

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Exploration des freins à pratiquer les gestes techniques
appris lors d'un atelier à PRESAGE
pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement 11 Mai 2023 à 18h
au Pôle Formation
par **Joséphine CHIBRARD**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Julien PACCOU

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Mathieu TAFFIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

AVERTISSEMENT

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

SERMENT 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 promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis(e) 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.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e)
de mes Confrères si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

AVK : Anti Vitamine K

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DIU (formation) : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

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

DU : Diplôme Universitaire

ED : Enseignement Dirigé

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

N1 : Stage ambulatoire Niveau 1

PRESAGE : Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'Apprentissage des attitudes et des Gestes

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

RIPH : Recherches Impliquant la Personne Humaine

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	8
MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
▪ Type d'étude	
▪ Participants	
▪ Recueil des données	
▪ Analyse des données	
▪ Journal de Bord	
▪ Aspects éthiques et réglementaires	
▪ Grille de qualité de la recherche qualitative	
RÉSULTATS.....	16
I. Le premier frein : ses représentations mentales	
II. Faire face à une désillusion	
III. Ne pas réussir à se rassurer	
IV. Discontinuité entre formation et pratique	
V. La pratique : un sentiment d'envahissement	
VI. Faire face aux aléas	
VII. L'aide humaine : une marge de manœuvre étroite	
VIII. L'ambivalence dans la relation médecin-patient	
IX. Rester dans sa zone de confort	
X. Une question d'investissement	
DISCUSSION.....	57
▪ Résultats principaux	

- Comparaison avec la littérature
- Forces et limites de l'étude
- Perspectives

CONCLUSION.....	69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70
ANNEXES.....	74

RÉSUMÉ

Introduction : Les gestes techniques font partie des compétences requises dans la médecine générale. La simulation, intégrée à la formation universitaire, a démontré des effets importants en matière de compétences médicales. Malgré l'apprentissage des gestes techniques par la simulation prévue à PRESAGE dans le cadre du DES de médecine générale, notre constat actuel est qu'il existe une variabilité importante de leurs réalisations lors des consultations quotidiennes. Cette étude cherche à explorer les freins à pratiquer les gestes techniques appris lors d'un atelier à PRESAGE pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Trois focus-group ont été réalisés auprès des internes de médecine générale de l'Université de Lille jusqu'à suffisance des données. Le codage manuel et triangulé a permis l'émergence d'un modèle explicatif.

Résultats : L'obstacle principal à la pratique des gestes techniques était la discontinuité entre la simulation et la réalité dans l'apprentissage des internes. Sans un guide pour sécuriser leurs premières expériences, les internes ne parvenaient pas à dépasser cet obstacle. La confusion autour des compétences du médecin généraliste et l'absence d'un modèle pratiquant ces gestes participaient à un sentiment d'illégitimité. La réalisation de ces actes techniques dans leur exercice venait malmener une organisation bien rôdée, entre pression de productivité et obligation de rentabilité. La prise de risque pour un geste technique devenait une vulnérabilité et l'impact en cas de complication venait intimement les toucher.

Conclusion : Les gestes techniques constituent un objectif d'apprentissage décisif pour les jeunes médecins généralistes, justifié par les projections de la démographie médicale. Notre étude a mis en évidence que la formation des internes à ces gestes pouvait rester inaboutie. L'association de la simulation à une pratique supervisée ainsi que la répétition de l'atelier à PRESAGE permettraient une remise en continuité de leur apprentissage.

INTRODUCTION

Les gestes techniques font partie des multiples compétences requises dans la médecine générale définies par la WONCA (1). Il n'existe que peu d'études : un geste technique est réalisé dans environ 7,5% des actes avec une variabilité importante d'un médecin généraliste à l'autre (2).

Les projections concernant la population médicale d'ici 2040 prévoient une baisse de l'offre médicale par rapport à la demande (3). Selon une enquête de la DREES, la rhumatologie et la gynécologie font partie des spécialités médicales pour lesquelles les délais d'attente sont les plus importants (environ un mois et demi). En médecine générale, la moitié des rendez-vous sont obtenus en moins de deux jours (4). Les informations issues de l'Assurance Maladie sur l'évolution des effectifs médicaux montrent une tendance à la baisse pour les gynécologues et rhumatologues libéraux (5,6). Cette démographie médicale tend vers un transfert de certaines tâches de ces spécialités vers la médecine générale. Les gestes techniques vont devenir un enjeu crucial pour le maintien de la qualité des soins.

Plusieurs travaux de recherche ont suggéré qu'une façon d'augmenter la pratique des gestes techniques serait de proposer une formation utilisant l'outil de simulation lors du DES de médecine générale (7–9). La réforme de 2017 du troisième cycle des études médicales préconise un renforcement de cet outil pédagogique(10). La simulation médicale est définie comme « l'utilisation d'un matériel comme un mannequin [...] pour reproduire [...] des environnements de soins, dans le but d'enseigner des procédures [...] thérapeutiques, de répéter des processus, des concepts médicaux [...] par un professionnel de santé » (8).

Le Département de Médecine Générale de l'Université de Lille propose aux internes l'enseignement à PRESAGE. Cette Plateforme est un département de la faculté de médecine situé au Pôle recherche, elle comporte plus de 500 simulateurs avec des niveaux de complexité différents. L'enseignement donné aux internes de médecine générale durant leur DES utilise l'outil de simulation sur mannequins(11) dits simulateurs procéduraux reproduisant une partie du corps humain(8,12–15) (Annexe 1). Cet atelier a pour but de les former aux gestes suivants : la pose et le retrait d'un implant contraceptif et d'un DIU ainsi que l'infiltration d'épaule, de coude et de genou. Il se déroulait sur 2 demi-journées : une demi-journée consacrée aux gestes techniques rhumatologiques et l'autre aux gestes techniques gynécologiques. Il s'adressait à un groupe de 25 étudiants avec une partie théorique évoquant les prérequis aux gestes puis l'exercice de simulation sur mannequins.

La simulation a démontré des effets importants en matière de compétences médicales lorsqu'elle est intégrée au cursus universitaire (8,16). Malgré la formation prévue dans le cadre du DES, notre constat sur la disparité de pratique des gestes techniques lors des consultations de médecine générale et l'enjeu de santé publique justifient la question de recherche.

L'objectif de cette étude était d'explorer les freins à pratiquer les gestes techniques appris lors d'un atelier à PRESAGE pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille.

MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE

Cette étude qualitative a été inspirée de la méthode par théorisation ancrée.

Le but étant de théoriser les freins des internes de médecine générale à pratiquer des gestes techniques après leur participation à l'atelier PRESAGE. L'étude a été réalisée sous forme d'entretiens collectifs semi-dirigés appelés « focus-group ».

Elle a été inductive : pour aboutir à un modèle explicatif, la chercheuse est partie du terrain. Elle a été itérative grâce à la simultanéité entre collecte de données et analyse. Elle n'a pas cherché la représentativité mais l'exemplarité concernant le phénomène étudié.

PARTICIPANTS

Le principe d'échantillonnage raisonné théorique a été choisi.

Le terrain de l'étude était les internes de médecine générale de l'Université de Lille ayant effectué l'atelier à PRESAGE.

Les participants ont été recrutés via plusieurs canaux (Annexe 2) :

- Une première campagne de courriels via le DMG a été transmise à 90 internes ciblés selon leurs emplois du temps facultaires. Le sujet de recherche ainsi que les modalités du focus-group leur ont été présenté. Il leur était proposé de participer à la suite d'un enseignement à la Faculté.
- Une deuxième campagne de courriels via le DMG élargie aux promotions Socrate et Rabelais (respectivement deuxième et troisième année de DES) a été transmise.

-La chercheuse s'est déplacée à trois reprises à la Faculté pour solliciter les internes durant les interours, un document présentant le travail de recherche avec les modalités de participation leur a été distribué.

- Un message contenant le sujet de la thèse et son objectif a été publié sur le réseau social Facebook® dans un groupe consacré aux thèses en médecine de l'Université de Lille.

- Quatre internes, connus de la chercheuse, ont été contactés par message.

À l'exception de la première campagne de communication par courriel, les dates ont été proposées aux étudiants et organisées via l'application Doodle®.

Il n'y avait aucun bénéfice à participer à l'étude.

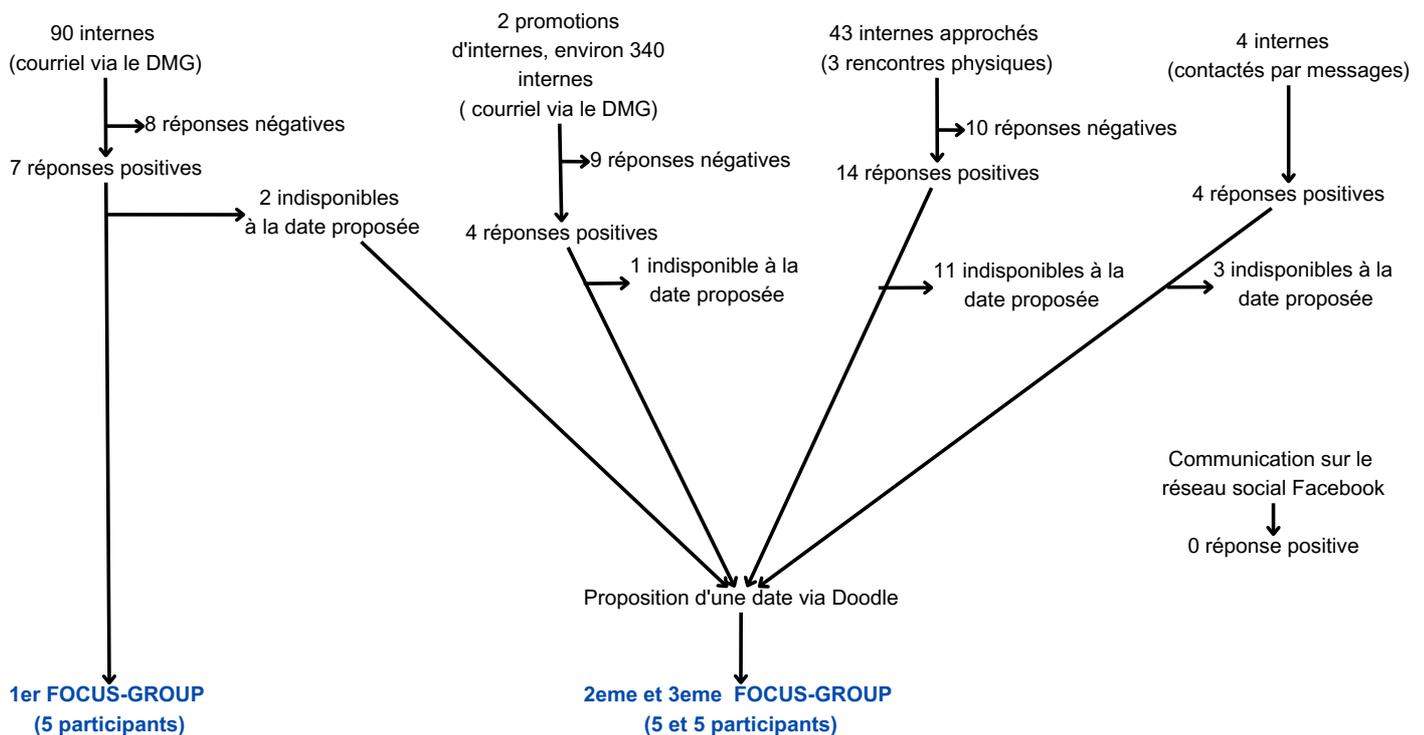


Figure 1 : recrutement des participants.

RECUEIL DES DONNEES

Le choix de la chercheuse s'est porté sur la technique du focus-group pour utiliser la dynamique de groupe afin de mieux comprendre les comportements et de faire émerger des découvertes inattendues (17).

Un guide d'entretien a permis de définir les différentes notions à aborder (Annexe 3).

Il n'a pas été testé au préalable, hormis avec le directeur de thèse et une autre chercheuse (P.H). Il était constitué d'une première question ouverte appelée question « brise-glace » puis d'une série de questions s'inspirant d'une « check-list » pour balayer certains éléments. Il est resté volontairement malléable au fur et à mesure et s'est adapté aux récits des participants.

Les focus-group ont été réalisés de façon physique à la Faculté de Médecine de Lille puis en ligne via le logiciel de visioconférence SKYPE® pour une meilleure adhésion des participants.

Le premier focus-group s'est déroulé en présentiel à la suite d'un enseignement facultaire. Les deux autres se sont déroulés en ligne en dehors des horaires habituels de travail. La chercheuse s'est présentée comme médecin généraliste remplaçante et tenait le rôle d'observatrice. Une autre chercheuse (P.H), familière de l'exercice a tenu le rôle de modératrice.

Les entretiens étaient enregistrés avec la fonction caméra du téléphone de la chercheuse pour l'entretien présentiel et avec la fonction enregistrement vidéo du logiciel de visioconférence SKYPE® pour les deux autres. À chaque fois la chercheuse s'est assurée d'avoir un enregistrement audio de secours via la fonction dictaphone d'un autre téléphone.

Les verbatims ont été intégralement retranscrits sur Microsoft Word®, les silences, les rires et les hésitations y ont été annotés. L'anonymisation a été réalisée par

l'attribution d'un code à chaque participant constitué d'une lettre (correspondant au focus-group) et d'un chiffre. Les retranscriptions ont été systématiquement proposées aux participants, aucun n'a souhaité l'obtenir.

Le recueil a été stoppé après l'analyse du troisième focus-group, la chercheuse a estimé que la suffisance des données semblait atteinte devant l'absence de nouvelles propriétés utiles à l'émergence d'un nouveau concept.

ANALYSE DES DONNÉES

Chaque focus-group a été analysé par la chercheuse selon les trois étapes suivantes : l'analyse ouverte, l'analyse axiale et l'analyse intégrative. L'étape finale a permis l'élaboration d'un modèle explicatif grâce à l'émergence de catégories conceptuelles.

Une partie de l'analyse ouverte (concernant le premier focus-group) a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats avec une autre chercheuse (J.D). L'analyse des chercheuses n'a pas été partagée avant la fin de la triangulation afin de limiter les risques d'interprétation erronée.

Aucun logiciel d'aide à l'analyse de données n'a été utilisé selon les préférences de du directeur de thèse et de la chercheuse.

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel Microsoft Excel®, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Canva®.

JOURNAL DE BORD

Un journal de bord manuscrit a été utilisé pendant le travail de recherche. La chercheuse y a consigné ses a priori, son cheminement réflexif et ses données de terrain.

ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Les participants ont consenti oralement en début d'entretien, librement et en toute connaissance de cause. Leur anonymat et la confidentialité leur ont été garantis. Après la retranscription anonymisée, les enregistrements vidéo et audio ont été supprimés.

La déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été enregistrée le 2 Septembre 2022 sous le numéro 2022-246 (Annexe 4).

Ce travail de recherche n'était pas considéré comme RIPH d'après la loi Jardé de 2016 et n'a pas eu besoin d'un avis du comité de protection des personnes (CPP).

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été faite à partir de plusieurs moteurs de recherche sur internet : PubMed, Cairn, CISMef, Google Scholar, Pépite, Sudoc et la littérature grise. Elle a été réalisée pendant tout le travail de recherche et consignée sur le logiciel Zotero.

Les termes utilisés étaient : gestes techniques, infiltrations, DIU, stérilet, implant contraceptif, simulation, médecine générale.

