



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Attentes, appréhensions et ressenti des internes de médecine générale
de Lille quant à leur stage de premier niveau.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2016 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Thibaut DESCAMPS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Dominique LACROIX

Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des Abréviations :

- DES : Diplôme d'études spécialisées
- MSU : Maître de stage des universités
- Stage N1 : Stage de premier Niveau
- SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
- UPL : Unité pédagogique locale

Sommaire

Introduction.....	07
Matériel et méthode.....	09
- I) Choix de la Méthode.....	09
- II) Recrutement et population	09
- III) Recueil des données.....	09
- IV) Guide d'entretien.....	10
- V) Analyse des données.....	11
Résultats.....	12
- I) Recueil et Méthode.....	12
- II) Profil des participants.....	12
- III) Analyse des Données.....	14
o 1) Attentes.....	14
▪ a) Découverte de la médecine générale.....	14
▪ b) Formation en médecine générale.....	14
▪ c) Apprentissage de la gestion de Cabinet.....	15
▪ d) Avoir de l'autonomie.....	16
▪ e) Attentes sur le déroulement du stage et sa supervision.....	16
▪ f) Attentes sur la formation.....	17
o 2) Appréhensions.....	17
▪ a) Appréhensions liée à l'interne.....	17
▪ b) Appréhensions liées au déroulement du stage.....	18
o 3) Idées reçues.....	19
o 4) Phase de Supervision Indirecte.....	19
o 5) Autonomie lors du stage.....	22
o 6) Bilan du stage.....	23
▪ a) Un ressenti globalement positif.....	23
▪ b) Une maquette adaptée.....	23
▪ c) Equilibre du stage grâce aux trois MSU.....	24
▪ d) L'importance de l'encadrement.....	24
▪ e) Une autonomie appréciable.....	25
o 7) Soucis lors du stage.....	26
▪ a) Liés à l'interne.....	26
▪ b) Liés au MSU.....	28
▪ c) Liés à l'environnement.....	29
▪ d) Liés à la formation.....	30
o 8) Pistes d'amélioration.....	31
Discussion.....	34
- I) Limites de l'étude.....	34
o 1) Liées à la Méthode.....	34
o 2) Liées à l'échantillon.....	34
- II) Principaux résultats.....	35
o 1) Attentes et déroulement.....	35
o 2) Appréhensions et problèmes.....	38
o 3) Idées Reçues.....	39
o 3) Pistes d'amélioration.....	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	41
Annexe 01.....	43
Annexe 02.....	45

Introduction

Le déroulement du diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale a pour but d'acquérir les compétences nécessaires à la future pratique professionnelle des internes via des enseignements théoriques et pratiques lors de stages.

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3e cycle des études médicales (Chapitre II, article 14) stipule que « l'interne de Médecine Générale doit [...] dans le cadre de ses fonctions extra hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits Maîtres de Stage des Universités (MSU) ». (1)

Ce stage obligatoire est appelé « stage chez le praticien » ou « stage de premier niveau » (Stage N1).

A l'Université de Lille, ce stage se déroule au deuxième ou au troisième semestre du troisième cycle d'études de l'étudiant et constitue souvent le premier contact de l'étudiant avec la réalité de sa future pratique. (2)

L'objectif principal de ce stage N1 est de permettre l'acquisition des compétences propres à la médecine générale qui sont la communication, la coordination et la continuité des soins, la prise en charge globale et des urgences, la formation continue, la prévention et l'éducation des patients. (3)

Un autre objectif de ce stage N1 est de permettre à l'étudiant d'acquérir une autonomie suffisante pour être apte à aborder les très diverses problématiques de l'exercice médical de soins primaires. L'acquisition de cette autonomie est prévue dans la maquette organisationnelle même du stage N1, dont le déroulement est divisé en trois phases : (4)

- Phase d'observation :
 - o L'interne entre en contact pour la première fois avec l'organisation de son MSU, son nouvel environnement de travail et les patients de ce dernier. Cette phase a pour but de faire découvrir à l'étudiant le déroulement des consultations et des spécificités de l'environnement

- Phase de supervision directe :
 - L'interne acquiert un rôle actif avec le MSU en participant et prenant part aux consultations dans ses différentes phases.
- Phase de supervision indirecte :
 - L'interne peut effectuer seul 3 à 5 consultations par jour sous la responsabilité du MSU. Chaque consultation est suivie d'une évaluation avec le MSU pour consolider ses acquis et répondre à ses interrogations.

Ce stage de 6 mois se fait successivement chez trois MSU par période de 2 mois. Organisé en Trinôme ou en Unité Pédagogique Locale (UPL). La spécificité d'une UPL est l'accueil d'un interne N2 en SASPAS. Ces organisations regroupent en principe des MSU proches géographiquement afin de faciliter les échanges pédagogiques lors des réunions mensuelles. (2)

Par dérogation la répartition peut se faire durant les six mois chez les trois MSU un jour fixe dans la semaine : organisation dite « trois jours par semaine ».

Durant leur troisième cycle, ce stage N1 ne sera pour certains internes que le premier et dernier contact encadré de la médecine générale avant d'être autonome et autorisé à exercer. En effet dans une promotion certains internes n'auront pas eu de stage de médecine générale en deuxième cycle et n'auront pas la possibilité de faire de stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS)

Il est donc normal que ce stage N1 suscite à la fois attentes et appréhensions chez les étudiants n'ayant alors connu qu'une approche médicale hospitalière.

Le but de cette étude était donc d'identifier **les attentes, les appréhensions et les ressentis des internes de Médecine Générale de Lille quant à leur stage de premier niveau** pour leur proposer un stage plus adapté et de permettre aux MSU d'éviter certains écueils.

Cette étude de type qualitative s'est particulièrement focalisée sur la phase de supervision indirecte, très spécifique de ce stage.

Matériel et Méthode

I) Choix de la Méthode :

Les attentes, les appréhensions et les ressentis des internes sur leur stage N1 sont à priori subjectifs. La méthode qualitative semblait la plus indiquée pour cette étude en permettant, par sa souplesse et son adaptabilité, d'étudier les expériences personnelles des internes interrogés. (5)

En utilisant cette méthode par approche de la théorie ancrée et une démarche interprétative, il était possible de répondre à la question de recherche. (6 ; 7)

II) Recrutement et population :

L'échantillon de population participant à l'étude était constitué de quatorze internes de médecine générale de la promotion MENDEL effectuant leur stage chez le praticien au cours du deuxième semestre, de mai à octobre, après avoir choisi leur terrain de stage.

Le recrutement s'est fait par appel au volontariat, en direct lors de la répartition des stages N1, puis par sélection semi-aléatoire afin d'obtenir une parité homme femme. Le but était d'obtenir un échantillon raisonné à variation maximale. (8)

Les participants étaient informés que les entretiens se dérouleraient en deux temps, avant et après leur stage.

III) Recueil des données :

Le recueil des données a été réalisé en deux temps par entretiens semi-dirigés, réalisés en face à face entre le chercheur et le participant, dans un environnement calme, grâce à un matériel audio adapté.

A chaque début d'entretien, il était notifié à chaque participant que l'entretien serait rendu anonyme et leur consentement oral confirmé. L'entretien était réalisé en utilisant un guide d'entretien abordant différents thèmes (voir Annexe 01), dans un ordre non immuable. (9 ; 10)

La retranscription de ces entretiens a été faite *ad integrum* : mot à mot, sans reformulation des propos, ni correction des fautes de langage dans le logiciel de traitement de texte Word®.

Pour garantir l'anonymat des internes, les noms propres, de personne ou de lieu, ont été effacés. L'anonymat des étudiants était de plus garanti par l'attribution d'un code pour chacun d'entre eux, constitué de la lettre E et d'un chiffre correspondant à leur ordre d'inclusion dans l'étude.

Deux entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour chaque participant. Le premier était effectué avant le début du stage du participant et portait sur les attentes et appréhensions naïves de l'étudiant. Le second entretien était réalisé après la fin du stage et portait plus sur l'expérience du participant.

IV) Guide d'entretien :

Le guide d'entretien a été réalisé par le chercheur afin d'obtenir un fil conducteur. Conçu avec l'aide du directeur de thèse, il a ensuite été testé avec six internes de médecine générale ayant déjà réalisé leur stage N1 afin de juger de sa pertinence et de l'affiner. Il a de plus été ajusté au fur et à mesure des entretiens réalisés et de leur analyse.

