

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Image de la médecine générale : étude qualitative menée auprès
des étudiants en médecine de l'Université de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 27 février 2025 à 16h
au Pôle Formation

par Louise BERTELOOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

AVERTISSEMENT

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

DES	Diplôme d'Étude Spécialisée
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EDN	Épreuves Dématérialisées Nationales
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FST	Formations Spécifiques Transversales
IDE	Infirmier Diplômé d'État
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
PMI	Protection Maternelle et Infantile
VAD	Visite à domicile

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
SERMENT D’HIPPOCRATE	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	9
TABLE DES MATIERES	10
INTRODUCTION	12
I/ HISTORIQUE DE LA MEDECINE GENERALE AU COURS DU TEMPS	12
II/ ÉTAT DES LIEUX : LA MEDECINE GENERALE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS	12
III/ UNE SPECIALITE DONT L’EXERCICE EST EN CONSTANTE EVOLUTION	13
IV/ UNE SPECIALITE DONT L’IMAGE EST EN CONSTANTE EVOLUTION	14
MATERIEL ET METHODE	16
I/ TYPE D’ETUDE	16
II/ POPULATION ETUDIEE	16
1/ Échantillonnage.....	16
2/ Prise de contact.....	16
III/ RECUEIL DES DONNEES	17
1/ Déroulement des entretiens	17
2/ Matériel utilisé	17
3/ Guide d’entretien.....	17
4/ Le nombre d’entretiens	17
IV/ TRAITEMENT DES DONNEES	18
1/ Retranscription.....	18
2/ Analyse des données	18
V/ ÉTHIQUE ET REGLEMENTATION	18
1/ Consentement éclairé.....	18
2/ Confidentialité.....	18
3/ Autorisations réglementaires.....	19
RESULTATS	20
I/ CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DES PARTICIPANTS	20
II/ RESULTATS PRINCIPAUX	21
1/ Représentation des étudiants	21
a- Être le guide.....	21
b- Avoir une longue relation médecin – patient.....	24
c- Faire du repérage.....	27
d- Être polyvalent	30
e- Être libre.....	32
f- Être seul.....	35
2/ Sources de ces représentations.....	37
a- Facteurs personnels	37
b- Facteurs académiques	38
3/ Comparaison avec le reste des spécialités	41
DISCUSSION	45
I/ DISCUSSION DE RESULTATS PRINCIPAUX	45
1/ Le modèle explicatif.....	45
2/ La place centrale du patient	45
a- Une oreille attentive	45
b- Un référent.....	46
c- Une médecine de premier recours	46
d- Une médecine libre.....	46
3/ Une pratique médicale à part.....	47
a- Une médecine polyvalente	47
b- Une médecine solitaire	47

4/ Différentes sources de ces représentations.....	48
5/ Une médecine libérale	49
6/ Une notion de temps.....	50
7/ Une médecine analysée comme une balance avantage - inconvénient.....	51
II/ FORCES ET LIMITES	51
1/ Validité interne	51
a- Type d'étude	51
b- Recueil des données	52
c- Analyse des données.....	52
2/ Validité externe.....	53
a- Discussion de l'échantillonnage	53
III/ PERSPECTIVES	53
CONCLUSION	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES.....	59

INTRODUCTION

I/ Historique de la médecine générale au cours du temps

La médecine générale est la dernière à avoir trouvé sa place au sein des spécialités médicales. En effet, ce n'est qu'en janvier 2004 qu'elle est reconnue officiellement comme une spécialité pleine et entière. Le DES de Médecine Générale est alors créé. Avant cela, les étudiants voulant faire de la médecine générale ne passaient pas le concours de l'internat et intégraient directement le résidanat. (1)

Depuis la réforme de 2017, le caractère universitaire de la médecine générale est renforcé. Le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale se compose d'une année de phase socle, puis de deux années de phase d'approfondissement. La spécialité est alors l'exception des autres DES avec une durée de 3 ans. (2)

II/ État des lieux : la médecine générale sur le territoire français

On constate une importante diminution du nombre de médecins généralistes d'années en années. En 2010, on comptait 94 261 médecins généralistes, contre 84 133 début 2022. La prévision pour 2025 est de 81 912 médecins généralistes en activité régulière. (3)

La médecine générale reste tout de même la spécialité la plus représentée dans le monde médical. En 2022, les médecins généralistes représentent 42,5 % de la population médicale totale. (3)

De plus, la population médicale ne se répartit pas de manière égale sur le territoire français. 84 départements sont étiquetés déserts médicaux. (3)

De nombreuses causes ont été mises en lumière pour expliquer ce déclin.

Premièrement, le numérus clausus n'a pas toujours suivi la démographie française. En 1979, les pouvoirs publics ont pris conscience du nombre trop important d'étudiants en deuxième année, ce qui causerait un nombre excessif de médecins formés. Cette sensibilisation s'est faite

sur une approche économique. À la fin des années 1980, le numerus clausus aurait dû être augmenté en raison d'une politique attentive d'anticipation en matière de démographie médicale. Cette augmentation a vu le jour dix ans plus tard. (4)

Secondement, le départ à la retraite des médecins est une autre cause de ce déclin. En 2010, les médecins en activité régulière représentaient 76,5% des médecins inscrits contre 62,3% en 2022.

Par ailleurs, l'âge moyen des médecins généralistes est en augmentation. Début 2022, parmi les inscrits à l'ordre, les médecins de plus de 60 ans représentent 48,7 % tandis que les moins de 40 ans représentent 20,4 %. (3)

III/ Une spécialité dont l'exercice est en constante évolution

La médecine générale est orientée vers les soins primaires et traite tous les problèmes de santé. L'approche via les consultations étalées sur le temps est centrée sur l'individu et son environnement. (5)

Avec le temps, la pratique de cette spécialité a été bouleversée

Premièrement, le facteur de ce bouleversement à souligner est la relation médecin-patient passée d'une tradition paternaliste et autoritaire à une conception égalitaire et une autonomisation du patient. Le patient est désormais au cœur de la décision médicale. (6)

Deuxièmement, la qualité de vie du médecin généraliste est un aspect attrayant de la profession qui se révèle être déterminant lors du passage des ECN. (7)

Troisièmement, la pratique seule et mono-professionnelle a été concurrencée par un exercice de la médecine générale en groupe. Chez les médecins qui exerçaient en solitaire en 2019, on constate désormais que 22% exercent en équipe en 2022. Ce phénomène est davantage observable chez les jeunes praticiens ainsi que les femmes. (8)

Pour terminer, un attrait important pour l'exercice en salariat s'est développé. En 2022, 56,1 % des médecins généralistes exercent la profession sous le statut libéral tandis que 37,4 % l'exercent en tant que salariés. (3)

Ces différents facteurs sont le reflet d'une évolution permanente de l'exercice de la médecine générale.

IV/ Une spécialité dont l'image est en constante évolution

Différentes thèses d'exercice au sein de la population médicale, dont une réalisée en 2021, ont rapporté une image globalement positive de la spécialité. (9)

En 2022, le choix de la médecine générale s'est étendu du rang 56 au rang 9231. (10)
Cette vision est confirmée du point de vue des patients malgré un prestige de la profession qui semble diminuer ces dernières années. (11)

Cependant, à la rentrée universitaire 2023, une quatrième année d'internat de médecine générale est mise en place. (12) (13) Cette année supplémentaire s'aligne avec les autres spécialités sous forme de phase de consolidation. Elle sera consacrée au stage en pratique ambulatoire. (14)

De plus, la fin d'année 2022 a été marquée par une grève nationale des médecins généralistes. Les conditions de travail et la revalorisation des honoraires médicaux ont été au cœur du mouvement. (15)

Cette actualité met en lumière la constante remise en question de la place du médecin généraliste.

Les études menées par le passé sont majoritairement des études quantitatives ou alors elles ont été effectuées avant la réforme de l'internat pour 2023.

La question de mon étude est alors :

Quelle image a la population universitaire médicale lilloise de la médecine générale en 2023 - 2024 ?

Mon travail de recherche a pour but d'étudier les représentations sociales et les stéréotypes qui peuvent exister autour de la médecine générale en interrogeant les étudiants sur leurs perceptions de la profession.

Cela permettra de savoir si leur vision de la discipline peut-être ou a été une source de questionnement dans leur choix lors des ECN, de connaître leurs zones d'ombre sur la spécialité pour répondre à leurs attentes et donc d'apporter une solution à leurs besoins au niveau universitaire.

MATERIEL ET METHODE

Les sections Matériel - Méthode et Résultats ont suivi les critères de restitution de la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) (Annexe 1) relative aux études qualitatives.

I/ Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés.

II/ Population étudiée

1/ Échantillonnage

L'échantillonnage raisonné a été théorique. L'étudiant suivant a été choisi en fonction des résultats émergeant de l'analyse de l'entretien précédent.

Les critères de sélection ont été les suivants :

- être étudiant en médecine : externe ou interne
- faire partie de la faculté de médecine de l'Université de Lille
- être volontaire

Nous avons essayé d'obtenir un panel de participants aux profils variés concernant leur âge et leur niveau d'étude au moment de l'entretien.

2/ Prise de contact

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire du bouche-à-oreille sur les différents terrains de stage mais également par l'intermédiaire de messages postés sur plusieurs groupes d'étudiants en médecine sur l'interface Facebook®.

Les participants volontaires me contactaient par message ou par courriel afin de convenir ensemble d'une date en vue de réaliser l'entretien.

III/ Recueil des données

1/ Déroulement des entretiens

Selon la préférence des interviewés, les entretiens se sont déroulés par deux intermédiaires : soit en entretien physique sur le terrain de stage, voire au domicile de l'investigatrice ; soit en appel visio-conférence. Les entretiens ont eu lieu de juillet 2023 à avril 2024.

2/ Matériel utilisé

Chaque entretien a été enregistré à l'aide de l'application Dictaphone de l'iPhone 11 – Apple®. Les fichiers audios ont ensuite été enregistrés sur un ordinateur.

3/ Guide d'entretien

Le fonctionnement par entretien semi-dirigé devait laisser les intervenants exprimer leur ressenti, expérience et vécu. Ainsi le guide d'entretien a été construit sur la base de questions ouvertes. D'éventuelles questions de relance étaient préparées si besoin.

Le guide s'est vu être évolutif, il a pu être modifié au fur et à mesure des entretiens, en fonction des thèmes abordés par les étudiants. Plusieurs versions du guide sont disponibles (Annexe 2). De manière à se familiariser avec le guide et l'exercice de l'entretien individuel, un entretien test a été effectué et appelé P0. Celui-ci n'a pas été codé.

4/ Le nombre d'entretiens

Le nombre d'interviews n'a pas été fixé au préalable. Nous avons atteint une suffisance des données au cours du onzième entretien. Cela a été confirmé par deux entretiens supplémentaires appelés de consolidation. Ils n'ont pas mis en lumière de nouvelles données analytiques.

Il n'y a pas eu d'abandon au cours du parcours du recueil des données.

IV/ Traitement des données

1/ Retranscription

Chacun des entretiens a été retranscrit dans son intégralité par l'investigatrice et sans correction de syntaxe via le logiciel WORD® pour obtenir le verbatim. (Annexe 5) Les expressions non verbales ont été notifiées. Les enregistrements ont été détruits après la retranscription.

2/ Analyse des données

L'analyse est inspirée de la théorisation ancrée. (16) Cela s'est effectué en plusieurs étapes à partir du verbatim :

- Création d'étiquettes pour former des propriétés puis rassembler l'analyse sous forme de catégories
- Analyse en comparaison constante pour aboutir à une théorie globale sous la forme d'un modèle explicatif

Ce travail de codage a été réalisé sur le logiciel EXCEL®.

Une triangulation des données avec une interne de médecine générale a été effectuée. Tout le verbatim a été analysé et comparé avec cette personne.