GRILLE DE QUALITÉ DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

La chercheuse s'est basée sur la grille de qualité en recherche qualitative issue du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » afin de garantir la qualité scientifique de cette étude (Annexe 5). Il s'agit d'une synthèse en français des grilles les plus connues RATS, COREQ et SRQR.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS ET DES FOCUS GROUP

La suffisance des données a été atteinte et assumée au bout de trois focus-group d'une durée moyenne de 67 minutes. L'échantillon comptait quinze participants dont 9 femmes et 6 hommes de promotions différentes. Les caractéristiques de chaque participant ont été détaillées dans le **tableau 1**.

Focus-group	Code	Âge	Genre	Année ECN	Mode d'exercice envisagé	Diplômes complémentaires	Pratique des gestes techniques
N°1 14/09/22 50 minutes	A1	25	F	2020	Libéral	Aucun	-1 infiltration d'épaule -1 retrait de DIU -1 ponction de genou
	A2	26	F	2020	Libéral	DU de gynécologie	Retrait de DIU
	A3	27	F	2020	Libéral	Aucun	-implants contraceptifs -DIU
	A4	27	F	2020	Libéral	Aucun	-implants contraceptifs -DIU
	A5	29	H	2020	Libéral	Aucun	-implants contraceptifs -DIU
N°2 05/10/22 73 minutes	B1	27	F	2019	Libéral, MSP	-AUJEC de Pédiatrie -Envisage le DU de gynécologie	Aucun
	B2	28	H	2019	Libéral, MSP	Aucun	Pose d'implants contraceptifs
	B3	28	F	2019	Mixte : libéral, hospitalier	DU de Nutrition	Aucun
	B4	29	F	2019	Libéral, MSP	-Envisage la polysomnographie	-2 infiltrations de genou -Implants contraceptifs (>10)
	B5	27	H	2019	Libéral, MSP	Aucun	-2 poses d'implants contraceptifs et 1 retrait. -2 retraits de DIU.
N°3 24/11/22 79 minutes	C1	28	H	2020	Libéral	DIU de traumatologie et du Sport	-Infiltrations -Implants contraceptifs
	C2	28	H	2020	Libéral	Envisage le DIU de Médecine du Sport	-Infiltrations -Implants contraceptifs
	C3	29	F	2020	Libéral	-DU de gynécologie -DIU de médecine anti-âge envisagé	-DIU -Implants contraceptifs
	C4	29	F	2020	Mixte : libéral, hospitalier	-AUJEC de Pédiatrie -DIU de cicatrisation envisagé	-Implants contraceptifs
	C5	28	H	2020	Libéral	Aucun	-Infiltrations -Implants contraceptifs

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

I. Le premier frein : ses représentations mentales

- Avoir des appétences variables d'un médecin à l'autre :

Les étudiants avaient des préférences personnelles pour certains domaines plus que d'autres.

« Moi les gestes gynécologiques ça m'intéresse » (B1)

« c'est bien d'avoir des petits domaines à soi en tant que médecin généraliste et qu'on ne peut pas tout faire quoi. » (C1)

Le genre de l'interne semblait influencer sur sa prédilection à pratiquer des gestes techniques rhumatologiques ou gynécologiques (respectivement pour les hommes et pour les femmes).

« J'aimerais bien faire plus de Gynéco. C'est pour ça que je fais le DU » (A2, femme)

« Moi c'est par rapport aux infiltrations et aux ponctions : [...] j'aimerais bien me former pour infiltrer » (A5, homme)

Ils souhaitaient seulement s'adonner aux gestes qui les intéressaient.

« Je pense que ça dépend si t'as envie d'en faire ou pas finalement (des gestes techniques). Est-ce que ça te plait ? Est-ce que tu as envie de varier un peu ton activité ? Du moins là je parle clairement des gestes rhumatos, je sais que gynéco par contre, je ne m'oriente pas du tout là-dessus parce que je sais que ... ce n'est pas que ça m'intéresse pas... » (C1)

- Les gestes techniques n'appartiennent pas aux compétences du médecin généraliste :

Il existait, pour les internes, une confusion autour de l'appartenance des gestes techniques aux compétences du médecin généraliste. Cela naissait d'un manque de conditionnement durant leurs études sur ce point.

« Mais après franchement je trouve que dans notre formation on ne nous dit pas assez que c'est aussi notre rôle. Il n'y pas de place assez importante à ce sujet-là pendant l'internat » (A3)

Les gestes techniques étaient une compétence qui appartenait aux autres spécialités et qu'ils ne pouvaient pas partager.

« Bah...Ce n'est pas notre spécialité à la base de faire ça » (A5)

« par exemple, j'ai un ressenti c'est sur les spécialistes qui ont à des moments un peu du mal à lâcher du lest. [...] j'ai senti qu'elle (une rhumatologue) était pas très très contente que je dise qu'en tant que généraliste j'aimerais bien en faire ... » (C1)

Ils refusaient la réalisation d'un geste technique chez un patient si celui-ci était déjà suivi par un confrère.

« Un patient déjà suivi par un spécialiste je me sentirais peut-être pas et du coup je laisse la main, et je laisse le suivi avec le spécialiste » (C3)

Cela les amenaient à penser que la pratique des gestes techniques n'avait pas d'intérêt dans l'exercice du médecin généraliste.

« Et stérilet, non je ne pense pas que je le ferais, ça c'est sûr. Je trouve que ce n'est pas hyper adapté, ça ne me paraît pas indispensable à la pratique de la médecine générale, aux services rendus aux patients. » (B3)

- Un sentiment d'illégitimité :

Il naissait de plusieurs idées :

- Un sentiment d'incompétence à cause d'une formation considérée comme incomplète ou par manque de formation qualifiante.

« mais en soit moi, personnellement, j'ai pas du tout l'impression d'être formée à pouvoir les faire. Ça me paraît pas réalisable dans la pratique courante. » (A3)

- Un manque de reconnaissance (par leurs pairs, par le biais financier, par les patients).

« Si la sécu nous incitait à faire plus d'infiltrations, plus de poses, ils devraient le mettre dans les ROOSP. » (A5)

« parce qu'encore une fois les gens dans leur tête ce n'est pas le médecin généraliste qui va infiltrer, qui va poser l'implant ou qui va poser le stérilet. » (A3)

« si on nous dit que ça fait partie intégrante du rôle de médecin généraliste et que c'est revalorisé. » (A3)

Il s'exprimait par des pensées limitantes traduisant un manque de confiance en eux : ils avaient l'impression d'être moins compétents que les autres spécialistes pour réaliser des gestes techniques.

« Je sais que si j'en ai à faire au cabinet, je pense que je n'en ferais pas. Je ne prendrais pas le risque de mal la faire (l'infiltration) ou de faire une arthrite... Je préférerais envoyer chez le chir... » (B3)

« Bah là aujourd'hui, moi zéro. Je ne me sens pas du tout capable de faire quoi que ce soit de tout ça. » (A3)

Les étudiants développaient une appréhension pour certains gestes techniques qu'ils qualifiaient « d'invasifs » ou « complexes » et les écartaient de leur pratique.

« Oui voilà ! Un geste ce n'est pas anodin, c'est invasif donc il peut toujours y avoir des risques. » (A5)

« Oui, parce qu'il ne faut pas que ce soit trop technique non plus. » (A5)

L'implant contraceptif était unanimement considéré comme un geste technique simple contrairement aux infiltrations et aux DIU.

« Après je trouve que les implants comparés à l'infiltration c'est plus simple de mettre en pratique [...] Je trouve que c'est moins compliqué l'implant que l'infiltration, ça doit se faire plus facilement. » (B3)

S'ils décidaient de s'atteler à la réalisation de ces actes techniques, ils risquaient de se sentir marginaux au sein de la profession. Selon eux, il n'existait pas de dynamique de groupe chez les médecins généralistes pour intégrer les gestes techniques dans leur exercice.

« C'est vrai qu'il y a un peu de ça aussi, si tout le monde le faisait et qu'il n'y avait que nous qui ne le faisons pas, on se sentirait un peu bête. On se dirait : il faut que j'apprenne ». (A3)

Ils sous-estimaient probablement la demande en gestes techniques.

« Surtout que ce n'est pas très fréquent. » (A1)

« Mais bon le stérilet, une fois qu'il est mis, il est mis. » (A2)

- Être irréprochable :

Par manque de légitimité ressentie, les futurs médecins exigeaient d'eux-mêmes la perfection dans la maîtrise du geste technique. Ils ne s'autorisaient pas le droit à l'erreur.

« Mais moi honnêtement à partir du moment où je ne maîtrise pas un geste et où je ne l'ai pas fait plusieurs fois, pour le faire en routine au cabinet, ça ne me semble pas acceptable. » (B2)

Ils souhaitaient le meilleur geste technique pour leurs patients.

« Oui, le manque de pratique, le fait de ne pas se sentir à l'aise. De vouloir que ce soit bien fait pour le patient, d'orienter vers un spécialiste qui a l'habitude de le faire. De s'assurer que ce soit bien fait [...]. » (B3)

La perception du risque était irraisonnée : ils voyaient ces actes techniques comme une prise de risque importante et inutile comparée à leurs confrères spécialistes.

« Pour ma part, ce qui m'inquiète c'est de mal faire et du coup ça se répercute derrière sur le patient. Qu'il y ait des complications, que ce soit septique, migration, il est mal posé, mal positionné, donc c'est un peu tout ça. Mal faire le geste, ne pas assez maîtriser et du coup qu'il y ait un pépin derrière et des complications. Ça serait ça le frein principal. » (C4)

- Ignorer les enjeux financiers :

Les futurs médecins avaient une idée floue de la rémunération des actes techniques et des investissements nécessaires à leur réalisation. Cela pouvait laisser place à une vision erronée de l'enjeu financier et les freiner dans leur pratique future.

« Moi je n'en connais aucun (prix de l'acte technique), comme ça, c'est dit. » (B2)

« C'est des trucs à acheter pour une cotation qui n'est pas énorme non plus...Au final entre le temps passé et les trucs achetés, est-ce que ça vaut le coup ? » (A2)

II. Faire face à une désillusion

- Devoir pallier seul(e) ses lacunes théoriques

Les étudiants avaient le sentiment que leur base théorique était fragile et qu'ils devaient y remédier seuls.

« Déjà si on nous avait plus formé théoriquement et peut être plus fréquemment. »

(A3)

Ils avaient parfois l'impression de recevoir une formation en décalage avec la réalité du terrain pendant leur cursus.

« Et clairement pour notre formation je trouvais que c'était assez pauvre avec beaucoup de jeux de rôles et pas beaucoup de formation très médicale et j'étais assez content de faire ce cours. » (C1)

« Le problème c'est que parfois, en gynéco on fait plus de césariennes que des DIU ou des implants. » (A1)

- Ne pas être assez challengé(e) en simulation

Les mannequins utilisés à PRESAGE étaient décrits par les étudiants comme trop approximatifs, et n'exigeaient pas un niveau de précision élevé pour réussir le geste technique.

« J'avais l'impression que tu tapais n'importe où le mannequin affichait vert, tu avais l'impression que ça allait tout le temps. » (B3)

« Sur mannequin c'est parfois très grossier. » (C1)

« la gynéco c'était pas forcément hyper ressemblant à ce qu'on peut avoir en pratique notamment pour la pose de DIU. » (C4)

Cette facilité ressentie leur donnait l'impression de ne pas être assez challengés durant cet atelier. Ils en ressortaient avec l'idée d'avoir un niveau moyen qui ne les préparait pas à affronter la pratique du geste en conditions réelles.

« on se sent nul, on ne se sent pas à l'aise. Sur un mannequin ce n'est pas du tout pareil. » (B3)

De plus, le matériel étant usé par les précédents passages, et le fait de voir son collègue réaliser le geste juste avant générant un comportement de mimétisme.

« Pareil la rhumato c'était hyper intéressant mais pareil tu voyais tous les endroits où les étudiants avaient pu injecter le produit donc tu avais le matériel qui était à moitié usé donc tu voyais à peu près où est-ce qu'il fallait piquer pour ne pas faire d'erreur. » (C2)

« on voyait faire le premier et on reproduisait. » (C5)

« Quand je repense à la formation : aux stérilets avec du matériel un peu défectueux, un scratch à moitié décollé. Je me souviens qu'ils nous apprenaient à mettre le stérilet. Et en fait le stérilet on pouvait le caler sur un scratch pour le mettre dans le fond utérin de la « prothèse » et je me souviens que ce n'était pas optimal quoi ... » (C2).

La simulation donnait l'avantage de pouvoir se tromper et de recommencer, elle habitait les internes à la certitude par un rétrocontrôle (signaux lumineux ou possibilité de vérifier l'emplacement du DIU sur le mannequin). Cette habitude à pouvoir connaître la justesse du geste technique contrastait avec les conditions réelles.

« Sur le mannequin tu as une petite lumière verte quand t'étais au bon endroit, des fois c'est au bout de la troisième fois. En vrai : on ne sait pas. » (A1)

« C'est vrai que ça en pratique même si on infiltre et qu'on est pas au bon endroit et bin on le saura cliniquement que quelques semaines plus tard tandis que là le capteur vert c'était direct. » (C5)

- Échouer à s'approprier le geste technique en simulation

Pour les internes, passer par la simulation dans l'apprentissage des gestes techniques était indispensable.

« Il y a des toutes petites choses...Les stérilets : il y en a un il faut pousser : là, machin, tu retiens ... (imite le geste) c'est pas sur YouTube que tu vois ça. Le stérilet au cuivre ou hormonal ce n'est pas la même chose pour le mettre. Ça c'est de la manip', il faut qu'on ait le geste, que ce soit naturel, rapide. » (A1)

Ils avaient besoin de temps et de répétition pour apprendre le geste, leur objectif était d'acquérir des automatismes.

« Moi je vois surtout au tout début de l'apprentissage, le faire, le refaire. La répétition quoi et après c'est dans la boîte ! » (B5)

Ils disaient avoir été spectateurs plutôt qu'acteurs autour du mannequin.

« On est beaucoup sur le mannequin aussi. À PRESAGE, on fait une fois et après on regarde heu... » (A5)

Les étudiants trouvaient parfois l'atelier trop long et n'arrivaient pas à suivre correctement.

« Et peut-être, ne pas proposer un ED qui dure longtemps mais plutôt des petites séances en plusieurs fois plutôt qu'un ED qui dure toute la journée et au bout d'un moment t'en as marre : il fait chaud dans les salles, tu es à vingt sur un atelier. Il faut des bonnes conditions je trouve. » (B4)

- Le geste technique est décontextualisé

La simulation offrait un environnement protégé afin de permettre l'apprentissage en sécurité, pourtant les internes ont pointé l'absence de fidélité aux potentielles réactions du patient.

« gérer l'appréhension du patient qui peut avoir peur de l'aiguille ou de l'implant ce genre de choses. » (C1)

« que ce soit pas assez fidèle aux réactions potentielles du patient » (C5)

Faire face à un mannequin inerte manquait de fidélité par rapport à la réalité. Ils apprenaient le geste technique de façon « scolaire » et n'étaient pas préparés aux aléas.

« voir le geste technique de façon complètement théorique. [...] mais c'est vrai que pour moi on est assez loin de la réalité » (C3)

« Moi personnellement, quand j'étais à l'ED PRESAGE, je ne me mettais pas dans la peau du médecin. T'es pas un mannequin, tu n'es pas dans ton rôle. T'as pas la patiente avec qui parler, c'est pas du tout pareil. On est vraiment trop détachés de la réalité il n'y a pas que le geste technique, il y a aussi tout ce qu'il y a autour. » (B1)

- Les effets de la formation sont éphémères

À la sortie de l'atelier à PRESAGE, les étudiants ressentaient une émulation.