Le guide d'entretien s'articulait autour de thèmes à explorer par le biais de questions ouvertes permettant au participant d'exprimer librement ses attentes, ses appréhensions et ses expériences lors de son stage N1. (9 ; 10)

Les thèmes abordés par le chercheur étaient pour le premier entretien « les attentes, notamment sur l'apprentissage et l'autonomie », les « appréhensions » et les « idées reçues ». Pour le second entretien, le guide était orienté vers les thèmes

suivants : « déroulement du stage », « autonomie lors du stage », « bilan du stage » et « soucis lors du stage ».

Chaque entretien était conclu par une question ouverte permettant d'obtenir d'éventuelles remarques non abordées précédemment, notamment la possibilité aux internes de donner des pistes d'amélioration des stages N1 en fonction de leur expérience.

V) Analyse des données :

L'analyse des données issues des différents entretiens a été réalisée au fur et à mesure de la retranscription des verbatim grâce au logiciel QSR-Nvivo 11®.

L'analyse a débuté par un codage ouvert permettant de regrouper et de résumer les données en catégories correspondant à des concepts particuliers. Puis ces concepts ont été regroupés en catégories thématiques correspondant aux objectifs de l'étude.

Le codage ouvert a bénéficié d'une triangulation avec un deuxième chercheur, interne de médecine générale. Chacun réalisait un codage ouvert individuellement avant de confronter et de discuter des résultats respectifs jusqu'à obtention d'un consensus d'interprétation.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, soit jusqu'à ce qu'aucun nouveau concept n'émerge des nouveaux entretiens. (6) La saturation a été atteinte après onze entretiens pour la première partie et douze pour la deuxième partie de l'entretien. Au total, 28 entretiens ont été réalisés.

Résultats

I) Recueil des données :

Quatorze doubles entretiens ont été réalisés pour cette étude. Le premier entretien réalisé dans le mois qui suit le choix du stage des internes avant le début de leur stage chez le praticien, le second entretien réalisé dans les six semaines après la fin du stage N1, selon les disponibilités organisationnelles de chacun. La saturation a été atteinte après onze entretiens pour la première partie et douze pour la deuxième partie de l'entretien. Chaque entretien a duré entre 10 et 25 minutes.

II) Profil des Participants :

Les quatorze participants sont tous internes de médecine générale en 2^e semestre de la promotion MENDEL de la Faculté de Lille. Tous ont réalisé leur stage N1 dans un terrain de stage présélectionné par leurs soins.

Huit sont des femmes et six des hommes. Parmi eux :

- Deux viennent initialement d'une autre filière médicale que la médecine générale.
- Trois ont réalisé leur second cycle d'étude médicale dans une autre Faculté que Lille.
- Cinq ont réalisé un stage d'externe chez le praticien.
- Onze ont effectué leur stage N1 dans une UPL, trois dans un Trinôme.
- Cinq ont suivi une organisation « trois fois deux mois ».
- Huit ont effectué une organisation « trois jours par semaine ».
- Un a effectué une rotation des praticiens toutes les deux semaines.
- Cinq ont lu leur convention de stage avant de réaliser celui-ci.
- Trois ont réalisé leur stage dans un terrain de stage rural.
- Cinq dans un terrain de stage semi-rural.
- Six dans un terrain de stage urbain.

Participant	Genre	Membre de la Faculté de Lille en Deuxième cycle d'étude	Parcours initial autre qu'interne de médecine générale	Stage d'Externe chez le praticien	Trinôme ou UPL	Terrain de stage	Rotation des MSU	Conventions de stages lues
E01	Femme	Non	Non	Oui	UPL	Rural	Tous les deux mois	Oui
E02	Femme	Oui	Non	Non	UPL	Urbain	Tous les jours	Oui
E03	Homme	Oui	Non	Non	Trinôme	Semi-Urbain	Tous les deux mois	Non
E04	Femme	Oui	Non	Non	UPL	Urbain	Tous les jours	Non
E05	Femme	Oui	Non	Non	UPL	Semi Urbain	Tous les jours	Non
E06	Femme	Oui	Non	Oui	Trinôme	Semi-Urbain	Tous les jours	Non
E07	Homme	Oui	Non	Oui	UPL	Urbain	Tous les jours	Oui
E08	Homme	Oui	Non	Non	UPL	Rural	Tous les deux mois	Oui
E09	Femme	Oui	Non	Non	UPL	Urbain	Tous les jours	Non
E10	Femme	Non	Non	Non	UPL	Rural	Tous les jours	Non
E11	Homme	Oui	Non	Non	Trinôme	Urbain	Tous les jours	Non
E12	Homme	Oui	Oui	Oui	UPL	Semi-Urbain	Toutes les deux semaines	Non
E13	Homme	Non	Non	Oui	UPL	Semi-Urbain	Tous les deux mois	Oui
E14	Femme	Oui	Oui	Non	UPL	Urbain	Tous les deux mois	Non

Tableau 01) *Caractéristiques principales des Internes participant à l'étude*

III) Analyse des données :

1) Attentes

a) Découverte de la Médecine générale

La première attente des étudiants était la découverte de la médecine générale et de leur future pratique :

« Mes attentes... Découvrir la médecine de ville, surtout. » E03

« Je veux voir ce que c'est pour voir c'est quoi le métier de médecin généraliste. » E07

Certains attendaient même ce stage pour décider d'un éventuel droit au remord :

« Donc là, j'attends de voir si je vais rester dans ce domaine ou si je vais changer. » E03

De nombreuses internes souhaitaient avoir au moins un MSU féminin afin d'avoir un aperçu de la conciliation entre leur future pratique et vie de famille :

« J'aurais bien aimé avoir une femme, voir comment elle gérait sa vie familiale à côté. » E5

b) Formation en médecine générale

Les internes attendaient également beaucoup du stage pour apprendre les compétences et les prises en charge spécifiques aux soins ambulatoires :

« Surtout on va dire la prise en charge symptomatique, des médicaments, des traitements, pour tout ça... » E03

Pour cela, la formation des MSU était mise en avant :

« J'espère que les prat' sont bien portés sur les recommandations, qu'ils sont pédagogues et qu'ils me permettent d'apprendre pas mal de trucs. » E07

De même que les capacités pédagogiques des MSU :

« Après c'est plus "est-ce que c'est de bons formateurs". » E10

Les internes étaient aussi demandeurs d'apprendre le suivi des patients :

« D'une part apprendre tout ce qu'on n'apprend pas du tout à l'ECN, je pense dans le suivi, surtout les méthodes de suivi, parce qu'en fait on apprend le diagnostic, les thérapeutiques mais on n'apprend pas le suivi. » E04

Ainsi que l'apprentissage de la gestion des examens complémentaires :

« Et aussi de gérer tous les examens complémentaires ! Parce que c'est pareil, même les stages d'urgence, on voit un peu des motifs de médecine générale, mais du coup, c'est beaucoup plus facile : on leur fait à tous un bilan biologique, BAM ! Éventuellement on leur fait une radio, et après ça on les laisse patienter 2 heures et après ça on regarde, on leur dit "c'est bon, il n'y a rien". Mais, en méd' gé, on ne fait pas ça ! [...]. Et ça, moi, je ne sais pas faire. Donc j'attends à ce qu'on m'apprenne. Enfin, j'espère ! » E10

Ils voulaient aussi apprendre à effectuer une prise en charge sociale :

« Et surtout il y a des trucs que l'on ne fait pas ! On prend en charge la problématique médicale mais moi, je ne sais pas les problématiques sociales. A l'hôpital, j'appelle l'assistante sociale. Plein de choses comme ça ! Mais en médecine générale, je ne sais pas comment ils font. » E10

« Comment on gère tout ça, [...] la part sociale aussi, surtout la part sociale de la médecine. » E11

Et également découvrir les gestes techniques pouvant être effectués en soins ambulatoires :

« Donc après j'ai vu pour les prat' qui font des actes. [...] Par exemple des poses de stérilet, des abcès... Des actes techniques. » E03

c) Apprentissage de la gestion de cabinet

Une autre attente des internes était d'apprendre les compétences nécessaires à la gestion d'un cabinet de médecine générale :

« Alors, ce que j'attends de ce semestre, c'est plutôt la gestion surtout de la partie administrative de la médecine. » E11

Ce qui incluait la découverte et l'utilisation des logiciels médicaux :