V/ Éthique et réglementation

1/ Consentement éclairé

Une fiche de présentation a été portée à la connaissance de chaque interviewé au début de l'entretien. (Annexe 3) Le consentement oral des étudiants a été recueilli.

2/ Confidentialité

L'anonymisation a pu être rappelée aux participants. Chaque interviewé était nommé en cascade P1 puis P2 puis P3, etc... selon l'ordre chronologique des entretiens.

Les données des étudiants ne seront pas conservées après le jour de la soutenance.

3/ Autorisations réglementaires

Une déclaration auprès du service de la protection des données de l'université de Lille a été réalisée en 2023. (Annexe 4)

La réalisation et la méthode de la recherche sont hors loi Jardé et donc ne nécessite pas l'avis d'un comité d'éthique.

RESULTATS

I/ Caractéristiques des entretiens et des participants

Un entretien test P0 a été effectué puis 13 étudiants ont été interviewés dans le cadre de l'étude. Trois d'entre eux se sont déroulés en présentiel, le reste a eu lieu en visioconférence. La durée moyenne des entretiens est de 29 minutes et 57 secondes.

Les caractéristiques des entretiens sont présentées dans le tableau suivant :

	Type	Lieu	Durée
P1	Présentiel	Terrain de stage	9 min 03 sec
P2	Visio	-	14 min 01 sec
P3	Visio	-	25 min
P4	Visio	-	1h 06 min 45sec
P5	Présentiel	Domicile	27 min 18 sec
P6	Visio	-	31 min 02 sec
P7	Visio	-	33 min
P8	Visio	-	32 min 41 sec
P9	Visio	-	21 min 45 sec
P10	Visio	-	32 min 19 sec
P11	Visio	-	30 min 29 sec
P12	Visio	-	38 min
P13	Présentiel	Domicile	28 min

Tableau 1

Toutes les personnes interviewées sont des externes ou internes de l'Université de Lille. Leurs caractéristiques sont regroupées dans le tableau ci-après (tableau 2). Trois étudiants sur treize sont des hommes. L'âge moyen est de 25,2 ans. Le titre d'interne représente 53,8% des étudiants dont quatre sont en internat de médecine générale. Deux personnes ont signalé un parcours professionnel antérieur. Ils étaient IDE.

	Sexe	Age	Niveau d'études	Parcours professionnel antérieur
P1	Femme	25	Interne : 4 ^e semestre de médecine générale	Non
P2	Homme	29	Externe : 6 ^e année	Oui
P3	Femme	27	Interne : 6 ^e semestre de médecine générale	Non
P4	Femme	27	Interne : 6 ^e semestre de médecine générale	Non
P5	Homme	26	Interne : 5 ^e semestre d'ORL	Non
P6	Homme	26	Interne : 4 ^e semestre de médecine générale	Non
P7	Femme	24	Externe : 6 ^e année	Non
P8	Femme	27	Externe : 4 ^e année	Oui
P9	Femme	23	Externe : 4 ^e année	Non
P10	Femme	22	Externe : 4 ^e année	Non
P11	Femme	25	Interne : 3 ^e semestre de médecine générale	Non
P12	Femme	22	Externe : 4 ^e année	Non
P13	Femme	25	Interne : 6 ^e semestre de médecine nucléaire	Non

Tableau 2

II/ Résultats principaux

1/ Représentation des étudiants

Nous avons mis en évidence six thèmes principaux à partir des propos des interviewés.

a- Être le guide

Tout d'abord la notion de guide et la position centrale du médecin généraliste ont été abordées à chaque entretien.

En effet, le médecin généraliste est habituellement le médecin traitant et donc le référent médical du patient. C'est le spécialiste qui suit le dossier médical dans son ensemble. Il en fait la synthèse.

P3 : une des compétences qui peut être fait que par le médecin généraliste c'est un peu une capacité de synthèse du dossier médical.

P9 : Je dirai que pour moi les médecins généralistes, je pense à médecin traitant.

Une patientèle serait le reflet de son praticien.

P6 : Et c'est con à dire mais aussi, ça nous permet aussi de pouvoir choisir nos patients aussi quoi. Les patients vont nous choisir et on va aussi un petit peu les choisir quoi. Si ça passe bien, si ça correspond bien, les gens reviennent quoi. (...) Et tu as aussi ce côté-là en médecine générale, si tu sens pas la relation de confiance, et bien tu peux leur rendre leur dossier et leur dire que tu n'as pas l'impression que ça ira plus loin et tu peux les prier de trouver un nouveau médecin traitant quoi.

Il est un accès facile pour le patient. Souvent en première ligne, le généraliste est vu comme l'acteur principal du parcours de soins.

P8 : Bah en fait pour moi c'est l'acteur principal de prise en charge, c'est celui qui est au centre de tout en fait.

Au sein même des territoires, ruraux ou urbains, l'omnipraticien est cité comme un acteur de la vie locale.

P12 : C'est plutôt enrichissant, tu te rends compte que tu vas toucher toute la population qui vit là où tu travailles.

Le médecin semble devoir avoir des compétences humaines en matière d'écoute active et d'empathie, être disponible pour tout entendre.

P4 : Je pense qu'il faut quand même avoir une capacité d'écoute, une grande capacité d'écoute. Parce que maintenant, il y a pleins de personnes qui viennent chez le médecin généraliste pour, parce qu'une consultation de psychologue c'est pas remboursé, il faut dire ce qui est.

P5 : Quelqu'un qui sait pas rassurer les gens, qui sait pas parler, qui sait pas écouter. Je pense que ça, c'est vraiment des mauvais médecins. Je pense que ce seraient des défauts de communication,

P7 : que si quelqu'un a un problème, qu'il sache qu'il peut en parler avec son médecin, même si c'est plus un problème d'ordre personnel que de la toux, rires. Le médecin généraliste doit un minimum être disponible dans ce sens-là.

Plusieurs étudiants ont par ailleurs rapporté la difficulté d'écouter soigneusement les récits personnels et parfois douloureux de certains patients. La sympathie envers ces consultations a été répertoriée comme étant une peur et donc un frein à la spécialité.

P8 : Et c'est là que c'est difficile aussi d'être méd gé, la juste distance en fait. Il ne faut pas être trop loin mais pas trop proche. Et parfois c'est compliqué, il y a des patients ou nos histoires vont plus nous toucher que d'autres.

Cette aptitude en matière d'humanité a également été mentionnée à plusieurs reprises comme une limite à la spécialité médecine générale. Les consultations étiquetées psycho-sociales ont une grande place dans la représentation des consultations de la spécialité. Cela pouvant être un frein dans leur réflexion vers ce choix.

P7 : Et pareil avec les problèmes psy et les benzodiazépines ou les choses comme ça. Je trouve que c'est aussi un peu délicat à gérer. Je veux dire, si je faisais méd gé, c'est pas les consultations qui m'intéressent au quotidien. (...) Et aussi plus le côté, arrêt de travail et plus psychiatrique, moi qui ne m'attire pas trop.

P11 : je dirais un autre truc que j'aime pas trop c'est la psy avec surtout les syndromes dépressifs (...) mais c'est surtout que je pensais pas qu'il y en avait autant surtout. Et c'est surtout ça le problème.

En rapportant cette conception de guide, certains étudiants évoquent aussi la nécessité d'éduquer sa patientèle : limites à poser avec les demandes non médicales, une consultation par personne, respect des horaires ainsi que l'éducation thérapeutique au quotidien.

P8 : je dirais c'est vraiment parfois la pression ressentie face au patient qui connaît un peu trop le méd gé et qui arrive un peu avec ses idées et un peu sa liste de courses et « je veux un scanner et je veux du doliprane ». (...) Les patients exigent des choses et je trouve que quand on est jeune diplômée, c'est difficile à dire non

b- Avoir une longue relation médecin – patient

Cette notion de médecin au centre de la prise en charge médicale est étroitement liée au fait que la relation soit construite au fil du temps.

Effectivement, la majorité des étudiants interrogés cite spontanément la notion de longévité du suivi.

P1 : Euh pour moi, le principal avantage, c'est qu'on suit le patient pour euh, pour tout faire, pour tout son suivi. Tandis qu'à l'hôpital, une fois qu'on a résolu son problème, on n'a pas la suite alors que là, on le suit vraiment jusqu'à la fin et c'est ça que j'aime bien.

P11 : En NI, j'ai revu des patients et c'est hyper agréable de retrouver des gens qu'on a déjà vu. On sent déjà qu'il y a un petit lien qui s'est créé.

La notion de temps et de répétition des consultations est vue comme une des fondations principales à la relation de confiance qui permet l'alliance thérapeutique entre les deux parties. Cela a été cité à de nombreuses reprises.

P6 : Pour moi, on est sur une relation particulière, parce que les gens, normalement, tu vas les suivre plusieurs années, tu vas apprendre à les connaître, tu vas les voir grandir, subir des échecs, des réussites, peut-être se marier, peut être divorcer, avoir des gosses, faire un syndrome dépressif, quand ça se passe bien et quand ça se passe mal donc ... euh.

L'idée de confiance est reliée à l'intimité que seul le médecin généraliste semble avoir l'honneur de creuser au fil des consultations et des échanges.

P12 : Moi il y a pleins de choses que je dis à mon médecin et que je ne dirais pas au cardiologue parce que les rendez-vous chez le méd gé sont plus nombreux et il prend plus le temps.

Le praticien est alors le pilier familial qui s'étale sur plusieurs générations. L'accompagnement médical traverse le temps.

P10 : Alors que souvent, les médecins et bien tu es un peu le médecin de famille, qui voit les parents puis les enfants et ainsi de suite. Et en fait, il te suit un peu toute ta vie.

Cela est décrit comme étant une des forces majeures de la spécialité.

P6 : Donc c'est totalement plus profond comme relation que tu as aujourd'hui avec un patient plutôt que le spécialiste.

De plus, le suivi se fait dans la majorité des cas en face à face avec le patient. Le médecin généraliste donne très peu d'avis par téléphone. Le patient est toujours présent lors des décisions médicales au sein de cette spécialité.

P13 : Moi par exemple, je me voyais pas dans une spécialité 100 % au contact des patients. Parce que c'est quand même un peu fatiguant.

Indéniablement, en étant au quotidien face au patient, une intimité grandit plus facilement. Le généraliste se retrouve la majeure partie de son exercice au sein de l'environnement personnel du soigné et de sa famille. Au fur et à mesure des échanges, le praticien acquiert une connaissance et une compréhension des habitudes de vie des malades.

P3 : on est amené assez vite à connaître leur environnement, leur travail, leur famille, leur maison quand on va les voir et tout ça je trouve ça change quand même vachement en fait la relation.

P5 : Et que en plus de ça on est amené assez vite à connaître leur environnement, leur travail, leur famille, leur maison quand on va les voir et tout ça je trouve ça change quand même vachement en fait la relation.

P12 : Je me dis que quand tu vas dans la maison de quelqu'un, tu le vois vraiment sans artifice, tu rentres dans son intimité et chez lui et je vois pas ...

A noter que le médecin généraliste est un des seuls praticiens à faire très régulièrement de la prévention primaire et donc à accompagner des personnes saines de toutes pathologies ou symptômes.

P8 : Alors que le méd gé c'est quand même le seul capable de faire de la prévention. L'acte de prévention est très important en méd gé, qu'on ne retrouve pas forcément chez le spécialiste. (...) car ça va nous submerger et on sera plus objectif et on ne sera plus en mesure de réfléchir convenablement pour un patient. Donc c'est pas du tout pareil qu'un spécialiste qui le voit une fois par année.

P9 : Pour moi, c'est le premier rempart dans tout ce qui est prévention.