Sans possibilité d'entretenir leurs capacités, ce sentiment laissait place au doute : ils oubliaient et régressaient. Les bénéfices de la formation à PRESAGE semblaient disparaître.

« Et j'ai l'impression d'avoir tout oublié, c'est dommage... sur le moment ça m'avais paru assez formateur et j'étais plutôt motivé à essayer d'en faire plus tard dans ma

pratique mais les mois passent et maintenant c'est retour à zéro... j'ai pas retenu assez de choses pour me sentir capable d'en faire en fait. » (B5)

« quand on se retrouve à une distance de la dernière pose et là de le refaire à l'instant T , bin il faut quand même se remettre dedans et c'est ça qui est compliqué. C'est des gestes, je pense que si on ne les fait pas régulièrement et bien je pense qu'on perd la main et reprendre cette appréhension de le refaire et ne pas oser le faire. » (C3)

« Et entre le moment où j'ai posé un implant à un mannequin et un implant à une patiente il s'est écoulé deux ans et demi en fait. Qu'est-ce qu'il me restait de ça ? Pas grand-chose en fait. » (B2)

- La simulation n'est pas une fin en soi

En allant à l'atelier à PRESAGE, les étudiants supposaient que la simulation était suffisante pour acquérir les compétences nécessaires. À la suite de celui-ci, ils réalisaient qu'ils n'étaient que partiellement formés et qu'une pratique supervisée s'imposait.

« Ça permet déjà d'avoir des premiers acquis mais à mon sens ça ne suffit pas pour aller tout de suite faire des gestes tout seul sans supervision sur des vrais patients. C'est comme ça que je l'ai ressenti. » (B4)

« c'est frustrant parce qu'on a eu les ateliers pour et qu'au final on n'est pas capable de faire le geste. Moi je me dis que je ne suis pas capable de faire une infiltration alors qu'en soit j'ai eu la formation mais qui n'a pas été assez poussée pour que je puisse m'en servir au cabinet et aider les patients qui en ont besoin. » (B3)

III. Ne pas réussir à se rassurer

- Ne pas être confirmé(e) par ses pairs

Les internes regrettaient la supervision souple durant l'atelier à PRESAGE, ils considéraient qu'elle ne permettait pas de corriger les erreurs ou les mauvaises habitudes. Sans recevoir de validation externe d'un confrère expérimenté, ils ne pouvaient pas être rassurés sur leurs acquisitions.

« Ça s'est fait dans une ambiance assez décontractée, on était entre nous, les formateurs étaient présents mais pas sur notre dos non plus. » (C5)

« du coup on faisait le truc tout seul dans notre coin et le rhumato n'était pas forcément là pour vérifier qu'on le fasse bien. » (B1)

- Rechercher une légitimité par un diplôme

Le déclin des compétences apprises, par manque de pratique, les contraignait à prendre en main leur formation. Certains réalisaient un diplôme complémentaire.

« Donc au bout d'un an sans pratique c'est quand même bien de se reformer je pense pour éviter de faire des erreurs. » (C2)

« moi j'ai fait mon DU de gynéco aussi pour pouvoir pratiquer, pour pouvoir poser les implants et les stérilets. » (C3)

- Avoir les mains liées dans sa formation

Un regret fréquemment évoqué était de vouloir répéter l'atelier à PRESAGE, mais l'accès à la simulation était limité.

« J'ai trouvé l'ED PRESAGE tellement pertinent pour notre pratique ! Je pense qu'il faudrait le répéter au moins une fois par an ou une fois par semestre. » (A2)

« En effet c'est bien l'ED PRESAGE mais ce n'est pas assez répété pour qu'on se sente à l'aise pour le faire correctement et le faire plus tard. » (B1)

Les futurs médecins manquaient de flexibilité pour faire des choix de formation ou de stages libres durant leur internat.

« Surtout les stages libres. Si quelqu'un a envie de faire de la dermato au cabinet et tout et tout, on a quasiment plus de semestre pour le faire. On en avait déjà que deux maintenant on en a plus qu'un. » (A2)

À l'avenir, ils savaient qu'ils seraient contraints de se former aux gestes techniques à cause de l'évolution de la démographie médicale. Ils ignoraient encore comment réussir à atteindre cet objectif.

« je pense que ca va même être une nécessité qu'on ait à se former sur ce genre de pratiques.... Je pense qu'on ne va pas avoir le choix. » (C2)

« je ne saurais même pas où me former, comment revoir les choses posément avant de me lancer à mon compte » (B4)

IV. Discontinuité entre formation et pratique

- Une mauvaise synchronisation durant la formation

Le moment auquel se déroule l'atelier de formation sur mannequins pendant le DES influait sur son efficacité auprès des participants : certains regrettaient de ne pas l'avoir eu au moment opportun. Le programmer trop tardivement ne permettait pas aux participants de concrétiser l'apprentissage en stage car les opportunités de pratiques supervisées étaient dépassées.

« je trouve que c'est pas plus mal d'avoir la formation théorique et pratique avant de commencer les stages parce que moi par exemple tu vois l'ED PRESAGE je l'avais eu en fin de N1[...] s'il pouvait être fait avant le début de la N1 ça serait pas mal.»

(C2)

L'attente entre la simulation et la pratique était trop longue et les internes perdaient les bénéfices de cet enseignement.

« je n'ai pas eu l'opportunité de le mettre en pratique derrière et maintenant en étant passé dans des stages où j'aurais pu le faire ou alors de façon autonome volontaire bin c'était trop loin la formation. J'aurais bien aimé passer dans un stage pour mettre en pratique la formation directement après. » (C5)

L'internat n'était peut-être pas la meilleure période pour se former durant les stages mais plutôt l'externat. L'étudiant ayant moins de responsabilités, il avait plus de facilités pour se détacher et se rendre disponible afin d'apprendre un geste technique.

« En stage à l'hôpital (en tant qu'externe), j'avais fait une ponction de genou et je trouve que tu es encadré. J'étais en rhumato, j'avais l'interne qui était à côté qui te disait où piquer. C'était hyper encadré et du coup c'est rassurant qu'il puisse me dire : " t'es à coté, piques un peu plus à cet endroit-là". Et puis on te propose toujours : "tu veux faire la ponction ?". Je trouve qu'on n'est pas sur sollicités. » (B3)

« je rebondis juste sur le fait que lorsqu'on est externe et qu'il y a un geste à faire c'était bien car on avait le temps. » (B5)

- Manquer d'un modèle

Les internes s'inspiraient des différents médecins généralistes auprès desquels ils avaient évolué durant leurs études. S'ils n'avaient pas vu ces médecins réaliser des

gestes techniques alors ils éprouvaient des difficultés à se projeter dans la réalisation de ces derniers.

« Il nous faudrait un modèle, le fait de le voir chez nos maîtres de stage. Comme on se base un peu sur eux pour notre pratique future, forcément si lui il le fait moi je vais le faire. Le fait de l'avoir fait en vrai. » (B4)

La pratique inconstante des actes techniques par les MSU en stages ambulatoires rendait la formation des étudiants hétérogène. Pourtant, apprendre à leur contact permettait de gagner en compétences pratiques.

« Tu vois en pratique c'est compliqué parce que tous les med gé ne le font pas. [...] Même si deux fois par semaine ils nous montraient : "j'ai prévu une ponction de genou ce soir, comme ça on débriefe après etc...", je trouve que ça serait génial. C'est comme ça que ça nous donnerait envie de le faire je pense. On serait moins stressé on l'aurait vu en pratique au cabinet on pourrait le reproduire après. » (B3)

« mais je trouve qu'on n'a pas été assez en situation. Mes prat ne faisaient pas d'infiltrations par exemple, donc en fait c'est compliqué aussi quand tes prat ne le font pas, de le faire de ton côté. » (B3)

- Absence de concrétisation

Passer du mannequin au patient était source d'appréhension.

« Bin...le passage du mannequin au patient ça reste une étape importante. Il y a une pression de l'échec : on rate sur un mannequin, on recommence. On rate sur un patient : on peut avoir provoqué de la douleur, on peut avoir provoqué des effets indésirables, ce n'est pas la même responsabilité. Quand on a cette pression de l'échec, ça peut être un frein. » (B5)

L'apprentissage par la pratique avec un confrère était considéré par les internes comme un bon moyen de formation.

« Moi ce que je veux c'est qu'on l'apprenne en pratique. » (A2)

« je peux aller peut-être m'entraîner avec un prat quelque part en ville : avec un rhumato, un gynéco, un méd gé qui le fait. On aurait vraiment l'impression du coup d'être formé. Mais là franchement heu...bin t'oublies. » (A3)

Malgré leur volonté, les étudiants n'arrivaient pas à transformer l'essai : l'opportunité pour concrétiser le geste technique ne venait pas.

« (En stage aux urgences) On ne va pas être la première personne à la faire (l'infiltration) parce que soit ils vont te dire : "appelle l'interne de machin ou truc". S'il est sympa, il te dit : " tu peux la faire je reste à côté ". C'est comme ça que j'ai fait ma première et seule ponction/infiltration de genou. Mais si systématiquement on disait : " c'est l'interne des urgences qui doit le faire ", supervisé, parce qu'au début on ne sait pas. Je pense que là on aurait plus l'habitude et on se sentirais de le faire au cabinet. » (A1)

Les occasions de pratiques supervisées en matière de gestes techniques s'avéraient plus importantes en stages hospitaliers qu'en stages ambulatoires.

« Après, encore une fois aucun de ces gestes je ne les ai pratiqués au cabinet, c'est toujours à l'hôpital que je l'ai fait » (B2)

Ils regrettaient une carence d'expérience en stages, avec pour les hommes une insuffisance plus marquée dans le domaine des gestes gynécologiques.

« Moi c'est plutôt que ...euh... la gynécologie étant un homme euh...on voit tout de suite que ça dérange, ce que je comprends tout à fait par ailleurs, mais ça dérange plutôt les femmes quand c'est les hommes. Déjà moi, de par les dix années d'études

que j'ai derrière moi, je n'ai finalement pas eu beaucoup l'occasion parce que finalement les femmes s'arrangeaient pour que ce soit une maître de stage féminin qui le fasse ou plutôt une femme en tout cas. » (C2)

« Mais résultats : là je suis en gynéco en ce moment, ça fait un mois et demi que je vais à toutes les consults possibles [...]. J'ai toujours vu zéro stérilet, zéro implant. J'en ai retiré aux urgences (stérilet) mais j'en ai pas mis un seul. Et zéro implant. Donc je ne me sens toujours pas à l'aise mais j'aimerais bien apprendre ! J'attends que ça. » (A2)

L'acquisition des gestes techniques lors des stages ne semblait pas être un objectif clairement identifié :

- Par les internes : certains ne saisissaient pas les opportunités en stages, d'autres manquaient d'expérience par désintérêt.

« en fait quand j'avais des après-midis de libres, je préférais rentrer chez moi, je n'avais pas envie de rester, ce qui est dommage. » (B1)

- Par le médecin sénior : il n'existait que peu d'opportunités pour pratiquer les gestes techniques en stages et celles-ci étaient assez inégales.

« Si pendant le stage chez le médecin généraliste on nous disait : "normalement vous êtes censés pouvoir faire des infiltrations, du coup vous avez un semestre qui va vous permettre de savoir faire des infiltrations". Je pense qu'on ne se poserait pas la question. » (A5)

« Le fait que je ne me sente pas assez compétente, c'est le fait que je n'ai pas eu de formation en stage. Après je ne l'ai pas eu non plus en stage de ville car j'étais chez des prat qui n'en faisaient pas. » (B1)

Pratiquer un geste technique impliquait d'être capable de le mener du début à la fin.

« Je ne me vois pas poser quelque chose que je ne sais pas comment retirer en fait. » (B2)

- Ne pas réussir à débiter sans un guide

Les internes constataient un écart trop grand entre la simulation et les conditions réelles. Ce passage du théorique à la pratique sans un accompagnateur était trop brutal pour eux.

« C'est mieux que rien, mais entre un mannequin et la vraie vie, il y a un pas à franchir. D'avoir fait sur un mannequin, sur une peau sur une fausse épaule, après il faut le faire sur une vraie personne. » (A2)

Afin de se sécuriser, ils souhaitaient être guidés et validés par un confrère expérimenté.

« Oui il faut qu'on m'ait montré et qu'on m'ait accompagné au moins la première fois. [...]. Surtout qu'il repère si je fais quelque chose de mal pour le corriger tout de suite. Et surtout à la fin : valider et dire "c'est bon t'as tout fait comme il faut, t'as juste à refaire la même chose la prochaine fois" ». (B2)

« Le côté un peu tutorat : d'avoir quelqu'un au-dessus de ton épaule qui peut te guider. » (B5)

Ce guide leur permettait une pratique supervisée et faisait le lien pour les amener vers l'autonomie.

« Mes premières expériences ça a toujours été, même si je suis passé sur mannequin, ça a toujours été monitoré par un chef de service ou un maître de stage. » (C5)

« Pour proposer un geste il faut au moins que j'ai une petite expérience réelle. Pour acquérir cette expérience, moi j'ai besoin d'un encadrement. » (B2)

Les internes se confrontaient à un obstacle dans leur apprentissage des gestes techniques. Pour le dépasser, ils avaient clairement identifié la nécessité d'un guide. Sans celui-ci, ils restaient dans cet état latent de « débutant ».

« Peut être ce qu'il serait intéressant dans ce genre de formation ce serait de référencer les maitres de stages universitaires qui font beaucoup de gynéco et à l'inverse ceux qui font des infiltrations ou ce genre de choses pour ceux qui sont intéressés pour faire ce genre de gestes. » (C1)

V. La pratique : un sentiment d'envahissement

- La contrainte du temps

Les internes ont constaté, qu'ils devaient exercer avec une variable non ajustable : le temps. Faire des gestes techniques était considéré comme chronophage et la consultation pouvait être plus ou moins longue selon le geste effectué.

« par rapport au temps. Parce que c'est un geste avec une grande appréhension des patients, qui fait mal, ils sont inquiets, je pense qu'on passe quand même relativement du temps. » (C5)

Ils souhaitaient éviter la prise de retard afin de ne pas subir la « pression » des patients et être mal à l'aise face à certaines réactions.

« On peut se dire que si le geste se passe mal et que du coup au final on doit rester une heure, une heure et demi à gérer le patient alors qu'on a des consultations derrière, ce n'est pas cool pour les gens qui attendent et il y a une partie d'aléatoire dans la journée : on ne sait pas comment ça va se terminer...On peut aussi se dire : Bin je n'ai pas trop envie » (A3)

Pour eux, il était nécessaire d'organiser leur agenda de manière à éviter l'allongement des délais d'attente en bloquant des créneaux spécifiques à la réalisation des gestes techniques.

« Personnellement, si je devais le faire, je réserverais certains créneaux, à certains moments de la journée pour le faire. De préférence en fin de planning. » (B2)

- La pression de la productivité

Les internes imaginaient leur pratique avec un devoir de productivité car ils gardaient en permanence à l'esprit la file d'attente des patients.

« Clairement c'est pas une consult de 15 minutes... ca prends plus de temps et à la place j'aurais peut-être pu voir 2 patients au lieu d'un... donc bon ca rajoute encore une pression derrière. On a la file d'attente virtuelle dans notre esprit en fait. » (B5)

Ils ne pouvaient pas se permettre de perdre du temps, notamment en pratiquant des gestes techniques.

« Si on prépare à l'avance le geste. Si on dit à la consult d'avant : vous allez prendre ça à la pharmacie : les corticoïdes tout ça... Moi je vous injecte à la consultation d'après, on se dit que cette consultation est dédiée pour ça. On va la faire...Heu si ça dure 10 minutes c'est bien quoi ! Mais faudrait pas que ce soit plus long après. »

(A5)

Ne pas limiter son temps à réaliser des gestes techniques dans son exercice risquait d'en faire pâtir les autres patients.

