas beaucoup finalement.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur R (homme, environ 45 ans)

Lieu et mode d'exercice : rural, en cabinet seul sans secrétariat

Date d'entretien : 12/06/13

Durée de l'entretien : 24'35 + 19'55

MSU recevant des externes depuis : 2011

Modalités d'accueil : Accueille les externes depuis 2011, 1jour/semaine

Dicta 4, 5

MBM : Qu'est-ce qui vous a donné envi de recevoir des externes ?

MSU : J'ai eu interne niveau 1 et externe court. A un moment, j'ai eu les trois c'était trop ! C'était vraiment trop donc j'ai réduit la voilure, j'ai pris des externes longs et les SASPAS en 2011.

(Pause / Répond au téléphone)

J'ai eu à un moment stage 1 puis externe, et là c'était vraiment trop... ça faisait trop... puis j'ai eu les SASPAS, là il a fallu que j'enlève ! Je me suis dit, l'externat me plait bien. Pour moi, c'est vachement plus fatiguant que les internes, c'est épuisant même mais je trouve que c'est un investissement sur le long terme, c'est la force tranquille du département de la médecine générale de former les externes. Pendant 3 mois, il y a un truc de fond et finir par un externe autonome comme un stage niveau 1 à la fin qui finit par voir seul et éventuellement une petite aide à la prescription, c'est vachement bien, quoi ! C'est important.

C'est plutôt des D2 que j'ai eu.

J'aime bien euh... qu'est ce qui m'a donné envie de recevoir les externes ?...

(Pause / Réfléchit)

Cette demande par rapport à la redevance pédagogique parce que je voulais prendre des SASPAS donc c'était un donnant/donnant. SASPAS qui fait un peu le boulot et moi je fais la pause et on débriefe ; et l'externe où là je mets le paquet, je fais des trous pendant la consultation, on ne blinde pas, quand il y a l'externe on prend son temps. C'était un souhait de transmission, transmission de 2, 3 trucs que j'ai appris et si vous les apprenez maintenant ça peut peut-être avancer.

Et puis, qu'est ce qui me motive ?... Il y a les fondamentaux de la médecine : physiopath', clinique, tout ça... j'aime bien transmettre ça, l'enseignement ça me plait bien comme ça, au chevet du patient ça me plait bien, c'est un peu mon truc.

MBM : Que pensez-vous de la réforme depuis 2009 ?

MSU : Et bien c'est très bien... je trouve qu'il y a des objectifs pédagogiques qui sont bien notés (la sémiologie du sujet normal et tout ça) mais j'ai eu par exemple une interne de niveau 1 qui était moins bonne que les externes. Donc, je pense que ce qui est vachement bien c'est que tout d'un coup il y a du réalisme médical : c'est quoi le crépitant, c'est quoi le souffle... ce n'est pas si compliqué que ça. A mon avis, c'est pertinent dans l'apprentissage de ce métier qui est quand même

10 ans d'un blindage... on pourrait faire plus court ! En passant par la consult' généraliste, on pourrait réformer la formation des médecins. Mais bon... je n'ai pas de...

Qu'est-ce que j'en pense... ? Euh oui J'ai un externe qui voulait être spécialiste et qui m'a dit à la fin « vous me posez un sacré problème parce que maintenant je crois que je veux être généraliste » donc ça c'est intéressant.

Je les reçois : un jour avec l'externe, un jour avec le SASPAS, je suis tuteur de deux internes, je fais aussi des cours, des GEAPI.

MBM : Est-ce que vous vous servez du carnet de l'externe ?

MSU : Moi, j'en ai fait un ! Je leur parle de celui de la fac, celui-là (*désigne le carnet de l'externe de la faculté*) je m'en serre a la fin pour l'auto-évaluation, tous les machins « sait faire, sait pas faire », le frottis, le machin, accueillir le patient... a la fin on fait un bilan de stage, on essaie de revoir ce qu'on a fait ou pas fait et dire « voilà ».

La grille de Calgary-Cambridge je ne comprends rien ! C'est vraiment Monsieur Jourdain et la prose et c'est ce que je leur dis aux externes. Je leur parle que la communication en santé c'est vachement important et tout ça... mais la formaliser sous la forme... ouais c'est la partie théorique qui me paraît bizarre, il faudrait qu'on rénove ça : Calgary-Cambridge pour les nuls ! Je ne sais pas mais il faudrait faire un « Calgary-Cambridge pour les nuls » ! Je ne saisis pas ! Je les ai les échelles et les trucs mais je ne m'en serre pas.

J'ai fait un livret personnel : mon parcours, mon idée de la médecine (l'éthique du bonhomme et du lieu), je leur raconte un peu les 2,3 trucs que j'ai compris du métier ; puis ensuite des choses du CNGE sur les compétences, des choses qu'on a tiré de nos formations par exemple : le référentiel métier du CNGE. Ça s'appelle un livret de l'externe long et court parce qu'il y en a 2.

Celui de la fac, j'utilise l'annexe 1.

La grille Calgary-Cambridge, elle est tellement pleine qu'on n'a pas envi de la lire, faudrait des cases vides.

Les autres annexes sont intéressantes, ça montre les objectifs du stage, que tout ça c'est dans un staff : le COGEMS, le COGEMS c'est le CNGE. Je les recalcule dans un... vous allez voir dans le livret que j'ai fait.

(Me présente son livret)

Il y a la fac, l'université, le texte perso, Calgary, la démarche en médecine générale... c'est une formation que j'ai eu moi, quand j'ai appris, c'était pour accueillir les externes.

MBM : Comment vous les évaluez en fin de stage ?

MSU : J'utilise la grille en fin de stage. Je ne m'y réfère pas pendant le stage, je m'y réfère à la fin.

La partie relation avec le patient (Calgary-Cambridge) et anamnèse, c'est du théorique ++, je n'y arrive pas. A force de conceptualiser, c'est un peu enculer les mouches, on s'y perd... (*Soupir*) et Calgary-Cambridge c'est une grille d'analyse mais c'est très très théorique.