Mentionnée diverses fois, l'idée d'une frontière floue entre le soignant et le soigné est aussi associée à un inconvénient. La distance entre le médecin et le patient est une notion fragile qui semble être associée à une remise en question perpétuelle de sa place dans la relation. L'idée de la sympathie qui dépasse l'empathie est considérée comme dangereuse dans la relation.

P3 : j'ai été confrontée à ça mais, un médecin qui sait pas du tout mettre la barrière entre la vie pro et la vie perso et du coup qui est beaucoup trop proche de ses patients pour moi et du coup ça rend les choses beaucoup plus difficiles à gérer d'un point de vue médical après.

P5 : Bah un mauvais médecin pour moi c'est aussi celui qui sait pas..... Enfin pendant mon stage en NI j'ai été confrontée à ça mais, un médecin qui sait pas du tout mettre la barrière entre la vie pro et la vie perso et du coup qui est beaucoup trop proche de ses patients pour moi et du coup ça rend les choses beaucoup plus difficiles à gérer d'un point de vue médical après.

c- Faire du repérage

Un nombre important d'étudiants a rapporté la disponibilité du médecin généraliste. Dans la première partie, le médecin est présenté comme une référence médicale pour le patient, se montrant disponible pour écouter tous les problèmes exposés. Ici la disponibilité du praticien est analysée sous l'angle de sa disponibilité en termes de créneaux d'urgence.

En fonction de son organisation, il se doit de recevoir les patients rencontrant des pathologies aiguës ou des urgences ressenties. Cela fait partie de la continuité des soins.

P7 : J'ai eu l'exemple de mon méd gé qui laissait à chaque fois 2 créneaux d'urgence par jour qui s'ouvraient dans la nuit sur Doctolib. Mais je me dis que l'hiver, avec beaucoup de gripes ou ce genre de choses, c'est peut-être un peu compliqué pour les patients et donc je sais pas si pour tous les méd gé c'est une problématique mais c'est un peu difficile. (...) mais il faut quand même être disponible, avoir des créneaux d'urgence,

Partant de cette idée, c'est au généraliste de repérer les urgences avec une capacité d'expertise et de triage. C'est à celui-ci que revient la tâche de prioriser les demandes des patients. La notion d'enquête diagnostique en première ligne et affinement au fur à mesure du temps en fonction des incertitudes diagnostiques a été rappelée lors de plusieurs interviews. Cela est cité comme étant une caractéristique propre au médecin généraliste.

P1 : bah je dirais qu'il faut avoir des connaissances, pas des connaissances approfondies sur chaque sujet. Mais euh on doit être, avoir des connaissances globales sur euh sur chaque spécialité et savoir comment envoyer au spécialiste, savoir dépister les problèmes et savoir envoyer aux spécialistes

P5 : Et il faut savoir bien orienter les gens et ça pour n'importe quelle situation que se présente à nous.

P6 : Il y a beaucoup d'incertitudes car c'est pas l'hôpital où on a accès à des moyens de diagnostic ou d'imagerie complémentaire rapidement.

P10 : Bah premier rôle le débroussaillage. Quand quelque chose ne va pas et qu'on ne considère pas comme urgent, on va tout de suite voir son médecin. (...) Alors que le patient qui arrive dans le cabinet du médecin généraliste et qu'il dit : « j'ai ça, ça, ça » et c'est au médecin généraliste de se débrouiller et de dire l'orientation cardio, pneumo ou non.

P13 : Donc savoir répondre aux questions, au tout venant et puis savoir réorienter quand il faut et où il faut.

Une pertinence de prescription est liée à cette capacité de repérage.

P13 : (...) qui va vite, qui va enchaîner ses consultations sans bien examiner, sans être à l'écoute, des fois en prescrivant par excès, que ce soit au niveau médicamenteux ou au niveau imagerie.

Cette position fait de la médecine générale une spécialité de terrain, le clinicien est sur le front, constamment face à la réalité du terrain.

P12 : C'est aussi pour ça que la médecine générale ça m'intéresse parce que du coup tu es le premier maillon de la chaîne.

A contrario, cette notion de repérage a été perçue pour certains d'entre eux comme source de superficialité. Le praticien ne rentre pas en profondeur diagnostique et se limite à sa fonction de triage.

P6 : Voilà on nous demande pas d'être bon quelque part, pas excellent partout mais moyen partout.

P9 : Par exemple, si tu vois un patient qui a un problème, tu vas l'orienter, c'est pas toi qui va faire le reste, tu vas juste l'orienter et t'auras peut-être les résultats après.

Quelques étudiants voient l'omnipraticien comme un fainéant, enchaînant les consultations redondantes. La spécialité est alors peu intellectuelle car manquant de réflexion.

P10 : Dans ma tête, je me disais que j'allais m'ennuyer. (...) Et du coup, pas juste par habitude renouveler, sans se poser la moindre question sur le patient ou la prescription.

P11 : Je dirais peut-être que des fois la redondance des consultations. (...) Je me rappelle qu'il y a certaines journées où à la fin j'en avais un petit peu marre parce qu'on enchaînait les renouvellements, les prolongations d'arrêts et ça je trouvais que c'était quand même fatiguant et ennuyant car il ne se passait pas grand-chose en fait.

L'idée de repérage est associée à une rigueur médicale. L'omnipraticien est organisé aussi bien dans son dossier que dans sa manière de mener sa consultation.

P13 : Ça demande d'être très organisé et je pense que je suis pas toujours très bien organisée.

Quasiment toutes les personnes interviewées ont décrit le généraliste comme ayant de multiples compétences.

Il est représenté comme ayant une grande capacité d'adaptation.

P7 : Et puis, s'adapter, voir un coup une personne âgée, un enfant, une femme jeune.

Il doit également négocier avec ses patients, reformuler ses explications, vulgariser ses propos, rassurer ainsi que de montrer à l'écoute de chacun d'eux.

P4 : le médecin généraliste, enfin il faut être capable de négocier parce que parfois j'ai l'impression que je mène des consultations où c'est des négociations.

P6 : Savoir adapter ton discours au niveau socio-éducatif de la personne.

Toutes ses compétences sont intimement reliées à la notion de polyvalence de la spécialité.

d- Être polyvalent

Tous les étudiants décrivent le médecin généraliste comme étant une personne transversale. Sa fonction englobe l'univers médical du patient. Le patient n'est pas analysé selon un organe mais comme une personne dans son environnement personnel et professionnel.

La pratique généraliste est dessinée comme polyvalente avec des consultations et suivi pluri-spécialités. Le médecin généraliste est « touche-à-tout », il est confronté à toute sorte de motifs de venue.

P4 : En fait je suis quelqu'un qui aime pleins de choses, et c'est dans ça que je me suis retrouvée en médecine générale alors que je voulais pas l'accepter. Mais j'adore la cardio, la néphro, j'adore jongler avec pleins de choses.

P7 : il faut quand même avoir des connaissances solides sur pleins de choses différentes.

Le praticien est aussi un gérant d'entreprise. Il est manager et doit présenter certaines qualités en matière de gestion administrative. La part non médicale prend finalement une place importante dans la représentation de la spécialité chez les étudiants interrogés. De nouveau, cette caractéristique est analysée comme étant propre à la médecine générale.

Cette expertise comprend : la gestion d'une comptabilité, d'un personnel, d'un secrétariat, du ménage, mais aussi et plus généralement la gestion d'une entreprise ainsi que de ses locaux.

P2 : Euh... ouais toute la partie comptabilité, de gestion tout ça je connais pas trop bien. Donc ça reste un monde un peu inconnu sur ça.

P5 : Et du coup, choisir médecin généraliste, je pense que c'est aussi choisir d'être un peu patron d'une entreprise.

P13 : Car à côté des consultations, il faut gérer tout le reste, l'administratif, tout ça

A noter, cela est systématiquement associé à l'exercice libéral de la spécialité.

A la suite de ces échanges, la gestion d'une société est davantage perçue négativement. Les étudiants ne se sentent pas suffisamment formés à cet aspect de la médecine générale.

P2 : En vrai c'est un peu un frein ouais pour la méd gé. Le côté libéral entre guillemets me fait peur parce qu'avec l'hôpital, on a une sécurité d'emploi, on cotise pour la retraite, On a quand même certains avantages qu'il y a pas dans le côté libéral c'est ça. Je pense que c'est surtout sous cet aspect-là, moi qui me freine sur le libéral ouais

P13 : et ça c'est quelque chose dont on est assez mal renseigné je pense, en tout cas pendant l'internat.

Le médecin est aussi polyvalent au sein même d'une seule consultation, celle-ci se révélant régulièrement être « pluri-motifs ». C'est à lui de la mener en priorisant les demandes et jonglant sur plusieurs points recensés en quelques minutes.

Le médecin utilise alors ses capacités décrites dans la partie supérieure.

P3 : Et par contre ça m'arrive quand même, quand je vois que la deuxième ou troisième demande est trop ou nécessiterait une consultation à part, de dire aux gens bah là en fait on a pas le temps et en fait il faut qu'on se revoie.

P4 : Moi en gros, 15 minutes, je leurs dis 3 motifs maximum. En gros, si ces des motifs pas trop compliqués, je peux faire 5 minutes mais il n'y en aura pas plus, pas de 4e.

Enfin, la pluralité de la spécialité est associée à son internat varié. Il existe une large palette de terrains de stage et de spécialités.

A noter que certains étudiants expliquent que certains stages et services sont peu adaptés à la pratique de la médecine générale. Ces étudiants lient systématiquement la médecine générale à son côté libéral.

P11 : Au final on a plus qu'un seul stage libre où on peut faire ce qu'on veut. Donc ça veut dire que si je veux faire un peu de soins pall ou des choses comme ça, ça veut dire que c'est le prochain et ça veut dire que j'aurai eu aucun stage de médecine adulte autre que celui-là, c'est un peu dommage.

e- Être libre

Cette notion de liberté a été décrite par chacune des personnes interviewées.

Tout d'abord, le médecin a la possibilité de pouvoir choisir son lieu d'exercice et sa structure de travail.

P7 : Quand tu es cardio à l'hôpital c'est un peu compliqué de partir faire autre chose et de revenir à l'hôpital.

P9 : C'est qu'on a un peu plus de choix et de liberté dans ce qu'on veut faire plus tard. Par exemple on est pas obligé d'être au CHU, on peut être médecin dans un cabinet, dans un maison médicale. On a pas mal d'options où on peut exercer. Pour moi, il y a des spécialités où c'est compliqué d'exercer où on veut.

S'il le souhaite, il peut travailler en PMI, prison, structures hospitalières, exercice libéral sous différentes formes ou bien encore sous forme d'un exercice mixte.

P8 : il a fait des remplacements et puis maintenant il se rend compte qu'il veut faire un mixte de son activité avec un peu de remplacements, un peu de libéral mais en même temps, un peu d'hospitalier. Il module son activité comme ça et je trouve ça chouette. Il n'y a qu'en méd gé qu'on peut faire ça j'ai l'impression.

Il peut effectuer des visites à domicile, suivis en EHPAD, en crèche, en structures médico-sociales.

*P13 : Après, il travaillait aussi dans une MAS, donc avec beaucoup de polyhandicaps. Là, il faisait vraiment tout par lui-même.
Il travaillait aussi en EHPAD. Donc pas que dans son cabinet de médecine libérale...*

Ensuite, il organise son temps : son planning, la durée d'une consultation.

P2 : Bah liberté, dans le choix de son planning, par exemple, si on fait que du cabinet, on peut gérer ses horaires comme on souhaite, si on veut partir, j'imagine, un week-end un peu

plus tôt, on peut se dire le vendredi après-midi, bon bah je prépare ça et puis bon je me prends un peu plus de liberté.

Par la suite, le praticien choisit sa pratique médicale. Il peut se former à différents DU, FST, participer à des congrès ou des séminaires.