« Et moi, la pose d'un DIU, j'ai déjà vu faire plusieurs fois en consult gynéco en ce moment, ça a l'air simple quand on regarde, mais des fois même les gynécologues elles galèrent quoi...Elles passent une demi-heure, trois quart d'heure...En ville c'est pas possible pour nous, il y a aussi des patients chroniques et tout le reste à

voir.[...]Il faudrait peut-être des plages dédiées à la gynéco ou à l'infiltration mais après c'est les autres patients qui en pâtissent aussi. » (A5)

- L'obligation de rentabilité en libéral

L'exercice libéral implique que le médecin gère son cabinet avec l'exigence, comme pour toute entreprise, d'un équilibre financier. Cela incitait les internes à envisager une activité quantitative plutôt que qualitative.

« Ça n'encourage pas le médecin traitant à faire de l'acte, si c'est pour rajouter cinq euros sur une consultation qui va te prendre plus de temps bin en fait t'es mieux payé à faire de l'abattage et voir deux patients sur le temps que t'aurais mis à faire ton geste. » (C2)

« C'est ça ! Je pense à l'effet temps aussi. Moi je pense que c'est plus simple de faire des gestes : DIU, infiltrations quand on est salarié, parce qu'on a un salaire fixe par mois donc qu'on ait plusieurs consult ou pas, on fait toujours la même chose. Là, si on est en libéral, si on met du temps à faire une infiltration déjà on va finir tard nos dernières consult...Et puis voilà on aura moins d'argent aussi...C'est quand même un commerce...Je le vois comme ça. » (A5)

Les futurs médecins réfléchissaient à la rémunération par rapport au temps passé à exécuter le geste technique.

« Seulement si la rémunération colle au temps attendu du geste. » (C5)

« Après si tu réfléchis Je m'en fous un peu de l'argent, je ne suis pas non plus comme ça, mais si tu réfléchis en termes de créneau horaire. Si tu prends 30 minutes c'est moins rentable que de faire deux consultations. » (B1)

Ils s'inquiétaient d'être insuffisamment rémunérés en cas d'allongement imprévu de la consultation.

« Par exemple, si je me rends compte qu'en terme d'aisance qu'une infiltration du canal carpien ça me prends systématiquement 40 minutes. Bin je me dirais que ça vaut pas le coup les 25 euros. » (C5)

« C'est ça ! Parce que les stérilets, je ne sais pas combien c'est coté mais si c'est 30 euros et passer trois quart d'heure à galérer et au final ne même pas avoir réussi à le mettre ! c'est pas du tout rentable (rires). » (A3)

- Supporter déjà une charge (mentale, logistique, financière, ...)

Exercer en cabinet médical impliquait pour les futurs médecins de gérer une organisation parfois complexe. Un rythme de travail intense sans pratiquer les gestes techniques semblait les freiner.

« peut-être que certains praticiens ne le font pas parce que justement c'est des consultations plus longues et qu'ils ont un planning et une intensité de patientèle qui fait qu'ils n'ont pas le temps de mettre des consultations plus longues de 15-20 minutes. » (C3)

Certains disaient déjà participer en partie à l'organisation du geste technique sans même le pratiquer : adresser au spécialiste, modifier certaines thérapeutiques, information donnée au patient, réévaluation...

« Ceci dit le rhumatologue il va dire : "Arrêtez votre AVK et voyez avec votre médecin généraliste pour le reprendre". Quoiqu'il arrive c'est sur nous que ça va retomber. » (A3)

Réaliser ces actes techniques nécessitait de supporter une logistique supplémentaire comme garantir du matériel aux normes, avoir une base de matériel suffisante en permanence dans son cabinet et s'approvisionner auprès de fournisseurs pour l'instant méconnus des futurs médecins.

«Le matériel d'infiltration, le matériel de pose de DIU, d'implant tout ça c'est des choses que l'on doit se fournir par nous-même, il faut vérifier qu'à chaque fois il y a des trucs qui sont à date...etc. Voilà, il y a toute une logistique autour à gérer...»(A3)

- Ne pas être serein pour réaliser le geste technique

Les internes souhaitaient réaliser le geste technique dans de bonnes conditions et voulaient se protéger des sources de distraction.

« Peut-être qu'en effet je le mettrais plus en fin de journée pour avoir le temps et ne pas être pressé » (B1)

Ils redoutaient de devoir réaliser un acte technique à un moment inopportun durant la journée de consultation.

« Personnellement, si je devais le faire, je réserverais certains créneaux, à certains moments de la journée pour le faire. De préférence en fin de planning. [...] Si pour une raison X ou Y ça prend plus de temps que prévu je ne me retrouve pas piégé. Et que ça ne décale pas tout mon agenda. » (B2)

Pratiquer le geste technique dans une situation de retard dans les consultations leur donnait le sentiment d'être moins appliqués.

« Ne pas se sentir pressée par le nombre de patients qui attendent en salle d'attente en fait. Moi j'ai l'impression de moins bien travailler quand je me sens pressée. » (B1)

VI. Faire face aux aléas

- Gérer les imprévus

Contrairement à la simulation, la réalité apporte son lot d'inattendu. Les internes s'inquiétaient de devoir gérer le patient en conditions réelles : une complication ou une anxiété.

« Après si des fois ça se passe mal, peut-être que t'auras pas trop envie de recommencer. » (A1)

« Un truc imprévu pour un truc qu'on ne sait pas bien faire de base, personnellement, ça va me faire paniquer beaucoup plus vite : " Qu'est-ce que j'ai mal fait ? " et " qu'est-ce que je dois faire maintenant ? " Sur le moment ça peut être assez stressant et ça peut être un frein à retenter de faire le geste plus tard. » (B2)

- Prévoir des solutions de repli

Pour faire face aux imprévus, les internes anticipaient les potentielles complications. Ils craignaient de pratiquer les gestes techniques isolés et souhaitaient avoir accès à un collègue en cas de difficulté.

« Moi je sais que quand j'étais en N1, ma prat au début elle faisait les stérilets et en fait elle a arrêté parce que toutes les patientes faisaient des malaises vagues et elle gérait ça toute seule à chaque fois en fait. » (A4)

« Je pense aussi que quand on est en maison de santé pluriprofessionnelle et qu'il y a un gynéco à côté c'est peut-être un peu rassurant de se dire : " si ça cafouille, au pire elle est à côté je peux aller lui demander ". Que vraiment quand on est tout seul...Peut-être que c'est plus facile quand on est en centre pluriprofessionnel, on

sait qu'on a peut-être une infirmière à côté ou bien un gynéco à côté et que si on galère vraiment on a une porte de sortie. » (A3)

Ils préféraient prendre une consultation plus longue qu'à l'accoutumée pour un geste technique.

« Bin le malaise vagal, globalement on installe le patient et on devra lever les jambes si jamais il ne se sent pas bien, lui donner un petit verre d'eau par la suite, prendre son temps, ne pas mettre un rendez-vous trop rapide parce que derrière on sait que ça peut vite durer le double s'il fait son malaise dans le cabinet. » (C1)

Ils prévoyaient l'accès à une salle annexe en cas de complication.

« S'il y a un malaise vagal : est-ce que tu as une petite pièce où tu peux dire à la patiente : "Je repasse vous voir dans 10 minutes, reposez-vous" ou est-ce que tu la gardes dans ton cabinet et tu accumules le retard ? » (A1)

VII. L'aide humaine : une marge de manœuvre étroite

- Ne pas percevoir l'intérêt d'une aide humaine

Les futurs médecins ne voyaient pas l'utilité d'avoir de l'aide lors de la réalisation des gestes techniques.

« je ne vois pas trop l'intérêt d'avoir quelqu'un pour aider à la mise en place du patient ou autre ça reste une consultation comme une consultation de médecine générale si on l'intègre dans notre pratique. » (C3)

Ils méconnaissaient les fonctions des assistants médicaux ou des infirmiers de pratique avancée.

« Leur fonction (assistants médicaux) pour moi est encore un peu floue. [...] Je ne sais pas comment ils sont formés. » (A1)

« Maintenant il y a les infirmiers de pratique avancée...Mais bon on ne sait pas trop ce qu'ils font et ce n'est pas trop le sujet. » (A2)

Les étudiants en médecine n'étaient pas non plus susceptibles de leur apporter de l'aide ou des connaissances selon eux.

« Ça m'étonnerait que l'externe sache mieux retirer les implants que nous (rires), mais pourquoi pas ! [...] Je ne pense pas qu'ils aient une meilleure formation que nous. S'ils en ont une tant mieux pour eux ! » (A3)

Préserver la pudeur des patientes lors des gestes techniques gynécologiques empêchait la présence d'une tierce personne pendant la consultation.

« Le DIU c'est pareil, je pense qu'en plus la personne serait encore plus gênée qu'il y ait une tierce personne... » (B1)

- Devoir faire confiance à son assistant(e)

Les internes constatent que la tendance est à la diminution en ce qui concerne les secrétaires médicales au cabinet, or ils évoquent volontiers ces dernières comme des aides possibles, appréciant leur polyvalence.

« Il n'y en a plus beaucoup quand même (des secrétaires) » (A1)

Ils doivent avoir confiance dans l'aide apportée par une personne et les secrétaires médicales sont souvent présentes depuis plusieurs années aux côtés du praticien.

« Après dans un cabinet où j'ai été, la secrétaire elle était un peu partout. [...] Je sais qu'on aurait eu un souci pendant un geste on lui aurait demandé : "Est-ce que tu peux jeter un coup d'œil sur tel patient ? Je le mets là en attendant ", elle se serait occupée de tout : elle l'aurait installé, elle serait venue nous voir s'il y avait eu un

problème. Elle était super. Donc oui, ça pourrait aider un petit peu. Après il faut les connaître, il faut avoir confiance ... » (A1)

- L'aide : finalement une charge supplémentaire

Les internes ignoraient comment manager une aide humaine.

«Je pense qu'une aide extérieure ça serait plus stressant et pas forcément utile.»

(B3)

Un étudiant en médecine nécessitait d'être formé avant de pouvoir bénéficier de son aide.

« Alors forcément, si on forme des internes ou des externes et bien comme à l'hôpital c'est de la main d'œuvre facile » (C2)

Avoir un assistant (assistant médical, IPA, ...) impliquait d'en assumer sa rémunération. À moins de pratiquer suffisamment de gestes techniques, ils y voyaient une perte de rentabilité financière.

« Et encore une fois, je ne veux pas paraître pour une « pince » mais un assistant il faut le rémunérer à juste titre et est-ce que ça a un intérêt sur un nombre d'acte qui reste minimal par rapport à tout ce qu'on peut faire à côté ? Je ne vois pas trop l'intérêt non. » (C2)

VIII. L'ambivalence dans la relation médecin-patient

- L'erreur est taboue

Les futurs médecins pensaient qu'ils n'avaient pas le droit à l'erreur.

« Quand on a cette pression de l'échec, ça peut être un frein. » (B5)

Ils n'assumaient pas un échec devant le patient.

« T'accumules le retard, t'as fait mal (à la patiente) et tu dis : " je ne peux pas le faire ". [...] J'aurais peur la fois d'après d'être le médecin qui n'a pas réussi...ça revient toujours sur la même chose : c'est parce qu'on l'a pas beaucoup fait. » (A1)

Ils craignaient de se ridiculiser devant un étudiant en cas d'échec.

« Oui et qu'on galère à deux (avec l'étudiant) et du coup que ce soit encore plus gênant, mais en fait il nous voit juste nous noyer. » (A1)

- S'exposer à un risque

Ils avaient l'habitude de prendre une décision médicale à la lumière du rapport bénéfice-risque. Pourtant la prise de risque était perçue différemment pour les actes techniques, au regard de la relation de confiance qui lie le médecin généraliste avec son patient.

« Je pense qu'on craint tous un peu l'évènement indésirable, du coup ça met en lumière le rapport bénéfice-risque : est-ce qu'il faut ? est-ce que ça vaut le coup de mettre l'implant au risque d'avoir des complications ? Est-ce qu'on va aider la patiente ? » (B3)

« on prend clairement un risque qui est important derrière et puis avec des patients qui sont encore plus procéduriers donc bon ça freine tout ça. » (C1)

« C'est des gestes qui sont quand même invasifs. Donc oui par rapport à une consultation où on reste en auscultation ou autre. Il y a quand même des décisions qui sont faites donc forcément il y a une plus grande responsabilité derrière mais il y a un petit plus quand il y a un geste invasif avec des complications potentielles derrière. » (C4)

Avoir confiance dans leur technique n'excluait pas une complication et ils garderaient une appréhension même avec de l'expérience.

« Pour ma part, je trouve que ça pousse à être un peu plus rigoureux, bien préparer la consultation, peut-être revoir les techniques avant que ce soit l'infiltration ou la pose d'implant, revoir les guides de bonnes pratiques pour être dans les clous. Ça pousse à être rigoureux pour s'assurer justement qu'il n'y ait pas de complications derrière, ça freine un petit peu : l'appréhension, les complications qui peuvent en découler. » (C4)

Informé le patient de façon transparente permettait de partager cette prise de risque avec lui et ainsi de la rendre plus acceptable.

« J'ai l'impression que plus on informe le patient de ce qui peut arriver en bien ou en mal, plus ils sont déjà préparés. Ils savent à peu près où s'orienter et si jamais ça arrive au moins " il me l'avait dit ". » (A4)

« Je pense que ça te dédouane un peu, ça limite le risque aussi... » (A1)

- La confiance du patient : un lien précieux

Dans le système de soins, le médecin généraliste étant le référent du patient, il est tenu de maintenir une relation de confiance avec lui. Les internes craignaient d'altérer cette relation en cas de complication.

« En tant que médecin généraliste, on a cette relation de confiance à entretenir avec le patient, ça rajoute une pression supplémentaire ...Je dis pas que les spés ne l'ont pas mais eux ils gèrent un aspect du patient nous tout le reste donc si ça foire...les répercussions sont importantes je trouve. » (B5)

Ce rapport entre le médecin et son patient était à double tranchant et n'autorisait pas le droit à l'erreur pour le médecin.

« Pour les patients si on arrive à faire ces gestes-là déjà ils se disent : " ah ! Mais mon médecin il est trop fort ! " » (A3)

« Le contraire : c'est que si tu n'y arrives pas, c'est que ça te casse ta relation en disant : " il a voulu faire un truc mais en fait il ne sait pas, j'étais un cobaye ", c'est la contrepartie. » (A1)

- Se sentir vulnérable juridiquement

Les internes considéraient qu'auparavant les médecins généralistes étaient intouchables en raison de la relation paternaliste qui existait. Selon eux, les patients seraient de plus en plus procéduriers, cette judiciarisation de la médecine ferait suite à l'évolution de la relation médecin-patient vers une conception délibérative. Le médecin de famille n'était plus incontestable et les futurs médecins craignaient d'être attaqués en justice.

« Personnellement, quand je me suis lancée dans les études de médecine j'avais l'image du médecin de quand j'étais enfant et jamais de la vie j'aurais fait un procès pour tout et n'importe quoi ! Quand il y a quelqu'un qui meurt, faire un procès, je veux bien. Je trouve ça dommage d'en arriver là. Parfois je pense qu'il y a des gens qui se disent : "Ah bin peut-être que je vais me faire des sous si je porte plainte. Donc allez, je vais porter plainte pour tout et n'importe quoi ". » (A3)

Ils se méfiaient des patients ayant un profil jugé « compliqué ».