« Conduit l'entretien selon le modèle Calgary-Cambridge », est-ce que moi je le fais ? Il faudrait que ce soit moins théorique parce que... est-ce que nous on le fait ? Si nous on ne le fait pas, améliorons-nous ! Et puis voilà ! Est-ce que moi je le fais déjà quoi !

« L'examen physique », là ça me parle, je le fais alors là je peux évaluer : « identifie les signes normaux, anormaux », ça ok.

« Choix des examens complémentaires », pour l'externe, c'est le début. En plus moi j'ai des D2 alors... C'est plutôt « c'était quoi le crépitant déjà ? Ah oui c'est inspiratoire », donc savoir s'il faut faire la radio, le scanner, la scinti, c'est difficile. Peut-être qu'on pourrait adapter en D4 parce qu'ils sont un petit peu plus mures, au niveau du panel clinique, le crépitant, normalement, ils savent que c'est inspiratoire, que c'est l'alvéole que se déplisse et normalement on n'y revient plus. Mais en D2, il faut qu'ils comprennent.

« Elabore un diagnostic de situation en s'appuyant sur un raisonnement probabiliste. Hiérarchise les problèmes », ça je trouve que c'est plutôt du truc d'interne, c'est une grille d'interne !

J'aime bien : « s'intéresse au suivi du patient » j'aime bien. On sent l'externe qui s'intéresse... L'externe qui demande « qu'est-ce qu'il est devenu Mr... », la question qui vient comme ça on sent bien que ce n'est pas le branleur de service, on sent qu'il s'attache, qu'il s'intéresse au destin des gens, à l'histoire clinique des gens.

« Assimilation des gestes techniques », ça oui c'est intéressant, je leur apprend à enlever des trucs sur la peau, poser des stérilets, faire un FCV, ça oui. On peut y aller.

« Le choix des investigations », c'est du niveau d'interne.

« Elabore un diagnostic de situation », c'est aussi du niveau interne. Faudrait pousser le truc, quoi. Il faut repartir de l'objectif. L'objectif c'est le sujet normal donc il ne faut pas non plus délirer ! je leur mets dans mon carnet, les objectifs du stage c'est : appréhender les conditions d'exercice de médecine générale en structure ambulatoire, prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours, la relation, la démarche clinique en médecine générale, sémiologie des stades précoces des maladies, les maladies prévalentes ambulatoires, entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostic, prescription, suivi d'une mise en œuvre, coordination thérapeutique.

La prescription, doucement ! Faut quand même pas non plus... (*Soupir*)

Donc « se familiariser à la démarche de prévention des enjeux de santé publique », ouis là on peut mieux voir ce qui se passe.

« La notion d'éthique, de droit, de responsabilité médicale en médecine ambulatoire », le côté diagnostic de situation et démarche ça fait beaucoup ! Je trouve qu'on pourrait être un peu moins présomptueux dans l'objectif du truc.

Mettre : « a saisi la démarche OPE en médecine générale », on pourrait le mettre, ça me paraît intéressant. C'est plus parlant. « a saisi la démarche EBM » pour la décision, ça j'en parle dans mon topo. Après y'a une notion mais il faut qu'ils murissent et que ça rentre tout seul et effectivement dans leur action il y aura ces trois démarches là. Mais c'est un peu tôt : « conduite à tenir, traitement, suivi » ce sont des trucs d'internes ça, c'est hors sujet.

« Examen physique : fait un examen orienté, identifie les signes normaux et anormaux », ça c'est bien. OK !

« La relation avec le patient » il faudrait adapter : là c'est le premier jour de mon externe et déjà la phrase « je suis la stagiaire du Docteur N, je m'appelle ..., ça ne vous dérange pas si j'assiste à la consultation » c'est le début d'une relation, et d'une attention, ça commence tranquillement. Mais

construit le machin... moi-même je ne le manie pas alors ça la fout mal que je me mette à dire à l'externe t'as intérêt à faire comme ça même si moi je ne le fais pas, c'est un peu bizarre, je ne suis pas très à l'aise avec ça. Donc il faudrait l'adapter.

« L'examen physique » c'est l'objectif, je pense que la sémiologie du sujet normal avec ses anomalies c'est hyper important.

« Choisit les examens complémentaires » c'est pas le boulot de l'externe, c'est mon boulot. Par contre : « perçoit » ou « participe à ». « On ne pourrait pas demander l'électrophorèse de... », quelque chose comme, ça c'est plus pertinent. « Participe à la décision » mais pas « choisit », c'est hors sujet. C'est vraiment une histoire d'interne.

« Elabore un diagnostic de situation », c'est un peu hors sujet, j'aimerais bien qu'il me donne un diagnostic clinique : « le foie est comme ça, le crépitant est là, y'a un foyer, je pense que c'est une bronchite atypique », il aura déjà compris des trucs c'est intéressant. Plutôt dans la nosologie, plutôt que déjà gérer tout un truc.

« Renseignement du dossier médical », ça ça marche, il commence à prendre des notes. Ça s'est bien.

« Exposé oral » ah oui « lors des supervisions », ça aussi c'est un truc d'interne parce que l'externe il est avec nous, c'est hors sujet ! Ne pas mettre « lors des supervisions ». je ne sais pas ce que c'est ça, moi !

Pendant certaines visites en fin de stage, je lâche l'externe en premier ; je lui présente rapidement le cas, tu commences, je te laisse 10 à 15 min tu dis au patient que j'ai une urgence, j'arrive. Tu commences le truc puis tu me parles ensuite ; exemple : « c'est un renouvellement d'un patient hypertendu », tu prends ce qu'il t'amène. Là c'est intéressant mais sinon c'est rare que je laisse l'externe seul en consultation ici. Ce sont des cas rares.