P8 : Ensuite la possibilité de se sur-spécialiser, ça tout le monde l'oublie je trouve. Mais il y a une quantité de diplômes universitaires, c'est inchiffrable et j'ai regardé. Ça touche à tout, la cancéro, la pharmaco, la médecine légale ou du travail. Il y a vraiment une quantité monstre.

Il peut orienter sa patientèle, se fixer ses limites dans les enquêtes diagnostiques. Cela peut évoluer en fonction du temps et des formations du praticien.

P1 : après j'aimerais bien réserver des plages de consultation pour la gynéco (...) Enfin, s'il y a quelque chose qu'on aime bien, on peut se spécialiser là-dedans ou faire des EFR, euh un peu de dermato aussi, tout ça, et je trouve ça vraiment bien.

P7 : Méd gé, ça laisse plus le temps de trouver ce qu'on aime, la possibilité de changer si on en a marre et de se former dans autre chose. C'est pas mal.

P13 : Il avait tendance à essayer de pousser la prise en charge à son maximum avant d'envoyer chez le spécialiste quitte à beaucoup se renseigner.

Exposé brièvement plus tôt dans les résultats, cette vision libre de la médecine générale est globalement associée à son exercice libéral.

P12 : Ensuite, pareil je vois ça dans le spectre de la médecine libérale, mais du coup t'es plus libre dans ton exercice, tes horaires.

Chaque pratique est différente d'un médecin à l'autre.

Cette liberté d'organisation en termes de temps et d'exercice a été citée comme appartenant entièrement à la médecine générale. Elle est d'ailleurs considérée comme un des avantages majeurs de la spécialité.

P2 : Ouais, ça je trouve vraiment que c'est un gros avantage.

P12 : Mais après si tu veux plutôt t'investir dans ton travail, je pense que justement c'est une des spés qui permet de s'épanouir le plus.

Certains étudiants ont souligné la durée de l'internat de médecine générale comme étant plus courte que celle des autres spécialités laissant ainsi une large liberté en vue de réaliser de nouveaux projets personnels. Évidemment, cela permet également d'entamer plus rapidement sa carrière professionnelle. Cela est un facteur de vie important pour plusieurs étudiants qui souhaitent leur indépendance par rapport à la vie universitaire.

P10 : Mais oui je le prends en compte dans mon choix, parce que c'est déjà des études longues donc le fait de rajouter des années, on peut se dire que ça va durer vraiment trop trop longtemps.

A cette liberté qui semble totale, il a été notifié à plusieurs reprises que le médecin généraliste est soumis à quelques restrictions de prescription en matière de médicaments. Cette spécialité est alors vue comme étant limitante dans certaines prises en charge avec le recours obligatoire vers le spécialiste d'organes.

P10 : Bah, par exemple, je sais qu'il y a certains médicaments que les méd gé ne peuvent pas prescrire, c'est seulement quelques spécialistes qui peuvent les prescrire.

De plus, la frontière entre vie personnelle et vie professionnelle peut être floutée par cette indépendance d'exercice, le médecin jonglant sans cesse entre les deux aspects de sa vie. Cela représente un danger pour plusieurs étudiants.

P13 : Et puis une difficulté peut-être à couper le soir ou pendant les vacances, je pense que même si on dit qu'on peut organiser notre emploi et nos vacances quand on veut, mais il y a quand même des patients à voir derrière...

f- Être seul

Chacun des étudiants a évoqué la solitude du médecin généraliste. Il semble isolé dans l'ensemble de l'univers médical.

P6 : Tu es littéralement tout seul avec ton couteau et ton stétho quand il y a un problème.

P12 : c'est un médecin généraliste tout seul dans son cabinet.

Cet exercice solitaire semble dépendre de la charge de travail médicale et non médicale, citée comme très importante.

P12 : ils sont tellement sur-bouqués que limite la pause déjeuner n'existe pas dans l'emploi du temps.

Le côté chronophage des tâches administratives est vu comme une des sources de l'isolement du praticien.

P11 : Je dirais surtout l'administratif en fait. La paperasse, il y en a quand même beaucoup à faire. (...) Mais en tout cas, quand j'en parlais avec mes prats, ils disaient le temps qu'ils perdaient à faire de l'administratif il est quand même énorme et ça devrait pas être le cas.

Certains évoquent cet isolement comme laissant désormais sa place à un exercice en groupe par l'intermédiaire des MSP.

P12 : J'aurais peut-être dit que comme tu peux travailler en libéral, tu as plus de chance de te retrouver seule, mais maintenant, il y a tellement de cabinets où ils se regroupent que je vois pas trop ça comme un inconvénient.

L'attrait d'un exercice salarial attire aussi plusieurs externes intéressés par la spécialité médecine générale. Cela est cité comme une alternative à un exercice seul et permet de déléguer plusieurs tâches non médicales.

P8 : En fait il y a très peu d'administratif car ils sont salariés. Donc tu as aussi ce mode d'exercice là, si vraiment l'administratif ça te fait peur mais que tu veux du libéral un peu, de la médecine de ville quoi.

Cette solitude impose également de connaître ses limites avec une remise en question perpétuelle.

P1 : médecin qui pense pouvoir tout gérer tout seul, qui demande jamais d'avis spécialisé alors qu'il n'a pas les compétences

P10 : Oui, peut être le côté où des fois on se dit qu'on n'arrive pas à prendre en charge le patient jusqu'au bout puisqu'on doit l'envoyer vers un spécialiste.

Cela implique aussi de se former soi-même avec une mise à jour régulière des nouvelles recommandations. La formation continue est à la charge du praticien.

P3 : il y a quand même une contrainte enfin une vigilance pour moi à avoir de formation continue et de stimulation intellectuelle à maintenir.

P9 : C'est un peu plus de pression sur le médecin, qui doit toujours être un peu à l'affût de ce qui vient, des dernières recos. Il doit connaître un peu dans tous les domaines.

P13 : Toujours se remettre à jour sur les recommandations, sur les bonnes pratiques. Car quand on quitte l'internat, tout évolue très vite. Il faut savoir être à jour tout le temps.

Le médecin généraliste doit constituer un réseau de professionnels autour de lui.

P13 : Il avait un réseau assez bien maillé avec lui et les spécialistes. Il arrivait facilement à communiquer et avoir des infos.

2/ Sources de ces représentations

Cette représentation de la spécialité prend racine par l'intermédiaire de deux facteurs que nous allons détailler ci-après.

a- Facteurs personnels

Plusieurs étudiants indiquent être influencés par le vécu avec leur propre médecin généraliste. Ce contact direct avec la spécialité dès leur plus jeune enfance façonne leur vision de la pratique de la spécialité. La médecine générale est, par cet intermédiaire, familière à tous les étudiants.

P10 : (...) j'avais l'image de ma grand-mère qui allait chez le médecin juste pour ses ordonnances. Moi quand j'étais plus petite j'y allais vraiment quand j'étais malade, mais c'étaient vraiment des maladies basiques, rien d'extraordinaire.

Quelques personnes mentionnent leur vécu médical personnel comme cultivant leur conception de la spécialité.

P9 : C'est plus ça car j'ai pas su que j'avais le syndrome de Turner dès que j'étais née. Je l'ai su beaucoup beaucoup plus tard, à mes 16 ans, en première. Ça a été un très gros bouleversement et les médecins m'ont beaucoup aidé. Je voulais être médecin bien avant mais ça m'a beaucoup plus motivé.

A trois reprises, des étudiants déclarent être soumis à une pression familiale dans leur choix de spécialisation médicale.

P6 : j'ai une vision aussi de la médecine générale par rapport à mon historique familial. Par rapport à la manière.... Mon père était médecin généraliste.

La médecine générale est aussi souvent citée comme une spécialité peu prestigieuse aux yeux des parents.

P11 : Après tu dis à ta famille que tu vas faire médecin généraliste, ils trouvent ça moins valorisant que de faire chirurgien quoi,

Pour un petit nombre de personnes, cette reconnaissance sociale est reliée au salaire du médecin généraliste qui est cité comme faisant partie des plus petits du monde médical.

P1 : et le peu de rémunération aussi.

b- Facteurs académiques

Plus de la moitié des personnes interrogées rapportent un dénigrement universitaire de la discipline impliquant ainsi les professeurs et les étudiants entre eux.

Les internes de médecine générale sont les mauvais élèves de la promotion, faisant un choix par dépit, faute d'un meilleur classement aux ECN.

P3 : Bah je pense que quand même tout au long de nos études ou même à l'hôpital, on entend quand même le discours que la médecine générale, bon c'est pas très spécialisé, c'est pas très technique

P8 : Par exemple, certains disent que c'est un manque d'ambition, (...) C'est aussi par ce qu'ils entendent à la FAC et un peu le côté élitiste de la faculté de médecine. (...) Les gens oublient qu'on est plus de 1 sur 2 à finir méd gé à la fin et c'est dommage... et puis la représentation de la méd gé, c'est ce qu'on inculque à la FAC.

P11 : Pendant l'externat, un petit peu encore. Tu sentais que si tu voulais méd gé, c'est que on sait que t'as pas un bon classement à l'ECN.

P13 : Mais ouais, c'est vrai que des fois il y a cette vision du médecin généraliste qui est en infériorité par rapport à d'autres spécialités.

Un stage en médecine générale est obligatoire pendant l'externat. C'est le cas pour peu de spécialités. De nombreux étudiants mentionnent cela comme permettant de se faire une idée de l'exercice réel du métier.

P10 : Et du coup mes critères, vraiment je pense que ce qui m'orientera le plus c'est si je fais un stage dans une spé et que je me dis : « ouais c'est vraiment ça qui m'intéresse », ça sera ça qui me décidera.

P12 : Donc si je me rends compte que les journées sont énormes et que je suis pas capable de gérer le rythme et bien là peut-être que je me poserais des questions.

P13 : Ouais, j'y ai réfléchi. Après j'étais pas partie en PACES pour ça de base. Mais après avoir fait mon stage d'externe en médecine générale qui est obligatoire, j'ai vraiment adoré, je pensais pas aimer autant. Ça m'a beaucoup fait poser la question à cette période-là, parce que le médecin chez qui j'avais été en stage avait un peu un mode de vie qui me convenait bien, autour du sport avec la mer et tout ça. Il était passionné de son métier donc ça m'avait fait beaucoup hésiter. J'ai fait ce stage en 4e année je crois. J'ai aimé beaucoup de choses avec son mode de vie.

A noter que pour cette discipline, les étudiants sont en stage d'exercice sur le mode libéral.

P7 : Finalement, en stage forcément c'est en cabinet, et donc finalement j'avais déjà à peu près les idées claires.

La relation avec la médecine générale pendant les stages d'autres disciplines est une source d'informations pour les personnes sondées.

P7 : Par contre c'est plus à la limite, à l'hôpital, les méd gé de formation qui ont des pratiques diverses à l'hôpital, qui m'ont fait me dire : « ah ouais on peut faire tout ça en étant méd gé ».

Ce contact pendant les stages et au fur et à mesure de l'avancement du parcours universitaire permet d'affiner leur vision de la spécialité.

P2 : Mais ça s'améliore en discutant avec les internes tout ça.

P12 : Bah pour moi, jusqu'à il n'y a pas longtemps, je pensais que non, il y en avait pas et que donc tu étais tout le temps en train de travailler.(...) Et là petit à petit en avançant et en

voyant ce que c'est quand t'es vraiment spécialisé voire surspécialisé, il y en a pleins qui changent d'avis et qui au final veulent bien faire médecine généraliste pour justement garder ce côté où tu touches un petit peu à tout, c'est surtout l'argument qui ressort.(...) En avançant, je me suis rendu compte que c'était limite un des métiers les plus difficiles et les plus fatiguant et surtout un des métiers où quand tu prends une semaine de vacances, on te le reproche le plus. Moi je vois quand le méd gé part en vacances, c'est l'évènement du village alors qu'il a bien le droit le pauvre.