« Je pense qu'il y a des patients à qui on peut leur proposer. On sait qu'ils ne vont pas trop nous juger ou quoi et il y en a d'autres qui sont super exigeants. [...] Les patients qui arrivent en consultation : "alors moi je vous préviens je suis très procédurier" avec leur gros classeur qui déborde de feuilles. Ils commencent par ouvrir leur dossier médical et à tout noter mots pour mots. » (A3)

Cependant, ils ne se voyaient pas, éthiquement, leur refuser la pratique d'un geste technique pour ce motif.

« Ce n'est pas très éthique de dire : " Toi je te le fais et toi je ne te le fais pas ". Mais clairement, si je ne me sens pas très à l'aise avec certaines personnes, je ne vais pas avoir envie de me lancer. » (A3)

La crainte du procès pouvait les freiner. Ils n'acceptaient pas le risque de poursuites judiciaires malgré la forte probabilité d'en avoir une au cours de leur carrière.

« Là toutes les deux on est dans un stage où les premiers jours à l'hôpital on nous a dit : " En moyenne : un médecin aura cinq procès donc c'est habituel. Il ne faut pas que ça vous inquiète. Tout le monde en aura. Moi, vous voyez j'en suis à trois procédures ". Donc on sait que ça peut arriver mais on n'a pas envie que ce soit pour une pauvre ponction qu'on aurait pu ne pas faire. » (A2)

Cela impliquait de contracter une assurance supplémentaire pour se couvrir en cas de procédure judiciaire.

« Après moi je n'étais pas au courant qu'il fallait une assurance plus chère pour faire des gestes. » (A3)

- Être impacté(e) personnellement en cas de complication

Les internes craignaient la complication, par peur des conséquences.

« De blesser ou de faire mal aussi un peu. L'implant : de ne pas savoir retirer et de provoquer un saignement ou un inconfort du patient. Des complications infectieuses potentielles. » (B3)

La complication venait les toucher intimement : ils s'imaginaient ressentir de la culpabilité. Elle était capable de remettre en question leur pratique des gestes techniques. Dans le cas d'un procès, celui-ci serait vécu comme un échec personnel.

« Après les gestes de ponction-infiltration il y a un risque infectieux aussi. Si tu fais une grosse arthrite au patient derrière. Moi, personnellement, je me sentirais trop mal. Je culpabiliserais à fond, je me dirais : " Ohlala ! ". Une petite mamie après elle fait un choc septique et elle meurt, moi je n'en dors plus franchement. C'est quand même une responsabilité. Après ça n'arrive pas non plus tous les quatre matins. Mais il faut le prendre en compte quand même si ça ne se passe pas bien, il n'y a pas que le patient qui va avoir des soucis, il y a nous aussi. Moi personnellement, moralement, j'en prendrais un coup aussi. C'est ça qui fait que j'y réfléchirais à deux fois. » (A3)

« Moi ma crainte numéro un c'est de faire mal au patient, de lui provoquer des complications à cause de mon inexpérience. Comme je le disais tout à l'heure, je suis quelqu'un de très stressé donc si je provoque de la douleur chez un ou une de mes patientes par mon inexpérience, ça va beaucoup me travailler. » (B2)

Ils appréhendaient la réaction de certains patients en cas de complication et pensaient qu'il y avait une différence de tolérance entre ceux issus de zones urbaines ou rurales.

« Tu vois si t'es en campagne et que tout le monde est bienveillant (j'exagère un peu). Je sais qu'à un de mes stages on aurait pu le faire, on explique : " ça peut faire ci, ça peut faire ça". Donc s'il y a un effet indésirable, le patient peut se dire : " Oui vous m'aviez prévenu". Si tu es en ville avec des gens hyper carrés, exigeants, ... » (A1)

IX. Rester dans sa zone de confort

- Ne pas accepter l'incertitude

Pratiquer en conditions réelles impliquait pour les internes de ne plus pouvoir s'accrocher à la preuve de la réussite de leur geste technique.

« C'est pareil, le DIU tu ne sais pas s'il est bien positionné ou pas, maintenant tu ne fais plus d'échographie forcément après. Le nombre d'implants que tu retrouves mal positionnés... » (A4)

Ils avaient peur d'avancer à l'aveugle.

« Le fait de le faire et puis qu'au final il n'est pas du tout bien positionné. Déjà il y a un risque qu'il ne fonctionne pas, ça peut engendrer des douleurs, enfin c'est compliqué. » (A4)

Ils avaient besoin de se rattacher à un élément concret. Par exemple, un échographe leur aurait permis de guider certaines infiltrations ou de vérifier le bon positionnement d'un DIU.

« Poser des stérilets c'est un peu particulier et idéalement il faudrait avoir un échographe pour voir s'il est bien placé. » (B2)

« Ouais c'est vrai que sur l'infiltration c'est aussi l'échographie. Dans le genou ça va tu n'as pas forcément besoin d'échographie et le canal carpien non plus mais l'épaule et tout ça c'est de plus en plus avec une écho. Donc ça c'est un gros frein aussi, avoir un échographe ça pourrait être pas mal. » (C1)

Mais les internes trouvaient qu'investir dans un échographe était trop onéreux.

« je ne me vois pas installer un échographe dans mon cabinet pour un geste que je vais réaliser une fois par mois, ça me paraît disproportionné » (B2)

- Avoir d'autres priorités

La multiplicité des missions du médecin généraliste faisait qu'ils avaient du mal à intégrer les gestes techniques dans leur exercice.

« il y a déjà tellement d'autres trucs à gérer dans la pratique libérale que ce n'est pas vraiment ma priorité (rires). Surtout au début quand on commence à s'installer, il faut déjà, je pense, se sentir vraiment à l'aise avec tout le reste. » (A4)

Les internes pointaient des difficultés à gagner en expérience par une pratique trop sporadique.

« Mais mon prat ne m'a jamais laissé en faire, du coup c'est vrai qu'il faudrait que je me reforme etc... ça ne sera pas simple. » (B4)

Lors des stages en ambulatoire ou lors des premiers remplacements, ils ne parvenaient pas à pratiquer des actes techniques.

« Et puis si tu remplaces et qu'il n'y a pas de table de gynéco bon, tu es coincé. » (A1)

- Ne pas être identifié(e) comme un recours

Les étudiants avaient fait le constat que les patients ignoraient que leur médecin généraliste pouvait réaliser ces actes.

« Oui, parce qu'encore une fois les gens dans leur tête ce n'est pas le médecin généraliste qui va infiltrer, qui va poser l'implant ou qui va poser le stérilet. » (A3)

Ainsi, un cercle vicieux se formait : l'absence de demande des patients entraînait un défaut de pratique et donc une perte de compétences.

« Surtout que ce n'est pas très fréquent. » (A1)

« Après peut-être que ça l'est plus que ce que l'on croit mais comme je pense que les patients ne pensent pas que nous aussi on peut le faire, ils ne nous en parlent pas. » (A3)

Chaque médecin attire une patientèle qui lui ressemble en fonction de ses propres aptitudes.

« et à l'inverse, je sais que si je dispose de ce matériel je vais peut-être attirer une certaine patientèle dont je n'ai pas forcément l'attrait. » (B2)

Les internes évoquaient aussi un manque de reconnaissance de leurs capacités.

« Voilà on est généralistes, on est médecins, heu...tant qu'on se sent compétent dans un geste, on peut le faire. » (C1)

- Contourner le geste technique

Les internes avaient constaté qu'orienter le patient vers un confrère pour réaliser un geste technique était une pratique courante.

« Pour avoir fait des stages chez le prat même en campagne, même eux orientent chez le spé donc en vrai je pense que tout le monde fait ça. » (B4)

Ils avaient la possibilité d'éviter la pratique de certains actes grâce aux médicaments : proposer une contraception orale plutôt qu'un implant, ou prescrire un traitement anti-inflammatoire plutôt qu'une infiltration.

« Clairement, je ne pense pas que je le referais.... Je pense que je mettrais de la Colchicine » (B1)

- Limiter sa prise de risque

Les futurs médecins avaient conscience de leurs limites.

« Finalement notre métier c'est de savoir où sont nos limites et après de réorienter lorsqu'on ne se sent plus capable. » (A4)

Ils n'hésitaient pas à déléguer l'acte technique à un confrère en cas de :

- Doute diagnostique,

« Pour les infiltrations ce serait un doute diagnostique. » (C2)

« Pareil, les femmes qui ont un utérus avec des fibromes et qui veulent mettre un stérilet. Je ne suis pas tout à fait sûre qu'elles aient le droit, ni comment ça va se passer. Donc je ne vais pas commencer à me dire : " oui on va tenter, ça peut être une bonne idée " ». (A2)

- Terrain polypathologique,

« Moi je ne pense pas que je le ferais sur les patients polypathologiques. Un patient sous AVK depuis longtemps il faut savoir gérer l'arrêt des AVK et la reprise aussi. J'ai déjà vu un patient aux urgences, il était diabétique, il s'était fait infiltrer par un rhumatologue au genou, trois jours après il avait une arthrite septique. » (A5)

- D'échec après une tentative.

« Clairement il y a des moments où on n'y arrive pas. Je sais pas...un patient qui a plein d'arthrose, on arrive pas à passer dans l'articulation » (C1)

- Réduire son champ de compétences

Certains refusaient de se confronter aux gestes techniques ou d'autres se contentaient de faire des gestes dits « simples ».

« Faudrait faire des gestes simples chez des patients simples qui n'ont pas de trucs trop graves. » (A5)

Déléguer le geste était le choix de la facilité et supprimait le risque de perte de confiance du patient.

« Donc on sait que ça peut arriver mais on n'a pas envie que ce soit pour une pauvre ponction qu'on aurait pu ne pas faire. » (A2)

À l'inverse, faire des gestes techniques n'était pas nécessaire pour gagner la confiance du patient ou pour s'épanouir dans son exercice.

« Les médecins qui ne font pas de gestes ils ont des chocolats quand même. » (A2)

« En soit les gestes je trouve que c'est intéressant à faire, mais à mon sens pas absolument nécessaire pour être épanoui dans mon métier de médecin généraliste. » (B2)

X. Une question d'investissement

- L'anticipation

Un geste devait être anticipé en termes d'organisation.

« Il faut tout anticiper à l'avance, s'assurer qu'on ait toujours la quantité de matériel nécessaire. Comme une charge mentale. » (B2)

Dans ce cas-là, les internes voyaient l'intérêt d'une assistance pour les soulager des tâches entourant l'acte technique.

« Si je pars du principe que j'en ferais, ouais clairement un interne ou un externe peut t'avancer sur tous les autres trucs de la consult, les ordos, le dossier médical, la facturation et moi je me concentrerais sur le geste. C'est plutôt une bonne idée. » (B5)

Ils prévoient plus de temps de consultation, et prenaient pour les patients polyopathologiques un temps de coordination supplémentaire.

« Oui le temps de consultation... c'est vrai que pour une infiltration ou un implant, il faut dédier un temps de consultation en plus. » (B3)

« C'est vrai que dès qu'ils ont des traitements : AVK ou autres, il y a toute cette logistique derrière à faire. Il faut les avoir vu avant pour leur expliquer, il faut les revoir après pour vérifier qu'ils ont bien repris. » (A3)

- Adapter le cabinet médical

La réalisation des gestes techniques requerrait un cabinet médical adapté en matière de disposition, d'espace, de normes et de matériel.

« Après il faut quand même avoir un local adapté. La table de gynéco, bon faut quand même avoir une table d'examen quoi qu'il arrive, mais c'est quand même des grandes tables. Avoir une pièce assez bien pour pouvoir le faire. » (A3)

« Pour les gestes de gynéco, je pense qu'il faut avoir un cabinet qui est un peu conçu pour accueillir des patientes, pour la position gynécologique dans le cadre des frottis et des stérilets. » (C4)

Pour certains, le cabinet médical n'était pas le lieu adéquat pour ces actes techniques. La crainte d'un mauvais respect de l'asepsie était évoquée.

« Après pour le stérilet, il faut avoir la table de gynéco, être un peu plus équipé. Pour les infiltrations c'est les conditions d'asepsie... En soit c'est réalisable... Après c'est les prélèvements qu'il faut mettre au labo...C'est des questions organisationnelles qui sont plus compliquées pour l'infiltration. » (B3)

- Augmenter les charges

Les potentielles adaptations des locaux, l'achat du matériel, la surprime d'assurance, l'éventuel salaire d'un employé participaient à l'accroissement des charges du cabinet médical.

« Oui, car on ne peut pas réaliser le geste si on n'a pas les moyens de le réaliser. Donc ça a un coût matériel et mental. » (A2)

« mais niveau assurance, niveau temps de consultation je pense que ça peut être un frein. » (A5)

Le matériel était considéré comme un investissement onéreux (table de gynécologie, ...etc.) bien que pour ces gestes une partie du matériel était déjà présente au sein du kit fourni par le laboratoire.

« Après il y a toute la logistique autour : avoir le matériel nécessaire c'est quand même un investissement » (A3)

Ils craignaient de jeter du matériel médical non utilisé par une pratique irrégulière de ces actes.

« Pour les infiltrations, les aiguilles personnellement je ne sais pas où ça s'achète, où est ce qu'il faut se fournir. On risque de jeter du matériel neuf. » (A3)

- Absence de récompense financière

Comme décrit précédemment, les internes considéraient qu'il fallait investir des moyens intellectuels, financiers, logistiques, humains, organisationnels afin d'aboutir à une pratique sereine des gestes techniques. Compte tenu de leurs efforts, ils ne comprenaient pas la rémunération proposée.

« mais c'est vrai que moi ça me choque que les infiltrations ce soit le prix d'une consult » (C5)

« Pour un médecin, parfois on va prendre beaucoup de temps pour un patient et être payé 25 euros et c'est vrai que ça reste un geste invasif etc... Et je sais plus à combien elles sont exactement mais c'est quasiment le prix d'une consultation. Alors est-ce qu'on va prendre toutes les responsabilités tout ça, s'embêter au cabinet sachant qu'il y a plein plein de choses à côté à faire, c'est ce qui peut freiner un peu. » (C1)

Ils se trouvaient moins bien rémunérés que les médecins des pays voisins.

« Je ne sais pas ce que vous en pensez mais c'est un peu abusé quand même. Surtout quand on voit l'évolution du coût de la vie et des responsabilités que ça engendre ce genre d'acte c'est quand même pas cher payé. Alors j'aimerais bien comparer par rapport à nos voisins européens le prix de leurs actes par rapport aux nôtres mais à mon avis ça doit quand même piquer. » (C2)

Ils n'étaient pas reconnus pour les économies de dépenses de santé qu'ils contribuaient à réaliser.

« Pareil pour moi, je trouve ça insuffisant et surtout par rapport aux potentiels économies qu'on fait faire au parcours de soins du patient : son bon de transport, la consultation spé, les recours parfois excessifs au guidage échographique ce genre de choses. Je pense que là-dessus on est un peu la bonne poire. » (C5)

Tout cela participait au sentiment de manque de reconnaissance.

« la rémunération effectivement pour les infiltrations articulaires sont assez faibles mais globalement je trouve que c'est toutes les cotations en France. » (C1)

La grille de cotation des actes techniques CCAM (Annexe 6) était considérée comme illogique.

« Pour le coup le Hamilton, tu suis juste le truc et c'est hyper simple à faire et hyper récompensant tandis que l'implant, bon ...tu t'es investi pour apprendre à le faire et pour réaliser le geste ensuite. C'est un peu plus technique que le Hamilton et c'est moins rémunéré. Ce n'est pas logique je trouve. » (B2)

La cotation des actes techniques étudiés n'était pas à la hauteur des responsabilités et du savoir-faire engagés.