Par contre ce qu'on fait souvent c'est que je demande après : « comment tu as senti le truc là ? », on referme la porte après la consult et je demande à l'externe comment il a senti et on voit à ce moment là aussi, la personne qui élabore des trucs, on va un peu plus loin que la douleur au ventre. Donc ça c'est intéressant, « présentation de situation clinique » ce n'est pas tellement présentation, je ne sais pas ... je me pose des questions par rapport à la supervision parce normalement l'externe, en gros, on ne doit pas trop le lâcher, donc c'est un peu hors sujet aussi.

« Participation aux activités de la structure », ben oui, par exemple la semaine dernière j'ai reçu un dossier d'une nouvelle patiente, quelque chose de monstrueux ça déborde de partout et je lui ai dit tu me fais sur un papier la synthèse de ces antécédents, il me l'a fait et je n'avais plus qu'à saisir, d'ailleurs on l'a fait ensemble, c'est lui qui l'a fait, donc ça s'est intéressant. Ouais là aussi dans les activités de la structure : « organisation, réponse à l'urgence, activités de recherche »... il faut être plus précis.

Votre travail c'est sur cette grille ?

« Participation aux activités de la structure »...(Soupir)

« Réponse à l'urgence » c'est hors sujet ! A l'externe, on ne va pas lui dire : « le patient il a mal dans la poitrine tu te demmerdes », moi je ne sais pas faire ça... je ne peux pas faire ça, on n'est pas là pour mettre en danger l'étudiant, non !

Moi j'ai envi de mettre le mot « autonomie », « autonomisation ». Par exemple, je me rappelle d'un cas, mon deuxième externe, une fille, assez mûre, qui voulait faire de la psy, elle écrivait beaucoup,

elle a écrit des trucs super intéressant. A un moment, un appel, je ne crois pas qu'elle avait déjà vu de mort cette externe, c'était pas trop son truc, c'était un pendu, c'était un peu gore, il fallait que j'y aille, j'étais réquisitionné et là j'étais emmerdé, il y avait du monde dans la salle d'attente, je n'étais pas en retard mais... c'était un peu en fin de son stage, je lui ai dit tu commences, et puis tu m'appelles j'ai mon téléphone, je vais t'éviter d'aller voir le macchabé pendouillé au bout de sa corde et donc je suis allé m'occuper de ça et elle avait géré la consult. Elle ne s'était pas dégonflée et c'était pas vécu dans un stress d'enfer. Ça l'autonomie, c'est intéressant, sentir qu'il y a une autonomie qui est prête, si c'est mort de trouille tout le temps pendant 3 mois c'est un peu chiant !

(Pause / Répond au téléphone)

« Les commentaires sur la qualité du carnet de l'externe », ça me fait une belle jambe car là aussi c'est très théorique ce truc. C'est là qu'intervient la grille « fait » « pas fait » « lu » ... ça je le fais et je l'agrafe avec l'évaluation. Je le fais avec l'externe qui me dit que peut-être avec moi il n'a pas fait de frottis mais avec Docteur D il en a fait un. Je pense que c'est une globalité.

Je trouve que « se présenter, faire installer... » Ça s'est bien alors que la grille de Calgary-Cambridge c'est hors sujet. Ça ça me suffit.

Ce qui pourrait être mieux mais après on n'en peut plus quoi... ce serait de se réunir avec l'autre maître de stage, de faire une synthèse à deux et de le remplir à deux, mais c'est lourd à gérer.

Les items : « Ne sait pas, lu, vu, fait » du carnet d'auto-évaluation sont intéressant, c'est bien.

Alors « ne sait pas » par contre ça veut dire quoi ?

Je trouve que c'est bien, on fait le point, on voit les scotomes qui peuvent se passer. C'est pas mal.

Ensuite « développer une relation empathique », là il y a 3 jours de formation, qu'est ce que c'est que l'empathie, etcetera... c'est pour ça que j'en parle un peu dans ce topo, qu'est ce que c'est qu'écouter ? Certaines règles d'écoute... ça me parle mieux que Calgary-Cambridge, c'est un check liste.

« Analyser la place des explorations complémentaires », ça s'est mieux. Ouais les gammas, pourquoi je les ferai ? Je les ferai pas ? la TSH... ça ça peut être intéressant.

Cette grille d'auto-évaluation est pas mal.

Les derniers items... balèzes ! « Analyser les éléments du contrat, objectifs, critère d'évaluation, projet de soin, analyser les notions de consentement éclairé, respect du patient, analyser les concepts d'engagement et de projet de soin »...on atteint des sommets de perfectionnisme... Ici c'est pareil on se pose la question, est ce que je peux m'appliquer cette grille à moi-même et est ce que je le fais à toutes les consult.

Souvent je mets HS aux items de la grille d'évaluation et j'agrafe l'autre grille.

« Participation aux activités de la structures », l'externe qui commence spontanément à arranger le drap... on sent qu'il y a un côté esprit pratique. Moi je n'ai pas eu d'externe vraiment glandeur qui voit du sang par terre et qui attend que j'essuie. Ça je n'ai pas vu... ça dénote aussi... c'est ça aussi, tout simplement.

Le carnet de l'externe, faudrait peut-être l'appeler d'un autre nom. Tous mes externes ne le connaissent pas ce carnet, c'est bizarre ça. Le retour que j'ai, c'est : « ah ? »

On pourrait mettre un commentaire aussi.

Mais également on pourrait mettre « points forts, points faibles ressentis ». Il faut bien mettre « ressentis » parce qu'il ne faut pas qu'il sorte de là avec ses points forts et ses points faibles. C'est ressenti par le MSU qui lui aussi a des points forts et des points faibles. On pourrait le mettre comme ça.

MBM : *Faire une grille différente selon les années ?*

MSU : Non non, faire trop de grilles, on va les paumer c'est chiant. Non, faire un seul référentiel. Faut faire une grille où on pourrait moyenner, sinon c'est trop chiant. On s'y perd.

Si j'avais des choses à rajouter, je mettrai :

(Réfléchit)

-points forts/ faibles ressentis par MSU

- notion de progression dans le stage, c'est ça l'important en pédagogie, ce qui est important c'est d'avancer, de bouger, de faire mieux. La notion de progression. Progression dans le stage, on pourrait le mettre ça.