L'internat de médecine générale a sa place au sein de la représentation de la discipline.

Un nombre important d'aspirants médecins le définissent comme un des plus agréable et attrayant avec un encadrement et un respect des horaires de stage.

Il fait partie des internats avec la durée la plus courte, ce qui intéresse de nombreux interviewés.

P11 : Je lui dirai qu'en vrai l'internat de méd gé il est quand même cool, que ce soit au niveau du temps de travail même de la charge de travail, on est plutôt bien par rapport aux autres spés.

Cette durée d'internat a interrogé deux étudiants sur la qualité de formation des médecins par rapport aux autres disciplines.

P7 : je trouve ça un peu flippant 3 ans, c'est le temps de l'externat, je me dis en 3 ans, est ce que j'aurai le temps de devenir quelqu'un qui exerce tout seul, je sais pas.

Le changement récent de modalités de l'internat est cité, à presque toutes les interviews, comme une source d'incertitude et donc de peur vers le choix de la spécialité.

P2 : C'est vrai que dans ma promo, il y a énormément de gens qui voulaient faire méd gé à la base, et à partir du moment où il y a eu la quatrième année d'installée, ça a remis énormément de gens, enfin ça a remis en question le choix pour les personnes.

P3 : Moi je sais que si j'avais eu un internat de 4 ans ça aurait été très difficile d'avoir encore un an de contrainte, de validation de stage etc... des trucs que j'ai vraiment vécu comme une contrainte le long de mon internat.

P6 : Surtout que c'est flou et les incertitudes, ça fait peur aux gens. Et je comprends car tu ne sais pas à quelle sauce tu vas être mangé. Donc peut être que des gens partiront sur des choses où ils ont plus de certitudes.

P13 : Après cet allongement de l'internat, au contraire je me dis que peut être ça peut en repousser certains, comme ça complique un petit peu les choses.

De nombreux étudiants ont exprimé leur souhait d'avoir davantage d'informations sur la spécialité. Sa variété d'exercice et ses changements de maquette d'internat rendent la spécialité floue et évasive. Ils demandent des informations concrètes sur la spécialité

P1 : mais c'est vraiment qu'ils pourraient nous faire découvrir un peu plus la spécialité de médecin généraliste, par exemple, les cours et tout ça, il y a jamais vraiment d'interventions de médecins généralistes à la fac, euh.

P9 : J'aimerais bien qu'il y est des médecins généralistes qui viennent nous en parler, de ce qui les a poussés à faire ça.

3/ Comparaison avec le reste des spécialités

Dans chacun des entretiens, la médecine générale est comparée à l'ensemble des autres spécialités. Elle n'est jamais comparée à une seule autre spécialité.

La médecine générale apparaît alors seule face au vaste univers des quarante-trois autres disciplines.

En effet, cette dichotomie est visible pour la majorité des notions présentées dans les précédents paragraphes.

P10 : Les gens quand ils pensent à un médecin, ils pensent direct à leur médecin généraliste, ils pensent pas forcément aux spécialistes.

La relation de confiance médecin – patient est citée comme un privilège. Cette notion de longévité ne semble appartenir qu'à la spécialité médecine générale. Ce rapport est décrit comme unique. Il a été signalé par les étudiants que ce lien appartient à la médecine générale et en comparaison avec toutes les autres spécialités médicales et chirurgicales.

P2 : Un généraliste va quand même suivre des patients sur plusieurs années. C'est peut-être savoir gérer ça ouais... qui est un peu différent par rapport à d'autres, d'autres, d'autres spés.

P3 : Oui, oui oui. La principale différence c'est que nous en médecine générale on est amené à suivre les patients donc on les connaît.

P8 : Ah mais complètement ! Parce que le spécialiste, il le voit quoi, une fois par an, une fois tous les 2 ans, alors que le méd gé, il le voit parfois 1 à 2 fois par mois, c'est pas du tout la même proximité.

P10 : et on apprend à faire plus confiance en lui qu'un médecin qu'on voit juste à l'hôpital. (...) Car quand le patient arrive dans un service de spécialité, il y a déjà une petite orientation qui est faite. On se doute qu'il vient pour une pathologie cardio s'il est en cardio.

La gestion de la proximité est différente entre le médecin généraliste et les autres domaines médicaux

P8 : Et c'est là que c'est difficile aussi d'être méd gé, la juste distance en fait. Il ne faut pas être top loin mais pas trop proche. Et parfois c'est compliqué, il y a des patients ou nos histoires vont plus nous toucher que d'autres. (...) Donc c'est pas du tout pareil qu'un spécialiste qui le voit une fois par année.

Il en est de même pour la notion de liberté.

P3 : Et en plus de ça, ils ont des contraintes énormes pour trouver des postes, des postes dans leur spécialité. Et ça en médecine générale on a vraiment pas ce problème-là.

P7 : Et bien je pense que ça ouvre plus de portes que quand on choisit une autre spécialité où l'on va dans quelque chose de plus fermée. Ça laisse moins de possibilités par la suite même si il y a pleins de façons d'exercer dans toutes les spés je pense

P9 : C'est qu'on a un peu plus de choix et de liberté dans ce qu'on veut faire plus tard. Par exemple on est pas obligé d'être au CHU, on peut être médecin dans un cabinet, dans un maison médicale. On a pas mal d'options où on peut exercer. Pour moi, il y a des spécialités où c'est compliqué d'exercer où on veut.

La transversalité apparaît comme une notion appartenant à la médecine générale.

P10 : Quand on est dans une spé, c'est super intéressant et c'est varié mais ça devient vite redondant. (...)

P11 : Et même je trouve que tu sens que les autres spés, pas nous envie, mais je pense qu'ils sont un peu impressionnés du fait qu'on doive rester compétents sur beaucoup de domaines alors qu'eux sont vraiment ciblés sur un domaine.

Le prestige universitaire de la spécialité est dénigré par rapport à l'ensemble des autres disciplines.

P3 : Bah je pense que quand même tout au long de nos études ou même à l'hôpital, on entend quand même le discours que la médecine générale, bon c'est pas très spécialisé, c'est pas très technique.

P8 : C'est le cancer de la médecine je trouve, c'est faire croire aux étudiants que finir cardio c'est mieux réussir sa vie que méd gé, parce que le méd gé ne fait que les renouvellements d'ordonnances, alors que c'est entièrement faux.

L'internat de médecine générale est visualisé par les étudiants comme étant plus facile.

P5 : Mais avant ça, je trouve qu'il était bien agencé votre internat. Et avec une qualité de vie plutôt pas trop mal au final.

P11 : Je lui dirai qu'en vrai l'internat de méd gé il est quand même cool, que ce soit au niveau du temps de travail même de la charge de travail, on est plutôt bien par rapport aux autres spés.

DISCUSSION

I/ Discussion de résultats principaux

1/ Le modèle explicatif

Un modèle explicatif a été construit à partir des différents résultats exposés. (Annexe 6)

L'étudiant voit la spécialité comme libre et polyvalente. Elle se construit avec un médecin qui guide le patient au fil du temps et étant parfois seul face à tout l'univers médical. Il est influencé par son environnement personnel et familial ainsi que par son parcours universitaire.

L'image de la médecine générale chez les étudiants de l'Université médicale de Lille semble donc globalement positive.

Selon une étude menée à Toulouse en 2018 sur des internes de médecine générale, nous voyons que celle-ci est une spécialité qui attire. 75% des étudiants auraient quand même choisi la médecine générale même s'ils avaient eu un classement ECN leur permettant de choisir une autre spécialité. (17)

2/ La place centrale du patient

Les étudiants décrivent la médecine générale en mettant le patient au centre de la spécialité. La plupart des idées mises en lumière réfèrent à cette notion.

a- Une oreille attentive

Le médecin est à l'écoute de toutes les demandes du patient. Au fur et à mesure du temps, une relation de confiance s'installe. Le généraliste est souvent confronté à l'intimité du patient.

Cette notion d'écoute particulière a été mise en lumière dans une thèse quantitative. (11)

La capacité d'attention est perçue comme une nécessité pour le praticien. C'est un attribut indissociable de la médecine générale. L'image d'une éponge émotionnelle semble parfois difficile à assumer pour les étudiants. L'impact psychologique de récits difficiles sur le médecin est à prendre en compte. Une forme de soutien pour les médecins généralistes est une piste à envisager.

b- Un référent

Le généraliste joue un rôle de guide et de synthèse pour le patient. Il est la majorité du temps déclaré médecin traitant pour le patient et le reste de sa famille. Il fait le suivi dans sa globalité en termes de prévention, prescription et surveillance. Il exerce également un rôle éducatif dans le parcours de soins. Cela est perçu comme un avantage de la spécialité.

Ce rôle est important dans l'organisation actuelle du système de soins français. Le médecin traitant gère le parcours de soins coordonnés, permettant ainsi au patient un taux de remboursement de 70%. Les patients qui ne suivent pas ce parcours de soins voient leur taux de remboursement diminué à 40%. (18)

c- Une médecine de premier recours

Dans le système de soins primaires, le généraliste est vu en premier par le patient. Il a des capacités de triage et de priorisation des motifs de consultation. C'est lui qui adresse le patient vers un réseau de spécialités pour coordonner la prise en charge médicale.

Le champ lexical du combat est revenu à plusieurs reprises avec les termes suivants : front, terrain et première ligne. En effet, au vu de la démographie médicale actuelle, le recours à certaines spécialités est perçu comme une bataille avec une perte de temps administrative pour le généraliste.

d- Une médecine libre

Le généraliste est libre dans le choix de son lieu d'exercice, de ses modalités d'exercices, de ses formations supplémentaires et de son planning de travail. Cette notion semble très avantageuse pour les étudiants interrogés

Actuellement, la médecine générale repose toujours sur le principe fondamental de la liberté d'installation. Ce choix est guidé par l'environnement global et les services de proximité. (19)

En 2023, une proposition de loi pour lutter contre les déserts médicaux avait pour projet de mettre en place une régulation de l'installation des médecins. (20) Les représentants et syndicats de médecine générale réaffirment alors leur opposition aux formes de régulation ou contrainte à l'installation. (21)

3/ Une pratique médicale à part

a- Une médecine polyvalente

Selon les étudiants, le généraliste est amené à avoir une pratique transversale et diversifiée, par l'intermédiaire de l'enchaînement des consultations et le rôle de celui-ci. Dans notre étude, les individus interrogés voient cela comme un attribut avantageux de la discipline. En revanche, cela est aussi décrit comme quelque chose de superficiel, le médecin n'irait pas au bout de la plupart des prises en charge, par manque de connaissances et/ou d'expériences.

Plus de 80 % des étudiants en 6^e année trouvent que la diversité des pathologies est attractive pour la médecine générale dans une thèse multicentrique de 2013. (22)

b- Une médecine solitaire

La solitude du médecin a été exposée lors de nombreux entretiens. Cette caractéristique est majoritairement une peur et donc un frein à ce choix de spécialité.

Malgré cela, une pratique en groupe prend de plus en plus de place dans les modes d'exercice. Cela s'inscrit dans le plan d'action de 4 000 MSP du ministère de la santé et de la prévention qui répond à la demande des professionnels de santé. (23) Cela constitue une opportunité pour la profession de renouer au niveau social. (24)

4/ Différentes sources de ces représentations

Dans notre étude, plusieurs facteurs façonnent l'image de la médecine générale. En effet, il faut prendre en compte son environnement personnel avec son historique médical et sa famille ainsi que son parcours universitaire.

Tout d'abord, seulement quelques étudiants ont rapporté être sensibles à l'avis de leurs parents et entourage pour leur choix de spécialité.