« Il n'y a pas que la rémunération par rapport au temps qu'on y passe, il y a aussi les moyens intellectuels, qu'on met en place pour le faire donc ça se rémunère. » (B4)

Cette rémunération ne jouait pas le rôle d'incitation financière.

« Pareil, je trouve que ce n'est pas forcément proportionnel au temps et à l'effort qui est fourni pour les gestes donc ce n'est pas sur cet argument là qu'on va être encouragé à les faire » (C4)

L'impact d'une incitation financière serait efficace à condition que le geste technique soit maîtrisé par le praticien.

« Ce n'est pas suffisant, en effet ça n'incite pas à le faire. Mais après ce n'est pas pour autant que si la cotation de la ponction de genou était à 200 euros, c'est pas pour ça que je la ferais. [...] Mais après c'est parce que je suis bloquée avec les gestes rhumato car je ne me sens pas capable d'en faire tu vois. » (B1)

DISCUSSION

RESULTATS PRINCIPAUX

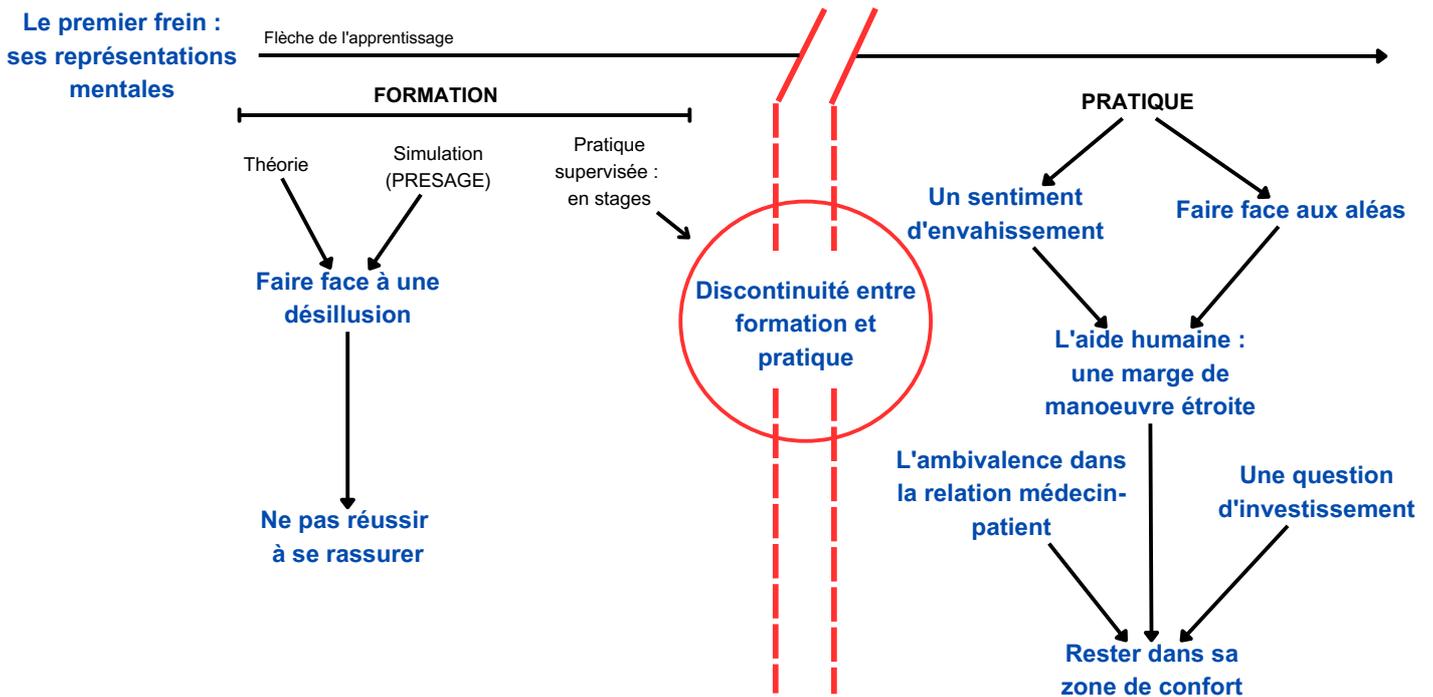


Schéma explicatif des freins à pratiquer les gestes techniques après un atelier à PRESAGE chez les internes de médecine générale de l'Université de Lille

L'obstacle principal à la pratique des gestes techniques était la discontinuité dans la formation entre la simulation et la réalité. Sans un guide pour sécuriser leurs premières expériences, les internes ne parvenaient pas à dépasser cet obstacle. Avant même de s'initier, les étudiants avaient des a priori sur les gestes techniques. Pratiquer ces actes était avant tout une question de préférence personnelle plus ou

moins marquée selon le genre de l'interne. Certains pensaient qu'ils n'appartenait pas aux compétences du médecin généraliste et se considéraient illégitimes, voire marginaux s'ils réalisaient ces gestes techniques.

Ils ne parvenaient pas à s'approprier le procédé de ces gestes et constataient qu'ils régressaient rapidement.

L'accès limité à la simulation et l'absence de validation externe empêchaient les étudiants de sécuriser leurs acquis. Certains internes prenaient l'initiative de réaliser une formation complémentaire afin d'atteindre leurs objectifs de formation.

Pour envisager les gestes techniques dans leur exercice futur, les internes n'avaient pas de modèles auxquels se rattacher. L'absence de concrétisation du geste appris à PRESAGE entretenait l'écart entre simulation et réalité.

Un sentiment d'envahissement apparaissait lorsqu'ils évoquaient les obstacles à la pratique des gestes techniques au cabinet médical. L'intégration de ces actes dans leur exercice venait malmener une organisation bien rôdée. Le risque de retard pouvait perturber les conditions nécessaires au bon déroulement du geste technique. La pression de la productivité s'exerçait sur eux avec l'idée de ne pas pénaliser les autres patients par leur pratique des actes techniques. Ils ne devaient pas négliger l'obligation de rentabilité et ainsi réfléchir à la rémunération du geste par rapport au temps passé à l'exécuter.

La pratique en conditions réelles impliquait de devoir faire face aux aléas (complications, réactions du patient, ...) et d'anticiper des solutions de repli pour en limiter l'impact.

Faire appel à une aide humaine semblait a priori être une solution à ces difficultés mais présentait aussi des freins. Certains n'en voyaient simplement pas l'intérêt.

Avoir confiance en cette aide était indispensable. La rémunération d'un tel assistant leur faisait porter une charge supplémentaire.

Les internes décrivaient une ambivalence dans la relation médecin-patient : on attendait d'eux d'être irréprochables et en même temps d'entretenir une relation de confiance « d'égal à égal » avec le patient. La prise de risque pour un geste technique devenait une vulnérabilité et l'impact en cas de complication venait les toucher intimement.

Ils estimaient qu'il fallait investir des moyens intellectuels, financiers, logistiques, humains, organisationnels afin d'aboutir à une pratique sereine des gestes techniques. La rémunération ne venait pas compenser ces efforts et pouvait même accentuer l'impression d'un manque de reconnaissance.

Ne pas être identifié par les patients comme un recours possible pour ces gestes techniques et pouvoir dans certains cas les contourner maintenait les internes dans leur zone de confort. N'acceptant pas l'incertitude inhérente et désirant limiter leur prise de risque, ils réduisaient ainsi leur champ de compétences.

COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

A. L'étape de la simulation

La formation sur mannequin était un enseignement apprécié et considéré indispensable par les internes de notre étude dans leur apprentissage des gestes techniques. Une étude de 2017 a évalué la formation des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Lille ; 6 mois après leur initiation aux infiltrations au sein du centre PRESAGE, 90% se déclaraient « satisfaits » ou « très

satisfaits », cependant la réalisation des infiltrations dans leur pratique future dépendait de l'intérêt qu'ils y portaient(18). L'intégrer dans un cursus universitaire a montré de bons résultats en termes de performance des étudiants (8,16). La simulation a montré son efficacité pour augmenter le confort des participants et leurs compétences théorico-pratiques(19). La pratique des infiltrations est 7 fois plus importante lorsqu'une formation a été dispensée aux médecins généralistes (20). La longueur de la formation et son caractère condensé pouvaient constituer un frein à son efficacité. Une étude a montré des améliorations significatives en termes de confiance des internes suite à des ateliers brefs de 90 minutes se concentrant volontairement sur les infiltrations d'épaule et de genou sur mannequins (21). Les lacunes théoriques préexistantes pourraient ne pas perturber l'acquisition des compétences. Une étude sur l'intérêt de la simulation chez les médecins et internes présentant des lacunes dans la connaissance des DIU et des implants contraceptifs indiquait que la simulation était pertinente dans cette situation (22). Le principal regret des participants aux ateliers de simulation était l'absence de répétition de ces séances (16,23). Le maintien des compétences était une inquiétude évoquée dans notre étude : les bénéfices d'une formation par la simulation peuvent subir une attrition au fil du temps, même si d'importants avantages résiduels persistent (19) (21) (24).

B. L'acquisition des compétences pratiques :

Les internes semblaient avoir plus d'opportunités de pratiques supervisées des gestes gynécologiques en stages hospitaliers qu'en stages ambulatoires. La réalisation d'un stage de gynécologie hospitalière au cours de l'internat à la Faculté

de Médecine de Rouen était significativement associée à une meilleure acquisition de la technique de l'implant contraceptif et du DIU (23).

Il était intéressant de constater l'absence d'association significative entre l'obtention d'un diplôme complémentaire et le fait de considérer l'implant contraceptif comme un geste acquis en fin d'internat (23).

Le stage chez le praticien et l'avancée dans l'internat ne sont pas associés à une amélioration du sentiment de maîtrise des compétences en ce qui concerne les gestes infiltratifs et la pose de DIU(25). Ces actes techniques sont considérés comme les moins réalisés et les moins bien acquis à la fin du DES de médecine générale (23,25) et confirment la dépendance des internes auprès de leurs MSU pour la pratique supervisée.

L'intérêt de bénéficier d'une pratique supervisée durant l'externat ou l'internat n'a pas été précisé et semble être dépendant de la faculté de formation(23).

Concernant l'obstacle principal de notre étude : la simulation n'est pas l'unique moyen d'acquisition des compétences(8), son efficacité semblait varier si elle était associée ou non à une pratique supervisée (22). Une étude a prouvé que l'association d'un atelier d'infiltration de l'épaule sur mannequins et d'une formation supplémentaire à l'hôpital sur des patients était efficace(26). Les médecins généralistes ayant suivi ces deux formations ont signalé une augmentation marquée de leur niveau de confiance dans la réalisation des infiltrations de l'épaule et du nombre de celles-ci.

Une autre étude a montré que les médecins généralistes préféraient s'entraîner aux techniques d'infiltrations sur de "vrais patients" plutôt que sur des mannequins (24).

Les médecins généralistes qui s'étaient formés sur des patients étaient

significativement plus susceptibles d'effectuer des infiltrations. Plus d'un tiers des médecins (37%) ayant suivi un atelier d'infiltration sur mannequins n'avaient effectué aucune infiltration au cours de l'année écoulée. Cette tendance se confirmait dans l'étude sur la participation des internes à l'atelier à PRESAGE : seulement 32% des internes avaient pratiqué une infiltration dans les 6 mois suivant l'atelier avec comme principal raison évoquée : le manque d'opportunités en stages (18).

La formation post-universitaire, les méthodes de formation et la capacité à maintenir les compétences en matière d'injection semblaient être des déterminants affectant la confiance des médecins généralistes et la quantité d'infiltrations qu'ils effectuaient(24).

C. Complications des gestes techniques

Les DIU ont été l'objet d'idées reçues, cette méthode est pourtant de plus en plus choisie par les femmes. La formation insuffisante à l'insertion, la réticence à la réalisation des gestes techniques et la contrainte de temps et de matériel constituaient les principaux freins à sa pratique. Le risque faible de perforation utérines (1,1 à 2,0%) et la technique de pose directe (plus simple, plus rapide, moins de matériel que la méthode classique) simplifient la technicité du geste et lèvent les principaux freins évoqués (27).

Les implants contraceptifs étaient moins redoutés, la littérature concorde avec un taux de 0,3% de complications suites à l'insertion d'un implant (28). Des cas de migration dans l'artère pulmonaire ont été décrits mais restent très rares(29).

Concernant l'infiltration intra-articulaire du genou, l'arthrite septique était la complication la plus redoutée. Le risque a été estimé à environ 1/77 000 dans les

études. L'utilisation de matériel stérile jetable, une désinfection minutieuse et l'application de la technique du «no touch » permet de réduire considérablement ce risque(30). L'hygiène du cabinet était une crainte pour les gestes infiltratifs, les recommandations indiquent qu'il convient de réaliser une asepsie à 5 temps (30). Concernant les cas particuliers de certaines thérapeutiques pour les infiltrations évoquées : l'arrêt du traitement antiagrégant n'est pas nécessaire et le traitement anticoagulant doit être suspendu, sauf pour l'infiltration du genou (31).

D. Le versant juridique et assurantiel

La majoration de cotisation pour la RCP demandée par les organismes d'assurance pouvait être évoquée comme un frein dans notre étude : un travail de thèse estimait les surprimes entre 153 et 198€/an, confirmant la méconnaissance des enjeux financiers par les internes (14).

Concernant la crainte du procès, le bilan de la MACSF sur la responsabilité médicale constate un nombre de sinistres globalement stable. Même si le plus grand nombre de sinistres demeure chez les médecins généralistes, leur exposition au risque est considérée plus faible comparée à d'autres spécialités. Les médecins généralistes restent parmi les 3 spécialités les plus touchées par le nombre de poursuites. Pour la première fois depuis 2017, la sévérité des tribunaux baisse. Les indemnisations allouées aux victimes, elles, augmentent (32).

L'évitement des gestes techniques chez les internes répondait à la pression médico-légale qui s'exerçait sur eux. Un article sur la médecine défensive a corroboré nos découvertes : les principaux détournements consistaient à adresser le patient plus facilement à un confrère spécialiste (73,5 % des répondants) et pour 54,4 % d'entre eux à renoncer à la pratique d'actes techniques jugés à risques. Des comportements

protecteurs, comme donner une information transparente au patient étaient déployés pour lutter contre la pression ressentie(33). L'antécédent de plainte n'était pas significativement associé à une modification des pratiques contrairement à ce qu'anticipaient les participants de notre étude.

E. L'évolution des pratiques

La surcharge de travail, l'exercice libéral et la taille de la patientèle étaient un frein largement évoqué à la pratique des gestes techniques au cabinet. Une étude norvégienne (34) a démontré que les médecins généralistes avec des patientèles plus grandes que la moyenne avaient une probabilité plus élevée d'effectuer des poses de DIU. Au contraire, les médecins avec une plus petite patientèle, ou exerçants dans des grandes villes avaient moins de probabilité de pratiquer des gestes techniques. Cette étude pourrait révéler l'influence du niveau d'investissement du médecin dans sa pratique d'actes techniques.

La DRESS projette une hausse de la proportion de médecins salariés et une féminisation de la profession (3). Les femmes médecins généralistes auraient moins de probabilité de pratiquer des gestes techniques (34), cependant l'exercice salarié semblait être plus propice à l'intégration des gestes techniques dans notre étude.

Le genre du médecin semblait être un facteur influençant la pratique des gestes rhumatologiques ou gynécologiques : les femmes médecins généralistes ont plus de chances de poser des DIU (23,34). La pratique d'infiltrations serait 5 fois plus importante chez les hommes médecins généralistes (20).