- on pourrait mettre : autonomisation en stage

- moi je leur demande un rapport de stage, ils ne sont pas obligés il paraît. Je trouve ça fout que les stages courts en 2 jours on leur demande un rapport de stage et les stages longs on ne leur demande pas de rapport de stage. En 2 jours, on a une espèce de photo polaroid, et là il y a du temps d'assimiler des tas de truc et on ne demande rien. Moi je leur en demande un, c'est super intéressant, c'est super ce qu'ils écrivent, il y a des trucs hyper chiadés. Donc moi j'ai envi de dire « commentaires de l'externe ». Moi je leur demande aussi un truc : c'est quoi les craintes du stage, points forts, points faibles, pourquoi ils sont là, pourquoi ils font médecine. Déjà noter d'où ils partent et est ce qu'on a répondu aux craintes et aux questions du départ mais ça c'est à eux de l'écrire et moi je pense qu'il faut qu'il fasse une trace d'apprentissage. C'est quand même la moindre des choses. Rester 3 mois avec un médecin généraliste et ne pas écrire une trace d'apprentissage c'est du délire.

MBM : *Sous quelle forme leur demander vous cette trace d'apprentissage ?*

MSU : Des cas marquants, des points qui sont revenus plusieurs fois, une revue de presse après lui avoir donné des revues *Exercer*...y'a 2 externes qui ont fait un travail clinique sur l'examen clinique qui me sert tellement que l'antisèche elle est à côté de ma table d'examen. Y'en a une qui a fait toutes les causes de douleurs de l'épaule donc elle a fait un travail un peu exhaustif, conduite à tenir devant une douleur de l'épaule. L'autre il a repris ça et à 2 ils ont fait un PDF sur l'épaule douloureuse. Je leur ai dit faites-le ça va vous servir.

J'ai 3 rapports de stage pour le moment, c'est très bien écrit. Je les ai envoyé à Docteur V (*Il me donne les rapports*). Une autre avait fait un topo sur la douleur abdominale avec toutes les étiologies. Elle avait fait sous forme d'un article, un résumé de 3 articles de la revue *Exercer*. Elle avait fait sa petite revue de presse. C'est du réflexif et je pense que c'est une trace sympa. On est à cheval sur la sémiologie et après on voit ce qui vient.

Je trouve qu'une trace ça manque.

Au final, voilà ce que j'ai appris sur les compétences, diagnostic de situation...cette maturation avec une trace d'apprentissage. Une trace qui montre un regard, moi j'essaie de faire passer une image positive de ce métier même si c'est parfois très ardu. On peut dire qu'on ne fera jamais ça c'est du délire mais avoir appris des choses. Et puis cet autre regard, je pense beaucoup que lorsque les externes vont devenir internes ils vont se rappeler, enfin j'espère, qu'il y a des généralistes qui vont voir le malade arriver en sortant de cardio avec des AVK et que ce serait peut-être bien que l'ordonnance et le compte rendu ils arrivent vite car le vendredi soir sans compte rendu ni rien avec un patient sous multiples médicaments cardio avec l'insuline... et qu'on ne sait rien. Le gros truc étant la continuité je travaille pas mal sur la compétence continuité. Il peut y avoir un « ah oui la médecine générale existe je l'ai rencontrée, le patient il est à l'hosto, il est de passage là, il va retourner chez son généraliste il faut que ça suive, je me souviens que le généraliste me disait que... » Ça s'est intéressant. L'amélioration du lien ville-hôpital, je pense que ça peut être amélioré. Un chir ortho qui se rappelle ce que c'est qu'un généraliste il est un peu plus actif dans le respect des informations.

Oui traces d'apprentissage, ça manque.

Ah oui... Il faut une grille commune D2.D3.D4 mais il faudrait une grille à part pour les D1. Je vais leur en faire une avec les « 22 spécialités de la médecine » et je vais cocher pour qu'il est un flash et se dise qu'en 2 jours on fait tout le champ de la médecine. Et c'est vrai sur 2 bonnes journées de médecine générale on fait de la pneumo, cardio, pédiatrie, gynéco... on fait tous les champs et ça peut faire un effet flash, une prise de conscience.

Pour les D2 à D4, il faut une belle trace d'apprentissage, parce que dans le stage long il n'y a pas qu'une phase de sidération, oui au début on est sidéré, hier par exemple elle était sidérée car on a eu un cas ultra lourd, ultra violent et puis quand tu as fait 2 ou 3 jours comme ça ils se disent qu'on est complètement taré de faire ça ... ensuite y'a le recul, puis la notion de suivi, on le ressent c'est pour ça « s'intéresse au suivi » c'est intéressant, c'est chouette de revoir les gens, ils vont pas mieux on fait un scanner... c'est intéressant. Y'a une maturation, on peut écrire quelque chose. Vous verrez, y'a de la clinique, des moments forts qui les ont marqué. Voilà.

Retranscription entretien MSU / thèse :

Nom : Docteur U (homme, environ 60 ans)

Lieu et mode d'exercice : rural, en cabinet avec secrétariat

Date d'entretien : 12/06/13

Durée de l'entretien : 27 min

MSU recevant des externes depuis : qu'ils sont reçus par les médecins généralistes

Modalités d'accueil : 1jour/semaine, a reçu des D2, D3 et D4

Dicta n° 6

MBM : Qu'est ce qui vous a donné envie de recevoir des externes ?

MSU : Et bien ce qui m'a donné envie de devenir MSU il y a une bonne quinzaine d'année ou 20 ans : faire partager et rendre mon exercice plus intéressant.

Vous voulez que je développe ?

(Hochement de tête de ma part)

Il y a eu une époque où je me suis regardé dans une glace et je me suis dit que je commençais à m'emmerder, que je ne savais pas trop pourquoi, c'était une remise en question aussi. Et que si j'avais quelqu'un à... ça me permettrait de me remotiver un peu à faire encore plus de qualité si ce n'est possible. En même temps, c'était le début des 6 mois pour les internes à cette époque là, puisqu'avant c'était 15 demi-journées. Là, je me suis dit en 6 mois on a le temps vraiment de faire passer, montrer ce que c'est la médecine générale, et que ce soit intéressant pour tout le monde, alors voilà.