Dans une étude de 2016, 40 % des étudiants ne sont pas encouragés à faire le choix de la médecine générale. (25)

Ensuite, concernant le parcours universitaire, les étudiants décrivent que le stage obligatoire de médecine générale pendant l'externat leur permet de se former une image de celle-ci. La participation active aux consultations et l'accompagnement du MSU sont non négligeables.

En 2016, une thèse quantitative et multicentrique sur les universités de Bordeaux, Lille et Lyon Est montre que le stage de médecine générale pendant le deuxième cycle des études a un fort effet bénéfique en faveur de la spécialité. (26)

Une étude faite en 2014 a mis en lumière que les externes qui étaient passés en stage chez le praticien avait une image globalement positive de la médecine générale. (27)

De manière plus récente, une thèse quantitative et multicentrique réalisée en 2024 montre que le stage de médecine générale pendant le second cycle à un impact fort sur le choix de cette spécialité. La relation de qualité entre le MSU et son étudiant exerce une influence sur le choix aux ECN de ce dernier. (28)

L'internat de médecine générale semble valorisé aux yeux des interviewés. Dans notre étude, un attrait pour un internat court et varié est cité par plusieurs personnes.

Cela a été rapporté dans une thèse de 2023 qui décrit un internat de médecine générale attractif. (29)

Les modalités d'internat sont modifiées depuis la rentrée 2023. Dans l'arrêté d'août de cette même année, le DES de médecine générale se termine par une année supplémentaire. L'interne

est alors Docteur Junior. Les deux semestres s'effectuent en supervision avec un MSU. Ils se font en ambulatoire. Au cas par cas et selon le projet professionnel, ces étudiants peuvent demander à faire les semestres sur le même terrain de stage ou alors dans le secteur hospitalier. (30)

Pour la majorité des étudiants, cela représente un frein au choix de la spécialité aux ECN. Les conditions incertaines de stage et l'allongement d'une année serait en défaveur de ce choix. La vertu pédagogique de ce changement a été vivement critiquée par les syndicats étudiants dès le début de la discussion de son application. (31)

Les étudiants interviewés décrivent une pression universitaire dès le début de leurs études médicales. Cette « non-spécialité » a encore une place à se faire au sein des autres spécialités.

5/ Une médecine libérale

Il apparaît important de prendre en compte que plus de la moitié des étudiants interrogés décrivent la médecine générale par le prisme de son exercice libéral.

Une profession libérale est une fonction que l'on exerce librement avec un caractère individuel. Ici c'est l'exercice ambulatoire, en opposition à l'exercice salarial (hôpital – PMI – crèche – EHPAD – maison de santé ; fonction exercée en tant que salarié).

Dans une thèse de 2016, 50 % des internes de médecine générale choisissent le secteur libéral et environ 30 % un exercice mixte. (25)

En 2022, 57,4 % des médecins généralistes exercent sur le mode libéral. Cela est supérieur comparé aux 13,2% des spécialistes chirurgicaux et presque 30 % des autres spécialistes médicaux exerçant en secteur libéral. (3)

Récemment a été publiée la convention médicale 2024-2029 avec l'Assurance Maladie. Elle comprend des mesures qui se disent vouloir renforcer l'attractivité et revaloriser la médecine libérale. Pour les médecins généralistes, le tarif de la consultation de référence est passée à 30 euros fin 2024. Le soutien aux médecins engagés dans les soins non programmés est accentué avec une majoration tarifaire. De plus, les missions d'encadrement d'étudiants et de promotion

de l'installation libérale seront incitées par des rémunérations. (32) Il serait intéressant d'étudier l'impact réel de ces différentes mesures dans quelques années.

Cependant le secteur du salariat gagne du terrain au fil du temps. Au sein de toute la profession médicale, 63 % des nouveaux médecins sont salariés contre 43 % chez l'ensemble des médecins en exercice. (8)

Dans notre étude, plusieurs étudiants voient un possible déchargement des tâches non médicales par l'intermédiaire de ce mode d'exercice.

A noter que le stage obligatoire de médecine générale est fait en secteur libéral. Quelques étudiants décrivent découvrir la spécialité aussi lors de leurs stages en secteur hospitalier au contact de médecins généralistes salariés.

6/ Une notion de temps

Il semble nécessaire de notifier la relation entre la médecine générale et le temps.

Tout d'abord, c'est le fondement de la relation de confiance médecin-patient. C'est la répétition des consultations qui permet de connaître le patient dans son intimité. Pouvoir guider celui-ci dans son parcours de soins s'installe avec le temps.

Le temps est l'allié de la fonction de repérage et d'enquêteur en matière de diagnostic. La surveillance étalée sur la durée et les consignes de reconsultation sont des alliés de ces fonctions.

L'aptitude en matière de polyvalence avec les consultations multi-motifs et la gestion d'une entreprise semble laborieuse et exigeante pour la plupart des étudiants. Le temps est alors un appui pour se construire les armes nécessaires à cet exercice.

Ensuite, la liberté de planifier et d'organiser son temps entre vie personnelle et vie professionnelle est un privilège de la spécialité étudiée.

Enfin, l'image de la spécialité semble se construire au fur et à mesure du parcours universitaire des étudiants. Au rythme des stages avec celui obligatoire dans la spécialité, les interviewés peuvent se faire une vision plus précise des disciplines.

7/ Une médecine analysée comme une balance avantage - inconvénient

Les personnes interrogées sont soit en train de réfléchir à leur futur choix ECN soit dans leurs parcours d'internat et donc toutes aussi proches de ce choix aux ECN.

Il apparaît essentiel de noter que cette représentation de la spécialité s'est principalement faite sur le mode : avantage – inconvénient, ce qui peut limiter la réflexion chez certains étudiants.

On remarque aussi que l'image de l'internat impacte celle de la spécialité dans son ensemble. Les étudiants voient l'internat comme les premiers pas de leur vie professionnelle. Avoir de bonnes conditions d'internat semble non négligeable.

II/ Forces et limites

1/ Validité interne

a- Type d'étude

La méthode inspirée de la théorisation ancrée avec des entretiens semi dirigés semble adaptée à la question de recherche. En effet, cela répond à la multitude d'opinions, d'expériences et de perceptions qui existent autour de la médecine générale. Ce design d'étude permet de fournir une description détaillée du sujet de notre recherche.

Le fonctionnement par entretiens semi-dirigés permet de nuancer les propos de chaque participant en ayant une plus large liberté d'expression. Indéniablement, les entretiens en groupes ne sont pas favorables à la mise en lumière de la vision profonde et personnelle de la spécialité pour chaque participant. Chaque étudiant ayant été soumis à la vision des autres, cela aurait desservi l'objectif de l'étude.

b- Recueil des données

Le guide d'entretien a été testé avec l'étudiant P0, cela a permis de vérifier la validité des questions et d'entraîner l'investigatrice à l'utilisation du guide.

L'investigatrice étant novice dans l'exercice d'interview, des erreurs d'investigation sont possibles.

Sur les 13 personnes interviewées, 10 ont choisi la visioconférence. Cela limite la visualisation et donc la retranscription du langage non verbal.

Trois des participants sont des connaissances antérieures à l'investigatrice (connaissances durant l'externat ou les stages). Ils ont pu modifier leurs réflexions ou craindre un jugement.

Par ailleurs, les participants ne connaissaient que le thème principal de l'objet de recherche et n'avaient pas connaissance des questions avant l'entretien. Cela permet un échange spontané.

En dépit du respect d'un guide d'entretien, les questions orientées de manière involontaire peuvent entraîner une faiblesse de confirmation.

c- Analyse des données

Il s'agit de la première recherche qualitative pour la chercheuse. Le travail d'analyse des données est soumis à une possible faiblesse d'interprétation.

De plus l'investigatrice est une interne de médecine générale, la recherche concerne l'image de cette spécialité, le codage peut donc être influencé par cette familiarité.

La triangulation des données renforce la validité de l'étude. Cela permet la confrontation et la discussion des différentes analyses. Les différents verbatim ont été analysés en aveugle puis soumis à une discussion ouverte.

2/ Validité externe

a- Discussion de l'échantillonnage

Les étudiants interrogés sont issus de la faculté médicale de l'Université de Lille dans le Nord Pas De Calais. Les résultats ne sont donc pas applicables dans le reste de la France.

Dix étudiants interviewés sont de sexe féminin, c'est-à-dire presque 77% de l'ensemble des étudiants. Alors qu'en 2022, les femmes représentent environ 45% des médecins. A noter que la profession médecin généraliste se féminise avec 52,5% de femmes en 2022. (3)

Aucun externe en 5^e année d'études de médecine n'a souhaité participer à l'étude, ce qui aurait pu être intéressant en matière de diversité pour avoir tout le panel universitaire du 2^e cycle des études médicales.

Dans l'étude, deux étudiants (15,4 % de la population étudiée) déclarent un parcours professionnel ou universitaire antérieur. A la faculté de médecine de Lille, il est prévu 6,8 % d'étudiants (38 sur 560 élèves) issus de passerelle diverses qui entreront en 2^e année de médecine en 2025. (33)

III/ Perspectives

Notre étude permet de mettre en lumière plusieurs axes pour répondre aux questionnements des étudiants.

L'étude rapporte une demande d'informations sur :

- La gestion d'une entreprise
- L'administratif
- Les modalités de l'internat

L'internat de médecine générale pourrait renforcer le contenu de ses cours au sujet de la part non médicale que comporte la spécialité. Il s'agit principalement de la gestion d'une société avec la partie comptabilité, la tenue d'un local et d'un agenda, implication d'un secrétariat.

Il existe déjà un forum sur le devenir après l'internat, qui s'effectue pendant l'internat de médecine générale. On pourrait envisager un forum pendant l'externat avec différents médecins généralistes au mode d'exercice varié. Celui-ci serait sur la base du volontariat pour les étudiants et pourrait s'effectuer après les EDN pour ne pas limiter les personnes qui seraient engagées dans leurs révisions au concours.

De plus, l'étude pourrait être reconduite après plusieurs promotions pour la nouvelle maquette de la discipline, permettant d'analyser l'impact de ces modifications universitaires sur l'image globale de la spécialité médecine générale.

CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès d'étudiants en médecine de l'Université de Lille met en lumière les représentations qu'ils ont de la médecine générale.

Cette spécialité, perçue comme une discipline fondée sur la liberté et la polyvalence, séduit par ses bases solides et sa richesse dans l'accompagnement global du patient.

Cependant, les récents changements dans les modalités d'internat, associés au flou persistant sur la gestion entrepreneuriale et à l'isolement ressenti par certains praticiens, nourrissent des appréhensions significatives chez ces futurs médecins.

Ces perceptions révèlent à la fois l'attractivité et les défis d'une spécialité en constante évolution, dans un contexte où les attentes sociétales, les cadres de pratique et les politiques de santé ne cessent de se transformer. Cette dynamique offre néanmoins une opportunité unique : celle de repenser l'image et l'attractivité de la médecine générale, en intégrant les attentes des jeunes générations, tout en apportant des réponses concrètes aux obstacles identifiés.