L'hétérogénéité des pratiques concernant les méthodes contraceptives concorde avec l'hypothèse d'un contournement des gestes gynécologiques. Les médecins généralistes ont prescrit dans 97% des cas une contraception orale et en sont les premiers prescripteurs, contrairement aux sages-femmes principales prescriptrices de DIU et d'implants contraceptifs. Cette maîtrise inégale des moyens de contraception ne permet pas de guider les utilisatrices dans le choix d'une contraception adaptée à leurs besoins (35).

L'absence de guidage échographique, notamment pour l'épaule, était évoqué comme un frein à la pratique des infiltrations. Une revue systématique et méta-analyse a trouvé que les infiltrations échoguidées de l'épaule offrent potentiellement une amélioration clinique significativement plus importante que les injections à l'aveugle (36).

F. Le point de vue des patients

L'opinion des patients concernant les infiltrations cortisoniques en médecine générale est positive, indépendamment du déroulement et du résultat du geste (37).

La perception des patients concernant le risque d'erreur médicale en médecine générale apporte une perspective différente (38) : 66,5% des patients pensent qu'il est peu probable d'être victime d'une erreur médicale de la part de leur médecin généraliste. Les patients sont plus inquiets d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital, et changeraient de médecin traitant dans moins d'un tiers des cas lors d'une erreur de leur part. Cela vient pondérer la vision du patient « procédurier » évoquée dans notre étude.

Le manque de demande des patients s'explique par le fait que les infiltrations ou les gestes de gynécologie sont des compétences des médecins généralistes peu connues par les patients (39).

FORCES ET LIMITES

- FORCES :

C'est une première étude qualitative qui explore les freins des internes en médecine générale de l'Université de Lille à pratiquer les gestes techniques enseignés à PRESAGE à l'aube de leurs débuts professionnels. Afin de répondre au mieux à l'objectif de la recherche, notre choix s'est porté sur la méthode qualitative avec des focus-group afin de créer une dynamique de groupe pour une récupération riche de données.

Concernant l'échantillon : la sélection des participants s'est faite initialement sans a priori sur leur promotion, mais les hypothèses intermédiaires se sont concentrées sur les internes en dernière année de DES de Médecine Générale. Cela afin de recueillir un discours cohérent de leur double expérience sur la simulation et la réalité de l'exercice médical, en effet ces internes avaient ou étaient en train de réaliser leur stage ambulatoire (SASPAS) et certains avaient déjà l'expérience de quelques remplacements.

Le nombre de participants par focus-group était faible : 5 participants par groupe et la durée moyenne de 67 minutes, ces deux critères offraient un temps de parole par participant plus long et leur permettaient de développer en détail leurs idées.

La présence d'un modérateur a permis au chercheur de ne pas influencer le discours des participants.

Les étudiants ont réussi à s'exprimer librement, sans nécessité de relance.

Les critères de qualité de la grille issus de l'ouvrage de JP Lebeau ont été respectés au mieux et explicités (Annexe 5).

- LIMITES

Il existe un possible biais d'investigation. La chercheuse n'avait pas d'expérience en recherche qualitative et s'est formée grâce à l'ouvrage mentionné ci-dessus et aux guidances de son directeur de thèse ainsi que d'une chercheuse accoutumés à la recherche qualitative.

Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable.

Il existe un biais de sélection de par :

- Le recrutement s'étant fait sur la base du volontariat, on peut penser que les participants étaient intéressés par le sujet.
- La complexité d'organisation des focus-group pour coordonner la participation de plusieurs personnes et la présence d'un modérateur pendant au moins une heure.
- La connaissance au préalable de 4 participants à l'étude a pu influencer leur participation.

Il existait un biais de mémorisation de la formation à PRESAGE à cause du temps écoulé avec celle-ci.

Le peu de participants au focus-group a probablement joué sur la diversité des avis.

Malgré la volonté de faire participer tout le monde de façon uniforme, certaines personnes ont parfois pris l'ascendant sur d'autres avec des temps de parole plus longs.

Un désavantage du focus group est qu'il ne représente pas forcément les attentes individuelles.

PERSPECTIVES

Les participants ont unanimement exprimé l'importance de la formation par simulation sur mannequins. Si cet atelier demeure un des piliers de l'apprentissage aux gestes techniques, faute de stage permettant d'acquérir une expérience en conditions réelles, il n'aboutit pas à un résultat optimal.

Il semblerait intéressant de le combiner avec une pratique supervisée par un confrère afin d'accompagner les futurs médecins vers une pratique autonome. Cela se matérialiserait par un recensement des MSU en fonction de leur expérience de ces gestes techniques et proposer aux internes, à la suite de l'atelier à PRESAGE, un temps de pratique supervisée chez ceux-ci. Cette proposition pourrait gommer l'hétérogénéité des pratiques des actes techniques entre les MSU et la dépendance des internes à leur exercice. Certifier les internes ayant complété la simulation et la pratique supervisée pourrait renforcer leur légitimité.

Suggérer directement une formation aux MSU comportant ces deux piliers pourrait avoir un effet « boule de neige » en se répercutant sur les internes et les collaborateurs de ces médecins.

Notre étude a pointé un bon nombre d'a priori exprimés par les étudiants, il pourrait être utile de profiter de la formation pour les déconstruire à l'aide de la littérature.

Enfin, les effets d'une formation sur mannequins brève et ciblée ont pu être démontrés (21), les internes étant désireux de pouvoir retourner en simulation, il serait intéressant de pouvoir leur proposer des créneaux plus courts et se concentrant sur un ou deux gestes techniques. Ces ateliers, moins gourmands en ressources, seraient plus simples à organiser pour le maintien de compétences durant le DES.

CONCLUSION

Les gestes techniques constituent un objectif d'apprentissage pour les jeunes médecins généralistes. Leur caractère singulier dans la pratique de la médecine générale met en exergue les incertitudes des internes.

Notre étude a permis l'exploration des obstacles à la réalisation des gestes techniques. Elle a mis en évidence que la jeune génération restait bloquée dans son apprentissage après la simulation. Les étudiants avaient identifié leurs besoins de formation afin d'aspirer à pratiquer ces gestes techniques de façon autonome. L'association de la simulation à une pratique supervisée ainsi que la répétition de l'atelier permettrait une remise en continuité de leur apprentissage.

La tendance actuelle semble indiquer un évitement de la plupart de ces gestes techniques au cabinet de médecine générale. L'évolution de l'offre de soins, ainsi que l'apparition de nouvelles fonctions comme les assistants médicaux ou les infirmiers de pratique avancée vont probablement motiver les futurs médecins à se renouveler et s'investir dans la pratique des gestes techniques. La projection du développement du mode d'exercice salarié pourrait soulager les médecins généralistes de certaines contraintes et faciliter la réalisation de ces gestes.

La confiance des patients dans leur médecin généraliste pour pratiquer ces actes techniques semble être au rendez-vous.

Cette analyse qualitative pourrait servir à l'élaboration d'un questionnaire fermé et faire l'objet d'une seconde étude quantitative sur un échantillon représentatif des internes de médecine générale de l'Université de Lille.

RÉFÉRENCES

1. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. EXERCER. 2013;24(108):148-55.
2. KANDEL O, DUHOT D, VERY G, LEMASSON JF, BOISNAULT P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat Médecine Générale. 2004;(656-57):781-4.
3. BACHELET M, ANGUIS M. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes Résultats DRESS. mai 2017;(1011):6.
4. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Etudes Résultats DRESS. oct 2018;(1085):4.
5. Zoom sur les rhumatologues libéraux en 2020 [Internet]. CNAM; 2022. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_rhumatologues-liberaux_1.pdf
6. Zoom sur les gynécologues médicaux et obstétriques libéraux en 2020 [Internet]. CNAM; 2022. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_gynecologues-medicaux-et-obstetriques-liberaux_1.pdf
7. Doll A. Place de la simulation médicale haute fidélité dans la formation médicale continue en médecine générale [Internet]. 2019 [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02275901>
8. Fournier JP, Jaffrelot M. Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale. mt. 2013;19(1):42-51.
9. Nendaz M. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. Rev Médicale Suisse. 2005;6.
10. Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2016. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_11_26_intervention_mt_-_congres_de_l_isni_v3_.pdf
11. communication UFR3S, éditeur. Le centre PRESAGE au rendez-vous de la simulation TRES HAUTE FIDELITE [Internet]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/faculte-de-medecine/presage/actualites/2021-06-com-presage>
12. Simulateur de pose d'implant contraceptif 7086 Erler Zimmer [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.girodmedical.com/simulateur-pose-implant->

contraceptif-7085-erler-zimmer.html

13. VERDOUCQ A. Vécu des médecins généralistes ayant participé à la formation aux infiltrations en simulation procédurale à PRESAGE durant leur internat. Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2022.
14. Lambert C. Les gestes techniques en médecine générale ; formation et appropriation: étude qualitative chez des médecins généralistes ayant participé à un atelier infiltration [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2017 [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-9101>
15. Méthode de pose directe des dispositifs intra-utérins [Internet]. 2015 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=4Q6RbwlaX84>
16. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. janv 2005;27(1):10-28.
17. MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L, LE GOAZIOU MF, LABARERE J, TERRA JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Pract - Médecine Générale*. 15 mars 2004;Tome 18(645):382-4.
18. Pr PACCOU J. Développement et évaluation d'une activité de formation aux gestes infiltratifs adaptée aux internes de médecine générale. 2017.
19. Berney SM. Influence of an Interactive Joint Model Injection Workshop on Physicians' Musculoskeletal Procedural Skills. *Yearb Med*. janv 2008;2008:69-70.
20. Benoit A. Les infiltrations en médecine générale : état des pratiques et des formations des maîtres de stage de la région Nord-Pas de Calais. Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2012.
21. Seifert MK, Holt CT, Haskins A, Dexter W. Improving Internal Medicine Resident Comfort With Shoulder and Knee Joint Injections Using an Injection Workshop. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour*. 2020;16:10979.
22. Madrigal JM, Stempinski-Metoyer K, Johnson CA, Patel A. A Pilot Study of a Top-Tier Contraception Simulation Program to Improve Long-Acting Reversible Contraception Practices Among Health Care Trainees. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. déc 2020;15(6):397-403.
23. Rousselle A. Déterminants de la réalisation des gestes gynécologiques dans la pratique future des internes de médecine générale [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387285>
24. Gormley GJ, Corrigan M, Steele WK, Stevenson M, Taggart AJ. Joint and soft tissue injections in the community: questionnaire survey of general practitioners' experiences and attitudes. *Ann Rheum Dis*. 1 janv 2003;62(1):61-4.
25. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau AL, Bolot AL, Laporte C, Moreno JP.

Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. *Pédagogie Médicale*. août 2017;18(3):109-20.

26. Gormley G, Steele W, Stevenson M, McKane R, Ryans I, Cairns A, et al. A randomised study of two training programmes for general practitioners in the techniques of shoulder injection. *Ann Rheum Dis*. oct 2003;62(10):1006-9.

27. Savignac-krikorian L, Benedini E, Bezanson E, Ruelle Y. Insérer un dispositif intra-utérin : méthode classique et méthode directe. *EXERCER*. 2015;26(121):229-34.

28. Ramdhan RC, Simonds E, Wilson C, Loukas M, Oskouian RJ, Tubbs RS. Complications of Subcutaneous Contraception: A Review. *Cureus [Internet]*. 31 janv 2018 [cité 14 août 2022];10(1). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/10744-complications-of-subcutaneous-contraception-a-review>

29. Heudes PM, Laigle Querat V, Darnis E, Defrance C, Douane F, Frampas E. Migration of a contraceptive subcutaneous device into the pulmonary artery. Report of a case. *Case Rep Womens Health*. 1 oct 2015;8:6-8.

30. Gasperini F, Darmon D. Infiltration intra-articulaire du genou. *EXERCER*. oct 2017;(136):378-82.

31. Lambert C. Ponctions et infiltrations. 2018.

32. Bilan 2022 sur la responsabilité médicale : retour à une situation d'avant cr... [Internet]. *macsf.fr*. 2022 [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/bilan-2022-sur-la-responsabilite-medicale-retour-a-une-situation-davant-crise-sanitaire-725e-ddf57.html>

33. VINCENT Y, MORICHON C, GROCCO T, LEVEQUE C. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. *EXERCER*. 2022;186:340-6.

34. Pahle AS, Sørli D, Kristiansen IS, Deraas TS, Halvorsen PA. Practice variation in surgical procedures and IUD-insertions among general practitioners in Norway - a longitudinal study. *BMC Fam Pract*. 21 janv 2017;18(1):7.

35. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyal F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 juill 2022;50(7):535-41.

36. Wu T, Song HX, Dong Y, Li JH. Ultrasound-guided versus blind subacromial—subdeltoid bursa injection in adults with shoulder pain: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 1 déc 2015;45(3):374-8.

37. Petit J, Prati C, Wendling D, Guillot X. Infiltrations cortisoniques en pratique de médecine générale : le point de vue des patients. *Rev Rhum*. 1 nov 2016;83:A173-4.

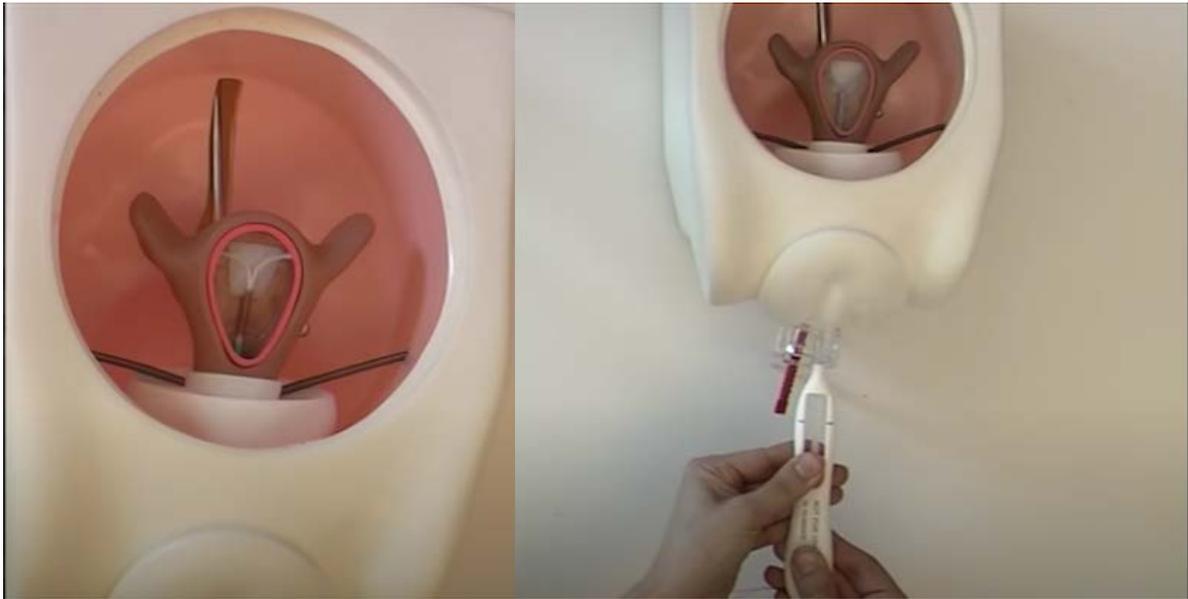
38. Leloup M. Perception par le patient du risque d'erreur médicale en médecine générale [Internet]. Université de Nantes-Faculté de Médecine; 2019 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=08285be8-49a2-42d6-9627-00651f54b7af>
39. DI NATALI J. Evaluation de la connaissance par les patients des gestes techniques réalisables par le médecin généraliste. Université de Lorraine. Faculté de médecine de Nancy; 2019.
40. Plaquette générale des actes NGAP et CCAM [Internet]. MG France; Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Exemples de simulateurs procéduraux.