Quand les SASPAS ont été créés il n'y avait pas la foule pour en vouloir, c'était une remise en question aussi ... laisser sa patientèle quand on est en libérale ce n'est pas toujours évident, accepter qu'on ait un regard de l'autre, ça l'est encore moins au début, mais il fallait que quelqu'un s'y colle alors on était trois anciens dans le coin et pas très loin les uns des autres alors on s'est dit on y va et puis voilà.

MBM : Qu'est ce que vous pensez du stage depuis la réforme de 2009 ?

MSU : Et bien je pense qu'il faut que celui là devienne obligatoire et qu'on supprime le stage de D1. Parce que c'est là en 3 mois, on a le temps de voir ce que c'est la médecine générale, de « faire le tour de la question », alors qu'en 2 jours c'est juste un aperçu. En 3 mois, même si on tombe dans une période d'épidémie, y'aura toujours une période où on pourra discuter, montrer, on pourra prendre un peu de temps pédagogique, alors que sur 2 jours, il y a des fois c'est un peu juste. Ce stage-là d'externe devrait être obligatoire ... complètement obligatoire (*petit rire venant souligné l'importance*). Il n'y a pas de raison de dévaloriser la médecine générale au profit des autres, elle est au même plan, elle est universitaire. Et c'est comme ça peut-être qu'on montrera à tous les spécialistes d'organes qui seront passés ici ce que véritablement on est capable de faire et ce que l'on fait effectivement, et on aura peut-être un peu plus de respect et de reconnaissance de la part de ces gens là. Parce que ce n'est quand même pas le cas jusqu'à présent.

MBM : Avec vos externes, comment ça se passe ? Vous vous servez du livret de l'externe ?

MSU : Honnêtement, pas tellement ! Je suis un vieux de la vieille et je trouve que tout ce qui est grilles, machins, trucs... ce n'est pas mon truc. Autant que faire se peut, je leur montre un peu de théorie : ce qu'on appelé avant les fonctions, les compétences, maintenant il n'y a plus que 6 compétences ... des choses comme ça. Je leur parle de prévalence, de fréquence... mais après je pense que c'est un peu illusoire de vouloir remplir ça au quotidien même si ça peut être un guide pour un étudiant. En stage, en pratique, l'étudiant il verra ce qui va se présenter, on va pas suivre de a) à b)...on ne va pas suivre de A à Z le livret. Je pense que c'est un aide pour l'étudiant parce qu'il peut se dire en regardant le livret : « tiens je n'ai pas vu ça », « ou ca je l'ai vu », mais le faire vraiment en stage et en pratique, moi, ce n'est pas mon truc. Ce n'est peut-être pas bien, je ne sais pas... mais bon.

Quand il arrive, je leur explique d'abord aux externes qu'on n'est pas à l'hôpital, que je ne vais pas les lâcher à ma place comme ça de but en blanc. Que d'abord on a les internes de niveau 1 et de niveau 2, et qu'ils sont là essentiellement pour apprendre ce que c'est examiner un patient, la pathologie, les choses comme ça, essayer de faire une démarche diagnostique et que ce n'est pas forcément faire des consultations tout seul parce qu'ils ne sont pas encore forcément très compétents. En tout cas en médecine générale. Je leur mets un petit peu ce cadre là. Par contre, à chaque fois que c'est intéressant, on détaille la consultation en dehors, on essaie de débriefer ça un peu plus clairement et leur montrer l'intérêt de ce qu'on vient de faire qui soit apparent ou pas. Je leur dis qu'ils sont là pour apprendre à examiner entre le normal, le pathologique, voire un petit peu les modalités d'interrogatoire, les choses comme ça, autres traits techniques et puis après ça se passe au fil de l'eau.

MBM : *Comment les évaluez-vous en fin de stage ?*

MSU : Même pas vers la fin... je montre comment j'examine, ma technique, mes façons, on a chacun plus ou moins sa façon de faire, et après je les laisse complètement examiner. Moi, je démarre l'interrogatoire et après je leur laisse faire. Après je reprends la main pour la conduite à tenir pratique mais on en rediscute une fois que la conduite à tenir ou le patient est parti quand ça mérite d'être discuté. Et à la fin, moi je ne bouge plus de là (*il montre son bureau*), je m'assoie. Et je regarde comment ils font, je vais vérifier. De temps en temps ils ne savent pas faire, surtout les quatrièmes années, je leur montre un examen de genou, des choses un peu plus techniques, je vérifie quand même de temps en temps que leur examen est correct, ils me disent qu'ils entendent des trucs alors on va vérifier ensemble. On analyse sémiologiquement ce qu'ils ont entendu, vu ou palper. On essaie de faire une espèce de diagnostic de situation quand c'est possible. Et on en rediscute après.

Au niveau thérapeutique ils sont souvent un peu légers mais bon... après moi j'essaie un peu de les aider, quand ils sont en examen, quand il y a des matières où il y a des cas particuliers qui correspondent à ce qu'ils sont vraiment en train de bosser à ce moment-là, on essaie encore d'illustrer un peu plus : « tiens regardes tu as vu là, ça correspond exactement à ce que t'es en train de faire ». Ensuite ça peut être aussi une évaluation sur les connaissances théoriques simplement.

MBM : *(je lui présente la grille) C'est cette grille que vous utilisez en fin de stage ?*

MSU : Je suis bien obligé puisque je n'ai pas le choix ! (*rires*)

Je n'en ai pas d'autres. Je trouve qu'elle est très mal faite...

MBM : *Ses points forts ? est-ce qu'elle en a ?*

MSU : « Les gestes techniques » mais autrement tout le reste n'est pas très pertinent !

« Le choix des investigations, données cliniques » (*Soupir*)... Ils ne sont pas toujours...