À l'heure où la médecine générale joue un rôle pivot dans l'organisation des soins primaires, il est essentiel de mieux accompagner les étudiants dans leur choix de carrière. Cela passe notamment par une valorisation accrue de la discipline, un soutien en matière de gestion de cabinet et la création de réseaux permettant de briser l'isolement professionnel. Répondre à ces défis pourrait permettre d'encourager davantage d'étudiants à se diriger vers cette spécialité fondamentale et d'assurer ainsi la pérennité d'un système de santé accessible et efficace.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
2. Légifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine
3. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France.
4. Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine [Internet]. oct 2014;198(7):1367-78.
5. WONCA Europe. The european definition of general practice/family medicine. 2023.
6. Weber JC. Evolutions de la relation Médecin-malade. 2021;
7. Amrouche I. Remede.org. Motivation: les étudiants en médecine s'expriment. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/motivation-les-etudiants-en-medecine-s-expriment.html>
8. DREES. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. 2022. Report No.: 1244.
9. TRUONG In. Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin généraliste au sein de la population médicale: enquête transversale nationale [étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale]. [dijon]; 2021.
10. Medshake. Statistiques ECN 2022 par spécialités [Internet]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2022/specialites/>
11. D'AMORE A. L'image actuelle du médecin généraliste. [Étude quantitative auprès des patients du Nord-Pas-de-Calais]. [Lille]; 2017.
12. CNOM. 4ème année des études de médecine [Internet]. 2022 oct. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/4eme-annee-etudes-medecine>
13. A D. Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale [Internet]. févr 2, 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ajout-d-une-quatrieme-annee-au-diplome-d-etudes-specialisees-de-medecine>
14. Sénat. Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux » [Internet]. févr 2, 2023. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/122-010/122-0105.html>

15. Richard J. SFMU : société française de médecine d'urgence. 2022. MÉDECINS LIBÉRAUX: TROIS SYNDICATS CONFIRMENT LE MOUVEMENT DE GRÈVE PRÉVU DU 26 DÉCEMBRE AU 2 JANVIER. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/medecins-liberaux-trois-syndicats-confirment-le-mouvement-de-greve-prevu-du-26-decembre-au-2-janvier/new_id/68786
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
17. Bismuth M, Boyer P, Rodriguez J, Brillac T, Driot D, Poutrain JC, et al. Le choix de la médecine générale aux ECN : « des déterminants qui s'installent dans le paysage ». 2018;14(8).
18. Ameli. Déclaration de choix du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/declaration-choix-medecin-traitant>
19. Deroissart V. Facteurs territoriaux associés au choix du lieu d'installation des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine entre 2012 et 2016 [quantitative]. [Bordeaux]; 2018.
20. LCP, Assemblée nationale. Lutte contre les déserts médicaux : une proposition de loi transpartisane pour réguler l'installation des médecins | LCP - Assemblée nationale [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://lcp.fr/actualites/lutte-contre-les-deserts-medicaux-une-proposition-de-loi-transpartisane-pour-reguler-l>
21. ReAGJIR. reagjir.org. 2024. Contrainte et régulation à l'installation pour les jeunes médecins : de fausses solutions aux effets pervers. Disponible sur: <https://reagjir.org/contrainte-et-regulation-a-linstallation-pour-les-jeunes-medecins-de-fausses-solutions-aux-effets-pervers/>
22. Rouger AS. La médecine générale: un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales? Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN [Transversale - multicentrique]. [Brest - Nancy - Nantes - Nices - Rouen]: Rouen; 2013.
23. Ministère de la santé et de la prévention. Plan d'action 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles. 2023 juin.
24. Tuffreau F DCD. La médecine générale, une spécialité d'avenir. 2016;(5):351-2.
25. Sablonniere S. Études des déterminants influençant le choix de la médecine générale à Nantes. [descriptive et déclarative par questionnaire]. Nantes; 2016.
26. Dahlem L. Influence du stage de deuxième cycle en médecine générale sur le choix aux ECN: étude réalisée à Bordeaux, Lille et Lyon en 2016 [quantitative, multicentrique]. [Bordeaux, Lille, Lyon Est]: Bordeaux; 2016.
27. Boinot épouse Meunier M. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois [étude qualitative]. [Poitiers]; 2012.

28. Cus A. Le stage de médecine générale en deuxième cycle des études de médecine: impact de ses caractéristiques sur le choix définitif aux épreuves classantes nationales [quantitative, multicentrique et comparative]. [Lille - Amiens - Rouen - Caen]: Amiens; 2024.
29. STRUK T. Les facteurs déterminant le choix de la spécialité « Médecine Générale » aux ECN : étude qualitative chez les internes en médecine générale de la promotion 2021-2022 de la faculté de Lille. [qualitatif]. [Lille]; 2023.
30. Légifrance. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. août, 2023.
31. Luc Angevert. Les internes de médecine générale refusent la 4e année d'internat : « un moyen pour exploiter les internes une année de plus » [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-internes-de-medecine-generale-refusent-la-4e-annee-dinternat-un-moyen-pour-exploiter>
32. Assurance maladie - Ameli. Convention médicale 2024-2029 : l'essentiel [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medecale-2024-2029/essentiel>
33. Pr Claire-Marie DHAENENS. Capacités d'accueil en 2ème année des études de Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Masso-Kinésithérapie à l'Université de Lille pour la rentrée universitaire 2025. 2023.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

DOMAINE 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
1	Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené les entretiens individuels	Louise Berteloot
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste remplaçant non thésé
3	Activité	Quel était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quel était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissaient ils avant le commencement de l'étude ?	Aucune relation antérieure sauf pour trois participants (connaissances externat – stages)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savait les participants au sujet du chercheur ?	Brève présentation avant chaque entretien : motif de la recherche
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Titre académique, intérêts et motivations pour la recherche

DOMAINE 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Entretiens semi-dirigés et analyse par théorisation ancrée

Sélection des participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage théorique

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par voie orale, annonce sur les groupes d'étudiants
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants + 1 entretien test
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun abandon. Pas de refus car étude faite sur la base du volontariat

Contexte

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Visio-conférence – sur le lieu de stage – au domicile de l'investigateur
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et le chercheur ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Genre, âge, niveau d'études, parcours professionnel antérieur

Recueil des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Rédaction d'un guide d'entretien testé au préalable avec un entretien test.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Durée moyenne de 29 minutes et 57 secondes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

DOMAINE 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux (triangulation avec une interne de médecine générale)
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Word et EXCEL
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : Évolution du guide d'entretien

Idées de départ questions pour le guide d'entretien

1/ Prénom et Nom – Sexe – Âge

2/ Êtes-vous en couple ? Si oui, quelle est sa profession ?

3/ Votre lieu d'habitation ?

4/ Avez-vous fait d'autres études ou professions avant la médecine ?

5/ En quelle année d'étude êtes-vous ?

6/ Au cours de votre parcours universitaire :

- Avez-vous reçu un cours ou enseignement théorique ou pratique relatif à la médecine générale par exemple : présage, conférence, cours purement théorique
 - Si oui, cela vous a-t-il donné envie ou changer votre image de la médecine générale ?
 - Si non : Auriez-vous aimé que cela vous soit proposé, Sous quelle forme ?

- Avez-vous déjà fait un stage en médecine générale ?
 - Qu'en avez-vous pensé ?

7/ Le mot clef que vous évoque la médecine générale ?

8/ Présentez-moi le médecin généraliste type.

9/ Quelles compétences doit avoir un médecin généraliste ?

10/ Que pensez-vous de la qualité de vie d'un médecin généraliste ?

11/ Avez-vous déjà eu un rendez-vous avec un médecin généraliste ?

12/ Avez-vous des a priori sur la médecine générale ?

Si vous êtes externe :

- Avez-vous déjà des idées de choix de spécialités ?
 - Si oui, pensez-vous à la médecine générale ?
 - Si non, pourquoi pas la médecine générale ?

→ Parler de la réforme de la 4^e année de médecine

→ Connaissez-vous le cursus d'internat de la médecine générale ?

Si vous êtes interne de médecine générale :

- Était-ce votre premier choix ?
- Ou alors était-ce un choix par manque d'autres choix par exemple place de médecine générale non disponible dans la région ou classement insuffisant pour le choix
- À quel moment avez-vous fait le choix de la médecine générale dans votre parcours ?
- Avez-vous pensé à un droit au remords ?
- Connaissez-vous des médecins généralistes dans votre famille ? Cela a-t-il impacté votre choix ? Dans quel sens ?
- Avez-vous envie de faire des diplômes universitaires ? Si oui, lesquels ?
- Où voulez-vous exercer ?
- Souhaitez-vous être en libéral ou en hospitalier ?
- Maison pluridisciplinaire ou cabinet seul ?

Si interne d'une autre spécialité :

- Était-ce votre premier choix ?
- Aviez-vous pensé à la médecine générale ?

- Avez-vous pensé à un droit au remords ?
- Quelle est votre relation avec la médecine générale ?
- Pensez-vous que la médecine générale est une spécialité à part entière ?

Si non encore évoquer lors de l'entretien :

13/ Avez-vous entendu parler de la réforme sur la 4^e année de médecine générale ?

14/ Qu'en pensez-vous ?

15/ Pensez-vous que cela peut freiner au choix de la médecine générale lors des choix des ECN ?

16/ Pensez-vous que cela peut motiver les étudiants au choix de la médecine générale lors des ECN ?

17/ Avez-vous entendu parler de la coercition ? Il s'agit du fait de contraindre à s'installer dans une zone.

18/ Une remarque par rapport à cela ?

19/ Avez-vous entendu parler de la grève des médecins généralistes début décembre 2022 ?

Qu'en pensez-vous ?

Quels en étaient les sujets ? (La coercition - le tarif d'une consultation- conditions d'exercice- temps de travail et continuité de soins)

20/ Commentaires libres ?

Guide entretien final

1/ Présentation de l'étudiant : prénom, parcours universitaire

2/ Décrivez la médecine générale en 4 mots/adjectifs

3/ Quels sont les avantages à être médecin généraliste ?

4/ Quel sont les inconvénients à être médecin généraliste ?

Questions de relance :

- Quel est le rôle d'un médecin généraliste selon vous ?
- Quelles sont les compétences requises pour être un médecin généraliste ?
- Existe-t-il des compétences humaines et/ou techniques propres au médecin généraliste selon vous ?
- Comment imaginez-vous le mauvais médecin généraliste ?
- Existe-t-il une différence entre la relation médecin généraliste – patient avec celle des autres médecins ?

5/Si externe : envisagez-vous la médecine générale ? pourquoi ? freins au choix ? avantages ?

Si interne :

- De médecine générale : pourquoi ce choix ? avez-vous hésité ? regrets ?
- D'autre spécialité : pourquoi ce choix ? avez-vous hésité ? regrets ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que l'ajout de la 4^e année d'internat de médecine générale peut avoir un impact sur le choix de la spécialité aux ECN ?

6/ Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Annexe 3 : Présentation de l'investigatrice et mention d'informations

« Bonjour, je suis Louise Berteloot étudiante en 4^e semestre de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'image de la médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la représentation sociale de la spécialité de la médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur, volontaire et externe ou interne de médecine ou chirurgie à l'université de Lille. Votre participation à l'étude est facultative.

Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. 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. 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 la thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-106 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 . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : louise.berteloot.etu@univ-lille.fr »

Annexe 4 : Déclaration au délégué à la protection des données



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

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 : Image actuelle du médecin généraliste : étude qualitative menée à l'université lilloise
Référence Registre DPO : 2023-106
Responsable scientifique : Mme Isabelle BODEIN Interlocuteur : Mme Louise BERTELOOT

Fait à Lille,

Le 19 juin 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : Verbatim

Cf clé USB : totalité de la retranscription des entretiens

Ci-après un exemple issu d'un extrait de l'entretien P5

Louise : Est-ce que tu veux bien te présenter ? Ton parcours universitaire ? Ton externat et où est ce que tu en es actuellement ?

P5 : Moi c'est P6, je suis en 5^e semestre d'ORL au CHU de de Lille. J'ai été externe à Lille 2. Je suis actuellement en chirurgie plastique ce semestre. Voilà.

Louise : Parfait ! C'est toi qui avais choisi de rester pour ton internat à Lille ?

P5 : Ouais, depuis le début je voulais rester à Lille qui qu'il arrive.

Louise : Ok, donc tu as choisi ORL mais est-ce que pour la spécialité médecine générale, tu as des mots ou des adjectifs qui te viennent en tête ?

P5 : Je dirais la globalité... dans le sens où vous prenez tout en charge.

Après la ville, enfin le fait que tout le monde soit installé plutôt... spécialité de cabinet en ville ou campagne.