« Et surtout ce que j'aimerais bien voir, [...] c'est voir plusieurs logiciels médicaux, enfin de gestion de dossier. » E08

Et l'apprentissage des formalités administratives et de la sécurité sociale :

« Qu'ils me permettent d'apprendre pas mal de trucs et j'aimerais bien aussi voir tous les côtés un peu négatifs, toute la paperasse, etc. en dehors du médical qui est quand même une grosse partie et dont je n'ai jamais vu la couleur. » E07

d) Avoir de l'Autonomie

Avoir de l'autonomie était également une composante importante des attentes de l'interne :

« Les commentaires et j'ai éliminé directement ceux où ils ne laissaient pas d'autonomisation, ceux où ils disaient " tu restes la majorité du temps derrière le bureau et tu ne fais rien". » E08

« J'espère qu'effectivement on va avoir plusieurs jours d'autonomie donc de supervision indirecte si tout se passe bien avec le médecin. » E13

Néanmoins, cette autonomie était attendue comme progressive :

« Alors moi, l'idéal, je trouve que ce serait progressif. » E04

Le but étant d'être autonome et apte à remplacer en fin de stage :

« J'espère qu'après ça, je serai formée à la médecine générale et que je serai prête à faire des remplacements » E10

e) Attentes sur le déroulement du stage et sa supervision

Le déroulement du stage en lui-même et la supervision dont ils bénéficieraient étaient également une préoccupation des internes qui attendaient d'être impliqués par les MSU :

« Après, ça ne me dérange pas au début, [...] d'avoir mon propre rôle mais avec le prat'. Ça

ne me dérange pas mais au moins qu'il me laisse examiner, qu'il dise "voilà, tiens, tu vas avoir tel rôle. Qu'est-ce que tu ferais ? Qu'est-ce que tu mettrais ?" Vraiment qu'il m'implique. » E09

Ils souhaitaient également effectuer un débriefing en fin de journée :

« Au début, j'aimerais bien qu'il y ait le prat' et après être seule puis pouvoir débriefer, pouvoir reparler des patients et de ceux qui m'ont posé problème parce que, je pense, tous, on n'aurait pas le temps, et d'avoir le temps de parler de ça. » E14

Et enfin d'avoir des MSU joignables ou physiquement présents :

« J'espère quand même qu'il sera disponible si jamais il y a des questions parce que dans différentes évaluations j'ai pu voir que l'on pouvait les joindre par téléphone mais j'espère qu'ils ne seront pas trop loin non plus physiquement. » E13

f) Attentes sur la formation

Dernière attente, deux internes pensaient pouvoir profiter de leur stage pour obtenir un sujet de thèse :

« Mais c'est plus que j'espérais avoir pendant mon stage parce que je savais qu'il était maître, directeur de thèse donc j'espérais avoir mon sujet en sortant. » E07

2) Appréhensions

a) Appréhensions liées à l'interne

Les appréhensions des internes quant au déroulement du stage se concentraient sur deux sources principales. Tout d'abord, ils doutaient de leurs propres capacités.

Les internes craignaient être insuffisamment préparés ou compétents :

« C'est peut-être ça qui me fait un peu flipper, d'avoir l'impression de ne rien savoir ou de ne rien savoir faire au début. » E07

« Et bien plus ne pas savoir quoi faire devant le patient. Des questions auxquelles je n'avais

pas de réponse, où je n'étais pas préparée. » E10

Du fait, entre autre, de la différence avec leurs habitudes hospitalières :

« Enfin la médecine générale c'est quand même quelque chose qui ressemble absolument pas à ce qu'on fait à l'hôpital. » E04

Ils redoutaient donc de devoir trop solliciter le MSU :

« Je crains de ne pas savoir quoi faire et d'appeler tout le temps mon praticien, qu'il me tape sur les doigts parce qu'il en a marre d'être appelé tout le temps pour des bêtises. » E01

Ou de se sentir capable de remettre en cause d'une prise en charge décidée par le MSU :

« Je ne veux pas réviser les choses. Je ne veux pas... comment dire... changer une prise en charge. » E03

b) Appréhensions liées au déroulement du stage

La seconde source principale d'appréhensions des internes quant à leur stage était liée au déroulement du stage. Les internes craignent de ne pas être suffisamment impliqués dans le stage par leur MSU :

« On est en rôle d'observation, on est peut-être moins impliqué et du coup on apprend moins de choses parce qu'on se sent moins investi. » E04

Ou au contraire, d'être livrés à eux-mêmes, voire de faire un remplacement déguisé :

« Ce que je ne veux absolument pas, c'est un praticien, lors de la supervision indirecte, qui euh... finalement, il ne soit pas dans le cabinet, quoi, qu'il soit difficile à joindre ou autre chose. Qu'il parte ailleurs et qu'il me laisse tout seul. » E08

Mais ils craignaient aussi d'avoir trop peu, voire pas, d'autonomie, ou qu'elle soit trop tardive :

« Je ne veux pas être la fille qui ne parle pas, dans le coin et le cul sur une chaise tout le temps. Je ne veux pas être l'externe ! Ah non ! Je ne veux pas être l'externe en stage

d'observation, je veux quand même examiner du patient. Je trouve que c'est important. » E09

« Moi, je n'ai pas envie de rester à écouter des consultations pendant 6 mois. » E10

Enfin, ils redoutaient également la réaction des patients

« Parce qu'après [les patients] peuvent être un peu réticents s'ils sont habitués à leur prat' » E06

Cinq étudiants sur quatorze dans l'échantillon avaient réalisé un stage chez le praticien lors de leur second cycle d'étude. Leurs attentes et appréhensions n'étaient pas différentes des autres internes.

3) Idées Reçues

Les internes avaient également plusieurs idées reçues, parfois contradictoires, sur le stage N1.

Notamment, certains internes avançaient qu'une UPL est synonyme d'une meilleure formation et autonomie :

« Déjà je voulais une UPL plus qu'un trinôme parce qu'on m'avait dit que la formation était meilleure. » E01

« D'après ce que j'ai compris, dans une UPL, on est très vite mis en autonomie. » E06

Et que dans une UPL, les praticiens se connaissent mieux, ce qui assure un meilleur suivi

« Moi, déjà, je préférais avoir une UPL parce que j'aimais bien le concept que les médecins se connaissent les uns les autres et que je puisse avoir un peu... 'fin voilà, un suivi. » E10

D'autres semblaient penser qu'une UPL dont les membres sont proches du Département de Médecine Générale serait synonyme d'une meilleure formation :

« Et en ayant des prat' connectés au... 'fin... département de médecine générale, je me suis dit qu'il serait peut-être plus enclin à nous faire apprendre des choses et nous rendra bien plus autonome parce qu'il était plus au courant. » E04

Quant à l'organisation du stage, l'organisation en trois fois deux mois jugée supérieure par certains internes :

« Parce que je pense qu'effectivement, j'aurai plus de temps... J'aurai plus de temps pour évoluer, me familiariser avec le fonctionnement de chacun, et que je pense que pour ma formation, ce sera plus profitable, d'avoir plus de temps pour m'adapter à eux progressivement, en fait. » E05

Et l'organisation en trois jours par semaine jugée supérieure par d'autres :

« Je trouve qu'au moins on va évoluer de la même manière chez les trois. » E06

« Je préfère comme ça, comme ça, ça m'évite d'être 2 mois chez le même, comme ça je vais galérer chez les 3 d'un coup et je pourrai voir ma propre évolution chez les 3. Ça m'éviterait de galérer chez le premier et de re-galérer dans 2 mois chez un autre et de re-galérer dans 4 mois chez l'autre, le 3ème. » E11

4) Phase de Supervision Indirecte

Quand la phase de supervision indirecte était réalisée, ce fut de manière progressive :

« Et sur le truc de l'autonomie, c'était vraiment progressif et moi j'ai trouvé ça bien. » E10

« Oui, on bosse progressivement et puis oui c'était très bien, ni trop ni pas assez. » E12

Parfois, elle était indistincte de la phase de supervision directe :

« C'est-à-dire qu'il n'y a pas eu vraiment une démarcation « je suis toujours avec toi / je ne suis jamais avec toi ». [...] Ça a été un mélange de tout sans période distincte. » E07

Et quelque fois limitée aux motifs de consultation simples :

« Voilà, au début, ils ont essayé de me mettre des motifs un peu bateau. » E01

Enfin, elle était débutée ou supervisée par certains MSU via un logiciel :