« Hiérarchiser les problèmes », ça c'est ce qu'ils apprennent en fait. Après ce n'est pas toujours facile.

Je trouve qu'elle est trop compliquée, elle est adaptée plutôt à un interne qu'à un externe.

MBM : Dans le détail ?

MSU : Je ne me sers pas de la grille de Calgary-Cambridge.

Au niveau de la relation, je vois comment ils se comportent, souvent c'est moi qui initie l'interrogatoire et puis après je leur laisse libre de reposer d'autres questions. Après on voit bien celui qui est à l'aise, qui a compris, qui est bien dans ce que l'on vient de démarrer, ou qui est complètement à côté, ou qui dit rien.

« Conduit l'entretien », (*soupir*) moi je pense que c'est plus le relationnel. Moi je ne pense pas qu'en tant qu'externe, en libéral, on doit leur laisser faire la consultation. Je pense qu'il y en a qui le font mais moi je ne suis pas très... Je pense qu'il ya plusieurs niveaux et il faut les respecter, à mon avis.

« Le choix des investigations » est un item où là ils sont pertinents parce qu'ils appliquent ce qu'on leur a appris. Ils sont même des fois meilleurs que moi avec les dernières recommandations, Ils disent « ah non on ne fait plus l'écho, on fait la scinti, on fait ceci ou là ».

Ensuite le reste c'est plus compliqué, quoi.

MBM : Pensez-vous qu'il faille adapter la grille aux années ?

MSU : Je crois que la grille, il ne faut pas l'adapter en fonction de l'année. Il est certain qu'on ne va pas attendre ou demander la même chose à un quatrième qu'à un sixième année, ça, ok. Et on voit bien que quand on est avec un sixième année, il est souvent un peu plus à l'aise, un peu plus les connaissances sont là aussi. Quand même ça aide ! Quand vous êtes juste en démarrage, en début de quatrième année comme quand je les ai, ils sont souvent un petit peu tendres ; même au niveau connaissances. Quand vous avez un sixième année qui termine et bien ce n'est pas le même ! Vous quasiment un interne. Mais avant de le lâcher c'est bien aussi, autant l'interne de premier niveau il fait quand même de l'observation avant de passer à la consultation en supervision directe et après il fait de la consultation autonome, je pense que l'externe il en est encore entre les deux. S'il est en sixième année on peut lui faire faire une consultation, mais avant en quatrième ou cinquième c'est un peu juste.

L'externe, il est là pour apprendre et il vaut mieux qu'il y ait une supervision directe permanente, enfin à mon avis.

Ce qui est « la décision thérapeutique », il y a des fois où ils sont pertinents parce qu'ils connaissent et d'autres où ils ne peuvent pas dire. Ça paraît difficile de justifier et négocier. Par contre, c'est le travail du MSU de montrer que la négociation en justifiant son point de vue et son attitude professionnelle, ça fait partie intégrante de la consultation contrairement à l'hôpital ou a un spécialiste d'organe qui dit on fait comme ça et point final, à la ligne. J'insiste bien là-dessus, on n'est pas dans un dictat de professionnel, dans un paternalisme, on est dans une négociation permanente, il faut que le patient soit d'accord pour faire ce qu'on lui demande sinon ce n'est pas la peine.

Après « les gestes courants », ça c'est bien.

« S'intéresse au suivi du patient », ça peut aussi de temps en temps ils le font. C'est ça qui est bien pour eux, c'est qu'en faisant 3 mois, ils peuvent avoir à revoir un patient qui a posé problème à un moment donné, et dire « ah oui on l'a déjà vu celui là » ça c'est intéressant.

« Les gestes techniques », c'est complètement adapté.

« La qualité du dossier médical », je n'en fais rien du tout car c'est moi qui remplis mes consultations et qui fait le truc. Par contre, je leur montre comment fonctionne le logiciel. Je ne les mets pas là en temps qu'harpette pour remplir mes cases. Mais je pense qu'ils savent le faire parce qu'on leur apprend à l'hôpital, de bien ranger au bon endroit, ils savent bien le faire.

« Exposé oral », oui je l'utilise. C'est plutôt qu'on revoit certains cas, des cas qui ont posé problème on essaie de les décortiquer, de refaire le diagnostic de situation, de hiérarchiser. J'essaie de les faire verbaliser, mais souvent c'est moi qui termine, et qui met bien les choses en place, mais ça on le fait.

« Participation aux activités de la structure », j'ai commencé dès hier avec mon premier externe, j'étais en train de régler les problèmes d'intendance de téléphonie, et du coup je lui ai dit « tiens tu vois un cabinet médical ça se gère en faisant... », alors je lui ai expliqué les SCM, les SCI, c'était le premier jour alors je ne sais pas si... mais il m'a dit que c'était bien, que son père était en libéral et que ça l'intéressait.