Après difficile, parce que en étant dans une spé et avoir un domaine en particulier, je trouve ça plus facile que de devoir gérer un peu de tout. Quoi d'autre...

Louise : Quand tu dis globalité et qu'un médecin généraliste prend tout en charge, est ce que tu peux approfondir ce mot-là ?

P5 : Je veux dire prendre en charge un peu différentes spécialités. Que ce soit gérer un diabète, gérer des choses infectieux, ORL. Être vraiment transversal. Et euh après beaucoup de social. C'est des patients que vous voyez peut-être plus que nous, plus de suivi, même si nous on essaie de suivre les patients en spé. Je pense que vous particulièrement, vous les voyez beaucoup plus souvent que nous. En tout cas au long terme. Après, c'est vraiment toutes les spés. Savoir et devoir gérer toutes les spés. Et je pense, parfois, aller loin dans la spé, enfin je pense qu'on vous demande d'aller vraiment loin dans certaines spés, plus ou moins que d'autres.

Louise : Et là dans ce que tu dis, il y a des choses qui t'ont freiné toi, dans ton choix ?

P5 : Alors, moi j'étais fort freiné à la méd gé, plus parce que je voulais faire des gestes, je voulais être chir, opérer et faire des trucs avec les mains, que vous, même si vous avez accès à certaines choses, les infiltrations, les poses d'implants qui auraient pu m'intéresser, c'était pas suffisant. Et le côté social, je suis quand même pas très quelqu'un.... C'est vraiment pas trop ce qui me plaît et j'aurais pas su être patient avec des gens comme ça.

Voilà, après je pense qu'il y a quelques temps, j'aurais pu dire, avant d'être en médecine, le mot isolement. Parce que j'ai toujours connu que des méd gé tout seul dans leur cabinet. J'ai jamais connu de maisons médicales, enfin moi dans mes méd gé perso. Mais, au final plus du tout, enfin j'ai l'impression que c'est rare que vous soyez tout seul.

Louise : Quand tu dis : « méd gé perso », c'est quand tu es passé en stage ?

P5 : Non c'est mon médecin à moi, enfin les médecins que j'ai eu étant petit. Non sinon après, dans le parcours externe puis dans mes connaissances, c'est que des maisons médicales, ou que des gens à plusieurs. Je pense que je connais plus personne seul.

Louise : Et toi quand tu as choisi ORL, enfin tu avais accès à ton premier choix. Et si tu n'avais pas eu accès à ce choix-là, tu avais d'autres choses qui te plaisaient ?

P5 : J'avais d'autres choses qui me plaisaient. J'avais fait un ordre des chirs que je pouvais avoir en fonction des classements. ORL c'était le premier puis après petit à petit en fonction du classement j'avais fait un ordre. Finalement, la chir ça descendait relativement loin par rapport à mes espérances donc je me doutais que ça devait quand même passer de faire de la chir. Après, si j'avais aucune chir, je sais pas ce que j'aurai fait ? si j'avais fait de la médecine générale ou si j'avais refait une sixième année.

Louise : Donc c'était pas vraiment envisageable la médecine générale ?

P5 : Non pas trop.

Louise : Et là dans ton parcours ORL, est ce que tu as déjà pensé à un droit au remord ? Est-ce que tu es confronté à des choses qui te déplaisent ou qui te ??

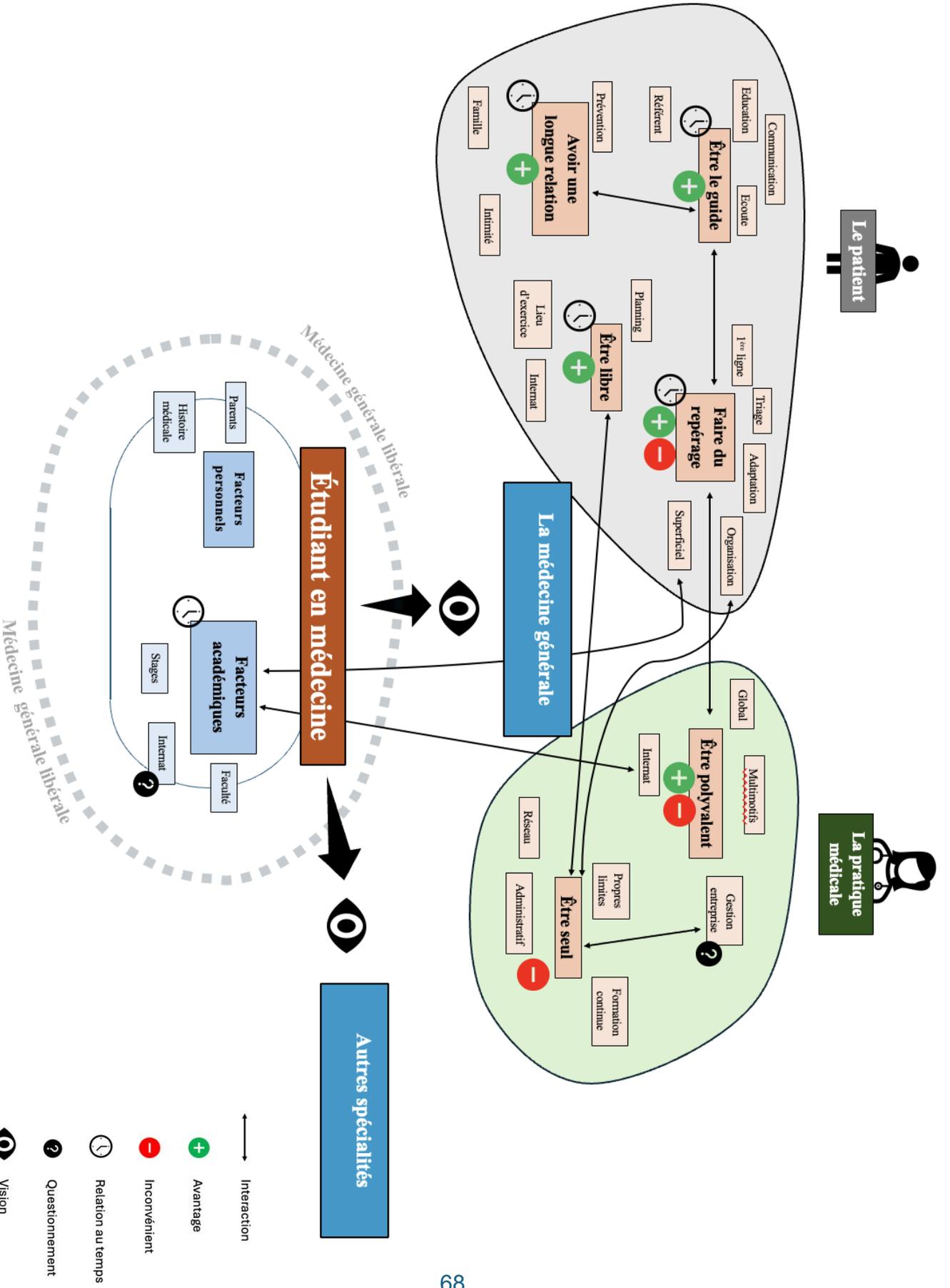
P5 : Penser à un droit au remord, pas vraiment. Non je suis plutôt content de ma spé, il y a pas de choses qui me dérange, au contraire je trouve que c'est hyper varié. Quoiqu'il arrive, on trouve dans la spé d'ORL, l'oreille, le nez, la gorge, enfin toutes les chirs différentes. Au final, on trouve toujours quelque chose qui nous plaît un peu plus. Par exemple, moi c'est l'endonasal que je préfère. Après, il y a des moments où c'est plus dur, physiquement ou moralement, la spé en soi. Et là le droit au remord ça serait : la spé c'est trop dur, j'aurai dû faire un truc plus facile genre chir orale et gagner de l'argent et pas beaucoup travailler. Mais sinon, non en vrai pas de droit au remord.

Louise : Et dans ta spécialité ORL, est ce que tu es confronté à la médecine générale ?

P5 : Alors, je dirai que les moments.... Confronter en direct, ça va être plus les moments où on va être de garde ou de BIP, celui qui gère les avis la journée, où on a beaucoup d'appels de médecins généralistes en direct. Genre c'est le moment où on est le plus confronté, pas en face à face mais presque, avec un médecin généraliste. Après, alors nous, sinon les autres fois en contact avec eux, ça va être sur les courriers d'adressage mais finalement en ORL, ils arrivent quand même... faut savoir que ce soient des bons courriers d'adressage. C'est plus les patients qui arrivent à magouiller pour venir par leurs propres voix.

Après je pense que c'est vraiment les fois où on les voit le plus parce qu'après les courriers et les moments où on va appeler pour donner la suite de la prise en charge, ça va être plus avec les infirmières. On les voit plus au quotidien que les médecins généralistes.

Annexe 6 : Modèle explicatif



AUTEURE : Nom : BERTELOOT

Prénom : Louise

Date de soutenance : 27 février 2025

Titre de la thèse : Image de la médecine générale : étude qualitative menée auprès des étudiants en médecine de l'Université de Lille

Thèse – Médecine – Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Image ; Médecine générale ; Étudiants ; Recherche qualitative ; Stéréotypes

RESUME

Introduction : La médecine générale est la dernière à avoir trouvé sa place au sein des spécialités médicales. Son exercice évolue depuis plusieurs années. La population médicale se répartit de manière inégale sur le territoire. De plus, le nombre de médecins ne cesse de diminuer. Malgré cela, la spécialité attire les étudiants. L'actualité récente rythmée de grèves et de changements universitaires invite à s'interroger sur l'image de la médecine générale auprès des étudiants en médecine. Cette étude a pour but de mettre à jour la représentation universitaire de la médecine générale.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par des entretiens semi dirigés a été réalisée auprès d'externes et d'internes de l'Université médicale de Lille de juillet 2023 à avril 2024. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée avec triangulation des données.

Résultats : 13 interviews ont été analysées et codées. Les étudiants ont décrit la spécialité par le biais de la place centrale du patient. Le praticien est le référent qui guide le patient dans son parcours de soins. Une relation de confiance se bâtit au fil du temps. Le spécialiste fait du repérage et priorise les demandes. Ce praticien peut alors aussi être vu comme peu intellectuel avec une redondance des consultations. La liberté semble être une fondation de la médecine générale. De plus, un mode de pratique singulier a été mis en lumière. La solitude du médecin généraliste laisse un peu de place à l'exercice en groupe. L'exercice médical quotidien est transversal avec également une notion de gestion d'entreprise et de tâches administratives. Les étudiants ont fait cette description par l'intermédiaire de leur environnement familial et personnel ainsi que du milieu universitaire, rythmé par un stage obligatoire de médecine générale pendant l'externat. L'ajout de la quatrième année d'internat dans la spécialité semble être une source de peur. Les étudiants sont en demande d'informations sur la pratique de la médecine générale. Toute cette description de la spécialité s'est faite en comparaison à l'ensemble des autres spécialités. La médecine générale semble être une spécialité à part.

Conclusion : Cette étude met en évidence une perception globalement positive de la médecine générale. Elle est attractive grâce à sa polyvalence, sa liberté et sa richesse dans l'accompagnement global du patient. Cela est entaché par des appréhensions liées aux récentes évolutions de l'internat, à la gestion entrepreneuriale et à l'isolement professionnel. Dans un contexte de transformations sociétales et sanitaires, ces défis représentent une opportunité pour renforcer l'image et l'attractivité de la spécialité, en répondant aux attentes des jeunes générations. Cela inclut une meilleure valorisation de la discipline, un soutien accru pour la gestion des cabinets et la création de réseaux pour réduire l'isolement.

Composition du Jury

Président : Professeur Emmanuel CHAZARD

Asseseurs : Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Docteur Isabelle BODEIN