« "Mais ne t'inquiètes pas je suis à la maison et je suis sur Team Viewer® ", ce qui m'a beaucoup rassuré et m'a laissé un filet de sécurité. Il était donc à son domicile devant son ordinateur et si j'avais des questions quant à la consultation je pouvais les lui poser. » E05

Lors de cette phase, il arrivait que les patients soient sélectionnés pour l'interne et/ou prévenus qu'ils verraient ce dernier

« Oui quand même je pense qu'il y avait un tri. Les patients qu'il connaissait bien, qui avaient l'habitude et qui se sentaient trop délaissés il les gardait pour lui. » E02

« Ils ont été prévenus que c'était moi. Que c'était un interne. » E08

Mais des fois, ce n'était pas le cas. L'interne voyant des patients sans sélection préalable :

« Non il n'y avait pas de tri, j'avais de tout. » E11

La phase de supervision indirecte était parfois planifiée avec le MSU :

« Les journées complètes, c'étaient toujours planifié. » E11

« C'était plutôt des créneaux dédiés. » E13

Mais la supervision indirecte semblait également quelques fois dépendante des circonstances :

« Non, c'était un peu plus improvisé. Du genre « bon tu vas continuer les visites. » E09

« Pour lui la mise en Autonomie avait lieu quand ça l'arrangeait lui plus que pour mon apprentissage à moi. » E05

Et n'a parfois pas été réalisée du tout :

« Il m'a laissé deux fois. Une fois pour aller chez le coiffeur, une fois pour aller à une thèse. » E09

Un MSU étant étonnamment contre cette phase

« C'était un peu compliqué parce qu'en fait, il n'y a pas eu... Elle était contre la supervision indirecte, donc je n'ai jamais été en supervision indirecte avec elle. » E04

Néanmoins, lors de la phase de supervision indirecte, les MSU étaient quasiment toujours joignables ou physiquement présents ailleurs dans le cabinet :

« Je n'ai eu jamais aucun souci avec lui. Jamais. Il répondait dans la minute. » E01

« Et bien en fait le cabinet était assez grand, il y avait un appartement au-dessus du cabinet et en fait le médecin était dans l'appartement au-dessus. » E08

5) Autonomie lors du stage

La durée des plages d'autonomie a été très variable d'un MSU à l'autre. Elle était, chez certains, liée à un créneau horaire :

« C'était plutôt des créneaux dédiés, c'était régulièrement des créneaux de 2h en début d'après-midi. » E13

« C'était max 3-4h maximum avec lui, il ne m'a jamais laissé seule une journée complète. C'est vraiment une manière de faire que j'ai apprécié. » E05

Mais chez d'autres MSU, ces plages pouvaient être étendues à une demi-journée complète :

« C'était des demi-journées souvent l'après-midi, la matinée je la passais avec lui, je consultais mais il était là, l'après-midi il me laissait tout seul. » E12

Et chez certains, l'interne était laissé autonome pendant des journées complètes :

« Oui, j'ai fait une bonne semaine où je faisais les journées entières. » E08

« Donc je faisais des journées complètes tout seul et il était toujours joignable. » E011

Le nombre de consultations quotidiennes était également très variable selon le MSU et pouvait varier de moins de cinq par jour à presque quarante !

« Il me laissait peut-être 3 ou 4 consultations sur la journée. » E07

« Dix à quinze consult. » E3

« Ah oui, je pouvais en avoir 30 – 35, facile ! » E12

6) Bilan du stage

a) Un ressenti globalement positif

La plupart des internes ont été satisfait de leur stage N1, de son déroulement et de leurs acquis. Que les internes soient issus d'une formation initiale de médecine général ou non :

« Oui, ça c'est globalement bien passé. » E01

« C'était super, j'ai adoré. » E05

Néanmoins, la seule exception était intense avec une remise en cause de la future pratique :

« Moi je me suis aperçu que mon stage ça me faisait un petit peu peur de m'installer en libéral. » E09

b) Une maquette adaptée

Les internes ont également apprécié le déroulement du stage comme précisé dans sa maquette. Le respect des trois phases du stage était un point positif de ce dernier :

« Sinon la maquette en elle-même elle est bien. » E08

« Il fallait faire les trois phases : observation, supervision directe et supervision indirecte, dans cet ordre. » E08

c) Equilibre du stage grâce aux trois MSU

Certains internes ont également fait remonter l'intérêt d'avoir trois MSU différents. Cette rotation permettait un certain équilibre du stage. En effet, parfois les MSU n'en étaient pas au même point de l'avancée dans les phases ou de l'autonomie accordée :

"Oui. Complètement, puisqu'il y en avait un c'était complètement l'inverse, j'ai été totalement autonome dès les premiers jours. Et un qui respectait un peu plus la chronologie. Donc du coup au début, c'était un bon refuge. Il y avait des jours... enfin à la rigueur, là ça a été salutaire d'avoir un jour, un jour, un jour parce que je pense que si j'avais eu toute une semaine perdue, ça aurait été compliqué. Alors que là, il y avait un jour dans la semaine que je redoutais et à côté de ça j'avais une super, enfin, j'étais bien encadré par les autres, j'avais le temps de, voilà. » E04

Ou plus simplement, les pratiques ou patientèles différentes permettaient à l'interne de découvrir un plus vaste panel de possibilités :

« Ce que j'ai trouvé intéressant c'est l'organisation de chaque médecin que j'ai trouvé très intéressante car il n'y en a pas un qui organisait pareil ses journées et ses activités pareil. J'ai trouvé intéressant de voir autant de liberté chez chacun. » E13

d) L'importance de l'encadrement

Les Internes mettaient en avant le fait d'avoir été impliqués dans les consultations et de voir leurs avis pris en compte :

« Mais j'ai été vraiment très agréablement surpris sur le fait qu'ils acceptaient les idées que j'amenais, sur mes propositions. » E13

De même ils pointaient l'intérêt d'un MSU joignable ou présent :

« Il m'a mis directement en consultation indirecte avec des patients mais toujours joignable. Là, une fois de plus, je n'ai jamais eu de problème ». E01

Ils faisaient aussi état de l'importance de la formation des MSU :

« Après je pense que les prats ils ont des formations où on leur explique bien le rôle de l'interne

et tout. [...] Honnêtement ils avaient bien compris le rôle de l'interne et que l'on n'était pas là pour faire des consults sans eux ou ce genre de chose. Ils avaient bien compris le rôle de l'interne et eux je trouve qu'ils faisaient cela très bien. » E14

Et de l'importance de la capacité des MSU à s'adapter aux Internes :

« Le deuxième ça a été du travail et une réflexion, il s'est adapté à nos personnalité ce qui était chouette quoi. De pointer nos difficultés, nos blocages pour passer à l'autonomie. » E06

e) Une autonomie appréciable

Les internes notaient l'intérêt d'une autonomisation rapide :

« Non, non, cela allait assez rapidement dans les étapes, c'était plutôt pas mal, ce n'était pas désagréable. » E12

Mais progressive :

« Et sur le truc de l'autonomie, c'était vraiment progressif et moi j'ai trouvé ça bien. » E10

Les internes mettaient également en avant la relation de confiance mise en place avec le MSU :

« On se faisait confiance mutuellement sous réserve qu'il fallait ne pas hésiter à les contacter s'il y avait un souci. On était sur une relation de confiance. » E11

Quant aux consultations réalisées seul, elles étaient au centre de l'apprentissage de l'autonomie selon les étudiants :

« Le fait d'être en supervision indirect vite je me suis rendu compte que ceux qui n'ont pas la chance d'avoir des prats aussi cools et bien ils vont se rendre compte que finalement ils ne sont pas être aussi à l'aise. J'imagine assez mal après l'internat, aller directement faire ses consultations tout seul sans l'avoir jamais fait. » E11

Et le débriefing systématique était noté essentiel pour répondre aux questions et noter les lacunes de l'interne :

« Ca le débriefe c'est bien parce que nous on n'y pense pas, on est sorti de l'hôpital : arrêter le tabac on s'en fout quoi, on lui met sur le courrier et puis voilà. » E11

Enfin, les internes se jugeaient autonomes en fin de stage et aptes au

remplacement :

« Alors ok je vais faire un SASPAS mais à la fin moi j'avais l'impression d'avoir vachement progressé [...] Je me sens autonome. »

Cependant, cinq consultations seul par jour était un chiffre jugé insuffisant pour l'autonomisation :