Simulateurs procéduraux pour les gestes infiltratifs.



Simulateurs procéduraux aux poses de DIU et d'implants contraceptifs.

FORMULAIRE DE PRÉSENTATION

Je suis Joséphine CHIBRARD, je réalise une Thèse dirigée par Pr. Deleplanque sur **les gestes techniques en médecine générale**, plus particulièrement ceux que vous avez appréhendés lors de l'ED PRESAGE :

- **gestes rhumatologiques**: infiltration d'épaule, de coude, de genou
- **gestes gynécologiques**: pose/retrait de DIU, pose/retrait d'implant contraceptif

J'interroge exclusivement les internes de Médecine Générale ayant effectué l'ED Presage.

Je vous sollicite afin de participer à un *FOCUS-GROUP* comprendre vos freins à pratiquer ces gestes techniques dans votre exercice futur.

Cela se déroule au sein de la Faculté de médecine à la suite de votre prochain ED ou GEP.

Je vous propose de m'envoyer un mail à l'adresse suivante : josephine.chibrard@gmail.com pour me confirmer votre participation.

Prévoyez une durée d'environ 1H.

Le principe du *focus-group* est de discuter autour du sujet, l'animateur vous posera des questions ouvertes :

-Prise de parole libre.

-Recherche d'opinion différentes et non d'un consensus.

-Absence de jugement : Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, tous les arguments sont intéressants pour mon travail de recherche.

Les échanges seront enregistrés mais je tiens à rappeler que les informations resteront **strictement anonymes**.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2022 -246 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Votre présence m'aiderait beaucoup à réaliser ma thèse !

Merci d'avance pour votre participation,

Joséphine CHIBRARD
Interne de la promotion PASTEUR
Mail : josephine.chibrard@gmail.com

Participation à un Focus-group

Je suis Joséphine CHIBRARD, je réalise une Thèse dirigée par Pr. Deleplanque sur **les gestes techniques en médecine générale**, plus particulièrement ceux que vous avez appréhendés lors de l'ED PRESAGE :

- **gestes rhumatologiques** : infiltration d'épaule, de coude, de genou
- **gestes gynécologiques** : pose/retrait de DIU, pose/retrait d'implant contraceptif.

Je vous sollicite afin de participer à un FOCUS-GROUP (entretien de groupe de 5 à 10 personnes) pour comprendre vos freins à pratiquer ces gestes techniques dans votre exercice futur.

J'interroge exclusivement les internes de Médecine Générale ayant effectué l'ED Presage.

Cela se déroule sous la forme d'un entretien de groupe en visio-conférence sur SKYPE : Prévoyez une durée d'environ 1H.

Je vous propose les dates suivantes :

- > **Mardi 15 novembre à 19h30**
- > **Jeudi 17 novembre à 19h30**
- > **Jeudi 24 novembre à 19h30**
- > **Mercredi 30 novembre à 19h30**

➔ *Merci de me contacter de compléter votre présence via le lien doodle :*

<https://doodle.com/meeting/participate/id/dRqZJjKe>

Ou par mail, téléphone (Informations ci-dessous)

➔ *Si vous êtes intéressé(e) mais qu'aucune date ne convient, n'hésitez pas à me donner vos disponibilités pour organiser une autre date.*

Le principe du focus-group est de discuter librement autour du sujet, l'animateur vous posera des questions ouvertes : prise de parole libre, recherche d'opinion différentes, absence de jugement.

Les échanges seront enregistrés mais je tiens à rappeler que les informations resteront **strictement anonymes**.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2022 -246 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci d'avance pour votre participation,

Joséphine CHIBRARD, interne de la promotion PASTEUR

Mail : josephine.chibrard@gmail.com

Tel : 06 79 17 86 77

GUIDE D'ENTRETIEN DU FOCUS GROUP

II-QUESTIONS OUVERTES : (Modératrice)

1. Question brise-glace : Pourriez-vous me raconter votre ressenti vis-à-vis des gestes techniques après avoir suivi l'ED PRESAGE ?
2. Quelle est votre expérience personnelle en ayant pratiqué ces gestes techniques au cabinet ?
3. Quel intérêt portez-vous à ces gestes techniques ?
4. Que pensez-vous personnellement de la place des gestes techniques dans votre futur exercice en tant que médecin généraliste ?
5. Avez-vous déjà pensé aux difficultés matérielles et logistiques que vous pourriez rencontrer pour pratiquer ces gestes techniques au cabinet ?
6. Concernant l'agenda et la gestion du temps du médecin généraliste vis-à-vis de ces gestes : quelles sont les difficultés que vous pourriez évoquer ? Je précise que ce sont des gestes non urgents.
7. Que pensez-vous de la rémunération CCAM de ces gestes techniques ?
8. Quel est votre avis concernant le personnel pouvant vous assister à la réalisation de ces gestes : secrétaire médicale, assistants médicaux, externes, internes, ? Qui pourrait faciliter la réalisation de ces gestes ?
9. Quelles sont les raisons qui vous amèneraient à déléguer ces gestes techniques aux spécialistes non généralistes ?
10. Quelles sont vos craintes ou hésitations vis-à-vis de ces gestes ?
11. Comment la possibilité d'un évènement indésirable influence votre pratique futur ?
12. Selon vous, en quoi ces gestes peuvent-ils influencer la relation médecin-patient ?
13. Selon vous à quelle fréquence faudrait-il pratiquer ces gestes afin de bien les maîtriser ?

CONCLUSION : avez-vous quelque chose à ajouter ? Éventuellement, on reformule les idées principales afin de vérifier si cela est en accord avec la pensée des participants.

Annexe 4 : Récépissé de la déclaration à la CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Freins aux gestes techniques en médecine générale.
Référence Registre DPO : 2022-246
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Joséphine CHIBRARD

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 2 Septembre 2022

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : Grille de qualité en recherche qualitative issue du livre *Initiation à la recherche qualitative* en santé sous la direction de LEBEAU J-P.

Intérêt de la question de recherche	
La question de recherche est-elle bien établie ?	Oui, l'objectif principal était de connaître les freins à pratiquer les gestes techniques pour les internes de médecine générale de l'Université de Lille ayant participé à l'ED à PRESAGE.
La question de recherche est-elle pertinente en termes de pratique clinique, de santé publique ou de politique de santé ?	Oui, elle permettait de comprendre les freins aux gestes techniques aussi bien en termes de pédagogie, qu'en termes de pratique clinique dans un but de santé publique (amélioration de la qualité des soins pour les patients).
Pertinence de la méthode qualitative	
La méthode qualitative est-elle la meilleure approche méthodologique des objectifs de l'étude ?	Oui, la méthode qualitative s'imposait car elle permettait de comprendre les freins aux gestes techniques des futurs médecins et de les décrire.
L'approche choisie est-elle la meilleure pour traiter la question de recherche ?	Oui, l'approche s'inspirait de la théorisation ancrée car on s'intéressait à développer une théorie à propos d'un processus social (les freins) d'une population identifiée (les internes de médecine générale de l'université de Lille) autour d'un phénomène (les gestes techniques appris durant l'ED à PRESAGE). Et non pas l'exploration d'un ressenti vis-à-vis d'une expérience de vie.
Clarté/transparence des procédures	
<i>Échantillonnage</i>	
Les participants choisis sont-ils les plus appropriés pour fournir les connaissances recherchées par l'étude ?	Utilisation de la méthode d'échantillonnage raisonné théorique. Les internes de médecine générale ont été approchés au début sans a priori sur leur année de formation pour ensuite se concentrer sur les internes de dernière année suite à l'émergence d'une hypothèse intermédiaire.
La stratégie de recrutement est-elle appropriée ?	Utilisation de plusieurs moyens de communication : courriels diffusés aux internes via le DMG, physiquement à la faculté, messages et réseaux sociaux. Taille de l'échantillon : 15
Peut-il y avoir des biais de sélection ?	Relation antérieure, partiellement : 4/15 Nombre de refus : 27 Raisons des refus par ordre de fréquence : incompatibilité d'emploi du

	temps, la durée du focus-group, courriel vu trop tard, pas intéressé par le sujet. Les participants connaissaient le sujet de la thèse (systématiquement évoqué lors de la sollicitation).
Le format du recueil est-il cohérent avec l'approche et justifié ?	Choix du focus-group : utilisation de la dynamique de groupe afin d'explorer les freins et de stimuler les différents points de vue. Cette technique permet de faire émerger des nouvelles idées inattendues pour la chercheuse.
La collecte de données a-t-elle été systématique et exhaustive ?	Les participants étaient priés de prévoir 1h pour l'entretien. Enregistrement vidéo sécurisé par un enregistrement par dictaphone. La durée moyenne était de 67 minutes (50 minutes à 1h19min au maximum). L'expression des participants a pu se faire pleinement. Le guide d'entretien est resté volontairement malléable. Peu de modifications y ont été ajoutées.
Les caractéristiques du groupe/échantillon et du cadre général/terrain sont-elles clairement exposées ?	Les caractéristiques de l'échantillon ont été systématiquement récoltées au début des entretiens. Cadre des entretiens : présentiel au sein de la faculté pour le premier focus group, puis en visioconférence/domicile pour les deux suivants. Les entretiens ont été menés par une modératrice déjà familière de l'exercice.
Quand et pourquoi la collecte des données s'est-elle achevée, les explications sont-elles valables ?	La chercheuse a stoppé la collecte après l'analyse du troisième focus-group, celle-ci n'apportant pas de nouvelles propriétés utiles à l'émergence d'un nouveau concept. La saturation était atteinte.
<i>Rôle des chercheurs</i>	
Quelle est la compétence de la chercheuse ? Pourrait-il exister des biais de collecte ou d'analyse ?	Compétence de la chercheuse : médecin généraliste remplaçante. Néophyte mais guidée par un ouvrage d'initiation à la recherche qualitative, dirigée par un directeur de thèse habitué à ce type de thèse et accompagnée par une autre chercheuse familière de l'analyse qualitative. L'influence des opinions lors de la collecte a été rendue minimale par la présence d'une modératrice, l'utilisation de questions ouvertes, d'une écoute neutre et parfois de questions de

	<p>relance ne faisant que guider ou approfondir les sujets abordés.</p> <p>Pas de biais d'analyse en recherche qualitative mais des choix discutés et issus d'un consensus après triangulation avec une autre chercheuse également formée ainsi que par le biais d'échanges avec d'autres chercheurs et le directeur de thèse.</p>
<i>Éthique</i>	
Le consentement éclairé de chaque participant a-t-il été demandé et accordé ?	Oui, recueil des consentements oral au préalable, après une note d'information.
Comment ont été assurés l'anonymat et la confidentialité des participants ?	<p>L'anonymat été garanti aux participants sur la note d'information distribuée systématiquement avant chaque focus-group.</p> <p>Anonymisation par l'attribution d'un code à chaque participant (A1, A2, ...).</p> <p>Les enregistrements ont été détruits après retranscription.</p>
L'approbation d'un comité d'éthique approprié a été reçue ?	L'étude n'était pas considérée comme RIPH d'après la loi Jardé de 2016 et donc non soumise à l'avis d'un CPP.
Une déclaration CNIL a-t-elle été faite ?	Oui, le 2 Septembre 2022 sous le numéro de référence au Registre DPO : 2022-246. Déclaration jointe en Annexe.
Bien fondé du processus d'analyse	
<i>Analyse</i>	
Ce type d'analyse est-il approprié pour ce type d'étude ?	Oui, codage manuel en utilisant le logiciel Microsoft Excel ®. Triangulation partielle avec une autre chercheuse sur l'analyse ouverte et discussions répétées avec une autre chercheuse pour assurer la fiabilité de l'analyse. Catégories déterminées à partir des données extraites du terrain.
Y a-t-il des citations, sont-elles appropriées et valides ?	Oui, elles sont identifiées via un code alloué aux participants.
Les données citées sont-elles fiables, digne de confiance, et en rapport avec les interprétations données ?	<p>Le contexte et les éléments de compréhension des données sont précisés et détaillés.</p> <p>Indicateurs de fiabilité de l'analyse : triangulation et contrôle extérieur des étapes, recherche d'un consensus pour résoudre les points discordants.</p>
Discussion et présentation	
Les résultats sont-ils correctement insérés dans un cadre général, théorique ou conceptuel ?	Oui, grâce à la comparaison avec la littérature.

Qu'apportent les résultats aux connaissances et conclusions antérieures ?	Apport : meilleure compréhension des freins à pratiquer les gestes techniques pour permettre un meilleur accompagnement des futurs médecins généralistes dans leur formation et début de carrière.
Les limites du travail sont-elles soigneusement prises en compte ?	Oui, mentionnées.
Les critères de qualité sont-ils présent ?	Oui.
L'écriture a-t-elle les qualités requises ?	Oui.

Annexe 6 : cotations des actes techniques issus de la grille CCAM (MG France)(40)



Infiltrations

Infiltration articulation membre supérieur	MZLB001	26,13	
Infiltration articulation membre inférieur	NZLB001	30,82	
Évacuation collection articulaire du membre inférieur	NZJB001	60,30	P-S-F



Gynécologie

Pose d'un DIU	JKLD001	38,40	
Changement d'un DIU	JKKD001	38,40	
Ablation ou changement d'implant sous cutané	QZGA002	41,80	

AUTEUR(E) : Nom : CHIBRARD

Prénom : Joséphine

Date de soutenance : 11 Mai 2023

Titre de la thèse : Exploration des freins à pratiquer les gestes techniques appris lors d'un atelier à PRESAGE pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : médecine générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : gestes techniques, simulation, infiltration, DIU, stérilet, implant contraceptif, internes de médecine générale.

Introduction : Les gestes techniques font partie des compétences requises dans la médecine générale. La simulation, intégrée à la formation universitaire, a démontré des effets importants en matière de compétences médicales. Malgré l'apprentissage des gestes techniques par la simulation prévue à PRESAGE dans le cadre du DES de médecine générale, notre constat actuel est qu'il existe une variabilité importante de leurs réalisations lors des consultations quotidiennes. Cette étude cherche à explorer les freins à pratiquer les gestes techniques appris lors d'un atelier à PRESAGE pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Trois focus-group ont été réalisés auprès des internes de médecine générale de l'Université de Lille jusqu'à suffisance des données. Le codage manuel et triangulé a permis l'émergence d'un modèle explicatif.

Résultats : L'obstacle principal à la pratique des gestes techniques était la discontinuité entre la simulation et la réalité dans l'apprentissage des internes. Sans un guide pour sécuriser leurs premières expériences, les internes ne parvenaient pas à dépasser cet obstacle. La confusion autour des compétences du médecin généraliste et l'absence d'un modèle pratiquant ces gestes participaient à un sentiment d'illégitimité. La réalisation de ces actes techniques dans leur exercice venait malmener une organisation bien rôdée, entre pression de productivité et obligation de rentabilité. La prise de risque pour un geste technique devenait une vulnérabilité et l'impact en cas de complication venait intimement les toucher.

Conclusion : Les gestes techniques constituent un objectif d'apprentissage décisif pour les jeunes médecins généralistes, justifié par les projections de la démographie médicale. Notre étude a mis en évidence que la formation des internes à ces gestes pouvait rester inaboutie. L'association de la simulation à une pratique supervisée ainsi que la répétition de l'atelier à PRESAGE permettraient une remise en continuité de leur apprentissage.

Composition du Jury :

Président : Professeur Julien PACCOU

**Assesseurs : Professeur Denis DELEPLANQUE
Docteur Mathieu TAFFIN**

Directeur de thèse : Professeur Denis DELEPLANQUE