Moi je leur fais toujours un petit topo à tous sur le fonctionnement d'un cabinet médical, car je crois qu'actuellement ça les panique un peu la gestion d'un cabinet ; c'est pour ça qu'ils se précipitent tous sur du public salarié ou des maisons pluridisciplinaires où ils vont être salariés aussi tôt ou tard. Alors que finalement quand on y réfléchit le seul qui se fait chier à faire la gestion d'un cabinet ce sont les secrétaires. Moi je supervise, je contrôle que tout ce qu'on avait décidé ça se fait mais c'est tout ! Après celle qui est au charbon au quotidien, c'est la secrétaire, ce n'est pas moi. Et souvent c'est rodé d'avance, vous n'arrivez pas dans des déserts médicaux où vous créez tout, vous arrivez dans un cabinet qui tourne, vous avez qu'à vous assoir à la place de l'autre et regarder comment ça se passe, puis apprendre si vous avez envie, donc la gestion d'un cabinet c'est pas très compliqué. C'est plutôt dans les relationnels des fois que ça peut être compliqué (*rires*). Nous nous sommes en SCM, SCI et contrat d'association, donc un espèce de règlement interne comme je l'appelle, après ce sont les rapports les uns avec les autres qui sont établis grâce aux contrats d'association qu'il faut revoir comme tout contrat régulièrement si les choses changent. Au contraire, je crois que c'est très important, je crois que ça leur démystifie un peu. Et dans l'organisation, moi je leur dis que s'ils ne veulent pas mourir d'ennui, dépressif derrière leur bureau il faut qu'il fasse autre chose que de la consultation, qu'ils sortent de leur bureau, qu'il y a de multiples façons d'en sortir : faire de l'enseignement, de la FMC, du conseil de l'ordre et d'autres activités comme des DU par exemple qui peuvent ouvrir les portes, mettre un pied ailleurs que ce soit aux urgences, en gynéco, en addictologie... y'en a pas mal. Nous nous avons « Asalée » aussi qui est une autre association donc ça aussi ça permet de s'ouvrir autrement. Il ne faut pas rester derrière son bureau à faire de la médecine générale toute sa vie, juste ça... En tous cas pas de la consultation derrière son bureau. Moi j'ai toujours privilégié ce qui m'a apporté un plus dans l'amélioration de la qualité des soins, donc la formation, l'animation, l'enseignement ça fait partie de ça. Si vous voulez vous sentir à l'aise quand vous avez un étudiant qui regarde ce que vous êtes en train de faire, vous avez intérêt à être à peu près bien dans votre tête donc à peu près en accord avec les recommandations parce qu'ils savent de temps en temps dire « ah vous faites ça comme ça ? », « euh, pourquoi ? Ah oui... t'as raison... mais je fais comme ça aujourd'hui parce que... ». Alors après on peut justifier s'il y a un justificatif on peut ne pas toujours suivre les recommandations mais à ce moment là il faut se justifier. C'est pour ça que je fais MSU.

En générale ça se passe bien, il n'y a pas d'agressivité ni d'un côté ni de l'autre.

« Commentaire sur la qualité de l'externe », je ne m'en sers pas vu que je ne l'utilise pas.

MBM : Les modifications à apporter au final ?

MSU : Ce serait plus dans le cadre, comme on a dit... oui, « l'interrogatoire, l'entretien, l'examen, les gestes techniques » ça ok mais le reste, ce qui est très technique, il ne faut pas non plus ... le diagnostic de situation, je crois que c'est prématuré, le faire correctement en tous cas et à fond... Déjà les internes n'arrivent pas toujours à comprendre ce que l'on veut d'eux alors un externe ça paraît difficile.

« La décision thérapeutique » c'est pareil c'est pas toujours évident, on le voit quand on a été interne, on a du mal à prendre des décisions thérapeutiques souvent donc en tant qu'externe quand on n'a pas toutes les données de tous les problèmes ça me paraît aussi difficile.

Moi je crois qu'il faudrait revenir simplement à ce qui est marqué dans le carnet des charges. Dans le carnet des charge, il y a : apprendre le normal, le pathologique, faire un interrogatoire, les gestes techniques, savoir examiner, et avoir quelques notions de syndromes et de choses comme ça. Après prendre en charge en solo quelqu'un, ça se fait au fur et à mesure, c'est plus le rôle de l'interne de s'y mettre, il a toutes les bases pour ça, à ce moment il faut qu'il saute le pas. Et hop : ça y est, c'est lui qui se met derrière le bureau et non plus à coté.

Je crois que chacun à son niveau, il y a 3 niveaux ; autant ça ne me viendrait pas à l'idée de me mettre là à côté du SASPAS pendant qu'il travaille, autant quand j'avais des internes de premier niveau ils regardaient un peu, moi je le regardais beaucoup et dés que je sentais que c'était bien, j'allais dans la salle d'attente et je leur foutais la paix, je les laissais travailler. Chaque niveau d'étude a ses compétences et donc son activité.

En sachant qu'après, malgré tout, il y a une certaine disparité individuelle, autant vous en avez qui sont très à l'aise, d'autres qui sont moins à l'aise. C'est un peu comme les internes, y'en a qui sont tout de suite dedans, d'autres qui mettent un certain temps, et puis d'autres qui y arrivent tout juste. Au niveau des externes, on le sent bien, c'est pareil ! Il y en a qui sont tout de suite à l'aise, qui participe à la consultation, et puis y'en a d'autres même au bout de 3 mois on du mal, mais ça, bon, on ne se refait pas...

Après on peut avoir aussi à la fin un truc « observation » pour mettre par exemple « externe déjà au niveau de l'interne » pourquoi pas. Mais qu'on demande à stéréotyper de la quatrième à la sixième année d'être déjà des internes, ce n'est pas possible ça.