« Si je n'en avais eu de 4, 5 effectivement cela aurait été un petit peu plus frustrant. » E07

7) Soucis lors du stage

a) Liés à l'interne

Un des soucis rencontrés lors du stage était simplement la difficulté de l'interne à se lancer dans l'autonomie :

« On s'est rendu compte qu'on stagnait un peu, j'avais du mal à passer à l'étape supérieure parce que comme il était là, je trouvais toujours le moyen de lui demander son aval et j'avais besoin de me rassurer. » E05

Parfois, l'autonomie accordée a été jugée insuffisante :

« J'aurais bien aimé avoir un peu plus d'autonomie. » E09

Un autre souci était que certaines structures de soins étaient jugées trop similaires à l'hôpital :

« L'EHPAD cela me soulait parce que ça me rappelle un peu l'hôpital, cette structure avec que des personnes âgées, ça je n'aime pas ça. » E08

Le fait qu'aucun MSU du trinôme ou UPL de l'interne n'était une femme a parfois été mis en avant :

« J'aurais bien aimé avoir une femme dans mon UPL ou trinôme pour voir un petit peu si c'était différent. Ça, ça m'a manqué. » E09

De même que le fait que les MSU n'avaient pas de « pratique spécifique » autre que la médecine générale, comme gynécologie ou pédiatrie :

« Déjà aucun d'entre eux ne faisait de gynéco donc ça j'ai été un peu déçue parce que je me

disais que c'était l'occasion de faire des frottis, des examens gynéco et en fait ils font pas mais ça c'est voilà c'est comme ça quoi. » E10

Ou que certains internes, tous en terrain de stage urbain, jugeaient ne pas avoir réalisé assez de gestes techniques :

« Le seul petit point négatif vraiment du stage c'est que je n'ai pas fait beaucoup de gestes pratiques. » E08

De plus, quand certaines phases du stage n'avaient pas été effectuées, la formation n'était pas jugée optimum par les étudiants :

« Pas tellement. C'était plus direct. En fait il partait du principe qu'on apprenait sur le tas et donc du coup j'étais directement en supervision directe. Donc là ça a été un petit peu plus compliqué surtout que moi je n'avais pas fait de stage de médecine générale en tant qu'externe. » E04

« Il m'a proposé une fois une matinée toute seule pour que ça l'arrange et que je le remplace mais comme à ce moment-là il me laissait pas gérer et que son ordinateur, son logiciel je comprenais rien du tout, sa compta non plus, je lui ai dit que non. » E09

Parfois, les internes n'étaient simplement pas en accord avec les pratiques des MSU :

« Elle avait une méthode de prescription qui n'était pas forcément la mienne, avec notamment beaucoup d'antibio, donc du coup c'était beaucoup plus compliqué pour assurer les consultations toute seule. » E04

Ou ne se jugeaient pas suffisamment compétent pour intervenir :

« Parce que je manque de connaissances pour ce qui est de la médecine générale. » E01

Enfin, il arrivait qu'il y ait une incompatibilité de caractère entre l'interne et le MSU :

« De toute façon il menait toujours la barque et je trouve qu'il avait un contact particulier. [...] moi j'ai trouvé que c'était un peu bizarre, le contact était un peu bizarre. [...] mais moi j'ai pas accroché avec sa façon d'être. Après il est pas méchant hein ! mais voilà, ça n'a pas trop collé. » E09

b) Liés au MSU

Un souci récurrent était l'autonomie accordée à l'interne qui n'était pas suffisante :

« J'ai pratiquement pas eu d'autonomie. » E09

Ou alors, sans progression réalisée lors du stage :

« C'était à peu près une consultation sur quatre ou cinq et c'est resté comme cela jusqu'à la fin du stage. Donc ça j'ai moins aimé parce que j'aurais voulu qu'il y ait une progression et qu'à la fin je fasse beaucoup plus de consultations alors que dès la 2^{ème} semaine en fait j'en ai fait autant qu'à la dernière semaine de stage. » E14

Un autre souci était l'absence de débriefing avec l'interne :

« Je n'ai pas fait une journée intégrale complète toute seule et je n'ai eu que peu de débriefe à la fin. Il était pressé. » E05

D'autre part, l'interne n'était parfois pas impliqué activement dans la consultation et son avis n'était pas en compte :

« J'aurais aimé avoir un peu plus ma place en consultation. » E09

« Bah la troisième, juste la troisième elle écoutait mais comme elle avait sa façon de voir... mais je pouvais exprimer mon opinion et elle ne se moquait pas forcément, c'est juste que, elle m'expliquait par A plus B, ce qui n'était pas toujours faux d'ailleurs, que elle, elle faisait comme ça et que c'était comme ça. » E04

De plus, certains internes avaient l'impression d'effectuer un remplacement déguisé :

« J'avoue que très honnêtement la dernière quinzaine j'avais l'impression de faire un remplacement et de ne pas avoir la compensation financière ni même un merci. » E05

Les internes se sont également plaints d'avoir eu des MSU peu impliqués dans leur formation :

« Le numéro 1 c'était un médecin en fin de carrière, je pense qu'il prenait des internes plus pour s'amuser qu'autre chose. » E14

Ou d'avoir eu des MSU non formés ou non joignables au besoin :

« Non pas trop, j'ai eu du mal à le joindre et les patients n'étaient pas au courant. » E05

« Non justement il était en train de se former à ça avec la fac sur l'autonomie indirecte qu'il n'avait pas validé. » E05

Un autre souci était le déséquilibre trop important des phases du stage entre les MSU, gênant l'apprentissage de l'interne :

« Bah, peut-être éventuellement moins mélanger les praticiens comme ça, [...] du coup, c'était désorganisé parce que, quand je commençais à faire de la supervision indirecte chez le 2ème, [...] je suis partie une semaine chez le 3ème avec qui j'ai rétrogradé du coup. » E01

Enfin, certains internes ont regretté que peu de gestes techniques ambulatoires leur soient proposés :

« Non pas vraiment, j'ai déjà fait mon rapport de stage et dans mon rapport le seul petit point négatif vraiment du stage c'est que je n'ai pas fait beaucoup de gestes pratiques. » E08

c) Liés à l'environnement

Un des soucis pointé était l'éloignement du terrain de stage par rapport au domicile de l'interne :

« Le souci c'est que moi mon stage, j'avais une heure de route en fait. Une heure de route pour rentrer chez moi. » E08

Un autre, que les patients ne voulaient pas être reçus par un interne :

« Y a des gens qui partent, qui veulent pas que ce soit le remplaçant. » E03

« Je pense que c'est moins clair donc s'ils viennent le voir c'est lui qu'ils sont sensés voir. » E07

Où que le stage était trop court, soit parce qu'il n'y avait pas assez de jour par semaine consacrés à celui-ci :

« Deuxième point, par rapport au deuxième stage, j'aurais préféré y aller plus souvent. Parce que là sur deux jours, même si c'est deux jours bien complets avec des horaires assez lourds, finalement ça suffit pas, même pour bien se connaître et donc bien se faire confiance. » E08

Soit parce que le MSU était absent :

« Alors le numéro deux c'était particulier étant donné qu'on s'est moins vu parce qu'elle a pris des congés pendant le stage. » E08

d) Liés à la formation

Le stage était parfois jugé trop court pour englober la totalité des compétences à acquérir :

« En fait, je me suis rendue compte au fur et à mesure qu'on pouvait gagner en autonomie que quand on avait certaines connaissances, connaissances que je n'avais pas pour la médecine générale parce que ce n'est pas ce qu'on pratique tous les jours à l'hôpital, bien sûr, et donc, à partir de ce moment-là, bah il fallait que j'acquies les connaissances, ce qui peut prendre un peu de temps pour éventuellement commencer à prendre en autonomie. Et clairement, je trouve que le stage n'a pas duré assez longtemps pour ça. » E01

Ainsi que pour développer l'autonomie :

« Non. En fait je juge que je n'ai pas eu assez de temps pour bien développer mon autonomie. Ça veut dire qu'en fait je pense que j'ai évolué au rythme que je voulais mais que je n'ai pas assez de temps pour continuer ma "courbe de croissance autonomie". » E01

La formation initiale par la faculté était jugée insuffisante et inadaptée à la pratique ambulatoire par certains internes :

« Et d'ailleurs, ce qu'on est censé acquérir en ED, ce n'est pas du tout les connaissances pratiques qui sont censées nous former. Peut-être améliorer, justement, au préalable, ce qu'on est censé apprendre pour la médecine générale, ne pas faire des ED théoriques qui n'en finissent pas et se poser au contraire des questions pratiques du style : "bon bah voilà, il y a telle situation, concrètement, je fais quoi ? Je demande à qui ? Je fais quoi ?" Je pense que ça nous aiderait plus dans la démarche même analytique d'une consultation de médecine générale en disant : "bah voilà, j'ai la situation, je fais quoi, je demande à qui ?". » E01

8) Pistes d'amélioration

Les principales pistes d'amélioration du stage N1 par les internes pointent sur l'autonomie.

En effet, les internes désiraient le plus d'autonomie possible :

« Oui et je pense qu'il faut beaucoup d'autonomie pour ce stage-là, pour ceux veulent faire le prat', je pense que c'est important au moins dans le N1 que l'on leur parle d'autonomie. C'est ce qui m'a permis de voir ce qui m'attendait car en observation on ne s'en rend pas trop compte des difficultés mais quand on est tout seul on se rend vite compte de ce que l'on a besoin et on peut se préparer pour plus tard quand on va remplacer. » E11

Que ce soit par l'organisation de demi-journées complètes en autonomie :

« Et que, mais ça je l'ai lu bien plus tard, que normalement on ne devait pas faire de demi-journées ou de journées complètes en supervision indirecte mais seulement sur certaines consultations... quatre ou cinq par jour pas plus. Mais je pense que ce n'est clairement pas assez et que ce que j'ai fait, les peut-être pas les journées entières mais les demi-journées c'est l'idéal. » E08

Ou par l'augmentation du nombre de stages ambulatoires :

« J'ai eu un énorme sentiment positif et j'aurai préféré qu'il y ait encore d'autres stages comme ça. » E07

« Oui, je pense qu'il nous faudrait plus de stages chez le prat. » E08

Pour un meilleur suivi de l'interne, il était proposé des réunions régulières entre MSU et internes :

« Bah, peut-être plus imposer mais c'est difficile parce que c'est aussi la liberté des praticiens dans leur cabinet, mais c'est vrai que plus imposer un schéma ou, comment dire, un suivi plus régulier parce que nous, en fait, on a eu une réunion à la fin du stage avec les 3 prat' et les 3 étudiants en SASPAS en disant : "bah voilà, ça s'est passé comme ça, comme ça" mais si il y avait eu des réunions plus régulières ou un suivi plus régulier, peut-être que ça aurait poussé vers le haut ». E01

Et également une adaptation des terrains de stage par rapport à la localisation de l'étudiant :

« En fait je pense qu'il faudrait essayer d'adapter le terrain de stage par rapport à la localisation géographique de l'étudiant. C'est-à-dire que c'est pas normal que je doive faire une heure de route pour aller sur mon terrain de stage. Même si au final ça m'a apporté beaucoup de choses et que je ne suis pas déçu du stage, si ça avait été un stage moins bien, moins intéressant, ça aurait été très désagréable. Moi j'avais un moyen de locomotion, pour les autres qui n'en n'ont pas, aller sur ce terrain-là, c'est impossible. Je dis pas que c'est faisable hein, mais ça serait vraiment bien. Peut-être en découplant en territoire genre région de Lille, Dunkerque-Boulogne, Valenciennes, etc. Sinon la maquette en elle-même elle est bien. » E08

Il était également émis l'idée de l'intégration de Maisons de Santé Pluridisciplinaires aux terrains de stage :

« Peut-être inclure plus de maisons de santé si c'est possible parce que je trouve que ça a été un apport vraiment très enrichissant. » E04

Ainsi que d'étendre l'organisation trois jours par semaine pour tous les terrains de stage :

« Après je trouve que le fonctionnement « 1 jour chez chacun » c'était super et qu'il faudrait cela pour tout le monde parce que vraiment au niveau de la progression c'est vraiment beaucoup mieux comme cela. Ca permet aussi de mieux comparer les manières de faire chez les uns et les autres. Je trouve que c'était vraiment bien comme cela. » E06

« Après le un jour, un jour, un jour, si tout le monde joue le jeu, je pense que c'est le mieux. » E04

Il était également proposé que le stage N1 apporte une aide à l'étudiant pour sa thèse :

« Sur le stage, pas spécialement sur le stage, sur la pratique ce qui pourrait être intéressant comme ce sont des maitres de stage c'est aussi le côté recherches et thèses. Essayer d'en parler un petit peu avec nous car ils ont l'habitude des internes, je pense que c'est presque les mieux placés pour nous aiguiller sans dire qu'ils soient maitre de thèse derrière, mais cela serait vraiment intéressant . »

Enfin, il était proposé que la formation assurée par la faculté soit plus orientée vers la pratique :

« Peut-être améliorer, justement, au préalable, ce qu'on est censé apprendre pour la médecine générale, ne pas faire des ED théoriques qui n'en finissent pas et se poser au contraire des questions pratiques. » E01

Discussion

1) Limites de l'étude

1) Liées à la Méthode

Le recueil de données s'est fait en deux temps, ce qui aurait pu causer un problème si la saturation n'était pas obtenue lors de la deuxième partie d'entretien. Néanmoins, le nombre important de participants limitait cette possibilité.

Les entretiens et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne, ce qui peut causer un biais de recueil. La triangulation du codage ouvert, réalisée avec un autre étudiant, renforce la validité interne de l'étude.

Le chercheur étant lui-même interne de médecine générale ayant effectué un stage N1, ses expériences personnelles ont pu influencer le guide d'entretien ou même les réponses des participants. Ce biais a été limité par les tests du guide d'entretien avec d'autres internes de médecine générale.

Il y a eu des incompréhensions entre le chercheur et les participants, des précisions étant demandées par questions fermées, causant un biais d'investigation puisque de telles questions peuvent influencer les participants.

De plus, même s'il était précisé que les entretiens seraient rendus anonymes, la présence du matériel d'enregistrement pouvait provoquer une gêne et une retenue de la part des participants.

Enfin, l'étude qualitative a pour inconvénient, inhérent à la méthode, de ne pouvoir extrapoler les résultats à l'ensemble de la population visée.

2) Liées à l'échantillon

Le recrutement a été réalisé par appel au volontariat lors de la répartition de stage N1. Lors de cette répartition, du fait de l'organisation de la faculté de Lille, seule la moitié de la promotion cible était présente, ce qui a pu causer une limite dans la sélection des participants. (11)

De même, tous les participants ont effectué leur stage N1 dans un terrain de stage qu'ils avaient présélectionné selon leurs critères personnels.

Les participants ont été sélectionnés de proche en proche afin de constituer une population hétérogène. Le chercheur a essayé d'obtenir une répartition équilibrée de son échantillon en respectant la mixité homme/femme. Cependant il y a une prédominance des femmes dans l'échantillon (57%).

II) Principaux Résultats

1) Attentes et déroulement

Les internes de médecine générale effectuaient leur première réelle rencontre avec leur future pratique lors de leur stage N1 car ils ont rarement pu réaliser un stage de deuxième cycle chez le praticien. Ils avaient une conscience aigüe de ce fait et de la différence entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. (12)

Leurs attentes étaient donc concentrées sur la découverte de leur future pratique ce qui était retrouvé dans la thèse de Badie-Perez R. (13). L'acquisition des compétences spécifiques, les prises en charge particulières comme la gestion des examens complémentaires étaient également attendues. Il en était de même avec le suivi des patients, les gestes ambulatoires ou la prise en charge sociale.

Ils s'attendaient également à acquérir les compétences liées à la gestion d'un cabinet, la maîtrise des logiciels médicaux dédiés et des questions administratives.

Les attentes des internes n'étaient pas différentes s'ils avaient déjà effectué un stage chez le praticien lors de leur deuxième cycle d'étude.

Ils comptaient sur ce stage pour préparer leur future pratique et les internes féminines souhaitaient souvent avoir un MSU femme pour voir comment ces dernières conciliaient pratique et vie familiale.

Ils voulaient, à la fin de leur stage N1, être autonomes et aptes au remplacement (13). Néanmoins ils souhaitaient acquérir cette autonomie de manière progressive et encadrée.