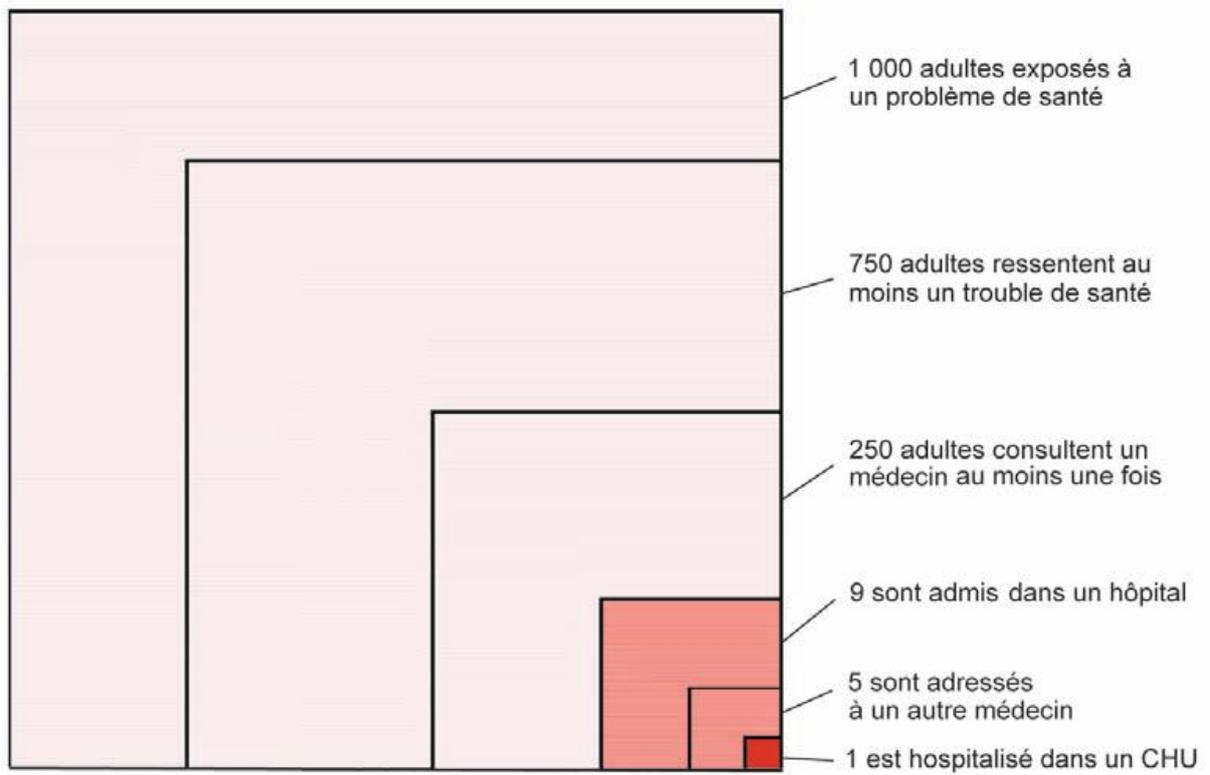
Ils ont une grille d'évaluation de leur côté aussi normalement ? Mais je ne sais pas s'ils la remplissent ? Autant je la leur remplis et je leur donne parce qu'il faut qu'il la passe à la fac ; autant la leur je les laisse libre de la remplir. Comme ça ils sont libres de faire les remarques !

Ce qui est dommage c'est qu'on n'est pas le retour de leur évaluation à eux. Parce qu'imaginons qu'il y en ait une majorité de ceux qui passent là qui finissent par dire, chez Docteur T, on n'est jamais assis à sa place, on ne fait jamais. Bon, ben peut-être que s'il y'avait une majorité qui avait envie d'être en autonomie à un moment donné, même supervisé directe et bien peut-être je m'y mettrais. Là je ne sais pas ce qu'ils en pensent vraiment, à part en partant ils me disent que c'était intéressant, c'était bien, mais face à moi ils ne peuvent pas dire que c'était chiant.

On a parlé de ça en assemblée générale et ça paraît assez difficile. Ce qu'on pourrait avoir c'est un retour d'évaluation d'il y a deux ans, anonymisé. Un retour ancien ? Comme ça ils ne risquent rien entre guillemet. Pour que les internes acceptent qu'on ouvre leur évaluation, on peut dire cela ils sont sortis du cursus, il pourra rien leur arrivé (*rires*). On ne regarde que les évaluations qu'ils ont fait et d'une année sur l'autre on rajoute chaque fois que les étudiants tournent, que le cursus est fini, on peut remettre une couche à chaque fois. Je ne sais pas pourquoi on n'y a pas accès ? Parce qu'ils ont tous un livret qui circule avec « le stage à (lieu d'exercice) = bien, nulle ; la bouffe est bonne, pas

bonne ; le bureau est mal foutu ; on se caille», enfin il y a tout ! Ma fille est interne, elle me l'a dit ! C'est ça qui est intéressant aussi. La fameuse grille qu'ils envoient, ça doit correspondre.

Annexe 7 : Carré de WHITE



Annexe 8 : La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, WONCA Europe 2002

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

RESUME

Depuis 2009, chaque étudiant doit effectuer un stage d'initiation à la médecine générale pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. En Poitou-Charentes, il a été mis en place à la rentrée d'octobre 2010. Même si le démarrage est freiné par le manque de lieux de stage, le département de médecine générale a pour volonté d'augmenter ce nombre pour faciliter l'accès des externes à la médecine générale. Avec le recul, nous pouvons commencer à évaluer les modalités de réalisation de ce stage et les outils proposés aux enseignants pour les guider dans la formation et l'évaluation des externes.

L'objectif de ce travail est de recueillir l'avis critique des maîtres de stage universitaire concernant la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste. Nous avons donc effectué une étude qualitative auprès d'un échantillon raisonné de maîtres de stage universitaire. Nous leur avons proposé un entretien semi-dirigé lors de rendez-vous effectués à leur cabinet médical. L'objectif secondaire était de mettre en évidence les améliorations proposées par les maîtres de stage universitaire interrogés, en ce qui concerne le contenu d'une nouvelle grille d'évaluation.

Globalement, les maîtres de stage insistent sur l'importance d'avoir une grille qui reflète les spécificités de leur pratique en médecine générale. Particulièrement la relation et la communication qu'ils instaurent avec leurs patients. Ils souhaiteraient également que ressortent des notions telles que la découverte du monde libéral, l'observation de situations variées en médecine générale, les techniques d'entretien, la sémiologie et l'assimilation de gestes techniques propres à leur activité. Enfin, ils préconiseraient le regroupement de ces éléments dans une grille simplifiée et précise, adaptée aux niveaux des externes.

Grâce aux critiques recueillies et en nous appuyant sur les données de la littérature, nous avons fait émerger des orientations guidant la révision de la grille d'évaluation du stage d'externe chez le médecin généraliste. Ainsi la nécessité de définir des objectifs précis pour les étudiants comme pour les enseignants, présentés en début de stage et évaluables de façon formative apparaît déterminante. Ces objectifs sont à redéfinir précisément en insistant sur les spécificités de la médecine générale, tout en gardant le besoin de s'adapter aux niveaux des externes.

Mots clefs : maîtres de stages universitaires, grille d'évaluation, médecine générale, recherche qualitative, critique, stage ambulatoire, externes.



UNIVERSITE 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 !