Pour tout cela, ils attendaient beaucoup des MSU, qu'ils espéraient à jour dans leur formation et pédagogues. Ils s'attendaient à être intégrés dans la pratique du MSU, avec un rôle propre à jouer, à recevoir un débriefing afin de pouvoir poser leurs questions. Ils espéraient également que lors de la phase de supervision indirecte, le MSU soit joignable ou proche afin d'être sollicité au besoin.

Enfin, deux internes ont émis le souhait que ce stage leur permette d'obtenir un sujet de thèse de la part de leur MSU. Ce qui était retrouvé par une enquête nationale de l'ISNAR IMG (14)

Le déroulement des stages des internes interrogés a été pour le moins hétéroclite. Certains respectaient à la lettre la maquette du stage, d'autres non. Indépendamment des UPL ou Trinômes, les MSU faisaient effectuer, ou pas, les phases d'observation, de supervision directe et indirecte.

Quand la phase de supervision indirecte était réalisée, ce fut souvent de manière progressive. Parfois, elle était indistincte de la phase de supervision directe ou était débutée ou supervisée via un logiciel. De temps en temps, elle était planifiée par le MSU, avec des créneaux horaires particuliers ou des patients sélectionnés et/ou prévenus voire parfois limitée aux motifs de consultation simples.

D'autres fois, elle semblait dépendante des circonstances, quand le MSU ne pouvait faire autrement avec son emploi du temps, ou lors de son absence. Enfin cette phase n'a parfois pas été réalisée du tout, un MSU étant étonnamment contre.

Cette autonomie conférée à l'interne était très variable d'un MSU à l'autre. Elle était parfois ponctuelle en journée, parfois liée à un créneau horaire particulier de quelques heures mais dans plusieurs cas s'étendant sur des demi-journées ou des journées complètes.

Les internes pouvaient donc effectuer de quelques consultations, trois environ comme conseillé par la maquette de stage, à parfois plus de trente dans une journée !

Il était à noter que lors de ces plages d'autonomie, le MSU était quasiment toujours joignable ou physiquement présent ailleurs dans le cabinet.

Au final, les internes ont été plutôt satisfaits de leurs stages N1 qui répondait

quasiment à toutes leurs attentes. Que les participants aient un parcours initial de médecine générale ou pas. Une seule exception notable s'est manifestée, remettant en cause la future pratique de l'interne. Ce qui montre l'importance de ce stage dans le cursus des internes de médecine générale. (14)

L'autonomie a souvent été au cœur du stage. Les internes ont apprécié une autonomisation progressive et abordée tôt. De même, les consultations effectuées seul sont jugées comme capitales pour la formation. Néanmoins, un débriefing systématique de ses consultations était jugé nécessaire pour en tirer pleinement parti.

L'importance du respect des trois phases pour une bonne formation a été soulignée par les internes. De même que la conservation de la maquette actuelle.

L'organisation du stage chez trois MSU était elle aussi valorisée, permettant de découvrir différentes pratiques et patientèles. Elle permettait également « d'équilibrer » le stage en cas de soucis.

Les internes avaient également apprécié l'implication des MSU, qu'il s'agisse d'encadrement, de pédagogie, de confiance, de disponibilité ou d'adaptation. Ils avaient marqué l'importance de leur implication dans la pratique quotidienne. Enfin les internes avaient mis en avant l'importance de la formation des MSU.

A la fin de leur stage, la plupart des internes se jugeaient autonomes et aptes à effectuer un SASPAS ou un remplacement. Certains avaient même obtenu un sujet de thèse pendant leur stage.

Il était toutefois à noter que presque aucun interne ne savait réellement comment allait se dérouler la phase de supervision indirecte, notamment concernant le nombre de consultations quotidiennes. Ce nombre était très variable mais la plupart des internes ont jugé que trois consultations seul quotidiennement leur aurait été insuffisant pour une bonne formation.

2) Appréhensions et problèmes

Les appréhensions des internes venaient, pour une part, de leur crainte de ne pas être suffisamment préparés ou compétents en médecine générale du fait de leur formation hospitalière. Ils craignaient donc de commettre des erreurs ou de ne pas savoir répondre à un patient. Ils craignaient également de ne pas savoir remettre en cause une prise en charge décidée par le MSU ou de trop solliciter ce dernier.

Ils appréhendaient également le déroulement même de leur stage. De ne pas être suffisamment impliqués par le MSU ou au contraire, être livrés totalement à eux-mêmes et de réaliser un remplacement déguisé.

Quant à l'autonomie, ils craignaient de ne pas en avoir suffisamment ou qu'elle soit trop tardive pour remplir leurs objectifs d'autonomisation.

La réaction des patients quant à leur présence était aussi évoquée par certains internes.

Les soucis lors du stage soulevés par les internes s'articulaient autour de trois axes principaux :

Autour de la supervision indirecte, de l'autonomie, que cette dernière ait été jugée insuffisante, trop tardive, ne progressant pas lors du stage ou que l'interne ait des difficultés à se lancer. Les internes ont notamment regretté l'absence de débriefings ou de rôle propre à jouer ou de servir de remplaçant ou « bouche trou »

Autour du déroulement du stage, qu'une phase de déroulement ait été sautée, ou qu'il y ait un déséquilibre trop grand en terme d'autonomisation entre les trois MSU. Que le stage soit trop éloigné ou trop court pour développer les compétences et l'autonomie. Néanmoins, la thèse de Badie-Perez R. (13) a mis en avant que la distance à parcourir était jugée acceptable par les internes si le stage était de qualité.

Autour du MSU lui-même, au-delà de l'incompatibilité de caractère possible avec l'interne, était jugé parfois peu impliqué, mal formé, absent, injoignable ou ayant des pratiques en désaccord avec celles de l'interne.

Enfin, un participant a pointé du doigt la formation de la Faculté et des ED de Médecine Générale qui ne prépareraient pas à la pratique de la médecine générale.

3) Idées reçues

Les internes avaient des idées reçues sur leur stage de N1, parfois contradictoires. Ils émettaient la théorie selon laquelle une UPL leur assurerait une meilleure formation et une plus grande autonomie. Ce qui avait été également retrouvé par la thèse de S. GOMES DANIEL. (15). Ceci serait dû au fait que dans une UPL les praticiens se connaîtraient mieux et donc assureraient un meilleur suivi à l'étudiant. Enfin, certaines UPL comportant un membre du DMG ou quelqu'un de proche d'un membre du DMG suffisait à faire croire que la formation prodiguée serait de meilleure qualité.

Certains internes jugeaient l'organisation en « trois fois deux mois » supérieure car elle permettrait de mieux s'adapter et de se familiariser aux pratiques des MSU ce qui serait profitable à la formation.

D'autres, au contraire, jugeaient l'organisation en « trois jours par semaine » supérieure car elle permettrait une évolution progressive équilibrée et de devoir s'adapter de nouveau tous les deux mois.

Ces idées reçues, liées au bouche à oreille, étaient peut-être liées également au fait que les internes ne lisaient que très rarement leur convention de stage incluant les modalités de déroulement du stage.

4) Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration du stage N1 par les internes portaient sur l'autonomie et les consultations effectuées seuls. Il faudrait selon eux, effectuer des demi-journées complètes de consultations pour l'interne et que ce dernier reçoive le plus d'autonomie possible.

Les internes mettaient en avant l'intérêt d'avoir d'autres stages ambulatoires.

Il était également proposé des réunions régulières entre MSU et internes pour parler du suivi et de l'évolution de ces derniers.

L'inclusion de Maison de Santé Pluridisciplinaire dans les terrains de stage était proposée afin de découvrir plus de pratiques différentes.

Il était suggéré d'étendre l'organisation « trois jours par semaine » à tous les terrains de stage mais uniquement par des internes ayant bénéficié de cette organisation et sans point de comparaison.

Enfin, une possibilité d'informations sur la thèse était demandée, de même qu'une formation facultaire plus adaptée à la réalité de la médecine générale.

Conclusion

Le stage N1 est source de nombreuses attentes et appréhension de la part des internes. Le stage et sa maquette, de même que les MSU, semblent répondre aux attentes des internes et rassurer leurs appréhensions.

Une autonomisation progressive et rapide, encadrée par un MSU joignable et des débriefings était la méthode de formation préférée des participants. Cela correspond encore à la maquette actuelle du stage N1.

La plupart des difficultés rencontrées par les étudiants étaient liées à un non-respect de la maquette, que ce soit en termes d'organisation ou d'autonomisation. Plus rarement, elles étaient liées aux MSU jugés peu impliqués ou insuffisamment formés. Malgré les efforts et les moyens mis à disposition des internes, il arrive encore ce genre de problèmes.

Cependant les internes semblaient mal informés quant aux modalités de déroulement du stage, notamment de la phase de supervision indirecte et le nombre de consultations pouvant être menées seul quotidiennement. Ce point pourrait être plus mis en avant dans les documents et réunions informatives précédant le stage.

Il est à noter également, quant à l'autonomie, que le nombre de consultations pouvant être menées seul par l'interne semble insuffisant aux yeux de ces derniers et aussi des MSU. En effet, de nombreux internes effectuaient un nombre bien plus important de consultations que prévu par les textes.

Ce qui ne semblaient pas poser de problèmes ni aux MSU qui le proposaient ni aux internes. Ces derniers réclamant même des demi-journées complètes de consultations pour leur formation. Il faudrait donc réfléchir à un compromis entre la maquette actuelle et les besoins des internes.

Pour un meilleur suivi, les internes apprécieraient des réunions pédagogiques régulières entre internes et MSU afin de pouvoir exposer les problèmes rencontrés lors des stages pour y pallier au plus vite.

Enfin, les internes souhaitaient une formation plus adaptée à leur future pratique de la part de la Faculté.

Bibliographie

- 1 – Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, article 14 [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 2 – Vandaele S. Présentation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Lille en 2008 [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2008.
- 3 – Attali C, Druais P. Référentiel métier/compétence en médecine générale. Congrès CNGE Toulouse ; 2009.
- 4 – Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales.
- 5 – Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 dec;(84):142-5.
- 6 – Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. 2010e éd. Armand Colin.
- 7 –Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Glaser et Strauss : la découverte de la théorie ancrée Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
- 8 – Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE ; 2011.
- 9 – Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative 1. Exercer. 2009 jun;(87):74-9.
- 10 – Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative 2. Exercer. 2009 oct;(88):106-12.
- 11 – Programme de D.E.S de médecine générale édité par le DMG de la faculté de Lille 2 [Actualisation novembre 2013] [En ligne] <http://medecine.univ-lille2.fr/dmg/>
- 12 – Gay B, Le Goaziou M-F, Budowski P-L et al. Médecine Générale. Connaissances et pratique. Paris. Masson ; 5.
- 13 – Badie-Perez R. Quels sont les déterminants du choix des internes de médecine générale de Lille pour leur stage ambulatoire de premier niveau ? à la Faculté de Médecine de Lille en 2013 [Thèse d'exercice]. 2013.
- 14 – ISNAR IMG (2011), « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/enquetes-nationales>
- 15 – Gomes-Danel S. Evaluation des terrains de stage chez le praticien par les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: Université du droit et de la santé (Lille); 2010.

Annexes

Annexe 01 – Guide d’entretien

Définition de l’échantillon :

- Internes de Médecine générale promotion MENDEL n’ayant pas encore effectué leur stage N1.
- Volontaires : recrutement direct lors de la répartition de stage N1
- Idéalement : parité Homme/Femme
- Mode d'accès : direct
- Structure de l'entretien : Remerciement et rappel de la garantie de l'anonymat des données. Proposition de transmission des résultats de la thèse (abstract, thèse format numérique, questionnaire...). Les entretiens seront enregistrés et retranscrits, poursuivis jusqu’à saturation des données.
- Présentation de l’interne : Promotion, sexe, conventions de stage lues.

Premier Entretien :

Consigne initiale :

- Qu’attends-tu de ton stage N1 ? As-tu des appréhensions particulières ?

Thématiques à explorer :

- Les Attentes :
 - o Quels ont été tes critères de choix du stage ?
 - Ton stage se déroulera-t-il dans une UPL ou un Trinôme ?
 - Comment s’organise ton terrain de stage ?
 - As-tu obtenu un terrain de stage que tu désirais ?
 - Comment t’es-tu renseigné sur ton terrain de stage ?
 - Si non évoqué : As-tu réalisé un stage de second cycle chez le praticien ?
 - o Quelles sont tes attentes pour ce stage ? Quel est ton objectif ?
 - As-tu rencontré tes MSU avant l’entretien ?
 - Si oui, ont-ils expliqué le déroulement du stage ?
 - Si non évoqué : Au niveau de l’autonomie, à quoi t’attends-tu ?
- Les Appréhensions :
 - o Quelles sont tes craintes pour ce stage ?
 - Si non évoqué : Lors de la phase d’autonomie, quelles sont tes appréhensions ?

- Les Idées reçues :
 - o Qu'as-tu retenu du déroulement supposé de ce stage ?
 - As-tu lu les conventions de stage, si oui qu'en as-tu retenu ?
 - A propos de la supervision indirecte, comment cela se passe-t-il ?
- Commentaire Libre
 - o As-tu autre chose à ajouter ?

Second Entretien :

Consigne initiale :

- Comment s'est déroulé ton stage N1 ?

Thématiques à explorer :

- Le Déroulement du stage :
 - o Comment s'est déroulé ton stage ?
 - Comment cela c'est-t-il passé, MSU par MSU ?
 - La phase d'observation a-t-elle été réalisée ? Si non cela a-t-il posé problème ?
 - La phase de supervision directe a-t-elle été réalisée ? Si non cela a-t-il posé problème ?
 - La phase de supervision indirecte a-t-elle été réalisée ? Si non cela a-t-il posé problème ?
- L'autonomie
 - o Comment évalues-tu ton autonomie lors du stage ? Te sens-tu aptes à remplacer ?
 - Si jugée insuffisante : pourquoi ?
 - Comment cela s'est-il déroulé ? Organisation, créneau horaire, durée, type de patients, débriefes, MSU joignable.
 - As-tu réalisé des visites ? Comment cela se passait-il ?
- Le Bilan
 - o Quels sont les points positifs que tu retiens de ton stage ?
 - o As-tu eu quelque chose que tu n'attendais pas et qui t'a agréablement surpris lors de ton stage ?
- Les Difficultés
 - o As-tu eu des soucis lors de ton stage ? De quel type ?
 - o As-tu eu de mauvaises surprises quant à ton stage ?
- Pistes d'amélioration
 - o Que penses-tu qu'il faille ajouter ou retirer au stage de N1 pour l'améliorer ?
- Commentaire libre
 - o As-tu autre chose à ajouter ?

Annexe 02 – Verbatim des entretiens

Verbatim des entretiens 1 à 14.
Disponibles sur le CD attaché à la thèse.

AUTEUR : Nom : DESCAMPS

Prénom : Thibaut

Date de Soutenance : 20 octobre 2016

Titre de la Thèse : Attentes, appréhensions et ressentis des internes de médecine générale de Lille quant à leur stage de premier niveau

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale, Interne, Stage de premier niveau, Attentes, Appréhension, Ressenti

Résumé : Le déroulement du DES de médecine générale a pour but de faire acquérir les compétences nécessaires à la future pratique professionnelle des internes via, notamment, un stage dit de premier niveau chez des MSU. Ce stage constitue souvent le premier et dernier contact des internes avec leur future pratique. Il serait donc intéressant de savoir ce que les internes de médecine générale attendent et redoutent de ce stage afin de leur proposer un stage plus adapté à leurs attentes. Le but de cette étude était donc d'identifier les :

Attentes, appréhensions et ressentis des internes de Médecine Générale de Lille quant à leur stage de premier niveau.

Une étude qualitative utilisant une approche par théorie ancrée a été réalisée.

Quatorze entretiens semi-directifs en deux temps ont été réalisés auprès d'internes volontaires de deuxième semestre qui avaient déjà choisi leur stage. Ils ont été guidés par un guide d'entretien et les données ont été codées manuellement.

Les principaux résultats montrent que les attentes des internes sont orientées vers l'autonomisation, en termes de compétences médicales mais aussi de gestion de cabinet et de ce qu'ils n'apprennent pas à l'hôpital. Leurs craintes sont centrées vers l'erreur médicale et le fait d'être insuffisamment formés ou encadrés.

La maquette du stage actuelle permet de répondre de façon satisfaisante aux attentes des internes et de calmer leurs appréhensions. Les difficultés survenant quand celle-ci n'était pas respectée.

Néanmoins les internes réclamaient plus de consultations autonomes que prévu par la maquette du stage, des réunions de suivi et une aide pour l'acquisition d'un sujet de thèse.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Fontaine

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Dominique LACROIX
Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY**

**Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART**