HAL
open science

Evaluation du stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Nancy

Emilie Bour

To cite this version:

Emilie Bour. Evaluation du stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01733227

HAL Id: hal-01733227

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733227v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2010

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Emilie BOUR

Le 12 octobre 2010

EVALUATION DU STAGE EN MEDECINE GENERALE

EN DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES A NANCY

Examinateurs de la thèse :

Mme le Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ	Président
M. le Professeur Claude MEISTELMAN	Juge
M. le Professeur Marc BRAUN	Juge
Mme le Docteur Elisabeth STEYER	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POIINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- DPC :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Docteur Nicole LEMAU de TALANCE
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL
64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE

Madame le professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

Professeur d'Ophtalmologie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
C'est avec un grand respect que je vous exprime mes remerciements et votre aide dans la promotion de la médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le professeur Claude MEISTELMAN

Professeur d'Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.
Vous trouverez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le professeur Marc BRAUN

Professeur d'Anatomie
Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.
Pour votre enseignement, votre investissement au service des études médicales, je vous remercie.

A NOTRE JUGE

Madame le docteur Elisabeth STEYER

Médecin généraliste à Talange
Enseignante de Médecine Générale

Vous me faîtes l'honneur de diriger ce travail.
Chaque jour, vous transmettez votre passion pour la Médecine Générale,
Pour l'enthousiasme et le temps que vous avez consacrés à ce projet, je tiens à vous faire part de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

A ma famille,
Pour avoir toujours été là pour moi,

A mes amis,
Pour m’avoir soutenue,

A toute l’équipe du SAU d’Epinal,

A tous ceux qui ont participé à ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admis 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 de 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION…… p.17

JUSTIFICATION ET CADRE DE CE TRAVAIL …… p.19
I. La démographie en médecine générale…… P.20
II. Le stage en médecine générale en 2e cycle…… p.22
a. Le cadre législatif …… p.22
b -Objectifs pédagogiques…… …… p.24
c. Modalités pratiques du stage…… p.25
III. Quel contenu spécifique pour la discipline de médecine générale …… p.26
a. Leeuwenhorst (1974)…… p.26
b. Oleson (2000)…… p.26
c. OMS…… p.27
d. WONCA Europe 2002…… p.28

MATERIEL ET METHODE…… p.32

RESULTATS…… p.36
I. Relevé des trois mots…… p.36
II. Questionnaires avant/après stage…… p.41
III. Focus groupes…… p.62
IV. Synthèse……p.72

DISCUSSION……p.73
I. Discussions sur les modalités de notre travail et la validité des résultats…….. P.74
a. Choix du moment de cette enquête……P.74
b. Choix des groupes d'étudiants enquêtés…… p.74
c. Exploitation des données recueillies…… p.74
II. Comparaison de la perception des étudiants de nos échantillons par rapport aux données de la littérature…… p.76
a.Le médecin généraliste : point de vue du patient…… p.76
b. Les caractéristiques de l'exercice médical en médecine générale…….. p.78
1. Le cadre actuel d'exercice de la médecine générale …… p.78
2. Le métier de généraliste…… p.80
3. Les points positifs de l'exercice en médecine générale …….. p.83
4. Les points négatifs…… p.86

III. Le projet de choisir ou non d'être médecin généraliste : quelles influences.. p.88
a. Place de la médecine générale dans le cursus…….. p.88
b. l'expérience d'autres systèmes de santé …… p.91
IV. Le stage en médecine générale en 2e cycle…….. p.94
a. Les attentes des étudiants et des institutionnels pour ce stage…… p.94
b. Les apports du stage réalisé…….. p.97
c. Universitarisation de la filière de médecine générale (FUMG) : un élément de l'attraction des étudiants vers le métier de généraliste…….. p.99

CONCLUSION…….p.100

BIBLIOGRAPHIE…….p.103

ANNEXES……..p.108

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la médecine générale est boudée par les étudiants. Ils lui préfèrent une activité de spécialiste plus scientifique, plus rentable, plus reconnue. Ils ne sont pas préparés à affronter une médecine dépendante des patients et de leur environnement socioculturel. (1)

La médecine générale est à la fois méconnue des étudiants et difficilement reconnue au sein de l'université médicale française. Depuis les ordonnances Debré de 1958, elle a été tenue à l'écart des autres filières de formation et de l'excellence universitaire. Le choix de la médecine générale par défaut est devenu trop fréquent. Les a-priori la concernant restent nombreux parmi les étudiants. Le métier de généraliste paraît peu passionnant ou bien trop difficile car la quantité de connaissances requises fait peur. La charge de travail est perçue comme trop importante et la vie de famille difficilement conciliable. L'isolement potentiel du généraliste est une autre barrière au choix de cette spécialité. (2)

C'est un métier aux multiples facettes : soigner dans le cadre de l'intime, utiliser ses connaissances cliniques, techniques, s'intéresser à la personne dans son ensemble, l'accompagner dans ses rencontres avec la maladie, le vieillissement, participer au maintien de sa santé, prévenir certaines pathologies, mais aussi participer au combat contre la mort. C'est un métier varié dans la relation, le suivi, où il faut trouver l'équilibre entre suivi de longue durée et urgence, solutions individuelles et collectives, un métier à la frontière de la science médicale et des sciences humaines. (3)

Les étudiants doivent donc être sensibilisés à cette spécialité dès les premiers cycles pour que le choix ultérieur pour la médecine générale puisse se faire de manière éclairée et non par défaut comme c'est trop souvent le cas, pour que les futurs spécialistes aient une connaissance de la médecine générale autre que l'image réductrice actuellement véhiculée. (1)

Le DCEM (Deuxième Cycle des Etudes Médicales) semble donc être une période cruciale dans le choix professionnel et l'orientation pour le troisième cycle. Les stages auprès du praticien généraliste récemment instaurés viennent introduire une nouvelle dimension dans la formation médicale.

Ce stage est mis en place depuis la rentrée 2007 au sein de la faculté de médecine de Nancy. Il apporte donc une source nouvelle d'information aux étudiants du deuxième cycle et cette situation nous a semblé favorable pour apprécier l'influence de ce stage sur la vision de la médecine générale qu'ont les étudiants de deuxième cycle.

Nous avons donc proposé aux étudiants avant et après leur stage de répondre à un questionnaire rapide sur leurs représentations de la médecine générale. Nous avons complété cette première approche par un regard plus qualitatif au moyen de deux focus groups.

JUSTIFICATION ET CADRE DE CE TRAVAIL

Favoriser l'orientation des étudiants vers l'exercice en médecine générale est à la fois une aspiration des médecins généralistes investis dans la promotion de leur profession et une nécessité pour répondre aux besoins de santé de notre société. L'évolution de la démographie médicale souligne ce besoin d'inviter les jeunes médecins à se tourner vers cet exercice

L'instauration du stage en médecine générale pour tous les étudiants en médecine lors de leur deuxième cycle d'études est destinée à transmettre le contenu spécifique de la médecine générale, dans un contexte pédagogique adapté. Ce temps d'immersion dans un cadre différent de l'environnement hospitalier habituel est-il porteur d'une réelle connaissance de cet exercice et modifie-t-il les représentations préalables des étudiants ?

Nous commencerons donc par rappeler les grandes lignes de la démographie en médecins générale, puis les modalités du stage qui y sont proposés aux étudiants du deuxième cycle et enfin les éléments de contenu spécifique de cette discipline.

I – La démographie en médecine générale

La médecine générale n'est pas un choix positif pour la plupart des internes de médecine générale qui n'ont pas pu accéder à une autre spécialité quand ils ont passé l'examen national classant. Ceci constitue une difficulté pour se construire une identité professionnelle valorisante. (4)

L'objectif de la mise en place du stage chez le généraliste était de revaloriser la médecine générale et de mettre un terme à une représentation péjorative de cette filière, considérée comme une « non spécialité » et souvent décrite comme la formation médicale et scientifique commune à tous les médecins. (5)

On aurait pu croire que cette valorisation de la médecine générale allait favoriser son choix par les futurs internes. Mais en l'absence de décision forte pour revaloriser ce métier au sein même de la profession médicale, et comme les acteurs de terrain le prévoyaient, c'est à une désertion que nous assistons. (6)

La médecine générale connait une crise des vocations. Les étudiants préfèrent s'orienter vers les autres spécialités. Aux ECN de 2004, parmi les 2000 premiers étudiants classés, seuls 254 ont choisis la médecine générale. (6,7)

Pour l'année 2005, selon une étude menée par la DRESS (2006) (8), 4 472 candidats se sont inscrits aux épreuves et 3822 étudiants ont été affectés, soit 79,6% des postes ouverts. La santé publique, la médecine du travail et la médecine générale ne sont généralement choisies qu'en second lieu. La médecine générale ne représente que 37% de

l'ensemble des 3822 affectations. Si la moitié des étudiants choisissent les spécialités médicales, les hommes choisissent préférentiellement les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation, tandis que le choix des femmes se porte davantage sur la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale et la psychiatrie.

Plus précisément 2400 postes étaient ouverts en médecine générale et 1419 ont été pourvus soit un écart de 981 postes (40%) alors que l'on ne constate aucun écart entre postes ouverts et pourvus dans les autres disciplines. Autrement dit, les 981 postes non pourvus à l'issue des ECN 2005 sont des postes de médecine générale.

En 2006, plutôt que d'améliorer l'information et l'attractivité de cette discipline, le ministère a préféré forcer les étudiants à faire de la médecine générale dans les régions défavorisées, en réduisant de façon majeure le nombre de postes (4760 postes offerts pour 4900 étudiants).

La possibilité offerte aux étudiants de pouvoir concourir une seconde fois l'année suivante pour leur permettre éventuellement d'entrer dans la discipline qu'ils préfèrent est certes à leur avantage mais aussi au détriment des effectifs nécessaires à la médecine générale (9).

Le tableau suivant résume bien la situation :

	Postes ouverts	candidats	Postes en surnombre	Postes ouverts en MG	Postes restés vacants en MG	Taux de remplissage
2004	3988	3368	620	1841	609	66.92%
2005	4803	3823	980	2400	980	59.17%
2006	4760	4430	330	2353	323	86.27%
2007	5366	4905	461	2866	452	84.23%

Selon l'ONDPS (2006), il existe un problème de renouvellement de la médecine générale, en raison d'une faible attractivité, qui se traduit par une désaffection importante avec 40% des postes non pourvus. Il conviendrait donc de favoriser une meilleure connaissance de la médecine générale en deuxième cycle des études médicales. (9)

II - Le stage en médecine générale en 2e cycle

Son instauration intervient donc dans ce cadre particulier d'une démographie médicale qui se met difficilement en adéquation avec les besoins de soins de la population. L'un de ces buts est de favoriser un choix positif des étudiants en médecine vers cette filière.

a. Le cadre législatif :

La réalisation de stage en médecine générale est le meilleur moyen de faire découvrir cette discipline, mais c'est surtout l'une des mesures phares qui valorisera le métier de médecin généraliste. (10)

En 1997, un premier arrêté ministériel régissait la mise en place d'un stage en médecine générale ambulatoire pour les externes. Cet arrêté du 4 mars 1997 (annexe 1) prévoyait que chaque étudiant devrait effectuer pendant la deuxième partie du DCEM (Deuxième Cycle des Etudes Médicales) un stage d'initiation à la médecine générale.

« Art.8 : La formation clinique comporte une participation à l'activité hospitalière et un stage chez le médecin généraliste.
II. – stage chez le médecin généraliste :
Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté. Ce stage est réalisé sur la base d'un projet pédagogique, élaboré par le conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine sur les propositions du département de médecine générale ou de la commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale visés à l'article 6 du décret du 7 avril 1988 susvisé. Ce projet fait l'objet d'un contrat entre le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, le médecin généraliste et le directeur du centre hospitalier régional et universitaire quand il s'agit des étudiants de troisième et quatrième années de deuxième cycle. » (11)

Durant 10 ans, les manques de moyens humains et financiers n'ont pas permis une mise en place effective de ce stage dans les différentes facultés.

Un deuxième arrêté parut le 23 novembre 2006 (annexe 2) était censé répondre aux difficultés rencontrées depuis 1997, et être un pas supplémentaire vers la concrétisation du stage. Mais cela n'a pas suffit… (12)

Le 18 juin 2009, un nouvel arrêté abroge le précédent (annexe 3), et cadre beaucoup plus précisément que les précédents le stage obligatoire en médecine générale de DCEM. Il réaffirme la durée de stage de 3 mois à mi-temps ou 6 semaines à temps complet, mais aussi son financement sur le budget du ministère de la santé. La rémunération du maître de stage,

frein majeur à la mise en place du stage, est enfin débloquée, rendant possible sa généralisation dans les UFR. (5)

« Art 1. …les étudiants, durant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés, dans la limite de trois maîtres de stage par étudiant.
« Art 3. …L'étudiant accompagne son (ses) maître(s) de stage, sous sa (leur) responsabilité, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures. » (5)

Ce stage devrait aller de soi : dans notre situation où environ la moitié des étudiants choisiront la médecine générale à l'issue des Epreuves Classantes Nationales, il est absurde que tous les étudiants ne bénéficient pas d'une approche de l'exercice de la médecine générale au cours du DCEM.

Malheureusement, d'autres moyens surtout humains sont indispensables pour élaborer un réseau de maitres de stage, et permettre aux étudiants de deuxième cycle de se rendre dans des cabinets médicaux parfois assez éloignés de la faculté.

Ces difficultés pratiques ont été résolues à la faculté de Nancy en bouleversant le rythme habituellement journalier : stage hospitalier le matin , enseignements l'après-midi pour aboutir à des séquences : stages hospitaliers et ambulatoires pendant 6 semaines et enseignements pendant 6 semaines . Les problèmes d'hébergement, de restauration et de déplacements, ont pu trouver des solutions familiales ou amicales, avec l'aide d'un ceratins nombres de maîtres de stages. La possibilité d'utiliser les ressources de toute la région Lorraine a rendu possible le recrutement des maîtres de stage nécessaires pour l'accueil et l'encadrement des étudiants.

b. Objectifs pédagogiques :

En fin de deuxième cycle, les étudiants devraient avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique, les principaux processus anatomophysiopathologiques, l'examen somatique et les principaux gestes techniques, les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques, leurs thérapeutiques et leur prévention ; la démarche médicale selon la prévalence, la gravité et les possibilités thérapeutiques ; la réponse aux urgences les plus fréquentes, la maîtrise des outils de la relation et de la communication avec les patients et leur entourage. (14)

Les objectifs sont fixés par l'article 4 de l'arrêté du 18 juin 2009 (annexe 3) :
« – appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;
– appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
– se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le

patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique ;
– se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;
– appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire ;
– comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire. »

c. Modalités pratiques du stage :

Un groupe de travail, regroupant des représentants du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), de l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) et de l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), a été constitué pour réfléchir aux modalités de ce stage, et dont le travail a servi de base à la rédaction de l'arrêté du 18 juin 2009 (13).

Ce stage permettrait donc :

- De valider des objectifs de formation généraux ou transversaux du second cycle des études médicales
- De compléter l'enseignement théorique déjà fourni au sein des facultés
- De découvrir les caractéristiques de la médecine générale et des soins primaires, telles que définies par la WONCA
- De répondre en partie à la crise des vocations pour la médecine générale, liée à l'absence de processus d'identification possible actuellement
- De favoriser les futures relations interdisciplinaires des différents spécialistes

Comme les autres stages, le stage en médecine générale s'intègre dans le cursus des études médicales. Il figure comme stage obligatoire, tout comme les stages mentionnés dans la partie Ia de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 (annexe 1) : gériatrie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie et médecine interne. (11)

En cohérence avec la démarche pédagogique choisie, cette formation doit avoir lieu dans le contexte des soins primaires ambulatoires et plus précisément dans des cabinets de médecine générale.
L'activité ambulatoire permettra ainsi aux étudiants de découvrir les spécificités d'une activité médicale extrahospitalière de première ligne.

A Nancy, il s'agit pour les étudiants de DCEM3 de réaliser un stage, chez un médecin généraliste maître de stage, d'une durée de 100 heures à repartir en concertation sur une durée de 3 mois.
Les étudiants suivent donc ainsi le médecin au cabinet et lors de ses visites à domicile afin de découvrir la pratique de la médecine générale ambulatoire.

III - Quel contenu spécifique pour la discipline Médecine générale?

Il parait important de commencer par cerner ce qu'est la médecine générale et le contenu spécifique à transmettre aux étudiants au sujet de cette discipline ce qui a été progressivement précisé par différentes définitions.

a. Leeuwenhorst (1974) :

Ce fut la première définition de la médecine générale, depuis la profession a évoluée et sa définition également.

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. » (15)

b. Oleson (2000)

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. » (15)

c. OMS :

Les caractéristiques de la médecine générale – médecine de famille décrites dans la déclaration cadre de l'OMS sont une médecine (15) :

- Générale
- Continue
- Globale
- Coordonnée
- Collaboratrice
- Orientée vers la famille
- Orientée vers la communauté

Une médecine générale car :

- il n'y a pas de sélection de problèmes de santé au niveau de la population générale
- pas d'exclusion en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de la religion, ou d'autres catégories.
- elle est d'accès facile, sans limites géographiques, culturelles, administratives ou barrières financières.

Une médecine continue :

- Centrée sur la personne
- Ce sont des soins de santé longitudinaux, non limités à un épisode de maladie

Une médecine globale :

- Axée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, de réhabilitation et de support
- Impliquant les aspects physiques, psychologiques et sociaux
- Et les aspects cliniques, humains, et éthiques de relation médecin – patient.

Une médecine coordonnée qui :

- Gère les soins dès le premier contact.
- Renvoie vers les services spécialisés.
- Informe les patients sur les services disponibles.
- Gère et coordonne les soins.

Une médecine collaboratrice qui :

- Travaille en équipes multidisciplinaires.
- Délègue des soins quand cela est approprié.
- Assure le leadership.

Une médecine orientée vers la famille :
s'adressant aux problèmes individuels dans le contexte :

- des circonstances familiales,
- des réseaux sociaux et culturels,
- des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie.

Une médecine orientée vers la communauté :
considérant les problèmes individuels dans un contexte qui prend en compte :

- les besoins en soins de santé de la communauté,
- les autres professionnels et les organisations.

La définition des soins primaires définie par l'OMS a été précisé en 1996 par l'American Institute of Medecine : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. »
Le chevauchement est grand entre les caractéristiques décrites dans le document de l'OMS et les spécifications du document de la WONCA.

d. WONCA Europe 2002 : (15)

Depuis la première définition, depuis le Leeuwenhorst group en 1974, reprise par la communauté européenne, les concepts de la médecine générale n'avaient pas beaucoup évolué. Le texte d'Oleson en 2000 n'apportait pas d'élément nouveau. Face à cette situation, la WONCA Europe (World Organisation of Family Doctors) a développé une réflexion sur une définition actualisée de la médecine générale.

Le rôle principal de la WONCA est de promouvoir et développer la discipline pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté.

Les définitions précédentes étaient centrées sur les activités professionnelles : elles décrivaient les taches du médecin généraliste. Or, la médecine générale est une discipline scientifique, fondée sur des principes fondamentaux qui doivent apparaître dans sa définition. Les tâches professionnelles du médecin généraliste découlent des caractéristiques de la discipline. La médecine générale n'est pas seulement une discipline dépendante du système de soins. Elle est aussi une discipline universitaire qui repose sur des concepts universels et qui s'appuie sur une pratique, une recherche, et un enseignement. La médecine générale n'est pas une compilation des autres disciplines ni une autre façon

d'exercer la même médecine dans un contexte différent. Elle est une réelle entité avec des caractéristiques propres qui la différencient des autres spécialités : elle se consacre aux soins primaires et elle privilégie la démarche clinique par rapport à l'intervention technique. (5)

La médecine générale - médecine de famille est donc une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

a) Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille : (15)

- elle est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

b) Les compétences fondamentales de la médecine générale – médecine de famille :

Six compétences fondamentales :

- La gestion des soins de santé primaires
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

Trois champs d'activité :

- La démarche clinique,
- La communication avec les patients,
- La gestion du cabinet médical.

Trois dimensions spécifiques :

- Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche

La médecine générale est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté sans se limiter à des groupes de maladies relavant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier. (1)

Le médecin généraliste est un professionnel qui a reçu une formation spécifique. Il est chargé de donner des soins personnels primaires et d'entretien à quiconque se présente. (16)

Le médecin généraliste est donc le spécialiste de la santé assurant la prévention, les soins, le traitement et le suivi des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien être de ceux qui le consultent. Il s'agit d'une prise en charge horizontale, là où les autres spécialités exercent dans la verticalité.

Le médecin généraliste est d'abord celui qui reçoit, écoute et parfois décrypte la plainte du patient qui vient le voir.

Mais son travail s'inscrit également dans un réseau relationnel par lequel il est en relation permanente avec le patient, son environnement social et familial, le système

administratif, les professions paramédicales, les services hospitaliers et les médecins spécialistes.

Le médecin généraliste doit tenir compte des modes de vie, des demandes, des besoins, des ressources et de l'identité de son patient. (1)

Il rencontre ses patients dans leur cadre de vie. Il réalise en permanence un travail de synthèse dans l'immédiat et dans la durée, de tous les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux.

Il répond à une demande de prise en charge, en mettant en jeu sa responsabilité personnelle, dans le but d'assurer la meilleure réponse possible. (16)

Ce qui caractérise les généralistes, ce n'est pas qu'ils soient plus compétents ou plus humains que les autres, mais bien leur pratique entre science et humanité, art et technique, cité et hôpital, patient et médecine. Leur mode d'exercice les astreint à tenir compte de l'environnement et de l'histoire des maladies et des individus. (1)

La médecine générale nécessite un système de formation spécifique visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles.

Elle est difficile et peu reconnue, et exige du médecin généraliste une constante formation et une remise en question de lui-même.

Le stage en médecine générale a donc été mis en place à Nancy pour les DCEM3, pour la première fois en 2007. La faculté de médecine de Nancy a été un des précurseurs dans l'instauration de ce stage. Comment a-t-il modifié la vision qu'ont les étudiants de la médecine omnipraticienne ? A-t-il influencé leur choix de carrière ?

Les objectifs pédagogiques fixés ne peuvent être remplis que dans le cadre d'un stage en médecine générale ambulatoire. Ont-ils été atteints ?

Pour apporter une première réponse à ces questions, il nous a semblé important de recueillir l'expression des étudiants du deuxième cycle qui en avaient été les premiers expérimentateurs , et en particulier de tenter une comparaison entre leurs représentations de la médecine générale avant et après ce stage. Ces premières évaluations de l'impact de l'instauration de ce stage aideront à l'adaptation de cette nouvelle formation pour répondre au mieux aux objectifs de découverte de la spécificité de la médecine générale, et à terme d'incitation à l'orientation de jeunes médecins vers l'exercice de cette discipline.

MATERIEL ET METHODES

I. Partie 1 : étude quantitative :

a. Population de l'étude et modalités de recueil des données

Cette étude a été réalisée durant l'année universitaire 2008/2009. Nous avons interrogé les étudiants de DCEM3 et de DCEM4 de cette année là à l'aide de questionnaires à choix multiples.
Pour évaluer l'impact de ce stage récemment mis en œuvre, nous avons souhaité recueillir rapidement les perceptions des étudiants qui venaient d'y être confronté. Nous souhaitions avoir un retour rapide et si possible exhaustif du ressenti des étudiants et nous avons donc profité des occasions permettant de les rassembler tous en un même lieu en même temps : la répartition des stages au début de l'année universitaire. Cette occasion offerte ne permettait pas une interrogation prolongée, ni personnalisée des étudiants et le choix a donc été celui d'un questionnaire présenté et distribué au début de la répartition, avec l'assentiment des responsables administratifs, et récupérés en fin de répartition. Nous avons eu un temps de parole en début de chaque répartition pour nous permettre d'exposer le but et l'importance de ce travail.
Le questionnaire avant stage a été distribué lors de la répartition de stage de septembre 2008 à l'ensemble des étudiants de DCEM3 qui n'avait pas encore réalisé de stage en médecine générale.
Le questionnaire après stage a été distribué aux étudiants de DCEM4, lors de la répartition de septembre 2008, cette promotion étant la première à avoir pu bénéficier du stage de médecine générale. Nous avons exclu les étudiants redoublants, qui n'avaient pas réalisé ce stage.
Le questionnaire après stage a également été distribué aux étudiants de DCEM3 à la fin de l'année scolaire 2008/2009, alors que tous les étudiants étaient passés dans le stage, permettant ainsi de comparer le point de vue des mêmes étudiants avant et après stage.

115 étudiants de DCEM3 ont répondu au questionnaire avant stage soit 60% des étudiants.
154 étudiants de DCEM3 ont répondu au questionnaire après stage soit 77% des étudiants.
172 étudiants de DCEM4 ont répondus au questionnaire après stage soit 85% des étudiants.

b. Composition des questionnaires

Les questionnaires comportent 3 pages et sont divisés en quatre parties :

a) Une liste de 3 mots évoquant la médecine générale

Cette question a été posée en premier afin d'éviter toute influence des questions suivantes sur la réponse des étudiants. Le but de cette question était de percevoir les idées spontanément associées au mot « médecine générale » par les étudiants en dehors de toute réflexion et en limitant le risque de suggestion.

b) Des propositions de qualification de la médecine générale

Les étudiants devaient donner leur opinion sur des items définissant la médecine générale, en se plaçant tout d'abord du côté du patient, puis du côté du praticien.

c) Les apports du stage

Nous avons cherché à évaluer dans un premier temps ce que les étudiants attendaient de ce stage (questionnaire avant stage), et dans un deuxième temps ce qu'ils en avaient retiré (questionnaire après stage).

d) Les avantages et inconvénients du métier pour les étudiants

Nous voulions savoir comment chaque caractéristique de la profession était considérée par les étudiants : avantage ou inconvénient.

e) Pour les questionnaires après stage, nous terminions par une appréciation globale par 3 items:

- l'évolution du projet professionnel personnel
- la perception globale de la médecine générale
- l'appréciation de l'intérêt du stage en médecine générale

Pour compléter les informations de ce questionnaire rapide et à réponses essentiellement fermées, nous avons souhaité aborder le sujet sous un autre angle en rencontrant des étudiants des promotions concernées dans le cadre de focus groupes.

II. Partie 2 : étude qualitative :

Deux focus groupes ont été réalisés : l'un rassemblant des étudiants 'avant stage' et le second avec des étudiants 'après stage'.

Le focus groupe « avant stage » rassemblait 6 étudiants de DCEM3 qui n'avaient pas encore effectué leur stage chez le médecin généraliste. La trame d'entretien comportait 8 questions ouvertes sur leurs attentes concernant ce stage et la vision qu'ils avaient alors de ce métier (qu'ils ne connaissaient qu'en théorie).

Le focus groupe « après stage », rassemblait 6 étudiants de DCEM4, qui avaient déjà effectué le stage chez le médecin généraliste. La trame d'entretien, quant à elle, comportait 9 questions ouvertes sur leur stage et la vision qu'ils avaient désormais de la médecine générale (dont ils avaient eu une expérience).

La forme de la première question était identique pour les deux groupes : elle proposait une situation fictive et fréquente de soins en médecine générale et nous demandions aux étudiants de réagir face à elle.

Les questions 2 et 3 portaient sur la place du généraliste dans le système de soins actuel et sur le champ d'activité du généraliste.

Les questions 4 et 5 mettent en lumière les points positifs et négatifs de la profession.

La question 6 demandait de décrire la journée type du généraliste telle que la voyaient les étudiants.

La question 7 du questionnaire avant stage portait sur les attentes des étudiants du stage en médecine omnipraticienne.

Les questions 7 et 8 du questionnaire après stage portaient, quant à elles, sur les apports de ce stage, et la comparaison de ces apports avec les attentes qu'ils en avaient.

Ce type d'entretien a permis de faire exprimer des idées que nous n'avions pas abordé dans les questionnaires fermés, et de confronter des opinions différentes des étudiants pour enrichir la perception que nous en avions.

RESULTATS

Nous avons donc rassemblé 115 questionnaires « avant stage », 154 questionnaires « après stage » de DCEM3, et 172 questionnaires « après stage » de DCEM4.

Pour simplifier l'étude des questionnaires, nous nommerons ainsi les différents groupes :
D3a : DCEM3 de la promotion 2008/2009, avant leur stage en médecine générale.
D3b : DCEM3 de la promotion 2008/2009, interrogés après leur stage.
D4b : DCEM4 de la promotion 2008/2009, ayant réalisé le stage.

Pour le focus groupe avant stage, les étudiants seront dénommés par la lettre A suivie du chiffre de leur ordre d'intervention (1 à 6).
Pour le focus groupe après stage, les étudiants seront quant à eux dénommés par la lettre B suivie du chiffre de leur ordre d'intervention (7 à 12).

I. Relevé des trois mots :

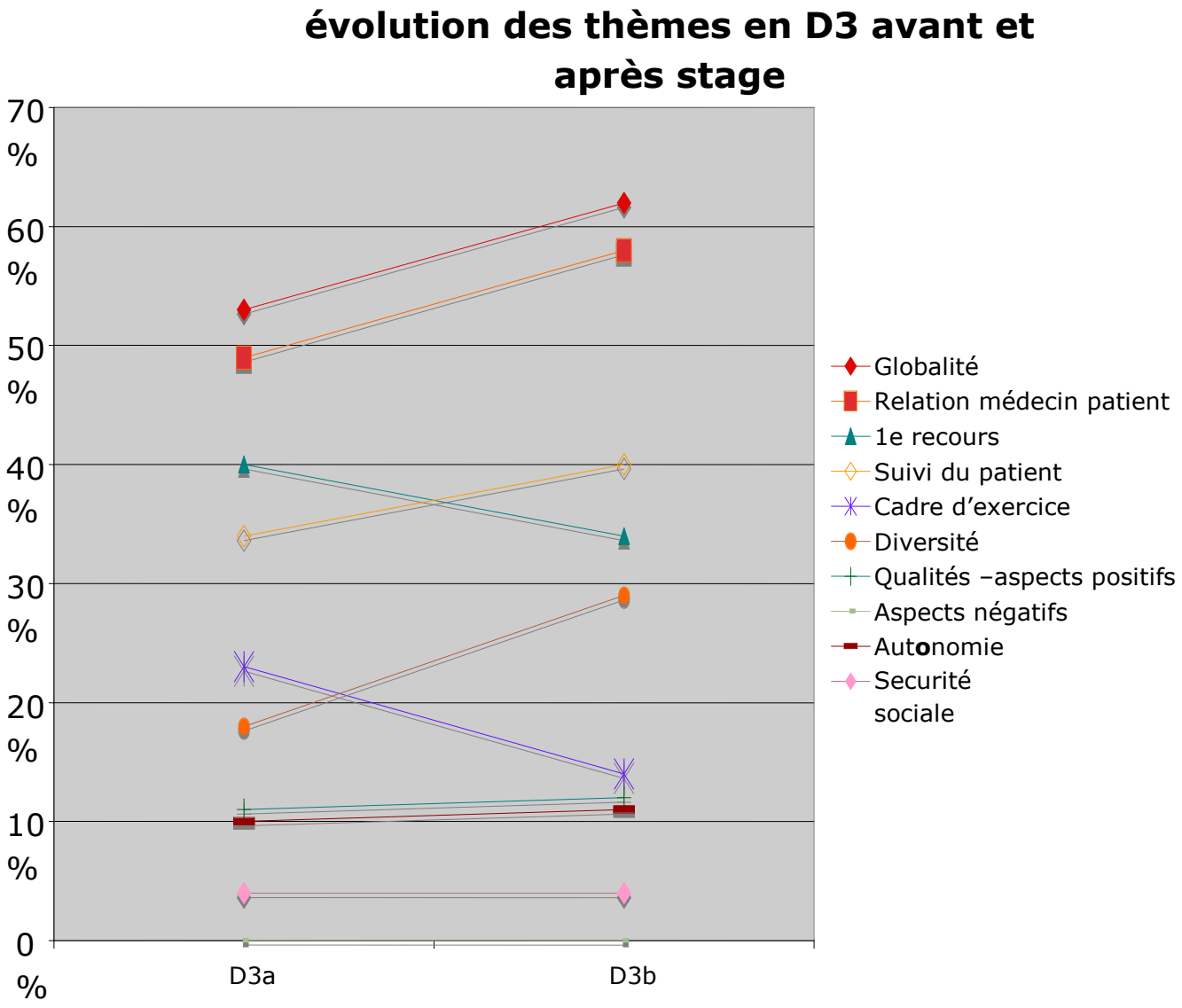
Les mots proposés par les étudiants ont été regroupés par thèmes. La liste exhaustive de termes employés pour répondre à cette question se trouve en annexe 6.

	D3a	D3b	D4b
Globalité	**61 (53%)**	**96 (62%)**	**78 (45%)**
Relation médecin patient	**56 (49%)**	**89 (58%)**	**98 (57%)**
1e recours	**47 (40%)**	**53 (34%)**	**69 (40%)**
Suivi du patient	**39 (34%)**	**61 (40%)**	**62 (36%)**
Cadre d'exercice	27 (23%)	22 (14%)	34 (19%)
Diversité	21 (18%)	45 (29%)	58 (33.5%)
Qualités –aspects positifs	12 (10.5%)	19 (12%)	22 (13%)
Aspects négatifs	18 (15.5%)	21 (13.5%)	16 (9%)
Autonomie	11 (9.5%)	17 (11%)	17 (10%)
Sécurité sociale	4 (3.5%)	6 (4%)	3 (2%)

Les thèmes dominants sont donc les mêmes « avant » et « après » stage
- la globalité de la prise en charge
- la relation médecin/malade
- le suivi du patient
- la médecine de premier recours

Certains thèmes subissent une progression proche de 10% dans les propositions des étudiants de DCEM3 entre les enquêtes « avant » et « après le stage

- la globalité de la prise en charge
- la relation médecin/malade
- le suivi du patient
- la diversité



Le thème « médecine de premier recours », tout en restant fréquemment évoqué est moins cité dans le groupe après stage des DCEM3.

La thématique du cadre d'exercice de la médecine générale est une préoccupation plus présente dans le groupe « avant stage » ; préoccupation qui semble levée une fois les spécificités de la pratique connues.

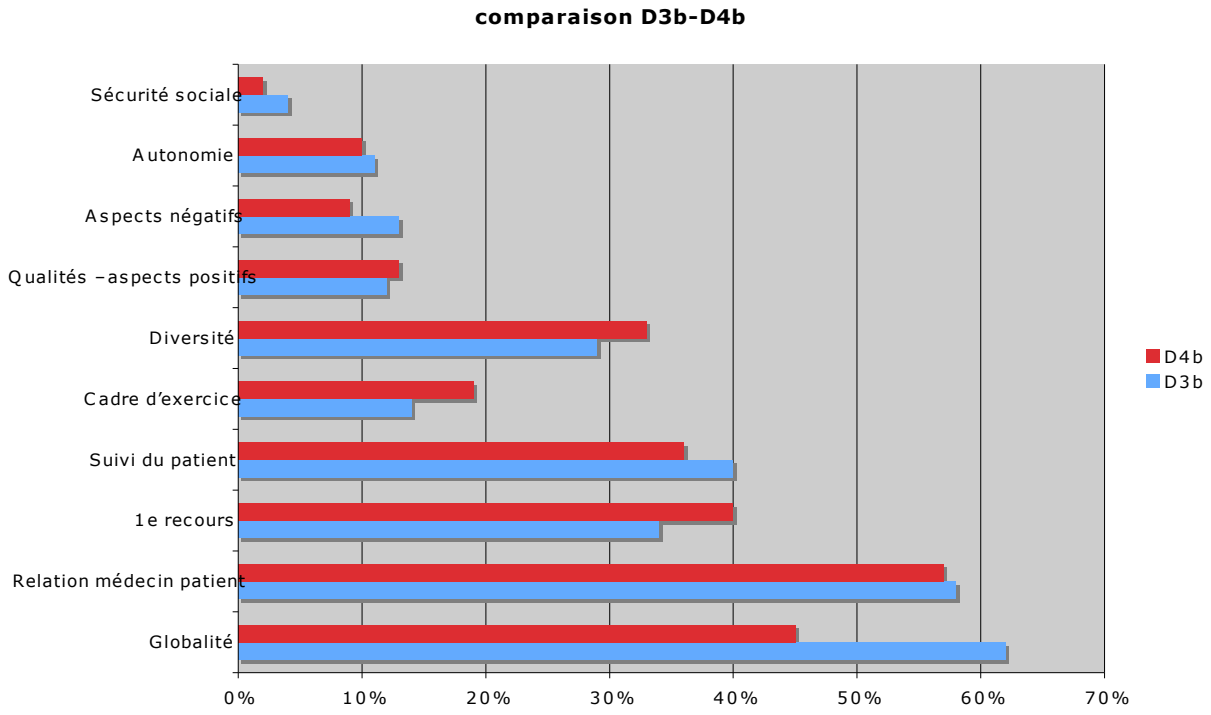
Le thème de l'autonomie est évoqué de façon constante par environ 10% des étudiants.

En comparant les thèmes qualités et aspects négatifs, il en ressort :

- Dans le groupe « avant stage » : il existe une réelle différence de fréquence, les points négatifs surpassant largement les points positifs.
- Dans le groupe « après stage » des DCEM3, il n'y a plus de différence entre les deux. On note donc un recul des aspects négatifs et une progression de la thématique positive.
- Dans le groupe « après stage » des DCEM 4, la différence est en faveur des qualités.

« L'aspect médico administratif» est un thème peu cité mais constant entre les différents groupes.

La comparaison des étudiants de D3 et de D4 ayant effectué leur stage retrouve globalement les mêmes thèmes prédominants, la diversité des pathologies rencontrées ayant frappé plus fortement la première promotion ayant effectué ce stage.



Pour conclure ce temps « ouvert » de notre enquête, les représentations des étudiants du deuxième cycle de la médecine générale sont fortement par les caractéristiques de la prise en charge du patient (globalité, importance de la relation, suivi dans la durée) et par la diversité des situations pathologiques rencontrées. Le cadre d'exercice et en particulier les conditions d'autonomie de cet exercice est également associé dans l'esprit des étudiants au terme médecine générale. L'apport du stage accentue ces associations d'idées et fait apparaître plus d'items positifs et réduire les items négatifs, traduisant une amélioration de l'image de cette discipline dans l'esprit des étudiants.

II. Questionnaires avant/après stage :

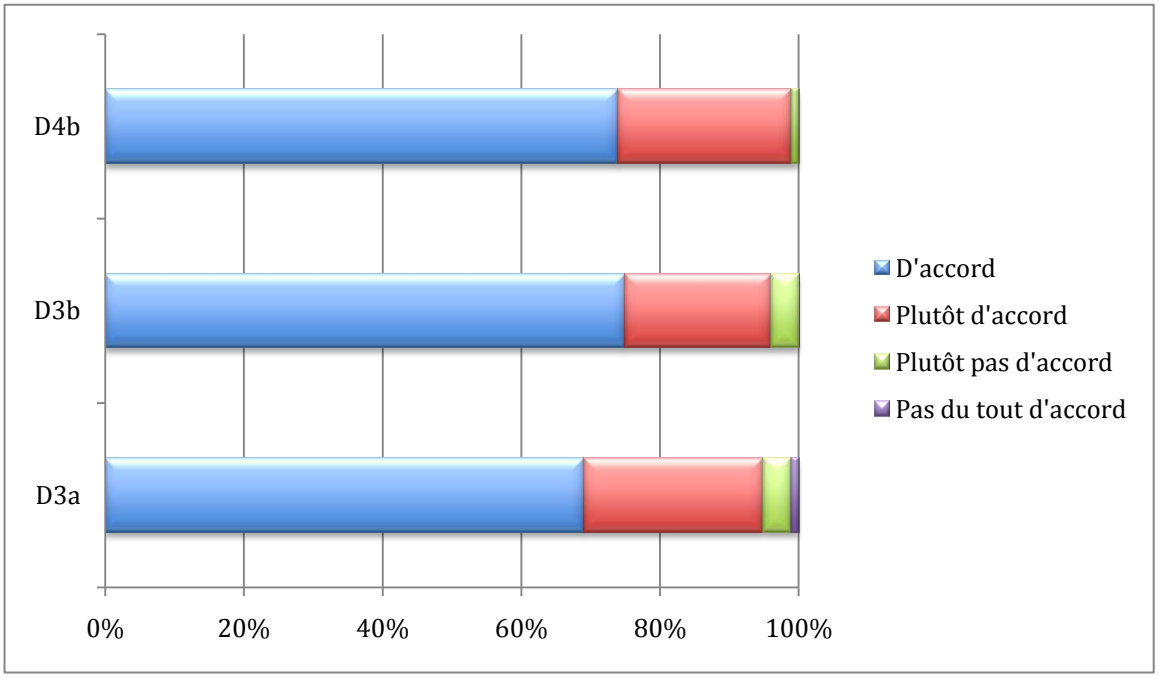
Le second temps de l'enquête comprenait des réponses fermées (désaccord total, désaccord partiel, accord partiel ou accord total) avec des affirmations proposées sur des caractéristiques de la médecine générale du point de vue du patient ou du point de vue du professionnel exerçant cette discipline.

Accords avec les différentes assertions sur les qualificatifs de la médecine générale

Du point de vue du patient

- **Pour le patient, la médecine générale est une prise en charge globale de la personne :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	69%	75%	74%
Plutôt d'accord	26%	21%	25%
Plutôt pas d'accord	4%	4%	1%
Pas du tout d'accord	1%	0%	0%



La médecine générale est considérée comme une prise en charge globale de la personne par 69% des étudiants « avant leur stage ». Après stage, les étudiants sont plus nombreux (74 et 75%) à être totalement en accord avec cette proposition.

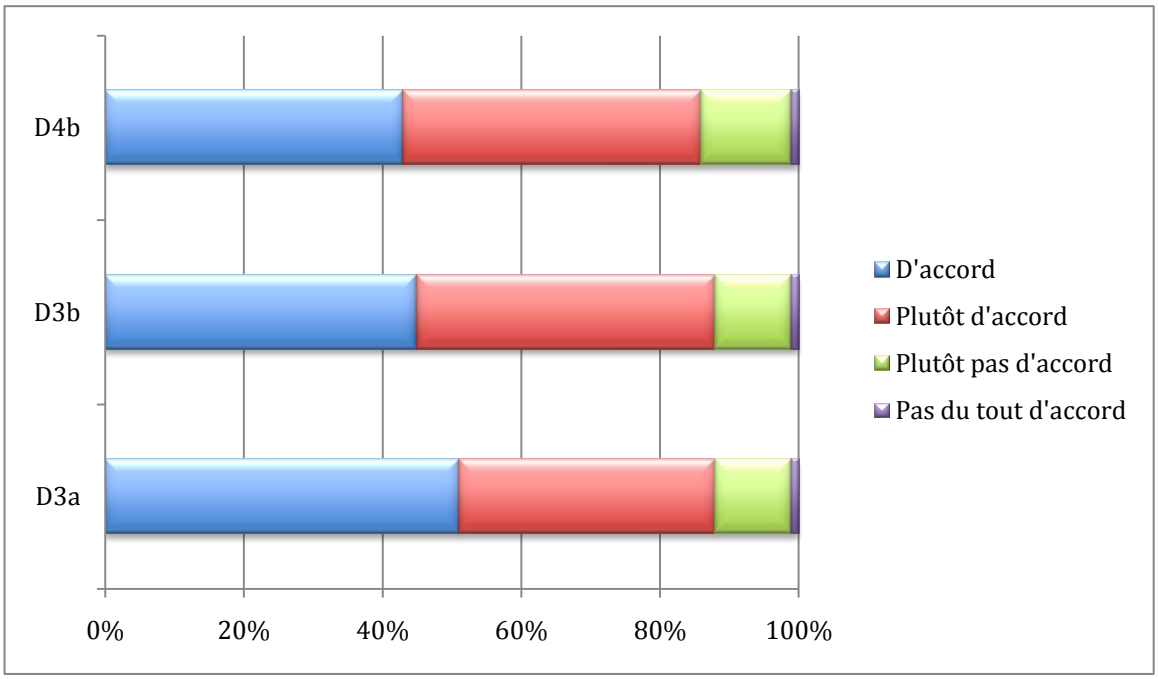
- **Pour le patient, la médecine générale est une médecine de proximité :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	76%	83%	80%
Plutôt d'accord	22%	17%	20%
Plutôt pas d'accord	2%	0%	0%
Pas du tout d'accord	0%	0%	0%

La médecine générale est une médecine de proximité. Cette affirmation est acquise avant même le stage. La différence d'appréciation sur cet item « avant » et « après stage » est faible.

- **Pour le patient, la médecine générale est une orientation vers les spécialistes d'organes :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	51%	45%	43%
Plutôt d'accord	37%	43%	43%
Plutôt pas d'accord	11%	11%	13%
Pas du tout d'accord	1%	1%	1%



Avant le stage, une faible majorité des étudiants est entièrement d'accord pour définir la médecine générale comme une orientation des patients vers les spécialistes d'organes. Après stage, l'affirmation est plus mitigée (la réponse ''plutôt d'accord'' progresse pour une réponse ''d'accord'' qui diminue)

- **Pour le patient, la médecine générale est un suivi dans la durée :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	76%	81%	79%
Plutôt d'accord	22%	18%	20%
Plutôt pas d'accord	1%	1%	1%
Pas du tout d'accord	1%	0%	0%

Concernant cette question, que ce soit avant ou après stage, les étudiants considèrent que la médecine générale assure un suivi du patient dans la durée.

Les items définissant la médecine générale par rapport au patient montrent peu de différences entre les groupes interrogés avant et après le stage. La directivité de la réponse proposée semble influencer les étudiants, puisque les réponses ouvertes de la question précédente montraient une progression nette d'une partie de ces notions dans les réponses spontanées.

Du point de vue de l'exercice médical

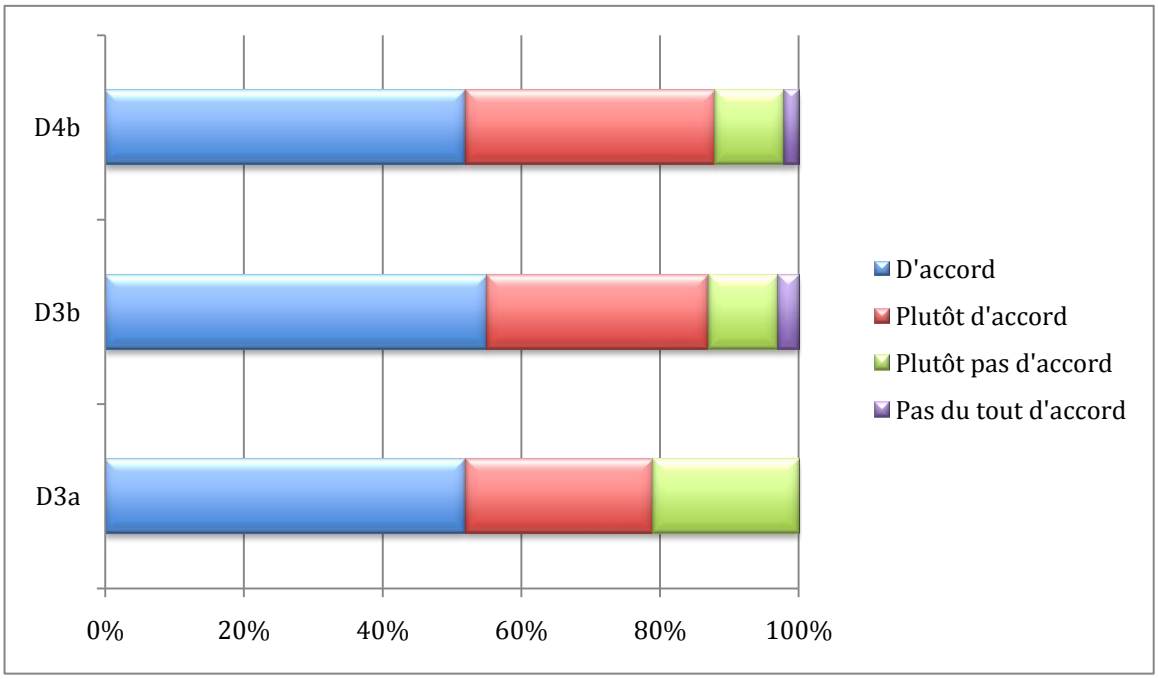
- **Du point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme une médecine transversale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	66%	69%	66%
Plutôt d'accord	28%	27%	31%
Plutôt pas d'accord	5%	3%	3%
Pas du tout d'accord	1%	1%	0%

Les étudiants définissent la médecine générale comme une spécialité transversale et ce quelque soit le moment de leur cursus, sans modification de leur appréciation par la réalisation du stage.

- **Du point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme une diversité des pathologies et des patients :**

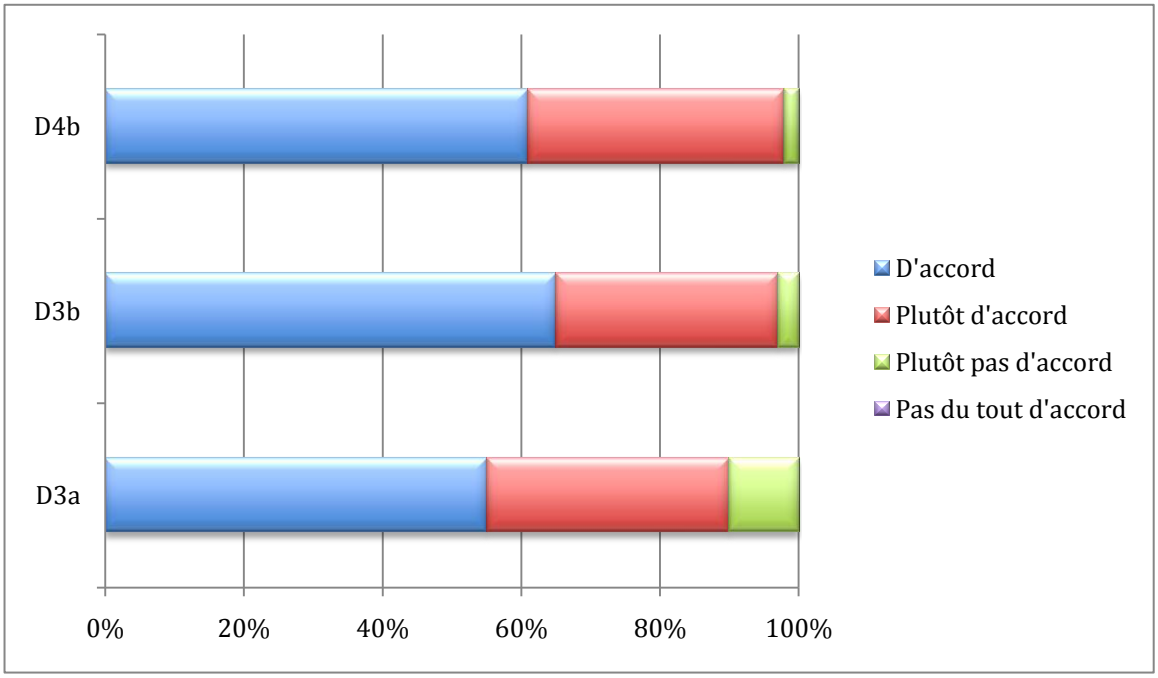
	D3a	D3b	D4b
D'accord	52%	55%	52%
Plutôt d'accord	27%	32%	36%
Plutôt pas d'accord	21%	10%	10%
Pas du tout d'accord	0%	3%	2%



Concernant la diversité des pathologies et des patients, l'apport du stage est significatif, il existe une vraie progression de l'accord avec cet item après l'observation de la pratique réelle que constitue le stage.

- **Du point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme une continuité des soins :**

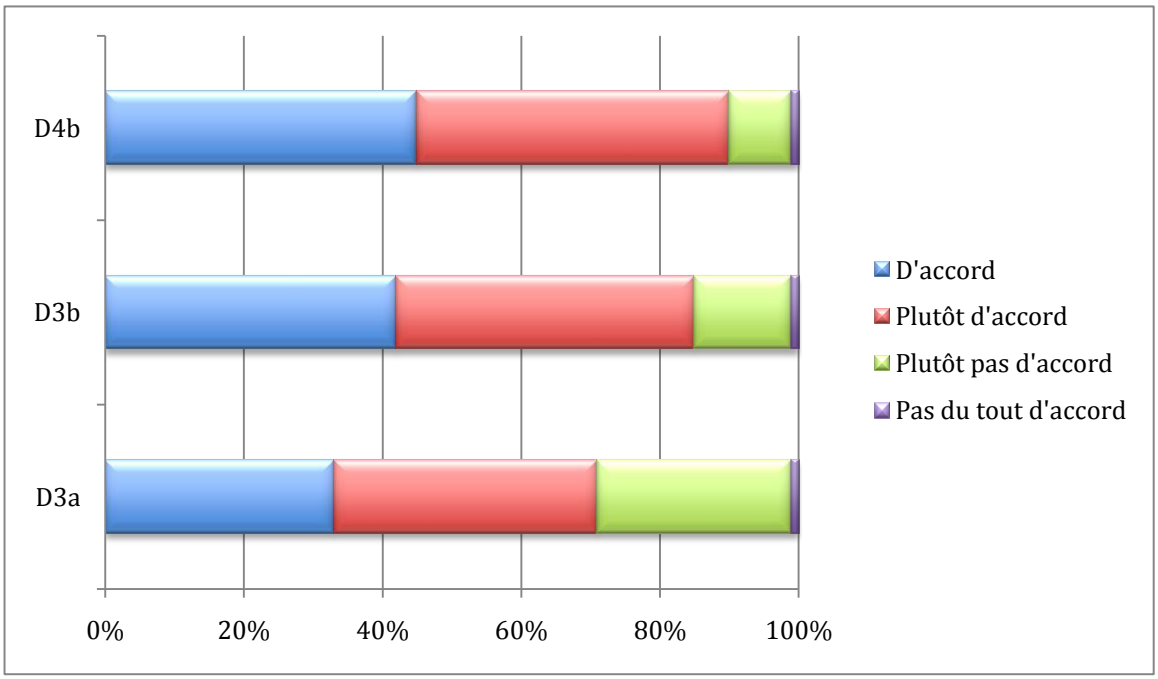
	D3a	D3b	D4b
D'accord	55%	65%	61%
Plutôt d'accord	35%	32%	37%
Plutôt pas d'accord	10%	3%	2%
Pas du tout d'accord	0%	0%	0%



Après le stage, plus de 97% d'étudiants sont d'accord pour percevoir la dimension de continuité des soins dans la médecine générale, alors qu'ils n'étaient que 90% avant ce stage.

- **Du point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme une médecine de soins de premier recours :**

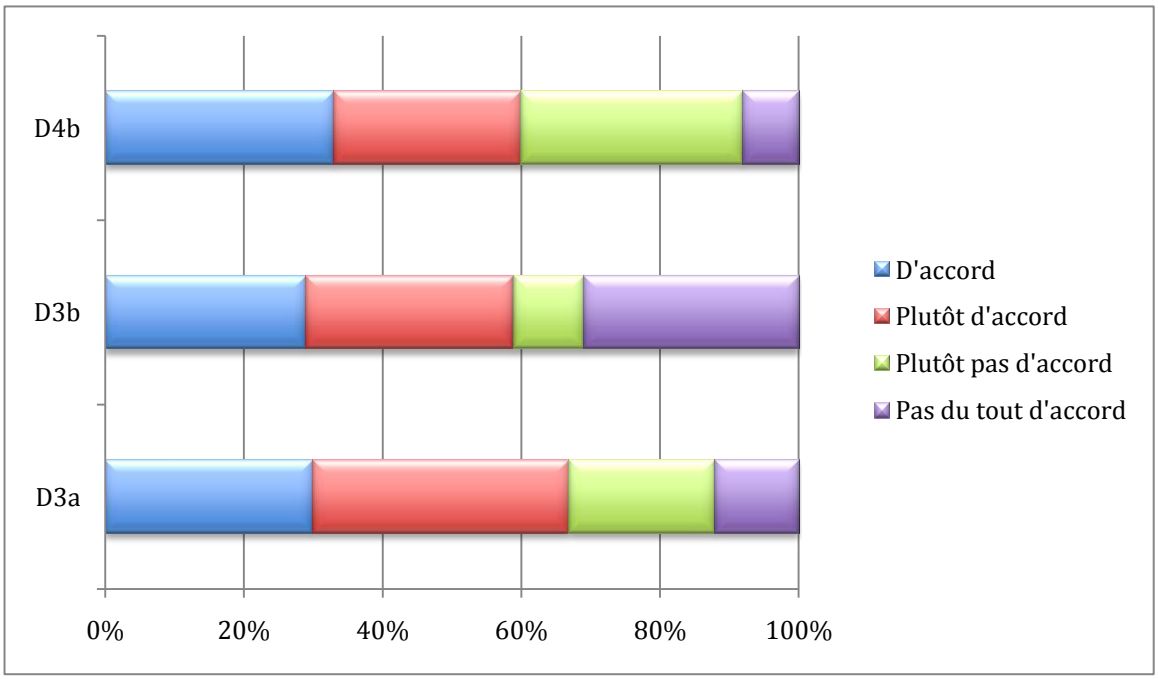
	D3a	D3b	D4b
D'accord	33%	42%	45%
Plutôt d'accord	38%	43%	45%
Plutôt pas d'accord	28%	14%	9%
Pas du tout d'accord	1%	1%	1%



Le stage change le point de vue des étudiants sur cette question. Ils sont plus nombreux à être d'accord (85% et 90% après le stage contre 71% avant le stage) sur le fait que la médecine générale est une médecine de premier recours, ce qui est une caractéristique principale retrouvée dans la définition de la WONCA, qu'ils ne semblaient pas percevoir autant lors de leur exercice uniquement hospitalier.

- **Du point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme une spécialité médicale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	30%	29%	33%
Plutôt d'accord	37%	30%	27%
Plutôt pas d'accord	21%	10%	32%
Pas du tout d'accord	12%	31%	8%



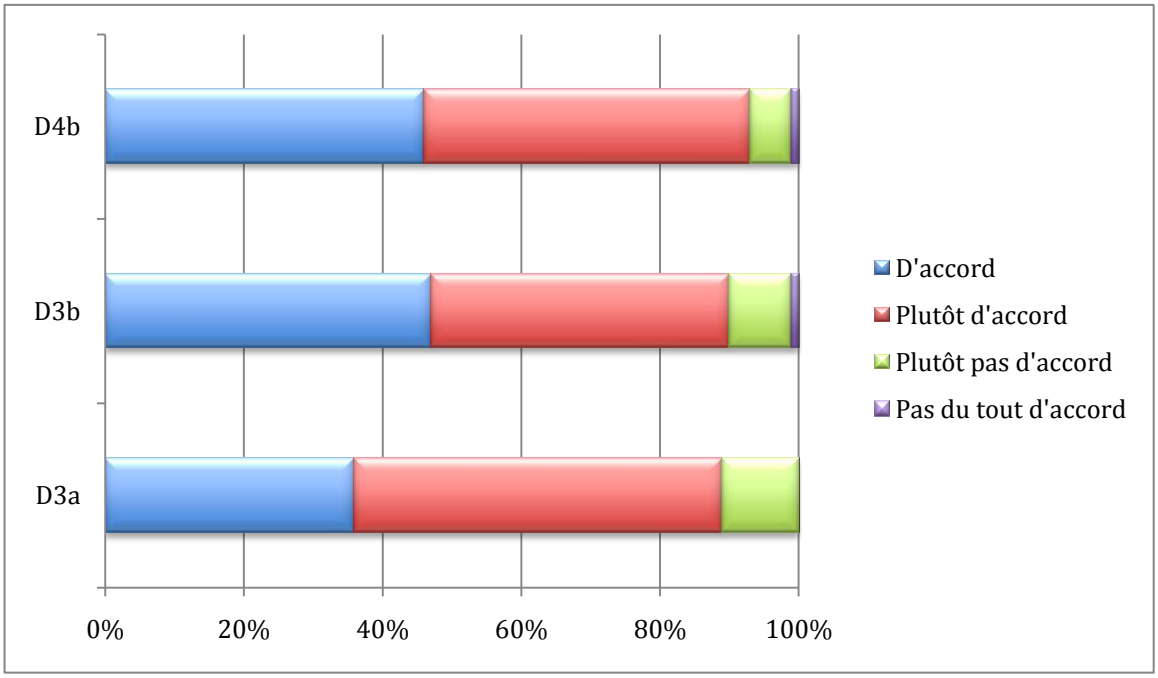
Il est étonnant de constater qu'après avoir effectué le stage, environ 40% des étudiants estiment que la médecine générale n'est pas une spécialité à part entière (contre 33% avant le stage).

Après le stage auprès du généraliste, la vision qu'ont les étudiants de cette profession change et devient plus positive, hormis le fait qu'ils ne considèrent pas la médecine générale comme une spécialité à part entière.

Les apports du stage : apports attendus pour les étudiants avant stage et apports perçus pour les étudiants « après stage »

- **une approche du fonctionnement psychologique des patients** :

	D3a	D3b	D4b
D'accord	36%	47%	46%
Plutôt d'accord	53%	43%	47%
Plutôt pas d'accord	11%	9%	6%
Pas du tout d'accord	0%	1%	1%



Cet apport était attendu par 89% des étudiants « avant stage » : ceux qui ont effectué le stage disent avoir bénéficié de cet apprentissage pour 90 et 93% d'entre eux.

- **Une formation à la relation à autrui :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	54%	51%	42%
Plutôt d'accord	36%	42%	36%
Plutôt pas d'accord	10%	7%	21%
Pas du tout d'accord	0%	0%	1%

Cet apport était attendu par 89% des étudiants « avant stage » : ceux qui ont effectué le stage disent avoir bénéficié de cet apprentissage pour 93% (D3b) et 78% (D4b) d'entre eux.

La promotion de DCEM4, première promotion à avoir réalisé ce stage, est plus négative concernant cet item de formation à la relation à autrui. Nous n'avons pas de données sur ses attentes avant ce stage.

- **Les gestes cliniques et techniques de base utilisés en médecine générale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	51%	45%	43%
Plutôt d'accord	38%	33%	31%
Plutôt pas d'accord	11%	17%	24%
Pas du tout d'accord	0%	5%	2%

Les étudiants semblent partiellement déçus concernant l'apprentissage de la clinique. Ils étaient 89% à attendre cet apport et ils sont 78% et 74% à estimer ce stage responsable d'un apport dans ce domaine.

- **la connaissance des conditions d'exercice en médecine générale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	76%	63%	57%
Plutôt d'accord	22%	32%	34%
Plutôt pas d'accord	2%	4%	9%
Pas du tout d'accord	0%	1%	0%

L'attente des étudiants en matière de connaissance des conditions d'exercice en médecine générale est forte (98%). Après le stage, les étudiants n'estiment avoir acquis cette connaissance que pour 85 et 91% d'entre eux.

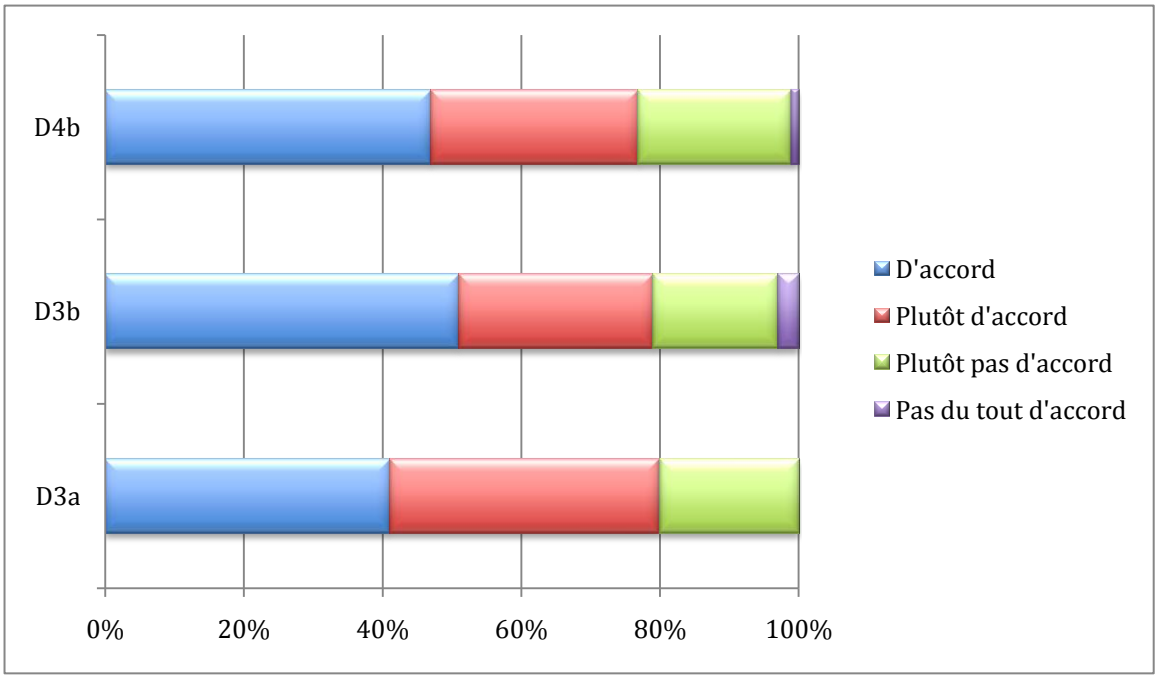
- **une approche des situations fréquentes en médecine générale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	76%	73%	68%
Plutôt d'accord	22%	25%	28%
Plutôt pas d'accord	2%	2%	3%
Pas du tout d'accord	0%	0%	1%

Il n'y a pas de différence entre les groupes sur la question de l'approche des situations fréquentes. Les apports mentionnés par les groupes « après stage » répondent aux attentes du groupe « avant stage ».

- **Une approche de l'utilisation des examens complémentaires en médecine générale :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	41%	51%	47%
Plutôt d'accord	39%	28%	30%
Plutôt pas d'accord	20%	18%	22%
Pas du tout d'accord	0%	3%	1%



L'attente d'un apport dans ce domaine avant le stage était de 80% des étudiants. L'appréciation des apports reconnus par les étudiants après stage est du même niveau (79 et 77%) correspondant aux attentes, avec un accord plus net qu'avant le stage (augmentation des réponses ''d'accord'', diminution des réponses ''plutôt d'accord'').

- **Une approche de l'utilisation des thérapeutiques :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	56%	43%	39%
Plutôt d'accord	37%	48%	49%
Plutôt pas d'accord	5%	8%	11%
Pas du tout d'accord	2%	1%	1%

Les étudiants attendaient beaucoup de l'apprentissage des thérapeutiques (93% mentionnaient cette attente) lors de ce stage. Ils ont été globalement satisfaits mais pas autant qu'ils l'espéraient (91 et 88%).

- **Une prise en charge non seulement médicale mais aussi sociale, familiale, professionnelle… :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	67%	64%	66%
Plutôt d'accord	31%	32%	32%
Plutôt pas d'accord	1%	4%	2%
Pas du tout d'accord	1%	0%	0%

Les apports qu'ont perçus les étudiants lors de leur stage de la prise en charge globale du patient en médecine générale (96% et 98%), correspondent à ce qu'ils en attendaient avant leur stage (98%).

- **Ce stage vous a apporté une initiation à la gestion d'un cabinet :**

	D3a	D3b	D4b
D'accord	44%	33%	34%
Plutôt d'accord	39%	32%	36%
Plutôt pas d'accord	16%	29%	24%
Pas du tout d'accord	1%	6%	6%

Les attentes des étudiants dans ce domaine concernaient 85% des étudiants alors qu'ils ne sont que 65 et 70% à estimer avoir reçu ces apports parmi les groupes « après stage ».

Globalement, les étudiants ont beaucoup appris durant ce stage, surtout du point de vue clinique et relationnel. Mais leurs attentes étaient, dans certains domaines, parfois plus importantes.

Il est intéressant de noter les attentes des étudiants en matière de formation clinique et thérapeutique de la part des médecins généralistes, en construction de leur compétence médicale indifférenciée, et non seulement dans les items relationnels ou les spécificités d'exercice de la médecine générale.

Les différents aspects de l'exercice sont-ils des avantages ou des inconvénients ?

- **Les situations cliniques, les pathologies rencontrées sont plutôt:**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	64%	70%	66%
Inconvénient	23%	15%	20%
Ne se prononce pas	13%	15%	14%

Avant leur stage et encore plus après le stage, les étudiants de la promotion de DCEM3 trouvent que les pathologies rencontrées en médecine générale sont une des caractéristiques positives de cet exercice. La médecine générale ne se résume pas à traiter des maladies bénignes.

- **La globalité de la prise en charge est considérée comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	87%	91%	90%
Inconvénient	9%	7%	6%
Ne se prononce pas	4%	2%	4%

Il n'y a pas d'évolution concernant cet item. La globalité de la prise en charge des patients est très largement considérée comme un avantage de cet exercice par les étudiants et le stage confirme cet intérêt.

- **La relation médecin-malade est considérée comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	92%	92%	93%
Inconvénient	5%	6%	5%
Ne se prononce pas	3%	2%	2%

Il n'y a pas d'évolution entre les groupes interrogés. La relation qui s'établit entre le médecin et son patient est très largement considérée comme un avantage. On en revient à l'image positive du ''médecin de famille''. Le stage confirme cette appréciation.

- **Le suivi du patient est considéré comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	92%	94%	96%
Inconvénient	5%	3%	2%
Ne se prononce pas	3%	3%	2%

Il n'y a pas de différence entre l'opinion des étudiants avant ou après le stage. Le fait de pouvoir suivre ses patients sur la durée leur semble un avantage certain de la profession de généraliste.

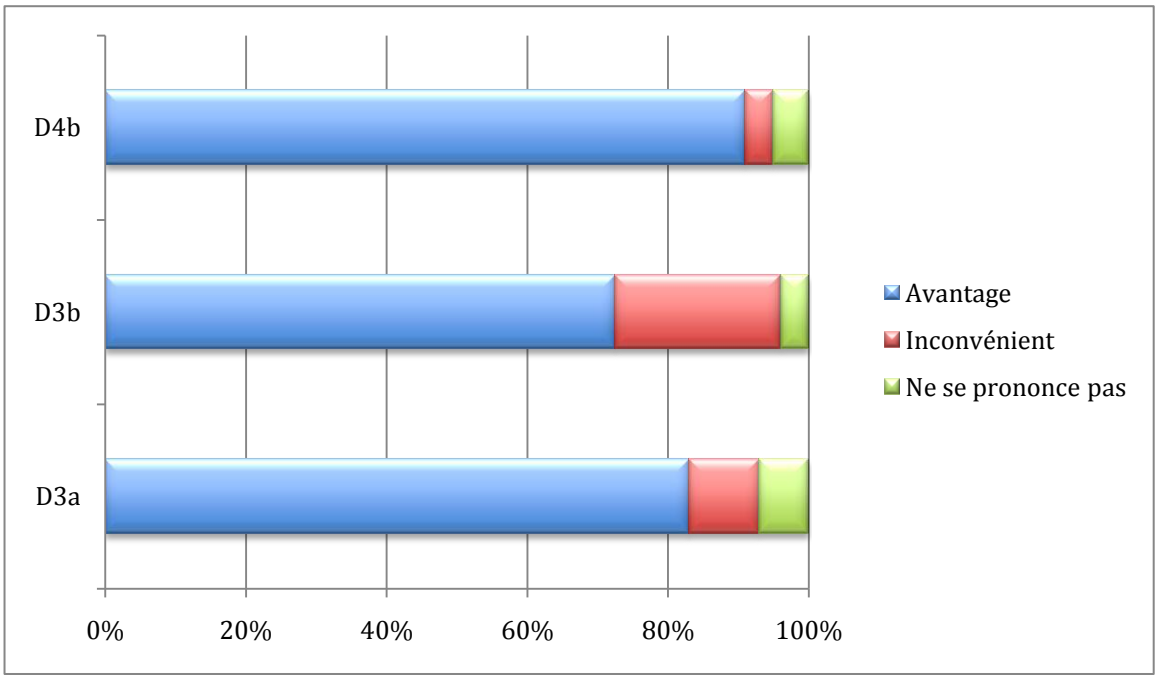
- **Les moyens techniques à disposition sont considérés comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	11%	12%	9%
Inconvénient	81%	86%	86%
Ne se prononce pas	8%	2%	5%

Les différents groupes sont d'accord pour dire que l'accès aux moyens techniques leur parait un inconvénient non négligeable. L'accès à ces moyens dans les centres hospitaliers fait partie de leur expérience de praticien et leur semble plus difficile en ambulatoire.

- **Le rôle de prévention est considéré comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	83%	74%	91%
Inconvénient	10%	24%	4%
Ne se prononce pas	7%	2%	5%



Les opinions sont différentes selon les groupes.

Si on compare la même promotion avant et après le stage, moins d'étudiants considèrent le rôle de prévention comme un avantage de la profession, peut-être par la perception de la difficulté de convaincre les patients de suivre les règles de prévention.

Concernant la promotion des DCEM4, elle considère le rôle de prévention comme un avantage de l'exercice de médecin généraliste, bénéfice incontestable pour la santé des patients.

- **L'autonomie professionnelle est perçue comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	75%	81%	77%
Inconvénient	15%	14%	13%
Ne se prononce pas	10%	5%	10%

Il n'y a pas de différence avant ou après le stage. L'autonomie professionnelle est ressentie par les étudiants comme un avantage de la profession.

- **Les possibilités de choisir son mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe, en maison de santé pluridisciplinaire (avec kinés, infirmières) sont considérées comme**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	97%	96%	97%
Inconvénient	1%	2%	2%
Ne se prononce pas	2%	2%	1%

Là non plus, il n'existe pas de différence significative entre les groupes mais le choix de son mode d'exercice est incontestablement perçu comme un avantage pour la quasi-totalité des étudiants.

- **Le choix de son lieu d'exercice est considéré comme :**

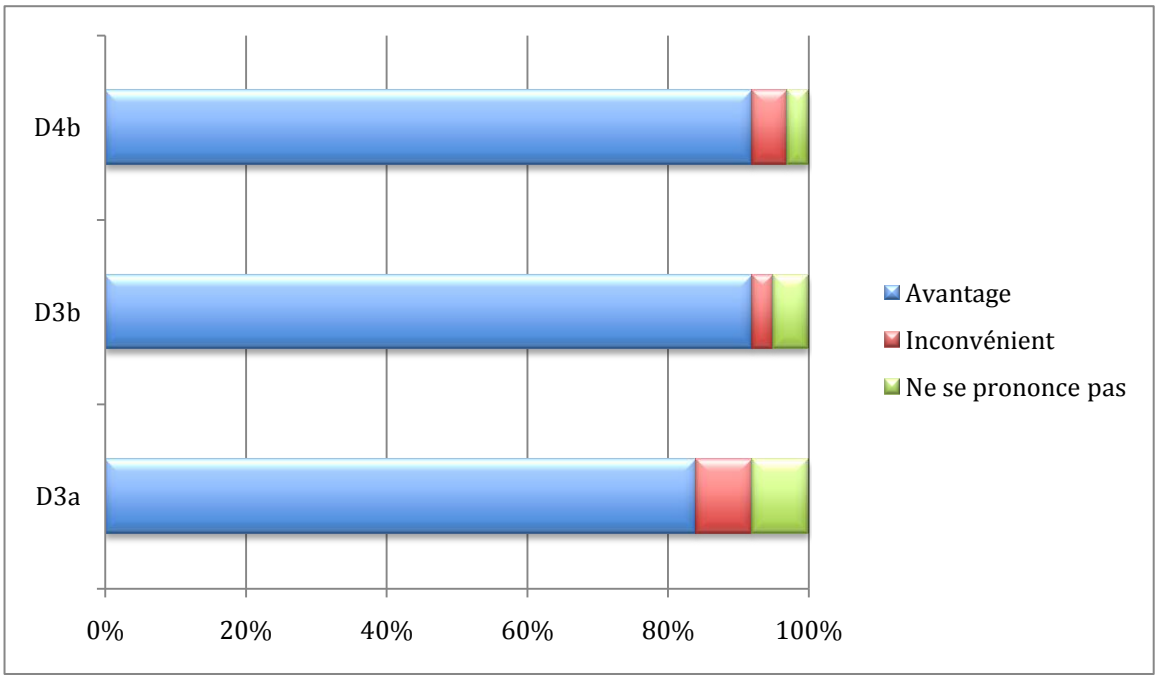
	D3a	D3b	D4b
Avantage	87%	88%	89%
Inconvénient	10%	11%	5%
Ne se prononce pas	3%	1%	6%

Il n'existe pas de différence entre les différents groupes interrogés.

La liberté d'installation est ressentie comme un avantage de la profession de médecin généraliste et sa remise en cause rendrait le métier de généraliste beaucoup moins attractif pour ces futurs médecins.

- **La possibilité de diversifier son activité est :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	84%	92%	92%
Inconvénient	8%	3%	5%
Ne se prononce pas	8%	5%	3%



La possibilité de diversification de l'activité est plus appréciée après le stage, lequel a probablement permis la découverte de ces différentes pratiques.

- **La gestion du temps de travail est perçue comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	75%	79%	77%
Inconvénient	22%	18%	15%
Ne se prononce pas	3%	3%	8%

La possibilité d'adapter ses horaires de travail et de gérer son temps comme on l'entend est ressenti comme un avantage de l'activité du généraliste et ce stage ne modifie pas cette perception, laissant supposer que les médecins généralistes utilisent l'autonomie de leur exercice pour gérer leur temps de travail à leur convenance.

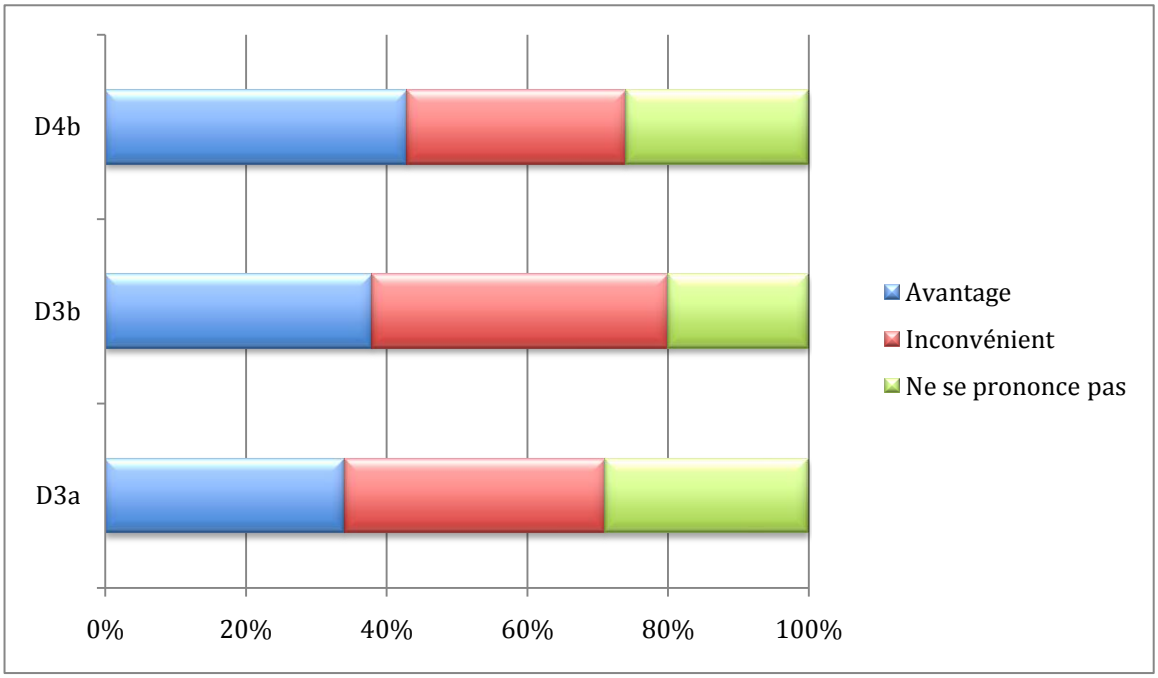
- **L'influence de la profession de généraliste sur la vie de famille est perçue comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	45%	47%	43%
Inconvénient	47%	42%	42%
Ne se prononce pas	8%	11%	15%

Les avis des étudiants sont aussi partagés avant leur expérience de stage qu'après. Les étudiants se posent la question de pouvoir concilier vie professionnelle et vie de famille et leur observation d'un médecin généraliste en exercice ne résout pas ce problème. Ils n'opposent en tout pas plus après qu'avant le stage vie de famille et médecine générale, traduisant là aussi que l'autonomie de chacun dans son équilibre personnel n'est pas mise en péril par cet exercice.

- **L'aspect financier du métier de généraliste est considéré comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	34%	38%	43%
Inconvénient	37%	42%	31%
Ne se prononce pas	29%	20%	26%



Sur la promotion de DCEM3, avant ou après ce stage, les réponses des étudiants restent à peu près également partagées (34%/37%, 38%/42%. Le nombre important de personnes n'ayant pas répondu à la question laisse à penser que ce sujet n'a pas été abordé pendant le stage. Parmi les DCEM4 après stage le regard semble plus positif, mais avec aussi un grand nombre d'étudiants qui avouent leur ignorance de cet aspect.

- **Les responsabilités administratives sont perçues comme :**

	D3a	D3b	D4b
Avantage	11%	12%	9%
Inconvénient	78%	78%	77%
Ne se prononce pas	11%	10%	14%

Il n'y a pas d'évolution dans l'opinion des étudiants qui s'accordent pour dire que les responsabilités administratives sont un inconvénient de cette profession. Elles représentent une charge de travail non négligeable, qu'ils perçoivent déjà avant leur stage, sans doute parce que cette charge est partagée par tous les modes d'exercice des médecins et qu'ils l'ont déjà observé à l'hôpital.

Sur ces dernières questions, peu d'entres elles présentent une évolution d'opinions entre les groupes avant et après stage. Cela tient probablement au fait que les questions ne sont pas formulées de façon à amener le débat.

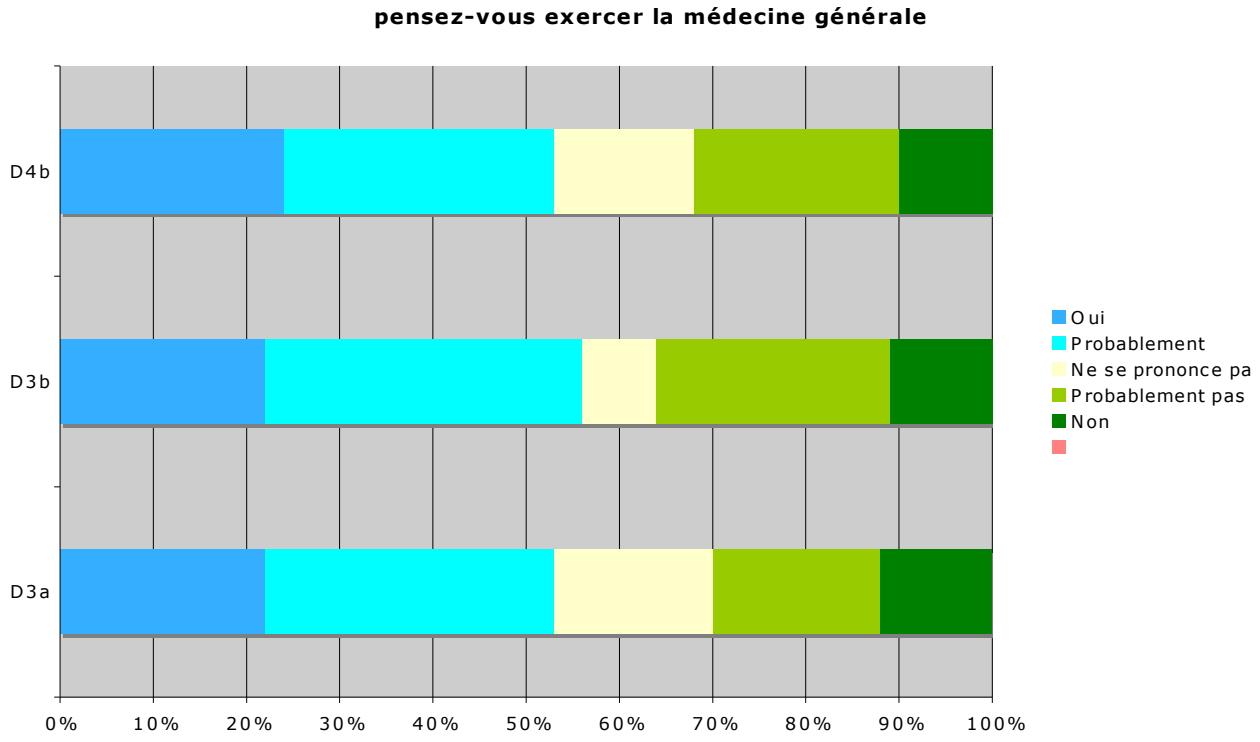
Il ressort de ce questionnement un regard positif des étudiants sur des aspects essentiels de la discipline : pathologies rencontrées, prise en charge globale, relation avec le patient, suivi dans la durée, prévention mais une forte réticence pour le manque de moyens techniques ou la charge administrative.

Les étudiants expriment une valorisation forte de l'autonomie professionnelle, de la liberté de choix du mode et du lieu d'installation et de la possibilité de diversification de son activité.

Perception globale de la médecine générale

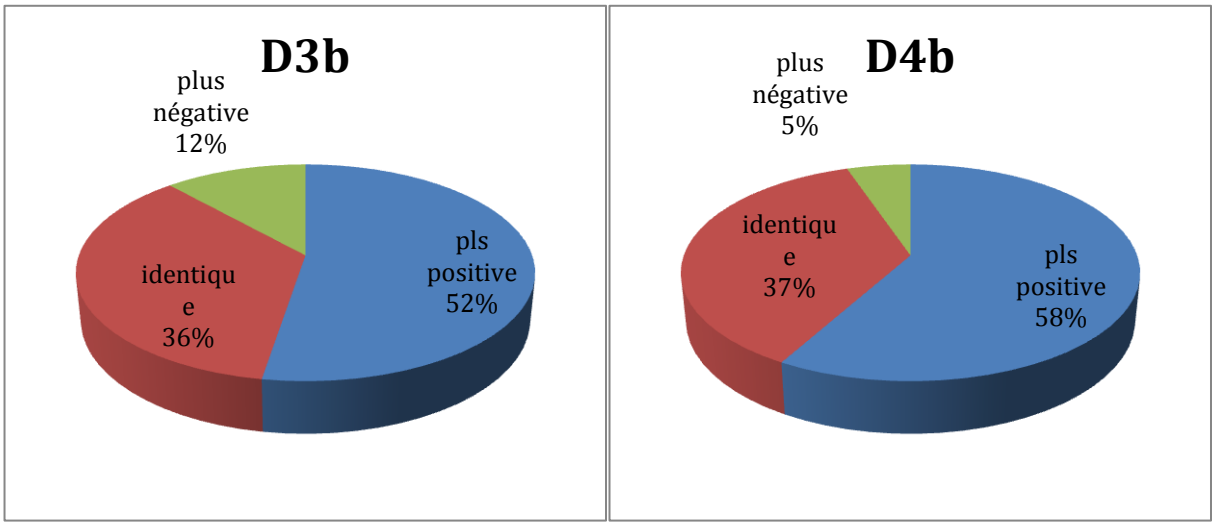
- **Envisagez-vous de pratiquer la médecine générale :**

	D3a	D3b	D4b
Oui	22	22	24
Probablement	31	34	29
Probablement pas	18	25	22
Non	12	11	10
Ne se prononce pas	17	8	15



Chez les DCEM3, moins d'étudiants ne se prononcent pas après le stage qu'avant. Le stage leur a donc permis de savoir s'ils envisageaient la médecine générale comme une possibilité ou non. Ce stage a favorisé un choix éclairé.

- **Après ce stage, votre vision de la médecine générale est :**



La majorité des étudiants ont une image plus positive de la médecine générale après avoir été confronté à sa pratique.

- **Donnez une note à votre stage : (/10)**

	D4b	D3b	Total
Note de stage	7.63	7.74	7.68

La note moyenne pour ce stage est plus élevée pour la deuxième année où il a été mis en place.

La note moyenne pour ces deux premières années est de 7.68/10., montrant un intérêt des étudiants pour le stage effectué.

Ces questions globales ne montrent pas une modification importante des souhaits d'orientation des étudiants vers les différentes disciplines, mais une réduction des indécis et un gain d'image pour la discipline médecine générale, ainsi qu'un retour positif pour le stage proposé.

III. Focus groupes :

Le focus groupe avant stage a eu lieu le 15 avril 2009, l'entretien a duré 90 minutes et a réuni 6 étudiants de DCEM3 n'ayant pas encore effectué leur stage chez le généraliste.
Les étudiants seront dénommés par la lettre A suivi du chiffre de leur ordre d'intervention (1 à 6). (Annexe 7)

Le focus groupe après stage a eu lieu le lundi 28 septembre 2009, l'entretien a duré 120 minutes, et a réuni 6 étudiants de DCEM4, qui avaient donc tous effectué leur stage chez le généraliste.
Les étudiants seront dénommés par la lettre B suivi du chiffre de leur ordre d'intervention (7 à 12). (Annexe 8)

a) Focus groupe avant stage :

- **La prise en charge de pathologies :**

Dans les situations proposées (prise en charge de pathologies chroniques et fréquentes en médecine générale comme le diabète), les opinions des étudiants sont partagées :

Certains pensent que le médecin généraliste va recourir rapidement au « spécialiste » :

« A4 : i*l transmet le patient à son confrère spécialiste avec les antécédents et le traitement du patient* », d'autres qu'il prend en charge ce patient en collaboration avec un autre spécialiste :

« *A2 : il peut faire le 1e bilan de débrouillage en fonction des connaissances du médecin. Puis transmettre le dossier au spécialiste qui fera le diagnostic et le renverra au généraliste pour le suivi à long terme* » d'autres qu'il assure seul la prise en charge :

« *A1 : ou il peut tout faire lui-même »*

avec un recours éventuel en cas d'échec ou si la pathologie dépasse ses compétences : *« A2 : il adresse le patient si c'est un cas grave et que le généraliste ne sait pas gérer seul. » « A1 : il peut essayer de gérer seul avec réévaluation et transfert au spécialiste si échec»*

- **La place du médecin généraliste dans le système de soins :**

Ils l'estiment au centre du système de soins « *A1 : au centre. C'est la plaque tournante entre les différents intervenants. » « A4 : au 1e plan. Il est le 1e en contact avec le patient. » « A4 : savoir adresser aux spécialistes. »*

Ils perçoivent son rôle de synthèse entre les différents intervenants : *« A2 : il doit être au courant de tout et se former sur toutes les pathologies. Il fait le lien avec tous les autres spécialistes ».*

Ils soulignent son statut relationnel particulier avec le patient et son entourage « A4 : il établit une relation de confiance avec toute la famille. Et sa prise en charge dans la globalité et dans la durée *« A1 : il suit le patient sur la durée et sur les différents tableaux, les différentes pathologies qu'il peut présenter »*

- **Le champ d'activité du généraliste : pour les étudiants avant leur stage comprend le premier recours** :

Il assure les soins primaires (A2), et pratique toutes les spécialités : « A1 : un peu toutes les spécialités médicales, un petit peu de tout dans les limites de leurs connaissances »

« A2 : ils peuvent tout faire s'ils considèrent qu'ils en ont les connaissances et les capacités. » et l'adaptation thérapeutique au long cours

« A2 : il s'occupe des traitements de fond. » « A2 : il renouvelle les ordonnances. »

Ils attribuent à son champ d'activité une part de psychologie et de psychiatrie : *« A3 : en ville, ils font moins de choses, ils font surtout de la psy et de la pédiatrie* » et une part de gériatrie *« A2 : les visites à domicile, la gériatrie, les visites en maison de retraite.».*

des petites urgences : *« A2 : la chirurgie (petites sutures…)* » et la permanence des soins : *« A5 : et ils ont leurs propres gardes sur leur secteur (avec médigarde, sos médecins) »*, s'il l'accepte « *A1 : les gardes ne sont pas obligatoires.* » Il assure la prévention (A5*) : « comme la vaccination ».*

- **ils soulignent les points positifs suivants :**

La diversité qui est un atout majeur de cette profession : *« A4 : la variété justement, soigner les adultes, les enfants, faire un peu toutes les spécialités.» « A2 : ce qui est attirant, c'est le champ d'activité vaste, faire un peu ce qu'on veut au final.» « A4 : Et à l'hôpital, on voit toujours les mêmes pathologies. »*

Le suivi au long cours est également mis en avant : *« A1 : être proche des patients et pouvoir les suivre au long cours. » « A1 : connaitre le patient dans sa vie. »*

La relation médecin/patient les renvoie à l'image positive du médecin de famille : *« A4 : établir une relation de confiance avec une famille entière*. »

Les horaires de travail leur paraissent adaptables au mode vie de chaque médecin : « *A2 : l'avantage, c'est que les horaires de travail soient flexibles. Alors, si on décide qu'on ne travaille pas le week-end, ou un week-end sur trois, on peut organiser ses loisirs à ce moment-là. »*

Ils apprécient Les possibilités d'installation en groupe :
« A5 : (…) dans les maisons médicales. » « A2 : ça, ça m'attirerait plus que tout seul. » et la possibilité de vacations en centre hospitalier :
« A5 : ils peuvent faire des vacations à l'hôpital et se spécialiser dans un domaine plus particulièrement. » « A4 : tu fais des vacations dans la spécialité que tu veux. »

- **Des points leur apparaissent négatifs :**

Envoyer son patient au spécialiste est frustrant *: « A4 : de pas pouvoir aller jusqu'au bout des choses quand ça prend trop d'ampleur et être obligé d'adresser à quelqu'un. »* L'aspect ''bobologie'' de la médecine générale véhiculé durant les études médicales est mal perçu par les étudiants (A5)

L'isolement est difficile à envisager lorsque l'on a l'habitude de travailler dans des équipes soignantes : *« A4 : si t'es dans un village où il n'y a pas d'autres médecins… » Les gardes et la permanence des soins sont alors une tâche de plus à assumer : « A2 : … faut assurer la continuité des soins. Tu assures tout seul la permanence des soins. »*

La dévalorisation de la spécialité de médecine générale rebute les étudiants : « *A2 : être déconsidéré par rapport au reste de la profession. » « A2 : on aura peut être bientôt plus le choix ! du coup, je ferais pas médecine générale. »*

La remise en question de la liberté d'installation est une préoccupation majeure : *« A1 : l'avenir incertain de la liberté d'installation… »*

La charge de travail paraît importante *: « A5 : les horaires sont flexibles si on s'installe en ville, il faut pas s'installer à la campagne. » « A4 : tous les jours, tout le temps »« A1 : ils ont peu de temps libre. »*

La part sociale/psychologie/gériatrie est pour certains un élément rebutant au premier plan par rapport à la part médicale : *« A3 : ce qui me déplait, c'est le côté social, psy. » « A2 : moi, c'est la gériatrie qui me repousse. » « A2 : à écouter les gens qui racontent leur vie. »*

L'aspect financier leur apparait comme un inconvénient *: « A3 : en étant pas payé assez. »*

- **Les attentes pour le stage :**

Les étudiants veulent découvrir cette spécialité qu'ils ne connaissent qu'en théorie ou en tant que patient : *« A2 : de découvrir la médecine générale » « A2 : ce stage est bien pour ceux qui hésitent à faire de la médecine générale, du coup, ils sauront ce que c'est à l'avance. On nous oblige à passer partout, en chirurgie, en gynécologie… il faut passer partout, en médecine générale aussi, pour savoir ce que c'est. »*

Les étudiants espèrent pouvoir faire un choix éclairé pour l'internat, car la moitié d'entre eux seront généralistes *: « A2 : Il faut convaincre les étudiants que devenir généraliste n'est pas un échec mais peut être un choix. » « A5 : faire changer d'avis ceux qui pensent que c'est nul, après ce stage, ils verront la médecine générale différemment. »*
« A2 : il existe un paradoxe à la faculté, qui fait la promotion de la médecine générale, et nous menace de finir généraliste si on échoue à l'internat ! »

L'apprentissage de l'examen clinique est une forte demande des étudiants :
« A5 : qu'on me montre un examen clinique correct et complet. » « A2 : j'aimerais aussi faire des consultations seule en étant supervisée. Et faire les prescriptions. »

La gestion d'un cabinet est un point obscur (A2).

Malgré son statut de spécialité à part entière, la médecine générale leur parait une profession dévalorisée par les autres spécialistes.

Les étudiants sont conscients du fait que le médecin généraliste est au centre du système de soins. Ils souhaitent découvrir cette spécialité, qualifiée de diversifiée, avec une relation médecin/patient au premier plan. Mais ils regrettent l'image négative qui leur a été renvoyée durant leurs études.

b) Focus groupe après stage :

- **La prise en charge de pathologies** :

Dans la situation proposée (prise en charge de pathologies chroniques et fréquentes en médecine générale comme le diabète), ils considèrent que le médecin généraliste assure seul la prise en charge :

« B11 : tu l'examines. » « B7 : le bilan. » « B9 : tu fais la prescription de tous les examens complémentaires, et tu lui prends les rendez-vous adaptés à son cas. » « B8 : bien sûr, que tu le fais toi-même, sinon, tu sers à rien. »

Il peut adresser le patient uniquement en cas d'échec ou si la pathologie dépasse les compétences du praticien *: « B8 : il fait l'annonce du diagnostic. Il fait le bilan de la maladie avant de l'envoyer chez le spécialiste si besoin. » « B9 : si t'arrives pas à l'équilibrer, tu l'envoies chez le diabéto. Tu passes la main que si t'y arrives pas, tu vas pas envoyer tous les diabétiques chez le spécialiste. »*

- **La place du médecin généraliste dans le système de soins :**

Les étudiants le considèrent est au centre du système de soins *: « B8 : il est au centre et il est le plus proche du patient. » Il fait le relais entre les différents spécialistes : « B8 : C'est le relais de tous les autres médecins. C'est celui qui est le plus proche du patient. Il fait le relais avec les autres. » « B9 : c'est l'intermédiaire, je dirais. Entre le patient et les spécialistes. »*

Ils soulignent certaines de ses fonctions :

- Assurer la continuité des soins *: « B12 : au début et à la fin, il assure la continuité. »*
- Jouer un rôle de prévention *: « B9 : un rôle de dépistage aussi, de prévention primaire et d'information sur les risques. »*
- Gérer le côté psychologique *: « B8 : un rôle de conseil. » « B8 : un rôle de soutien, d'écoute. »*
- S'occuper des formalités administratives : *« B11 : demande de prise en charge à 100% et toutes les démarches administratives. »*

- **Le champ d'activité du généraliste :**

Il leur apparaît déterminé par les capacités et connaissances du praticien : *« B9 : Ça s'arrête là où le généraliste ne se sent plus capable. » « B9 : y a des médecins qui suturent, y a des médecins qui font les prises de sang, y en a qui font de la gynéco et d'autres qui n'en font pas. », « B7 : y en a qui font que des renouvellements d'ordonnances. » « B7 : ils orientent vers les spécialistes, ils passent la main. »*

Il dépend aussi par la volonté du généraliste : « B8 : le champ d'activité est lié à la connaissance et à la volonté de chacun. C'est adaptable. »

Il est fonction de la patientèle *: « B10 : et du secteur où t'es, s'il y a beaucoup d'enfants ou de personnes âgées. » « B11 : il y a possibilité de gestion de maison de retraite. »*

- **Ils soulignent Les points positifs suivants :**

La diversité qui est un des principaux intérêts de la médecine générale : *« B12 : la diversité de l'activité. » « B8 : la possibilité de se « spécialiser » dans certains domaines. »*

Le rôle primordial de la clinique en médecine générale *: « B9 : l'importance de la clinique, c'est la clinique qui prime, y a pas surdose d'examens complémentaires »*

La relation médecin/patient est mise en avant par les étudiants : *« B8 : la relation privilégiée avec le patient. » « B12 : Le rôle social que t'as avec les patients. » « B8 : la notion de médecin de famille. »*

L'autonomie et l'indépendance sont aussi appréciées *: « B12 : l'autonomie, tu fais ce que tu veux quand tu veux » « B7 :T'es tout seul, personne sur ton dos. ». La gestion du temps de travail est un avantage par rapport à l'exercice hospitalier : « B7 : le temps libre. » « B9 : la vie de famille conciliable avec l'activité thérapeutique. »*

La liberté d'installation leur paraît un avantage certain, sa remise en cause desservira certainement la profession *: « B9 : la liberté d'installation aussi. »*

L'installation en groupe intéresse beaucoup les étudiants *: « B9 : Tu peux t'associer avec d'autres gens dans des maisons médicales. » « B11 : tu peux t'associer à d'autres médecins, et à d'autres spécialistes, des kinés, des infs. »*

L'aspect financier devient un avantage après le stage (B7)

Le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale touche déjà les étudiants *: « B8 : le développement de la filière universitaire de médecine générale. »*

- **Les points négatifs qu'ils remarquent :**

La dévalorisation de la profession freine les étudiants *: « B8 : le manque de reconnaissance. » « B9 : le statut que t'as envers tous les autres médecins qui te considère comme un sous médecin ».*

Devoir passer le relais aux spécialistes dans certains cas est perçu comme frustrant : *« B8 : l'impossibilité d'aller jusqu'au bout des choses. » « B9 : t'as l'impression de rien finir, tu passes la main »*

Les pathologies rencontrées suscitent deux réactions différentes. La quantité de connaissances à avoir peut faire peur *: « B8 : c'est impossible de connaitre tout sur toutes les pathologies de tous les patients. » « B9 : t'as l'impression de savoir tout un petit peu. »* A l'inverse, les pathologies bénignes : la ''bobologie'' n'est pas un aspect très intéressant de la

profession *: « B8 : la bobologie : « mal de dos, gastro, angine » « B9 : des pathologies pas intéressantes » « B12 : t'es trop appelé pour des bêtises »*

La part psychologie/gériatrie/sociale du métier peut rebuter certains : *« B8 : Trop de psy. » « B9 : trop de gériatrie. » « B8 : trop de social. » « B11 : les gens qui ont tout le temps quelque chose qui va pas. »*

Le manque de moyens techniques à disposition leur paraît un inconvénient *: « B11 : tu peux pas faire plein d'examens complémentaires pour ton diagnostic. » « B8 : le manque de moyens au niveau des examens complémentaires. La difficulté d'organiser les examens complémentaires. »*

La charge de travail ne leur semble pas négligeable *: « B8 : t'as pas d'horaires fixes. » « B9 : pas de vie de famille. » « B11 : quand à 20h t'es encore dans ton cabinet… sachant que t'y es depuis 8h du matin. » Les attentes des patients sont lourdes à assumer : « B9 : les gens qui s'attendent à ce que tu sois dispo 24h/24. La servitude des généralistes »*

Les démarches pour s'installer leur paraissent complexes :
« B8 : la difficulté de s'installer, de gagner la confiance des gens, le cout de l'installation. »
« B7 : les charges à payer. »

Les relations avec la sécurité sociale sont décrites comme difficiles *: « B12 : première cible de la sécu pour ce qui est contrôles, réformes… ». La charge administrative prend trop de temps « B8 : l'administratif, le secrétariat »*

- **Les apports ressentis du stage:**

Ils ont pu découvrir une spécialité qu'ils ne connaissaient pas *: « B9 : ça définit le rôle exact du médecin généraliste » « B9 : ça a permis de confronter toutes les idées reçues à la réalité. »*

L'apprentissage de l'examen clinique a été très apprécié par les étudiants : « *B11 : j'ai appris beaucoup de trucs sur les différents examens cliniques (ortho, ORL…), je suis ressortie de là au top. Regarder dans une oreille, jamais on m'avait montré. » « B8 : les choses à ne pas oublier. »*

Ils ont perçu une démarche clinique réfléchie *: « B11 : quand tu sors du stage de médecine générale, tu penses plus à la prévention. » « B8 : Apprendre à faire une synthèse. » « B8 : apprendre l'utilisation des examens complémentaires et pas dire on fait ça, ça et ça sans vraiment savoir ce que l'on chercher. »*

Ils ont appris des démarche s thérapeutiques à mettre en place pour chaque pathologie : *« B12 : faire une ordonnance* »

La relation médecin/patient leur a semblé au premier plan de la pratique : *« B8 : la relation de confiance avec les patients. » « B9 : il faut s'adapter au niveau des gens. »*

Un compagnonnage a été mis en place par les maitres de stage :
« B9 : les médecins étaient bien plus enclins à nous apprendre des trucs et à nous montrer les gestes qu'à l'hôpital où on a peur de dire qu'on ne sait pas. » « B12 : t'es plus encadré et du coup, t'apprends plus. »

L'étudiant a été responsabilisé durant ce stage *: « B11 : au début, il faisait avec moi et après il me disait « c'est toi qui fait ». » « B8 : ouais, on a plus de liberté aussi. On nous responsabilise. » « B8 : je m'attendais à être plus passif dans le stage que ce que j'ai été. »*

Les étudiants ont pu apprendre le fonctionnement d'un cabinet libéral : *« B9 : la gestion aussi. » « B12 : l'administratif. », « B9 : toute la paperasserie. »*

La découverte de la Formation Médicale Continue est jugée comme importante :
« B8 : comment gérer sa formation » « B9 : ils se basent beaucoup sur les recommandations en fait. Mais ça dépend des médecins, je suppose. » « B11 : pour les FMC, il allait une fois par semaine en formation. »

- **Autres commentaires :**

Le stage est jugé trop court : *« B12 : c'est que 100 heures, on n' y va pas souvent. » « B8 : ça ne fait pas beaucoup d'heures. »*

Les étudiants bénéficient d'une reconnaissance des patients *: « B9 : on a plus de reconnaissance qu'à l'hôpital où on nous prend pour l'infirmière ou la secrétaire. Les patients étaient vraiment sympas »*

Ils se demandent si la vision offerte de la médecine générale n'est pas biaisée car les maitres de stage sont volontaires et motivés *: « B8 : je pense que le stage est faussé par rapport à la médecine générale parce que justement c'est des médecins volontaires qui sont maitres de stage et donc très impliqués dans la formation et plus motivés pour nous apprendre. C'est pour ça aussi que c'est un meilleur stage que les stages au CHU. »*

Ils remarquent que l'exercice des maîtres de stage n'est qu'un exemple de pratique *: « B8 : On voit pas tout ce qu'il y a à côté de la médecine générale. On voit que la médecine générale de cabinet, on voit pas ceux qui ont des DESC ou des capacités à côté. » « B8 : on voit pas les médecins de la SNCF, à la sécu… ceux qui ont des activités à côté. Ceux qui font autre chose que de la médecine générale en cabinet, on les voit pas. »*

Les étudiants ont pu découvrir une spécialité qu'ils ne connaissaient pas, ils mettent en avant l'aspect primordial de la clinique de la médecine générale, la relation privilégiée entre le médecin et son patient, la diversité des pathologies rencontrées. Ils regrettent toutefois la dévalorisation dont fait preuve la profession.

c) Comparaison avant/après stage :

Concernant la prise en charge des pathologies, avant le stage chez le généraliste, les étudiants adressent facilement au spécialiste ; après stage, ils envisagent la prise en charge par le médecin généraliste seul.

La place du médecin généraliste dans le système de soins, est plutôt floue avant le stage. Il est au centre, assure le suivi mais adresse au spécialiste et renouvelle simplement les ordonnances. Après le stage, le rôle est plus défini, il a une place centrale, assure la continuité des soins et fait le relais avec le spécialiste d'organes. Sa relation avec le patient passe au premier plan.

Avant ce stage, le champ d'activité du généraliste se limite à une compilation de toutes les autres spécialités. Apres ce stage, la médecine générale est plus considérée comme une spécialité à part entière dont l'activité dépend de la volonté et des capacités de chaque praticien, et dont la patientèle est le reflet de cette activité.

La diversité et l'importance de la relation médecin/malade sont des points positifs communs avant et après stage. Ce sont des qualités que les étudiants recherchent dans cette profession et retrouvent dans la pratique, contrairement à d'autres spécialités. L'installation en groupe est un mode d'installation de plus en plus recherché par les jeunes générations.

Avant le stage, les aspects négatifs définissent la profession comme une spécialité de la ''bobologie'', transmettant les cas difficiles au spécialiste d'organes, assurant la permanence des soins les soirs et le week-end, avec une charge de travail importante pour une faible rémunération. Après le stage, confrontés à la réalité, les sources d'inquiétudes sont différentes : il s'agit plus du manque de moyens techniques à disposition, les attentes des patients à satisfaire, la charge importante de travail dont la charge administrative, et surtout la quantité de connaissances nécessaires. Nous sommes alors loin de la ''bobologie''.

Un autre point d'inquiétude soulevé par les étudiants durant ces entretiens est la remise en cause de la liberté d'installation.

Les attentes pour le stage ont été satisfaites : il a permis aux étudiants de découvrir cette spécialité et de pouvoir réaliser un véritable choix éclairé pour les ECN.

Les étudiants ont pu pratiquer des examens cliniques et appliquer les thérapeutiques adaptées. Ils ont également eu un aperçu de la gestion d'un cabinet médical.

Ils ont établi une vraie relation de confiance avec les patients.

Les maîtres de stage ont accompagné leurs étudiants jusqu'à une réelle responsabilisation.

IV. En conclusion : Synthèse des résultats :

La médecine générale est définie par les étudiants comme une médecine de premier recours, permettant d'assurer une prise en charge globale de la personne, un suivi du patient et privilégiant la relation médecin / patient.

On retrouve les grandes lignes des définitions de la médecine générale.

Ces caractéristiques sont plus fortement présentes lorsque le stage a été effectué.

La vision qu'ont alors les étudiants de la médecine générale est plus positive. Cette spécialité leur apparaît comme une médecine au centre du système de santé, transversale, diversifiée, avec un suivi dans la durée.

Ce stage ne fait pas que promouvoir la médecine générale, il permet aussi de nombreuses acquisitions pratiques : approche des pathologies fréquentes, stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Des avantages de la profession ont été révélés et mis en avant par les étudiants : diversité des pathologies, globalité de la prise en charge, relation médecin / malade, autonomie professionnelle, liberté d'exercice.

Nous pouvons donc considérer le bilan comme positif. L'image de la profession s'est améliorée.

De plus, il a permis aux étudiants de savoir s'ils souhaitaient pratiquer la médecine générale, et de pouvoir exercer un choix éclairé à l'Examen Classant National.

DISCUSSION

I. Discussions sur les modalités de notre travail et la validité des résultats

a) Choix du moment de cette enquête

Cette étude a été réalisée un an après la mise en place du stage chez le médecin généraliste.
Une promotion entière avait alors pu effectuer ce stage, ce qui permettait de questionner un échantillon suffisamment vaste.
Nous avons réalisé les enquêtes au moment des répartitions de stage car une grande majorité des étudiants y est présente.
Nous avons compté sur la volonté des étudiants de donner leur avis sur ce nouveau stage.
Mais tous les étudiants présents n'ont pas rendu leur questionnaire :
115 étudiants de DCEM3 ont répondu au questionnaire avant stage soit 60% des étudiants.
154 étudiants de DCEM3 ont répondu au questionnaire après stage soit 77% des étudiants.
172 étudiants de DCEM4 ont répondus au questionnaire après stage soit 85% des étudiants.

b) Choix des groupes d'étudiants enquêtés

Nous avons interrogé les étudiants de DCEM4, qui venaient de réaliser le stage en médecine générale, première promotion à avoir eu cette opportunité. Il semblait donc important d'avoir leur ressenti.

Nous avons interrogé en parallèle les étudiants entrant en DCEM3, étudiants qui seraient donc amenés dans l'année à venir à effectuer ce même stage.
Afin de pourvoir comparer efficacement des points de vue avant et après stage, nous avons sondé ces mêmes étudiants une fois le stage terminé (soit un an après).

Nous avons réalisé les focus groupes sur le même principe : un groupe avant et un groupe après le stage, sur la base du volontariat. De ce fait, les participants se sont sentis suffisamment concernés pour accepter de participer. Le panel n'est donc pas représentatif de l'ensemble de leur promotion.

c) Exploitation des données recueillies

Il semble difficile de comparer les étudiants de deux promotions différentes. C'est la raison pour laquelle nous avons préféré interroger à nouveau les mêmes étudiants de DCEM 3 après le stage. Il est donc plus pertinent, pour cette étude, de confronter les opinions des DCEM 3 avant et après le stage.

De plus, nous n'avons pas pu recueillir la totalité des questionnaires dans chacune des promotions, on peut supposer que les personnes l'ayant rendu se sentent concernés par le stage et les problématiques actuellement rencontrés par la médecine générale.

De même, les étudiants ayant participé aux focus groupes étaient des étudiants volontaires pour parler de leur expérience en médecine générale.

Le caractère fermé des propositions du questionnaire laissait peu de place aux nuances dans les réponses et pouvait en induire certaines. En revanche il a permis un dépouillement plus facile de cette enquête, qui n'aurait pas été possible si toutes les questions étaient à réponses libres.

II. Comparaison de la perception des étudiants de nos échantillons par rapport aux données de la littérature

a) Le médecin généraliste : point de vue du patient :

Dans notre enquête, La médecine générale est définie par les étudiants comme une médecine de premier recours, permettant d'assurer une prise en charge globale de la personne, un suivi du patient et privilégiant la relation médecin / patient.

Les données de la littérature permettent d'approcher l'image du médecin généraliste pour le patient

Dans son livre «psychologie médicale », Ph. JEAMMENT en présente une synthèse : elle est à la fois : (17)

- Celle du technicien doté d'un savoir et d'un savoir faire
- Celle d'un confident, neutre et discret, susceptible d'entendre les détresses individuelles et être de bon conseil.
- Celle d'un interprète capable de décrypter le sens caché des choses et d'en donner un sens
- Celle d'un sorcier ou d'un guérisseur doté par des pouvoirs occultes sur le bien et le mal.
- Celle d'un garant ayant pour mission de repousser les limites du pouvoir de l'homme sur les lois implacable de la nature ou sur l'ordre établi par une instance divine
- Celle d'un notable, alliant réussite sociale et responsabilité.
- Celle d'un représentant de l'autorité parentale, capable de rappeler à l'ordre, mais aussi d'apprendre les choses de la vie et de montrer le chemin de l'autonomie.

Selon l'étude BVA, la médecine générale recueille 91% d'opinions positives qui s'expliquent par un faisceau d'éléments : (18)

- Une familiarité et une proximité du médecin généraliste : un soigneur immédiat et en qui on peut avoir confiance
- Un rôle dans le temps : le suivi du patient, une fonction qui peut se décliner sur plusieurs générations
- Un rôle démocratique : rendre la santé accessible à tous, un maillon social fondamental au service des malades
- Un rôle préventif dans une perspective plus générale de santé publique
- Et surtout un altruisme premier : aide, soigner les autres

Pour C. JACQUET RENOUX, les patients attendent de leur médecin : (1)

- Des compétences techniques et biomédicales : le médecin doit être polyvalent, bien tenir le dossier médical et savoir faire un bon diagnostic. Il doit avoir une vision globale et préventive.
- Des qualités personnelles : le médecin doit être rassurant et établir un partenariat avec le patient. Il doit savoir dire la vérité avec tact. Il doit porter attention aux évènements de la vie. Il ne doit ni juger ni culpabiliser.
- Une bonne technique de communication. : le médecin doit savoir écouter le patient sans l'interrompre et l'informer au mieux de son état de santé.
- Du temps : il doit laisser le patient s'exprimer.

La perception de ces différents rôles auprès du patient est acquise avant même le stage chez nos étudiants ; ceux-ci estiment que le généraliste assure une prise en charge globale du patient, un suivi dans la durée, et oriente si besoin le patient vers les spécialistes d'organes. Ils considèrent la médecine générale comme une médecine de proximité.

Devenus des consommateurs, les patients ont des attentes irréalistes vis-à-vis du pouvoir de la médecine, et plus d'exigences de temps et d'accessibilité envers les médecins. Mais en même temps, ils demandent à être impliqués dans le choix et la décision, et se sont regroupés en associations de patients. Les jeunes médecins acceptent plus facilement cette évolution. (14)

Le manque de temps est souvent cité comme motif d'insatisfaction. Le temps passé par patient a pourtant augmenté, mais ne suffit pas à remplir les tâches nécessaires : nouvelles exigences des patients, demandes d'informations, nouvelles tâches de prévention, croissance des demandes de santé.

L'exercice professionnel a changé. Le modèle traditionnel s'est profondément modifié. La relation individuelle avec une personne est remplacée par une responsabilité envers un tiers. (14)

La pression des patients envers les médecins contraste avec l'image valorisée des généralistes auprès de la population. En effet, 97% des français s'estiment satisfaits de leur médecin et 88% le consulte régulièrement (19). Plus de 99% de ceux qui ont choisi un médecin traitant se sont orientés vers un généraliste. (20)

b) Les caractéristiques de l'exercice médical en médecine générale

Des avantages de la profession ont été relevés et mis en avant par les étudiants : diversité des pathologies, globalité de la prise en charge, relation médecin / malade, autonomie professionnelle, liberté d'exercice.

Cette spécialité leur apparaît comme une médecine au centre du système de santé, transversale, diversifiée, avec un suivi dans la durée.

1. Le cadre actuel d'exercice de la médecine générale :

En France, selon une étude de la CNOM, les effectifs des médecins généralistes sont nettement inférieurs à ce que l'on pensait : 80 000 pour 105 000 dénombrés, les 25 000 manquants exerçant des activités hospitalières ou des exercices particuliers (homéopathie, acupuncture, ostéopathie…). On retrouve aussi un facteur démographique commun : l'âge moyen des généralistes proche de cinquante ans pose le problème du renouvellement de la pyramide des âges. (21)

Or, jusqu'à aujourd'hui, la réflexion autour de la médecine générale ne se fait qu'en fonction des chiffres globaux des omnipraticiens, loin de la réalité du terrain.
Le manque d'attractivité de la médecine générale se fait sentir depuis une décennie.

En 2005, le rapport BERLAND fait une estimation d'une baisse de 40% de l'offre de soins disponible par rapport aux demandes de la population, en l'absence de mesures de rééquilibration (22). Cette estimation tient compte de la féminisation de la profession et l'évolution des comportements des jeunes médecins qui ont tendance à vouloir travailler moins que leurs ainés.

Comment s'explique cette diminution de l'offre de soins ?

- D'abord, par la baisse du numerus clausus de 1980 à 2000. Le niveau le plus a été atteint en 1993 avec 3500 places sur la France,
- Les nombreux départs à la retraite des baby boomers,
- La féminisation de la profession. Les femmes travaillent en moyenne moins que les hommes : temps partiels, congés maternités…
- Le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande de soins. (23)

La féminisation du corps médical est un des aspects marquants de l'évolution de la démographie médicale. Ce phénomène n'est pas purement médical ni français.
La féminisation s'accélère dans les jeunes générations : dès maintenant, les femmes sont majoritaires chez les moins de 34 ans. Les étudiants sont aujourd'hui en supériorité

numérique dans les UFR de médecine. On peut estimer que le taux de féminisation des nouveaux diplômés va passer de 50% à plus de 60% dans les 10 ans à venir. (24)

Lors des choix de postes aux ECN, le choix de la médecine générale se « féminise ». En effet, ce sont les femmes qui, très bien classées, choisissent volontairement l'exercice de la médecine générale. En 2005, parmi les 44 étudiants classés dans les 1000 premiers et ayant choisi la médecine générale, on trouve 39 filles. (25)

La recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée est une des exigences des femmes (mais aussi de plus en plus des hommes) et se traduit par des modalités différentes d'activité. L'activité moyenne féminine actuelle est égale à 70% de celle des hommes.

On peut donc s'attendre à :

- Des conséquences à très brèves échéances en termes d'accès aux soins (répartition démographique, diminution du temps de travail) et de modes d'exercice (choix des qualifications, ou des modes de rémunération)
- Des effets positifs pour la profession : un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée, l'amélioration de la relation patient/médecin, la progression d'une médecine mieux coordonnée autour du patient. (24)

Le rapport BERLAND établit un certain nombre de mesures à prendre : renforcement de l'information auprès des étudiants, incitations financières et non financières à l'installation, réforme du 3e cycle et refonte des filières, et bien entendu la mise en place d'un stage d'initiation à la médecine générale lors du deuxième cycle des études médicales. (22)

2. Le métier de généraliste :

Les remarques du focus-group après stage sur l'image dévalorisée de la spécialité médecine générale par rapport à d'autres spécialités rejoint certaines données de la littérature :

Le rapport 2004 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.).apporte quelques réflexions sur cette problématique.

L'image de travail à l'hôpital est celle d'une activité présentant plus d'intérêt que la médecine libérale. Le médecin y traite des pathologies plus diversifiées et a accès à du matériel technique sophistiqué. Il a également l'opportunité de travailler en équipe et de faire appel aux compétences de ses collègues s'il souhaite vérifier son diagnostic. Il échappe ainsi à l'isolement du généraliste ou du spécialiste confiné dans son cabinet. L'hôpital offre également une sécurité de l'emploi que ne connait pas le médecin installé en libéral qui doit, pour sa part, se battre contre les contraintes administratives et gestionnaires. La pratique hospitalière s'apparente de plus à une pratique noble, vouée au service de tous les patients, et plus particulièrement les plus défavorisés d'entre eux. Dans une autre optique, sans doute moins avouable, certains soulignent que le fonctionnement de l'hôpital réduit le patient à l'état d'objet, sur lequel il est d'autant plus aisé d'intervenir, et ce notamment par rapport à la relation qui s'instaure dans un cabinet entre le médecin et ses patients, devenus très exigeants et beaucoup moins respectueux de l'autorité du praticien. (26)

A contrario, le médecin jouit d'une grande indépendance en libéral, alors que son collègue hospitalier est soumis au poids de la hiérarchie, au pouvoir de ses chefs et à des horaires et gardes imposés. Les revenus d'un médecin en libéral sont sans conteste beaucoup plus confortables qu'à l'hôpital. Enfin, l'installation en libéral offre la possibilité d'instaurer une relation de confiance avec des patients fidélisés, alors que l'hôpital s'apparente à un univers déshumanisé, où la technique prévaut sur le contact humain. (26)

Tout semble se passer comme si les étudiants privilégiaient dans un premier temps l'exercice de la médecine en milieu hospitalier, milieu qu'ils connaissent mieux et qui les rassure, pour progressivement envisager l'exercice de la médecine en libéral. (26)

S'opposent ainsi deux visions des modes d'exercice de la médecine : une vision hospitalière où se qu'il se passe à l'hôpital est associé à ce qui est le plus intéressant, le plus prestigieux, et une vision ambulatoire où l'hôpital est le lieu des techniques inhumaines au contraire d'une médecine de ville plus globalisante et plus proche des patients. (26)

L'attractivité du métier du médecin généraliste se réduit, comme en témoignent les logiques à l'œuvre dans le cadre des choix de l'Examen National Classant (ECN), les stratégies d'évitement du métier d'omnipraticien (spécialisation recherchée via des diplômes d'études spécialisés complémentaires – DESC – MEP….) avec une forte déperdition d'effectifs. (27)

Les perspectives de pratiques professionnelles sont marquées par un clivage avec lequel les étudiants fonctionnent très tôt dans leurs études et qui est concrétisé par les ECN.

Ceux-ci font en effet le tri entre les futurs généralistes et les futurs spécialistes. Même si l'exercice spécialisé recouvre une grande diversité de pratiques, la médecine générale reste un des seuls exercices auxquels peuvent être contraint un étudiant, faute d'avoir réussi le concours. Dans les représentations des étudiants, cette distinction perdure toujours et les critères de réussite contribuent grandement à classer les différentes options sur une échelle très hiérarchisée où la médecine générale apparaît la moins cotée. Dans les représentations idéales des étudiants, la spécialité triomphe. Mais il s'agit surtout du résultat d'un parcours qui favorise une certaine représentation de l'excellence et « formate » les étudiants à cette norme (26). La spécialité apparaît comme une voie d'excellence et la médecine générale comme une voie d'échec.

Très tôt dans leur cursus, le modèle qui semble s'imposer aux étudiants est celui du spécialiste exerçant dans une grande ville. Devenir généraliste ne peut être envisagé que par quelques étudiants capables de résister aux pressions institutionnelles et corporatives qu'ils rencontrent de la part des enseignants et des autres étudiants. Conserver un tel projet relève de la lutte et nécessite un refus d'adhésion aux valeurs internes à la profession. (26)

L'instauration des ECN (Epreuves Classantes Nationales) en 2004 modifie les règles du jeu. Un seul concours pour la totalité des étudiants en médecine qui choisissent leur filière de troisième cycle. La médecine générale est désormais considérée comme une spécialité à part entière au même titre que les autres filières de l'ancien internat. (28)

Mais le manque de perspectives d'évolution dans la carrière et de valorisation explique le peu d'attractivité des étudiants pour la médecine générale. En témoignent les nombreux postes non pourvus aux ECN ces 6 dernières années. (21) Entre 2004 et 2007, 2364 postes sont restés vacants. Au-delà des conséquences démographiques, ces chiffres semblent bien traduire une désaffection des étudiants envers la médecine générale.

Cette profession est dévalorisée durant les deux premiers cycles des études médicales, par les enseignants et lors des stages hospitaliers, comme si il existait une hiérarchie entre la médecine générale et la médecine de spécialité d'organes. (29)

Les étudiants de notre focus après stage soulignent l'importance des connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

Il existe un paradoxe dans ce système : plus une spécialité est réputée facile, plus elle est difficile à obtenir, et semble réservée aux « meilleurs ». C'est l'image qu'en ont les étudiants ; la médecine générale, de l'avis d'une bonne partie d'entre eux, est la médecine la plus difficile qui soit, une médecine très polyvalente. Et cette idée est directement associée à la nécessité de tout savoir.

A coté de cette crainte paradoxale de la difficulté, on trouve la crainte évidente d'être considéré comme un « mauvais », ainsi que les seniors désignent leurs confrères omnipraticiens dans les hôpitaux. L'exemple de la médecine générale est très éclairant : les jugements sont très négatifs, les pressions semblent très fortes dans les services, mais la plupart des étudiants les dénoncent. Ainsi, certains arguments viennent s'opposer très

efficacement à ces images préconstruites. En particulier, la formation hospitalière qu'ils ont suivie encourage les étudiants à refuser un monde médical hiérarchisé et souvent qualifié « d'inhumain ». Les conditions de travail aussi, peuvent plaider en faveur d'une pratique générale : choix des lieux d'exercice, de sa clientèle, et même de ses horaires. Même si les choses ne sont pas aussi évidentes dans la pratique, la médecine générale propose aujourd'hui deux modèles qui s'opposent : celui du médecin de famille toujours disponible et celui du médecin en cabinet de groupe qui organise son emploi du temps pour s'autoriser d'autres activités. Un bon nombre d'étudiants ne voient pas la nécessité de dénigrer la médecine générale et s'ils ne la choisissent pas, ils avancent plutôt des arguments liés à l'inconnu que cela représente pour eux, ou le fait que, tout simplement, ils peuvent faire autre chose. (2)

Enfin, la médecine générale prend place sur une échelle qui situe des disciplines selon le degré de médecine qu'elles contiennent. La médecine générale est considérée comme une « vraie » médecine. On pourrait presque dire qu'elle souffre d'un trop plein, comme si elle condensait toutes les connaissances acquises, et tous les services visités. (2)

Dans un ouvrage intitulé « quelle médecine voulons-nous ? » M. Bungener et I. Baszanger mettent en perspective les interrogations actuelles et d'abord le paradoxe selon lequel les médecins généralistes se plaignent du manque de reconnaissance, de leurs conditions de travail, de l'ambigüité de leur position dans le système de santé, mais en même temps se déclarent satisfait de leur métier dans lequel ils trouvent un intérêt, et pour beaucoup, un accomplissement de soi. Ces analyses brossent le cadre de la médecine générale dans laquelle s'engagent ou se préparent à s'engager les jeunes médecins. (30)

3. Les points positifs de l'exercice en médecine générale:

Les points positifs cités par les étudiants interrogés rejoignent les idées exprimées dans d'autres études. On retrouve :

- La globalité de la prise en charge : médicale, sociale, familiale et psychologique
- La relation médecin / malade et l'image positive du médecin de famille
- Le suivi du patient au long cours
- La diversité des situations et des pathologies
- L'autonomie professionnelle permettant une liberté d'organisation.

L'aspect financier est très peu mis en avant.

Selon une étude BVA, réalisée en 2008, sur « le rôle et la place du médecin généraliste en France », les médecins généralistes, jeunes et plus âgés, ont une image positive de leur propre profession, et aucun, malgré les difficultés rencontrées, ne regrettent pas d'avoir choisi celle-ci. (18)

Les éléments mis en avant dans leur activité sont :

- La relation avec les patients : 35%
- L'épanouissement personnel : 35%
- La possibilité d'exercer le mieux possible cette discipline : 16%
- L'utilité sociale du métier : 8%
- L'environnement géographique du médecin : 2%
- Le revenu retiré de l'acte : 1%
- Le statut social conféré par ce métier : 1%

Dans sa thèse Coralie BRAUN NEVES a interrogé 296 étudiants de la faculté de médecine René DESCARTES sur les déterminants de leur projet professionnel (31). Il en ressort les déterminants suivants :

- Une motivation humaine : aider les autres, être utile, soigner
- Un intérêt scientifique
- Etre indépendant, exercer une profession libérale.
- La tradition familiale arrive en dernière position
- La rémunération et la reconnaissance sociale sont très peu citées

Ce qui valorise la médecine générale est :

- La relation médecin -malade pour 90% des répondants. Le médecin de famille effectue un travail de proximité : il connaît ses patients et les suit généralement au long cours.
- C'est une spécialité difficile qui ne constitue en aucun cas le choix de la facilité. Le praticien doit avoir de vastes connaissances médicales, ainsi que de bonnes compétences relationnelles et de communication.

- La médecine générale est désormais une spécialité à part entière
- La liberté d'installation est primordiale pour les actuels étudiants.

D'autres études font ressortir des avantages similaires : (27, 32, 33)

- L'indépendance
- Les revenus élevés,
- Liberté dans les horaires, possibilité de travailler moins, compatible avec une vie de famille
- Rythme de travail plus agréable que dans le milieu hospitalier
- Une médecine polyvalente, multidisciplinaire, diversifiée
- Une prise charge globale des patients, un suivi au long cours
- Une relation singulière médecin/patient
- Des activités particulières et la possibilité d'orientations spécialisées : gynécologie, médecin pompier, gériatrie, vacations au sein des hôpitaux, mésothérapie, acupuncture, homéopathie, petite chirurgie, addictologie, médecine du sport, urgences hospitalières et SAMU.
- Une reconnaissance des compétences par le patient
- Une patientèle diversifiée, qui ressemble au médecin

Les généralistes subissent un rythme de travail très stressant mais refusent d'être asservis à leur activité, et pour la plupart, ils parviennent à avoir une vie privée épanouie, principalement depuis certains changement réglementaires (18) :

- Les vacances et le temps libre : la possibilité de fermer le cabinet sans l'obligation de trouver un remplaçant
- Les gardes et les astreintes : leur suppression en 2003 est aussi une mesure très populaire
- Les visites à domicile : une diminution importante très appréciée, induite par l'évolution des remboursements et le développement de la régulation.

Le médecin généraliste inscrit son activité dans une approche globale du patient, s'intéresse à la pathologie mais aussi aux conditions de vie et à l'environnement de la personne. Une telle ouverture représente un intérêt au plan intellectuel, une réelle utilité sociale, et répond aux valeurs professionnelles de l'accompagnement du patient. Mais en même temps, elle ne correspond pas aux critères médicaux de valorisation des actes (ni spécialisé, ni technique) et conduit à côtoyer les questions sociales, qui sont souvent considérées comme potentiellement déqualifiantes. (34)

L'autonomie professionnelle se définit par rapport aux confrères mais aussi aux patients et aux pouvoirs publics. De ce point de vue, les généralistes sont dans une position paradoxale. Ils dépendent en effet des spécialistes et des établissements de santé pour les pathologies complexes, mais en même temps la qualité des prises en charge des patients est tributaire des relations entre médecins. D'autre part, certains généralistes travaillent seuls et

ne dépendent de personne et cet aspect est souvent valorisé. L'est-il encore dans les jeunes générations ? (34)

La vocation ne se décrit pas seulement par le contenu du travail du médecin mais aussi par l'objectif que la profession permet d'atteindre : devenir médecin peut correspondre à une vocation sociale : s'occuper des autres, les soigner, éventuellement les guérir, en tout cas les aider. (34)

Les femmes comme les hommes médecins sont très proches quant à leur choix de mode d'installation, aux intérêts portés à la médecine générale et à la zone d'activité choisie. Ils privilégient une installation à plusieurs, en association ou en maison médicale, lieux d'échange, leur permettant d'organiser leur temps de travail, et s'opposant aux contraintes administratives et financières. (24)

La région Lorraine ne fait pas exception à la règle, les promotions actuelles comptent environ 60% de femmes, région déjà sous dotée en médecins généralistes. Il est temps de réagir.

La mise en place du stage chez le praticien a permis de dévoiler une spécialité méconnue des étudiants et à moyen terme de recruter, on l'espère, des futurs médecins généralistes.

4. Les points négatifs :

Il ressort de l'étude que nous avons réalisée plusieurs aspects négatifs de la profession de généraliste :

- la dévalorisation et le manque de reconnaissance par certains spécialistes d'organes,
- la quantité de connaissances à acquérir peut faire peur,
- la charge de travail administratif et la gestion du cabinet,
- la vie de famille difficilement conciliable avec la charge de travail dans un cabinet,
- l'accès difficile aux examens complémentaires,

Ces aspects sont retrouvés dans d'autres études (27, 31, 32, 35)

- Le manque de reconnaissance par les autres spécialistes. Les idées doivent encore évoluer. L'image donnée par les hôpitaux et plus particulièrement le CHU est souvent très négative : le médecin généraliste reste celui qui adresse à l'hôpital sans avoir posé le bon diagnostic, ou sans avoir fait tous les examens complémentaires.
- Les vastes connaissances que doit avoir le praticien requièrent une mise à jour régulière.
- La quantité de travail jugée très importante
- Les horaires et le rythme de travail, la rentabilité
- Pour certains, le rôle de médecin généraliste se résume à celui d'un prestataire de service : arrêts de travail, renouvellements d'ordonnances.
- L'isolement du praticien
- La gestion des appels téléphonique et le secrétariat
- Les lourdeurs administratives et gestionnaires : en augmentation croissante depuis la fin des années 1980, l'activité administrative d'un cabinet est estimée à 40% du temps de travail hebdomadaire d'un médecin généraliste. La réforme du médecin traitant a accru la part administrative avec l'apparition de consultations exclusivement tournées vers la rédaction d'une lettre d'adressage au spécialiste et la synthèse régulière du dossier qu'il est tenu d'effectuer.

  A ce titre, sa responsabilité est désormais engagée dans l'éventualité d'une iatrogénie induite par des traitements prescrits par des médecins différents à son patient, ou par une faille dans la tenue du dossier médical dont il est désormais le seul responsable aux yeux de la loi (Article 45 du code de déontologie et article R.4127-45 du code de la santé publique).

- L'exigence des patients.
- Le poids de la sécurité sociale
  - Les difficultés mêmes des démarches administratives pour effectuer son installation effrayent les futurs généralistes.
  - La permanence des soins, bien que soumise désormais au volontariat, tout en restant une obligation déontologique, rebute un grand nombre de jeunes médecins.

Les femmes soulèvent plusieurs problèmes rencontrés dans leur profession (24) :

- Le manque de temps consacré à la vie familiale,
- La protection maternité insuffisante,
- Les gardes de nuit, avec la fatigue engendrée, la difficulté de faire garder les enfants…
- La durée de travail : à l'heure des 35 heures et de la société de loisirs, elles se sentent lésées,
- Les gardes de week-end,
- Les exigences des patients,
- Le temps personnel et familial jugés insuffisants.

Les facteurs qui pèsent de façon négative sur les médecins sont principalement : (31)

- les difficultés exercer leur métier avec un accroissement des responsabilités médico-légales, une charge de travail problématique pour la vie personnelle, une modification de la relation médecin/malade, des difficultés à trouver des remplaçants, un sentiment d'insécurité, des charges sociales trop élevées.
- la sensation d'une perte d'autonomie qui est une conséquence du changement des rapports entre médecins et patients. Ces derniers sont devenus des consommateurs avertis de soins, ayant le droit d'être informés (loi du 4 mars 2002) et exigeants en résultats.

La question des conditions d'exercice apparait au premier rang des causes de désaffection, y compris dans les jeunes générations. La médecine générale, partout une spécialité, est partout encensée comme le centre vital des systèmes de santé. Elle souffre pourtant dans tous les pays des mêmes problèmes de reconnaissance, y compris financiers dans les systèmes libéraux. Et la majorité des professionnels de cet exercice dit subir une charge de travail incompatible avec son épanouissement personnel.

Les médecins français ont hiérarchisé les « risques du métier » : dans l'ordre, la responsabilité médico-légale, la charge de travail incompatible avec la vie familiale, la faiblesse du revenu. (26)
La médecine générale ayant une réputation d'exercice difficile ou peu intéressant, elle s'en trouve délaissée par les étudiants.

Malgré cela, les éléments positifs semblent l'emporter sur les éléments négatifs.

Ces différentes réactions devant l'image actuelle de la médecine générale permettent peut dégager trois lignes de motivation chez les étudiants :

- **Un intérêt humanitaire**
- **Un intérêt scientifique**
- **La recherche d'un statut socio-économique et personnel**

qui peuvent êtres importantes pour favoriser l'adhésion à cette profession.

L'intérêt humanitaire est largement développé dans la réalité actuelle de la profession. L'intérêt scientifique est en plein essor avec le développement d'un corpus scientifique spécifique à la médecine générale, d'une recherche et d'une filière universitaire spécifiques de cette discipline. La qualité du statut socio-économique et personnel ne doit pas être négligée et c'est tout l'enjeu des évolutions de statut et de cadre d'exercice souhaitables dans les prochaines années.

III. Le projet de choisir ou non d'être médecin généraliste : quelles influences ?

Il parait normal de choisir une spécialité d'exercice que l'on connait. On peut donc espérer que le stage en médecine générale va permettre un recrutement de futurs praticiens. Pourtant, cette mesure n'est pour l'instant pas suffisante pour remplir les postes ouverts dans cette spécialité à Nancy.

Au cours de l'étude réalisée, on s'aperçoit qu'il existe un réel décalage entre la vision qu'ont les étudiants de la médecine générale avant d'avoir effectué le stage, et après celui-ci.

Un certain nombre d'idées préconçues circulent, le meilleur moyen de les contrer était de confronter les étudiants à la réalité de la pratique. Chose faite, les externes en retirent une image plus positive (52 et 58% des étudiants interrogés ont une image plus positive du métier de généraliste), et peuvent donc effectuer leur choix de carrière en toute connaissance de cause. Le stage leur a donc permis de savoir s'ils envisageaient la médecine générale comme une possibilité ou non.

De ces images très floues, on voit se dessiner un portrait de la médecine générale, nouvelle spécialité, qui navigue entre « rien de ce que l'on connait » et « tout ce que l'on a fait ».

a) *Place de la médecine générale dans le cursus :*

Mais la spécialité de médecine générale n'existe pas pour les étudiants du deuxième cycle, puisqu'ils n'apprennent que des spécialités et que parmi celles-ci, il n'y a pas de médecine générale. (20)

Selon les médecins interrogés lors de l'étude BVA de 2008 sur le rôle et la place du médecin généraliste en France, les étudiants ne choisissent pas cette spécialité : (18)

- Pour une meilleure qualité de vie à 71%
- Car le prestige du métier de généraliste n'est plus ce qu'il fut : 45%
- Car ils sont plus attirés par une autre spécialité : 40%
- Car la pression administrative est plus forte pour les généralistes que pour les spécialistes : 38%
- Car ils veulent gagner plus d'argent : 36%
- Du fait de la trop grande diversité de connaissance à avoir : 18%
- Car la relation avec les patients ne leur parait pas intéressante : 11%

Il faut encore que les mentalités changent avant que la médecine générale ne soit plus la roue de secours des « mal classés à l'ECN ». (22)

Il existe une réelle difficulté des étudiants de 2e cycle à définir leur future orientation professionnelle. On a vu que les aspects positifs étaient la relation médecin-malade et la diversité de l'activité. Mais paradoxalement, ces mêmes éléments sont retournés pour souligner une activité trop diverse et trop routinière, des gestes techniques trop limités, un manque de respect des patients vis-à-vis de la médecine générale. A quoi s'ajoutent les contraintes d'emploi du temps, l'absence d'horaires réguliers, l'astreinte à des gardes, le caractère commercial et solitaire de l'activité libérale mais aussi des connaissances inappropriées acquises pendant les études.

Les représentations de la médecine générale mettent en avant les problèmes liés à la formation et à ses effets discriminants. La crise d'identité de la médecine générale souvent mise en avant aurait même pour origine le processus de formation. Ainsi, Cohen-Solal dans un article sur l'inquiétude des généralistes insiste-t-il sur la formation médicale initiale en CHU. La distance entre les CHU, temples de la médecine scientifique, et la médecine générale, qui ne consiste pas dans l'application de ce qu'enseignent les professeurs d'universités, n'en ai pas réduite pour autant. (31)

Si les étudiants en médecine sont formés par des praticiens, ils ne sont pas formés par tous les praticiens, puisqu'il s'agit en grande majorité de médecins hospitaliers. Les médecins ambulatoires ne font que rarement et très récemment partie du corps enseignant. La formation en deuxième cycle ne se réalise que sur des terrains de stage bien spécifiques qui ne reflètent pas la totalité de la pratique médicale. La médecine hospitalo-universitaire est une pratique élitiste qui se pose comme l'unique formateur des futurs médecins. (22)

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale a été mis en place à la rentrée 2004, dans toutes les facultés de France. Il s'agit d'un cycle professionnalisant qui aboutit à l'autorisation d'exercer.

De ce fait, la médecine générale devenait « théoriquement » une spécialité à part entière, accessible comme les autres à l'issue des Epreuves Nationales Classantes (ECN).

L'augmentation récente du numérus clausus ne changera rien, à court terme, au fait que le nombre de généralistes formés est insuffisant, tant que le statut de la médecine générale ne sera pas revalorisé.

Il existe une absence d'identification possible des étudiants au cours de leur deuxième cycle, car malgré l'arrêté du 7 mars 1997 mentionnant un stage d'initiation à la médecine générale obligatoire pour valider ce second cycle, ce dernier n'a que très récemment obtenu sa budgétisation et dans la majorité des facultés n'a pas encore vu le jour. (13)

Une augmentation importante du nombre de postes ouverts à l'internat en médecine générale vise à assurer le renouvellement des effectifs qui se consacrent à la médecine de premier recours. On constate toutefois chaque année qu'un nombre important de ces postes ne sont pas choisis, de sorte que l'accès de la médecine générale au rang de spécialité et les comportements de choix observés depuis six ans, au moment des ECN, se traduisent

localement par une diminution des effectifs par rapport à ceux qui caractérisaient le résidanat. L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions. (14)

Si la prudence s'impose dans l'interprétation de ce phénomène, on doit aussi considérer que la possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC constitue une opportunité de spécialisation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cette possibilité pourrait amplifier la tendance à un exercice différent de celui de médecin de premier recours et accroître l'importance des flux qui sont déjà facilités par les passerelles universitaires permettant d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée. Ces flux sont également alimentés par les passerelles hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital soit en médecine d'urgence ou en gériatrie, soit même dans le cadre de la spécialité de psychiatrie au bénéfice des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité.

b) l'expérience d'autres systèmes de santé

La France n'est pas le seul pays à connaitre une crise des vocations pour la médecine générale. Des solutions ont été expérimentées dans les autres pays.

1. Le Québec : (36)

La fédération des médecins omnipraticiens du Québec a rédigé un document pour une politique nationale sur la médecine de famille.

Le problème du désintérêt des étudiants et des résidents envers la médecine familiale se pose aussi :

Les caractéristiques propres au médecin de famille semblent actuellement peu valorisées par les étudiants en médecine. La médecine familiale est en perte de popularité et le nombre d'étudiants qui choisissent d'effectuer leur résidence dans ce domaine ne permet pas d'atteindre les objectifs. Les étudiants en médecine ont mentionné cinq facteurs qui expliquent leur hésitation à choisir la médecine familiale :

- le manque de contact avec la médecine familiale ;
- la perception d'un manque de reconnaissance de la médecine familiale ;
- les nombreuses contraintes liées à l'installation en pratique ;
- les conditions de pratique des médecins en exercice ;
- la tendance vers la spécialisation.

Selon les données 2007 et 2008 du Canadian Resident Matching Service (CARMS), 21 % des postes offerts au Québec en médecine familiale en 2007 n'ont pas été pourvus et 17 % sont restés vacants en 2008. En comparaison, seulement 3 % des postes en spécialité n'ont pas trouvé preneur en 2008.

Un plan d'action pour une politique sur la médecine familiale a alors été mis en place, les propositions et recommandations sont les suivantes.

Il a été clairement établi par les observateurs qu'une 1re ligne forte constitue le fondement d'un système de soins efficient. La FMOQ (Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec) souhaite que le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme avec vigueur sa volonté de faire de la médecine familiale sa priorité.

Pour que cette politique nationale atteigne ses objectifs, la FMOQ propose un plan d'action de quinze recommandations, articulé selon trois axes :

- Premier axe : La formation en médecine familiale
- Deuxième axe : L'organisation des soins
- Troisième axe : La rémunération

La formation en médecine familiale :

À leur arrivée à l'université, les étudiants qui envisagent de faire carrière en médecine familiale sont relativement nombreux. On constate toutefois que, dès la deuxième année, leur nombre diminue de façon considérable. Cette baisse s'explique notamment par l'absence de médecins omnipraticiens dans le corps professoral au cours des deux premières années du cursus de médecine.

De nombreux étudiants en médecine disent avoir été victimes ou témoins de dénigrement de la médecine familiale. Devant ce phénomène, qui ne saurait être toléré dans un milieu d'enseignement, une des facultés de médecine du Québec a décidé de se doter d'un code d'éthique visant le respect de la médecine familiale et du choix de carrière des étudiants.

En projetant une image positive de la pratique de la médecine familiale et en mettant de l'avant le rôle du médecin omnipraticien dans l'organisation et la prestation des soins, le code d'éthique peut, en effet, s'avérer un excellent catalyseur de changement. Le respect du code d'éthique pourrait être évalué au moment de l'évaluation des stages et des enseignants.

Que ce soit au cours de leurs stages précliniques ou d'externat, les étudiants ne sont pas suffisamment exposés à la pratique de la médecine familiale. Dans une des facultés de médecine du Québec, sur les 20 mois de stage d'externat, un seul est consacré à la médecine familiale. Rien ne justifie qu'au cours de leur formation, les étudiants soient moins exposés à la pratique de la médecine familiale, pilier du réseau de santé québécois, qu'ils ne le sont à chacun des cinq grands domaines de spécialité (chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, médecine interne). De toute évidence, le cursus de formation médicale devra être révisé.

Afin de favoriser une meilleure exposition des étudiants à la médecine familiale, la FMOQ recommande que tous les étudiants fassent un stage d'observation obligatoire en médecine familiale au cours de leur première année d'études. La FMOQ recommande également que le stage d'externat en médecine familiale soit de deux mois et qu'il soit effectué avant le choix de résidence.

Les médecins de famille sont actuellement sous-représentés dans le secteur de la recherche universitaire. Il en résulte que peu d'études dans le domaine de l'organisation des services de santé portent sur le rôle de l'omnipraticien. Pour pallier cette lacune, des efforts doivent être consentis afin que plus de médecins omnipraticiens puissent consacrer temps et énergie à la recherche et contribuer ainsi au rayonnement scientifique de la médecine familiale.

2. La suisse : (37)

La formation des médecins généralistes en Suisse souffre de plusieurs défauts structurels sui s'ajoutent à un manque de prestige parmi les médecins en formation que dans les services hospitaliers.

La pratique du métier appris au cours de tant d'années n'est pas valorisée dans les milieux où est dispensée cette formation…

Depuis plus de quarante ans, elle relève en Suisse d'une formation postgraduée de même durée que les autres spécialités.

D'une certaine manière, ces formations longues sont justifiées puisqu'il s'agit de devenir « médecin au long cours » destiné, entre autre, à accompagner le patient et à lui servie de guide et de garant de la pertinence et de l'adéquation des soins qui lui sont proposés.

Le problème qui se pose est la crainte des étudiants de s'engager dans un statut d'indépendant qui suppose souvent des conditions de travail plus dures, une responsabilité personnelle accrue et une exposition affective importante, l'ignorance de ce que peut être la gestion d'un cabinet médical et les difficultés voulues par le monde politique.

La formation des médecins qui assureront le rôle de premier recours souffre donc de nombreux problèmes structurels et d'une image professionnelle peu reluisante. La réforme du paysage de la médecine universitaire suisse prendra du temps, l'introduction de mesures incitatives tarifaires ou organisationnelles aussi.

On le voit, la France n'est pas la seule à connaitre des difficultés de revalorisation de la médecine générale. Les pays qui n'intègrent pas les soins primaires dans leur formation initiale rencontrent les mêmes problèmes de recrutement d'omnipraticiens. Pour pallier à ces difficultés, des stages et des enseignements spécifiques sont mis en place.

IV. Le stage de médecine générale en 2eme cycle

a) Les attentes des étudiants et des institutionnels pour ce stage

Les attentes des étudiants que nous avons interrogés sont nombreuses pour ce stage et rejoignent les réflexions que nous avons trouvées dans la littérature.

Selon le rapport Berland (2005) (22), base de travail à l'arrêté de 2006, les stages au cours du deuxième cycle des études médicales ne permettent pas aux étudiants de connaitre les différentes disciplines. Il en découle un choix non éclairé des étudiants sur leur exercice futur et le risque pour certaines disciplines d'un dangereux effritement, totalement en opposition avec le besoin de santé publique. Il parait donc essentiel que les étudiants en médecine se voient présenter au cours de ce deuxième cycle tous les grands champs disciplinaires, leur impact et leur mode d'exercice. Il parait donc indispensable que soit proposé des stages de médecine générale, agrées par les facultés de médecine avec une rémunération des « tuteurs de médecine générale », sur la base d'une rémunération en heures complémentaires, comme cela se pratique très largement dans d'autres filières de formation au sein des universités. C'est donc le développement de filière universitaire de médecine générale qu'il faut envisager, pour être réellement efficace.

La mise en place de ce stage parait donc être une nécessité, en effet : (38)

- Les stages d'externes se déroulent presque exclusivement à l'hôpital universitaire, dans des services spécialisé ou très spécialisés, où les malades sont vus à un stade avancé des maladies, voire lorsque les diagnostics sont déjà établis. Ces stages ne leur permettent pas d'appréhender les stades précoces des maladies, et l'apprentissage du raisonnement médical à partir des signes indifférenciés des maladies.
- Il est demandé par les étudiants eux-mêmes, pour découvrir la médecine générale et pour découvrir l'univers extrahospitalier.
- L'absence de découverte de cette spécialité au cours de leurs études prive les étudiants en médecine d'un choix éclairé de leur future activité à l'issue du second cycle.

La médecine générale a un exercice spécifique : multidisciplinarité, prise en charge globale des patients, diversité, relation singulière médecin/patient, qu'il est difficile d'imaginer si on n'a pas été confronté à la situation.

La particularité de la relation entre le patient et le généraliste, où la négociation est le centre de la discussion de soins, ne peut être complètement appréhendée par les étudiants au cours des stages hospitaliers. Ce contact permanent de la gravité, de la pathologie rare en

termes de fréquence de consultation, ne suffit pas pour préparer efficacement à l'exercice libéral en médecine générale. (39)

Ce stage permet donc de répondre aux interrogations des étudiants : (13)

- Appréhender la réalité de l'exercice de la médecine générale et les rôles du médecin généraliste.
- Découvrir les différentes possibilités d'exercice, de patientèle : gynécologie, pédiatrie, médecine du sport, prévention, soins palliatifs, petits gestes…
- Evaluer le mode et la qualité de vie des médecins généralistes.
- Découvrir une médecine de premier recours, de proximité.
- Appréhender la visite à domicile.
- Mettre en pratique, évaluer et améliorer ses connaissances et compétences, sa démarche diagnostique et son raisonnement.
- Apprentissage de gestes techniques en médecine générale et la gestion du temps.
- Découverte de la tenue d'un cabinet, de sa comptabilité et de sa fiscalité, l'importance des charges administratives extrêmement coûteuses en temps.

Il s'agit d'adapter ses connaissances aux particularités de la démarche du généraliste qui intervient auprès de populations soignées dans leur milieu de vie, présentant des symptômes imprécis ou des problèmes intriqués, des demandes diversifiées, souvent à la limite du médical.

Or, la formation actuelle met l'accent sur l'acquisition des connaissances plutôt que sur la stratégie de leur utilisation, sur l'accumulation des procédures diagnostiques plutôt que sur l'évaluation de leur apport à la décision, elle est centrée davantage sur la maladie que sur le malade, elle prend en compte le cas pathologique individuel mais oublie trop fréquemment son contexte psychologique et social.

Ce stage permet surtout aux étudiants de ne pas passer à côté d'une éventuelle vocation et de réaliser vraiment leur choix à l'issue des ECN en connaissance de cause, après avoir découvert l'ensemble des spécialités existantes.

De plus, la valeur formatrice des stages au CHU est très variable. Il reste beaucoup trop de stages qui ont une valeur formatrice limitée ou dans lesquels les étudiants sont utilisés essentiellement pour des tâches subalternes, sans retombées sur la formation et sans encadrement formateur. Pour corriger ces lacunes, il est nécessaire de diversifier les stages au-delà du CHU, en prenant comme critère de choix les objectifs de formation et non les besoins du service du CHU. (1)

Cette formation hospitalo-centrée a comme inconvénient de ne pas donner à l'étudiant la connaissance d'un exercice autre que spécialisé. La conséquence est un souhait des étudiants de rester le plus longtemps possible au CHU et de s'installer autour des facultés de médecine. (14)

La mise en place du stage reposait sur un pari selon lequel la motivation des jeunes étudiants pour la médecine générale pouvait se construire ou se consolider en connaissance de cause, avec l'appui du praticien, au cabinet. Des généralistes sont partis du constat que leur exercice était au mieux méconnu, au pire disqualifié au cours de la formation hospitalo-universitaire et ont pensé qu'un stage passé à leurs cotés dans de bonnes conditions serait de nature à faire surgir ou confirmer des vocations. (34)

b) Les apports du stage réalisé

Les résultats de nos enquêtes montrent que globalement les attentes pour le stage ont été satisfaites : il a permis aux étudiants de découvrir cette spécialité et de pouvoir réaliser un véritable choix éclairé pour les ECN.

Les étudiants ont pu pratiquer des examens cliniques et appliquer les thérapeutiques adaptées. Ils ont également eu un aperçu de la gestion d'un cabinet médical.

Ils ont établi une vraie relation de confiance avec les patients et perçu la globalité de la prise en charge.

Les maîtres de stage ont accompagné leurs étudiants jusqu'à une réelle responsabilisation.

Nos observations rejoignent les données de la littérature.

Le maitre de stage transmet à l'étudiant son savoir, il lui fait découvrir sa pratique, partager son expérience… et finalement, cela crée des vocations. (39)

Une enquête sociologique qualitative a été réalisée auprès de stagiaires et de maitres de stage par Géraldine BLOY sur la transmission des savoirs professionnels en médecine générale, il en ressort les points suivants. (34)

Dans le cas du stage, des manières très différentes de faire fonctionner l'interaction médecin/stagiaire en présence du patient peuvent s'avérer formatrices et appréciées. Les patients se disent en général satisfaits de donner quelque chose à apprendre à de jeunes médecins tout en retirant une évidente satisfaction de prestige dont leur médecin se trouve alors auréolé. Une dynamique d'apprentissage peut alors s'initier.

Les stagiaires découvrent chez leur maitre de stage une qualité de pratique médicale à laquelle ils ne s'attendaient pas compte tenu des commentaires qui continuent à circuler à l'hôpital sur les généralistes. Des stagiaires s'avouent ainsi impressionnés par le niveau de connaissance et d'exigence scientifique auquel parviennent à se maintenir les omnipraticiens. Ils renouvellent ainsi leur vision de la médecine générale lorsque leur maitre de stage pousse assez loin la prise en charge de pathologies lourdes. Certains expriment une reconnaissance enthousiaste lorsque s'ajoute à ces qualités proprement médicales un

investissement sincère du maitre de stage dans le plaisir de la transmission et le partage d'un exercice de la médecine générale vécu comme réellement stimulant.

Il est évident que cette confrontation à la pratique, en particulier à la médecine générale, contribue à réduire la suprématie de la spécialisation hospitalière dans l'enseignement de la médecine. (22)

Il existe une relation originale au patient et au temps dans un cabinet de médecine générale. « Le patient n'est pas celui de l'hôpital, parce que libre d'aller et venir, de s'exprimer, et qui n'est pas amputé de son épaisseur sociale, psychologique et familiale. Le temps n'est pas non plus celui de l'hôpital, parce que le soin de médecine générale se déploie sur le temps long de la prévention, de la rémission, du suivi, de la négociation de la prise en charge. » (34)

L'Académie Nationale de Médecine, se basant sur l'étude BVA de 2008 (18), a édité les recommandations suivantes afin de revaloriser la médecine générale, et de communiquer sur la réalité de cette profession :

- Augmenter les occasions d'expériences concrètes de l'exercice de la médecine générale
- Communiquer sur la qualité de vie réelle des médecins généralistes
- Limiter la responsabilité des médecins généralistes
- Favoriser la coopération médicale et partager les diagnostics
- Communiquer sur les dernières dispositions réglementaires : garde, astreintes, visites, fermeture du cabinet
- Favoriser les cabinets de groupe et les maisons de professionnels de santé
- Concernant l'installation : limiter et simplifier les démarches administratives, repenser le mode de rémunération, rémunérer la prévention et le dépistage.

Les étudiants en médecine doivent, le plus tôt possible, avoir une vision claire des différents modes d'exercice que leur offre la profession. Trop souvent, ils ne connaissent que le travail en milieu hospitalier et ne découvrent la médecine générale que très tard, au cours du 3e cycle et du stage obligatoire chez un praticien, alors qu'ils ont déjà choisi leur orientation... Ce manque d'information a une influence sur l'évolution actuelle de la médecine. Difficile, notamment, de ne pas penser à la crise de vocation en médecine générale.

L'objectif premier des stages en médecine générale est celui du compagnonnage, indispensable à l'apprentissage des spécificités de cette discipline. C'est souvent la première occasion offerte aux futurs médecins généralistes d'appréhender une nouvelle manière d'exercer, au cours de leur formation, essentiellement hospitalo-centrée.

Pour les étudiants de 2e cycle, il s'agit d'établir un premier contact avec le monde ambulatoire et celui des soins primaires. Sensibilisateur ou initiateur d'une vocation, ce stage est indispensable aux coopérations futures entre professionnels de santé. La connaissance des soins primaires par chacun des acteurs du système en améliore

incontestablement l'efficience. Découvrir ainsi la médecine générale en favorise la promotion et constitue l'une des clés d'un véritable choix positif de cette discipline à l'issue des ECN. (38)

Les stages contribuent à ce que certaines spécialités soient découvertes et entrent dans le champ des possibles, pendant que d'autres se referment en réduisant l'espace des choix. (22)

Le stage est incontestablement formateur. En dépit des réserves formulées sur l'inégale qualité des lieux de stage, le stage fonctionne comme une très bonne mise en situation.

c) Universitarisation de La filière de Médecine Générale (FUMG) : un élément de l'attraction des étudiants vers le métier de généraliste

Lors de notre enquête, nous avons plus constaté que les étudiants étaient déjà sensibilisés au développement de la filière universitaire de médecine générale.

L'examen des différents statuts existants conclut à leur inadaptation aux spécificités de la médecine générale. Le statut hospitalo-universitaire des autres spécialités ne convient pas car la médecine générale n'est pas une discipline hospitalière en droit et en fait. Les établissements de santé ont à charge les soins de courte durée ou les affections graves pendant leur phase aigue, alors que la médecine générale s'étend sur des périodes importantes de la vie des patients, sans se limiter à un épisode de recours aux soins.

Cette spécificité, caractérisée par une prise en charge continue du malade dans son environnement, n'est pas nouvelle. La mise en place de stages chez le praticien, permettant une mise en situation professionnelle, existe uniquement pour la médecine générale, et a fait l'objet de mesures de renforcement successives. (20)

Avec la création de la spécialité de médecine générale, une filière universitaire s'est créée en parallèle. On peut espérer que la possibilité d'accéder à une carrière universitaire et d'effectuer des programmes de recherche au sein de l'université revalorise ce métier.

La création de cette filière universitaire a été une des propositions du rapport Berland de 2005, afin de revaloriser efficacement la médecine générale, et de permettre un enseignement spécifique de cette discipline aux étudiants. (22)

L'absence d'activités d'enseignement et de recherche, longtemps restées hospitalières, a été pénalisante pour la filière.

Le stage en médecine générale parait être la voie la plus efficace pour faire découvrir aux étudiants les spécificités de cette spécialité, et ce avant qu'ils ne choisissent leur future orientation professionnelle. Le développement de la filière universitaire de médecine générale sera le moteur de la revalorisation de la profession.

Conclusion

Il existe un problème de renouvellement de la médecine générale, en raison d'une faible attractivité, qui se traduit par une désaffection importante avec 40% des postes non pourvus lors des Epreuves Classantes Nationales. Le nombre de médecins généralistes actuellement formés ne suffira pas à combler le déficit laissé par les départs en retraite attendus. La lorraine est particulièrement touchée par ce phénomène.

Les données internationales montrent que les systèmes de santé fondés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes ayant un niveau de formation élevé et pratiquant au sein de la communauté, favorisent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires.

Il convient d'assurer l'information et l'orientation des étudiants, à la médecine générale comme à la médecine spécialisée, à la médecine ambulatoire comme à la médecine hospitalière, tout au long des études médicales, avec une coopération étroite entre les différentes spécialités. En raison de la spécificité de problèmes de santé à résoudre en médecine générale, il paraît absolument nécessaire que des médecins généralistes, formés à cette mission, apportent leur contribution à la formation initiale des médecins.

La mise en place d'un stage de médecine générale en deuxième cycle apporte une ouverture vers les soins ambulatoires et évite que la formation des futurs médecins ne se déroule presque exclusivement en CHU, dans des services spécialisés où les malades sont vus à un stade avancé des maladies, voire lorsque les diagnostics sont déjà établis.

L'étude présentée montre que la vision qu'ont les étudiants de la médecine générale change s'ils réalisent un stage dans cette spécialité. Cette vision s'améliore : plus de la moitié des étudiants interrogés ont une image plus positive de la médecine omnipraticienne. Elle ne repose plus sur des idées préconçues mais sur une expérience de terrain, permettant un choix de carrière éclairé. Sur la même promotion, le stage a permis de diminuer de moitié le nombre d'indécis quant à ce choix.

Ce stage a permis aux étudiants de découvrir les soins de premier recours, de comprendre le système de santé et la place qu'y occupe le médecin généraliste. Il favorise également une approche différente de la relation médecin/malade, centrée sur le patient plutôt que sur la maladie et une globalité de la prise en charge. Il est l'occasion de constater la diversité des pathologies, mais aussi des modes d'exercice dans un esprit d'autonomie professionnelle. Il a permis aux étudiants de progresser dans leur savoir clinique et leurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Il est indispensable pour permettre à long terme une revalorisation de la spécialité et une évolution des mentalités des praticiens.

Seulement cela ne suffit pas à combler les postes ouverts en médecine générale.

Sur le plan de la formation initiale, un stage de cent heures sur six années d'études parait bien insuffisant. Plusieurs propositions sont alors envisageables :

- Un module d'enseignement assuré par des médecins généralistes, au même titre que les autres spécialités
- Un second stage pour les étudiants qui le souhaitent
- Des perspectives de carrières universitaires avec le développement de la filière universitaire de médecine générale

L'émergence de nouvelles formes d'organisation de la profession plus favorables à un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et à une reconnaissance sociale de la médecine générale à l'égal des autres spécialités complétera l'effort fait dans le cadre de la formation initiale pour favoriser l'orientation des jeunes médecins vers cette spécialité.

Bibliographie

1. C. JACQUET RENOUX. Stage en médecine générale en second cycle à la faculté de médecine de Tours : attentes et vécu des étudiants. Thèse, TOURS, 2008. 261 p.

2. A-C HARDY DUBERNET et C. GADEA. De « faire médecine » à « faire de la médecine. Document de travail de la Direction et de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Série études. N°53. Octobre 2005.209 p.

3. Le 3e cycle de médecine générale dans les universités françaises. Rapport d'évaluation du comité national d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Septembre 1998.
https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/**Medecine**.pdf *consulté le 15 fevrier 2010*

4. G. LEVASSEUR. J-M LAMPERIN, C. HONORAT. Module libre : certificat de médecine générale. Année 2002-2003. Faculté de médecine de Rennes. 42 p.

5. Communiqué de presse : étudiants cherchent maîtres de stage. ANEMF et ISNAR-IMG. 9 mai 2008.
www.anemf.org/Communique-de-presse-**Etudiants**.html *consulté le 13 octobre 2009*

6. P.C. DRUAY, B. GAY et al. Médecine générale. Abrégé Masson. 2e édition. 2009. 455 p.

7. S. DURIEZ. Quel avenir pour l'image de la médecine générale ?. La Revue du praticien. Médecine générale. 2008, tome 22, no 797, p. 258 – 258.

8. A. BILLAUD, DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et, des Statistiques. Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de médecine 2004. séries études, document de travail n° 52. Octobre 2005. 98 p.

9. A-C. HARDY-DUBERNET. DRESS. Le choix d'une vie. Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. Document de travail, série études. N°66 – décembre 2006. 101 p.

10. C. CONGRE. La relation médecin-patient en médecine générale. Thèse, Nancy, 2007. 117 p.

11. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales
www.anemf.org/**Arrete-du-4-mars-1997**.html *consulté le 13 octobre 2009*

12. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000276576&dateTexte consulté le 13 octobre 2009

13. ANEMF, CNGE, ISNAR-IMG. Projet national de stage en médecine générale pour les étudiants du second cycle des études médicales. Février 2007. 21 p. http://www.isnar-img.com/dossiers/formation/stage-mg-en-dcem.html consulté le 9 juin 2010.

14. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). La médecine générale. Rapport 2004. 54p.

15. WONCA Europe. La définition Européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf consulté le 25 novembre 2009

16. P. DA SILVA. Les métiers de la médecine générale : analyse de carrières. Thèse, Rennes, 2009. 85 p.

17. Ph. JEAMMENT et al. Psychologie médicale. Collection abrégés. 2e édition. Editions Masson. Paris. 1996.

18. M.T. HERMANGE et al. Académie Nationale de Médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA. Mars 2008. 12 p.

19. Les français, leurs médecins et leur système de santé. TNS-Sofres. Rapport d'étude. Mars 2002. p 14-16.

20. V. DELAHAYE- GUILLOCHEAU, A. JEANNET, M. VERNEREY, F. MALLET, J-P. PITTORS. Création de la filière universitaire de médecine générale. Rapport de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale N° 2007-016 ; et de la recherche et de l'inspection générale des affaires sociales N° RM 2007-030P. Février 2007. 31 p.

21. G. LE BRETON-LEROUVILLOIS , I. KAHN-BENSAUDE , Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.) . Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1e janvier 2008. Septembre 2008. Etude n°41. 164 p.

22. Y. BERLAND. Rapport de la commission démographie médicale. Avril 2005. 61 p.

23. M. PELTIER. Rapport démographie médicale. 2009.
www.anemf.org consulté le 3 mars 2010

24. A-C. HARDY-DUBERNET. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions. Revue française des affaires sociales, 2005, N°1, p 35-58.

25. A. WOERTHER. La féminisation de la médecine générale en Lorraine : enquête auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005. Thèse, Nancy, 2005. 96 p.

26. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). La médecine générale. Rapport 2007-2008. 70p. http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000372/0001.pdf consulté le 15 février 2010

27. O. MARCHAND. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie. Thèse, Grenoble, 2006. 77 p.

28. A. BILLAUT. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005, suite aux épreuves classantes nationales. DRESS, études et résultats n° 474, mars 2006.

29. P. GALLOIS, J.-P. VALLEE, Y. LE NOC. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. Volume 2, Numéro 5, Mai 2006, Vie professionnelle. p223-228.

30. I. BASZANGER, M. BUNGENER, A. Paillet. Quelle médecine voulons-nous ? Paris, la dispute, 2003.

31. C. BRAUN NEVES. Etre ou ne pas être médecin généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes de médecine générale de la faculté René Descartes. Thèse, Paris V, 2005. 165 p.

32. P.C. DRUAY, B. GAY et al. Médecine générale. Abrégé Masson. 2e édition. 2009. 455 p.

33. C. VISSERIAT LEMAIRE. Le 3e cycle de médecine générale et la place du stage chez le praticien dans la formation du futur médecin généraliste. Enquête auprès de 167 étudiants et 100 médecins généralistes. Thèse, Nancy, 1992. 126p.

34. G. BLOY. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales, 2005, N°1, p 103-125.

35. F.X. SCHWEYER, G. LEVASSEUR. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne : rapport d'étape - État des connaissances à partir d'une étude documentaire et d'une revue de littérature. 2003. 35 p.

36. FMOQ - Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec. Enoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale. Octobre 2008. 17 p. http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Documentation/Politique%20nationale_FINALE.pdf

37. B. BRINCKLEY, E. FRECHELIN, F. PILET. Apprentissage de la médecine générale. Revue médicale Suisse, 2007, vol.3, n°135, p. 2740-2743.

38. C. BONIFACJ, ISNAR-IMG. Maitrise de stage, l'avenir de la médecine générale. La Revue du praticien. Médecine générale. 2008, tome22, no 806, p. 747 – 748.

39. J.-O. DAUBERTON, ISNAR-IMG. Devenir maitre de stage. La Revue du praticien. Médecine générale. 2009, tome23, no 824. p. 449.

Annexes

Annexe 1

J.O n° 72 du 26 mars 1997 page 4684

TEXTES GENERAUX
MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, ET DE LA RECHERCHE

Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

NOR: MENU9700546A

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre du travail et des affaires sociales,
Vu l'ordonnance no 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;
Vu la loi no 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée sur l'orientation de l'enseignement supérieur ;
Vu la loi no 84-52 du 26 janvier 1984 modifiée sur l'enseignement supérieur ;
Vu la loi no 92-678 du 20 juillet 1992 relative à la validation d'acquis professionnels pour la délivrance de diplômes et portant diverses dispositions relatives à l'éducation nationale ;
Vu le décret no 70-931 du 8 octobre 1970, modifié notamment par le décret no 96-994 du 15 novembre 1996, relatif aux fonctions hospitalières des étudiants de médecine ;
Vu le décret no 85-906 du 23 août 1985 fixant les conditions de validation des études, des expériences professionnelles ou acquis personnels en vue de l'accès aux différents niveaux de l'enseignement supérieur ;
Vu le décret no 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;
Vu le décret no 93-538 du 27 mars 1993 relatif à la validation d'acquis professionnels pour la délivrance des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur ;
Vu l'arrêté du 24 juillet 1970 relatif au deuxième cycle des études médicales ;
Vu l'arrêté du 24 juin 1987 modifié portant création de la maîtrise de sciences biologiques et médicales ;
Vu l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales ;
Vu l'arrêté du 3 mars 1997 portant création du diplôme préparatoire à la recherche biomédicale ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 3 avril 1995,
Arrêtent :

Art. 1er. - Les deuxième, troisième et quatrième années du deuxième cycle des études médicales sont organisées conformément aux dispositions du présent arrêté.

Art. 2. - Les candidats ne peuvent être admis à s'inscrire en deuxième année de deuxième cycle des études médicales que s'ils ont satisfait aux conditions figurant à l'article 22 de l'arrêté du 18 mars 1992 susvisé.

Art. 3. - La deuxième partie du deuxième cycle des études médicales est consacrée à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique. Elle comporte une formation théorique et une formation clinique. L'articulation des enseignements théoriques avec les stages hospitaliers est définie par le projet pédagogique servant de base à la convention prévue à l'article 11 du décret du 8 octobre 1970 susvisé.

Art. 4. - Le projet pédagogique mentionné à l'article 1-2 du décret du 8 octobre 1970 suvisé définit les objectifs pédagogiques des stages et des gardes et les caractéristiques auxquelles doivent répondre les services formateurs.
Il comporte notamment des propositions concernant :
a) Les modalités pratiques d'organisation des stages et gardes ;
b) La liste des services formateurs et des services où se déroulent les gardes ;
c) Le mode de répartition des étudiants dans les services, et les fonctions à confier aux étudiants.

Art. 5. - Le projet pédagogique sert de base au projet de convention soumis, en application des dispositions de l'article 12 du décret du 8 octobre 1970 susvisé, au directeur du centre hospitalier et universitaire ou, le cas échéant, au directeur d'un établissement ayant passé convention avec le centre hospitalier et universitaire. La convention est soumise à l'approbation du président de l'université et signée par le directeur de l'unité de formation et de recherche et le directeur du centre hospitalier et universitaire après avis de la commission médicale de cet établissement ou par le directeur de l'établissement conventionné après avis de la commission ou de la conférence médicale compétente.

Art. 6. - En application de la convention citée à l'article 5 ci-dessus, un contrat pédagogique est signé entre le directeur de l'unité de formation et de recherche et chaque chef de service responsable d'un terrain de stage rappelant les objectifs pédagogiques des stages et des gardes et précisant leurs modalités pratiques et leur validation.
Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers, mentionnés à l'article 1-4 du décret du 8 octobre 1970 susvisé sont chargés de veiller respectivement à la coordination de la formation clinique et de l'enseignement théorique, et à celle de la formation à l'urgence par les gardes. Ils déterminent, en accord avec les responsables de stages et les chefs de service, les missions pédagogiques qu'ils confient aux enseignants chargés d'encadrer les étudiants.

Art. 7. - L'enseignement théorique porte sur :
1. Les matières ou groupes de matières obligatoires suivantes : cancérologie ; cardiologie et maladies vasculaires ; dermatologie ; endocrinologie et métabolisme ; gérontologie ; gynécologie obstétrique et contraception ; hématologie ; hépato-gastro-entérologie ; maladies infectieuses et parasitaires dont infections nosocomiales ; médecine légale et toxicologie ; médecine du travail ; médecine d'urgence ; néphrologie et urologie ; neurologie ; notions générales d'anesthésie et de réanimation (préparation des patients à l'anesthésie et soins postopératoires) ; nutrition ; ophtalmologie ; oto-rhino-laryngologie ; pathologie de l'appareil locomoteur et médecine physique ; pédiatrie ; pneumologie ; psychiatrie, radiologie et imagerie médicale ; santé publique (économie de la santé, épidémiologie, médecine préventive et hygiène, vigilance sanitaire et affections iatrogènes) ; soins palliatifs ; stomatologie ; thérapeutique, dont traitement de la douleur ; thermalisme ; toxicomanies.
La pharmacologie doit être étudiée dans chacune des matières ou groupes de matières précités ;
2. Des enseignements à option définis suivant des modalités fixées par l'unité de formation et de recherche de médecine. Les enseignements à option peuvent être des enseignements portant sur des matières médicales non mentionnées dans la liste ci-dessus, des certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales ou du diplôme préparatoire à la recherche biomédicale ou des certificats ou unités de valeur organisés dans d'autres unités de formation et de recherche. Ils peuvent aussi porter sur des enseignements non médicaux utiles à la formation des médecins.
La durée totale des enseignements qui doivent être suivis par chaque étudiant au cours de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ne peut être supérieure à 1 000 heures. Ces enseignements théoriques peuvent être organisés de manière modulaire ou disciplinaire ;
3. Des thèmes d'enseignement jugés prioritaires, parmi lesquels figurent nécessairement la pratique de la médecine générale et la gérontologie. Les autres thèmes sont définis tous les quatre ans par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.
Ces enseignements sont organisés au moins tous les deux ans sous forme de séminaires. Tous les étudiants de la deuxième partie du deuxième cycle doivent y participer. Leur organisation est confiée à un professeur des universités - praticien hospitalier, désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine après avis du conseil de cette dernière.
D'autres séminaires peuvent être organisés par l'unité de formation et de recherche, sur d'autres thèmes sélectionnés par elle.
Chaque unité de formation et de recherche fixe les modalités de validation des enseignements théoriques afférents à une année d'études ainsi que les conditions dans lesquelles un étudiant à qui fait défaut un certificat ou un module est admis à passer dans l'année supérieure.

Art. 8. - La formation clinique comporte une participation à l'activité hospitalière et un stage chez un médecin généraliste.
I. - Participation à l'activité hospitalière
a) Les fonctions hospitalières occupées par les étudiants pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, définies à l'article 1-1 du décret du 8 octobre 1970 susvisé, comportent trente-six mois de stages et trente-six gardes. Les stages ont une durée de deux à quatre mois. Quatre stages doivent nécessairement se faire dans les spécialités suivantes :
- pédiatrie ;
- gynécologie-obstétrique ;
- chirurgie (y compris activités d'anesthésie et de réanimation) ;
- médecine interne ou gériatrie.
Un stage en psychiatrie est recommandé.
b) Les enseignants chargés, selon les conditions précisées à l'article 5 ci-dessus, d'encadrer les étudiants par groupe de quatre à six, doivent contrôler l'acquisition des connaissances correspondant aux objectifs définis dans les carnets de stage des étudiants.
c) Les validations des stages d'une année sont prononcées par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, sur avis des responsables des structures médicales ou médico-techniques ayant accueilli l'étudiant.

Les règles de validation des stages, définies aux articles 1-1 et 7 du décret du 8 octobre 1970 susvisé, sont précisées par le conseil de l'unité de formation et de recherche.
La note affectée au stage prend en compte :
- l'assiduité, le comportement et la participation de l'étudiant ;
- les points attribués au vu de la validation des objectifs contenus dans le carnet de stage ;
- les points obtenus lors d'une épreuve de mise en situation organisée annuellement ou à la fin de chaque stage, devant un jury comportant au moins un professeur des universités - praticien hospitalier. Les points obtenus à cette épreuve comptent pour au moins 30 % de la note totale affectée au stage.
La validation de la totalité des stages afférents à une année d'études conditionne le passage dans l'année supérieure. La moyenne des notes de stages d'une année compte pour 25 % du total des notes de l'année et permet la compensation des notes portant sur les enseignements théoriques, dans la limite de notes éliminatoires fixées par chaque unité de formation et de recherche.
II. - Stage chez le médecin généraliste
Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté. Ce stage est réalisé sur la base d'un projet pédagogique, élaboré par le conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine sur les propositions du département de médecine générale ou de la commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale visés à l'article 6 du décret du 7 avril 1988 susvisé. Ce projet fait l'objet d'un contrat entre le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, le médecin généraliste et le directeur du centre hospitalier régional et universitaire quand il s'agit des étudiants de troisième et quatrième années de deuxième cycle.

Art. 9. - Le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine désigne un enseignant chargé de veiller, en liaison avec le département ou la commission ci-dessus :
- à la présence, dans le contenu de l'enseignement des différentes disciplines prévues à l'article 7-1 ci-dessus, des pathologies les plus courantes en pratique libérale ;
- à l'organisation des séminaires lorsqu'ils concernent la pratique de la médecine générale ;
- à la réalisation du stage chez le praticien, défini à l'article 8-II ci-dessus ;
- à la cohérence entre les enseignements du deuxième cycle et le résidanat. Cet enseignant peut être l'enseignant coordonnateur du troisième cycle de médecine générale mentionné à l'article 6 du décret du 7 avril 1988 susvisé, ou doit travailler en liaison étroite avec lui.

Art. 10. - Des enseignements suivis, et/ou des stages accomplis , dans d'autres unités de formation et de recherche ou d'autres universités françaises ou étrangères peuvent être pris en compte pour la validation de ces trois années, dans le cadre de conventions fixées par les instances universitaires compétentes.

Art. 11. - Nul ne peut prendre plus de cinq inscriptions en plus des trois correspondant aux trois années de la deuxième partie du deuxième cycle.
Aucune de ces trois années d'études ne peut faire l'objet de plus de trois inscriptions.

Art. 12. - Pour valider la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, le candidat doit avoir :
1o Validé l'enseignement théorique ;
2o Validé les stages hospitaliers ;
3o Participé aux séminaires sur les thèmes d'enseignement jugés prioritaires définis au 3o de l'article 7 du présent texte ;
4o Validé trente-six gardes ;
5o Validé le stage auprès d'un médecin généraliste ;
6o Validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 du décret du 7 avril 1988 susvisé.

Art. 13. - En application des dispositions de l'article 1er du décret du 7 avril 1988 susvisé, l'accès au troisième cycle des études médicales est subordonné à la validation préalable du deuxième cycle à l'exception éventuelle de celle d'un enseignement autre que le certificat de synthèse clinique et thérapeutique, selon le règlement d'études fixé par l'unité de formation et de recherche.

Art. 14. - Les étudiants reprenant des études commencées dans le cadre d'une des réglementations fixées en application du décret du 6 mars 1934 portant réorganisation des études médicales en vue du doctorat en médecine, du décret no 60-759 du 28 juillet 1960 modifié portant réforme du régime des études et des examens en vue du doctorat en médecine, ou de l'arrêté du 24 juillet 1970 susvisé, doivent satisfaire, sous réserve des dispositions de la loi du 20 juillet 1992 et du décret du 23 août 1985 susvisés, aux conditions d'études actuellement en vigueur.

Art. 15. - Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux étudiants s'inscrivant en deuxième année de deuxième cycle à compter de la rentrée universitaire 1997-1998, ou pour les universités ayant conclu les conventions prévues à l'article 11 du décret du 8 octobre 1970 susvisé, à compter de la rentrée universitaire 1996-1997. Conformément aux dispositions de l'article 10 du décret du 15 novembre 1996 modifiant le décret du 8 octobre 1970 susvisé, les dispositions relatives aux gardes que doivent effectuer les étudiants, et aux conditions de redoublement de la dernière année du deuxième cycle s'appliquent dès la rentrée universitaire 1996-1997.

Art. 16. - Le directeur général des enseignements supérieurs et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 4 mars 1997.

Le ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur et de la recherche,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général
des enseignements supérieurs,
C. Forestier

Le ministre du travail et des affaires sociales,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J.-F. Girard

Annexe 2

25 novembre 2006 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 26 sur 116

Décrets, arrêtés, circulaires
TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

NOR : *SANP0624349A*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche,
Vu l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;
Vu le code de l'éducation ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ;
Vu l'arrêté du 13 mars 1998 modifiant l'arrêté du 16 mai 1997 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral conformément aux dispositions du décret n° 97-486 du 18 mai 1997, modifié par le décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 relatif aux stages pratiques des résidents auprès des praticiens généralistes agréés ;
Vu l'arrêté du 6 juillet 2006 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements de santé ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 16 octobre 2006,
Arrêtent :

Art. 1er. − Conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 susvisé, à compter de l'année universitaire 2006-2007, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés ».
Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans. Il est agréé par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine dont relève l'étudiant, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale.

Art. 2. − Le stage est effectué sous la responsabilité du maître de stage agréé en liaison avec le directeur du département d'enseignement et de recherche en médecine générale désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.
L'étudiant accompagne son maître de stage, sous sa responsabilité, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures.

Art. 3. – Les objectifs de stage sont les suivants :
– appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels ;
– appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;

– se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique ;
– se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;
– appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;
– comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

Art. 4. – Les conditions dans lesquelles l'étudiant effectue son stage sont fixées dans le cadre d'une convention. Cette convention est conforme à un modèle type annexé au présent arrêté.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale peut suspendre le stage ou y mettre fin à la demande soit du maître de stage agréé, soit de l'étudiant.

Art. 5. – A l'issue de chaque stage, le maître de stage, agréé et l'étudiant renseignent une fiche d'évaluation, selon des modèles annexés au présent arrêté.
La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine.

Art. 6. – Le stage est financé sur le budget du ministère chargé de la santé.
Le financement couvre le remboursement au CHU des indemnités allouées aux étudiants, mentionnées à l'arrêté du 6 juillet 2006 susvisé et à l'UFR des honoraires pédagogiques du maître de stage, déterminés selon les modalités de l'arrêté du 13 mars 1998 susvisé. Le montant de ces honoraires pédagogiques est versé au prorata de la durée du stage.

Art. 7. – Le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur général de l'enseignement supérieur et de la recherche et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 novembre 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
THIERRY BRETON

Le ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
GILLES DE ROBIEN

Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

Le ministre délégué
à l'enseignement supérieur
et à la recherche,
FRANÇOIS GOULARD

Annexe 3

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 134.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

NOR : *SASH0930634A*

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre de la santé et des sports, et le ministre du budget, des comptes publics, et de la fonction publique,
Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 632-1 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales
;
Vu l'arrêté du 16 mai 1997 modifié relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral conformément aux dispositions du décret n° 97-495 du 16 mai 1997 modifié, relatif aux stages pratiques des résidents auprès des praticiens généralistes agréés ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 18 mai 2009,
Arrêtent :

Article 1er
Conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 susvisé, les étudiants, durant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés », dans la limite de trois maîtres de stage par étudiant.

Article 2
Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans. Il est agréé pour cinq ans par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'étudiant, sur proposition du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, après avis motivé du département de médecine générale ou de toute structure équivalente et du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 3
Le stage est effectué, sous la responsabilité du (des) maître(s) de stage agréé(s), en liaison avec le directeur du département de médecine générale ou de la structure équivalente, désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.
L'étudiant accompagne son (ses) maître(s) de stage, sous sa (leur) responsabilité, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures.

Article 4
Les objectifs de stage sont les suivants :
– appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire ;
– appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;
– appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
– se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique ;
– se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;

– appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire ;
– comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

Article 5
Les conditions dans lesquelles l'étudiant effectue son stage sont fixées dans le cadre d'une convention. Cette convention est conforme à un modèle type annexé au présent arrêté.
Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale peut suspendre le stage ou y mettre fin à la demande soit du maître de stage agréé, soit de l'étudiant.

Article 6
A l'issue de chaque stage, le maître de stage agréé et l'étudiant renseignent une fiche d'évaluation.
La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, sur avis motivé du ou des maîtres de stage.

Article 7
Le stage de médecine générale comporte un minimum de six semaines à temps plein, ou trois mois à mi-temps, ou soixante demi-journées, selon l'organisation retenue pour ce stage.
L'ensemble du stage se déroule sur une période maximale de trois mois.

Article 8
Le stage est financé sur le budget du ministère chargé de la santé.
Le financement couvre :
1° Le remboursement à l'établissement d'affectation des rémunérations allouées aux étudiants, en application des dispositions prévues par la section II, chapitre III, titre V, livre Ier, sixième partie du code de la santé publique.
2° Le remboursement à l'unité de formation et de recherche médicale des honoraires pédagogiques versés au maître de stage dans les conditions prévues par l'arrêté du 16 mai 1997 susvisé pour l'accueil d'un étudiant à temps plein. Ces honoraires mensuels sont calculés *prorata temporis* en fonction de la quotité d'accueil de l'étudiant chez le maître de stage chaque mois. Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs maîtres de stage, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois.
3° Le remboursement à l'unité de formation et de recherche médicale des indemnisations forfaitaires versées, le cas échéant, au maître de stage exerçant une activité libérale en vue de compenser la perte de ressources professionnelles durant la formation qui lui est dispensée sous l'égide de l'Université. Ces indemnités forfaitaires sont égales à quinze fois la valeur de la consultation de médecin généraliste, telles qu'elles résultent de l'application des articles L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite de deux journées par maître de stage agréé.

Article 9
L'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1977 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales est abrogé.

Article 10
Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé.

Fait à Paris, le 18 juin 2009.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle,
P. HETZEL

Par empêchement de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :
La chef de service,
C. D'AUTUME

Par empêchement du directeur du budget :
Le sous-directeur,

Sexe :	**H** **F**
Departement d'origine :	

Annexe 4

QUESTIONNAIRE AVANT STAGE

• Citez les 3 premiers mots que vous évoque « Médecine générale »:

-

-

-

• Pour le patient, la médecine générale est :

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une prise en charge globale de la personne				
- une médecine de proximité				
- une orientation vers les spécialistes d'organes				
- un suivi dans la durée				

• D'un point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme :

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une médecine transversale				
- Une diversité des pathologies et des patients				
- Une continuité des soins				
- Une médecine de soins de premier recours				
- Une spécialité médicale				

• Selon vous, que va vous apporter ce stage ?

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une approche du fonctionnement psychologique des patients				
- Une formation à la relation à autrui				
- Les gestes cliniques et techniques de base utilisés en médecine générale				
- La connaissance des conditions d'exercice en médecine générale				
- Une approche des situations fréquentes en médecine générale				
- L'utilisation des examens complémentaires en médecine générale				
- L'utilisation des thérapeutiques				
- l'observation d'une prise en charge non seulement médicale mais aussi sociale, familiale, professionnelle…				
- Une initiation à la gestion d'un cabinet				

• Les propositions suivantes vous paraissent-elles plutôt comme un avantage ou un inconvénient de la profession de médecin généraliste ?

	Avantage	Inconvénient	Ne se prononce pas
- Les situations cliniques, les pathologies rencontrées			
- La globalité de la prise en charge			
- La relation médecin-malade			
- Le suivi du patient			
- Les moyens techniques à disposition			
- L'autonomie professionnelle			
- Les possibilités de choisir son mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe, en maison de santé pluridisciplinaire (avec kiné, infirmières…)			
- La possibilité de diversifier son activité (nutrition, acupuncture…)			
- La gestion du temps de travail			
- La vie de famille			
- L'aspect financier			
- Les responsabilités administratives			

• Envisagez-vous de pratiquer la médecine générale ?

☐ Oui

☐ Probablement

☐ Probablement pas

☐ Non

Sexe :	**H** **F**
Departement d'origine :	

Annexe 5

QUESTIONNAIRE APRES STAGE

• Citez les 3 premiers mots que vous évoque « Médecine générale »:

-

-

-

• Pour le patient, la médecine générale est :

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une prise en charge globale de la personne				
- une médecine de proximité				
- une orientation vers les spécialistes d'organes				
- un suivi dans la durée				

• D'un point de vue de l'exercice médical, la médecine générale se définit comme :

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une médecine transversale				
- Une diversité des pathologies et des patients				
- Une continuité des soins				
- Une médecine de soins de premier recours				
- Une spécialité médicale				

• Que vous a apporté ce stage ?

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Une approche du fonctionnement psychologique des patients				
- Une formation à la relation à autrui				
- Les gestes cliniques et techniques de base utilisés en médecine générale				
- La connaissance des conditions d'exercice en médecine générale				
- Une approche des situations fréquentes en médecine générale				
- L'utilisation des examens complémentaires en médecine générale				
- L'utilisation des thérapeutiques				
- l'observation d'une prise en charge non seulement médicale mais aussi sociale, familiale, professionnelle…				
- Une initiation à la gestion d'un cabinet				

• Les propositions suivantes vous paraissent-elles plutôt comme un avantage ou un inconvénient de la profession de médecin généraliste ?

	Avantage	Inconvénient	Ne se prononce pas
- Les situations cliniques, les pathologies rencontrées			
- La globalité de la prise en charge			
- La relation médecin-malade			
- Le suivi du patient			
- Les moyens techniques à disposition			
- Le rôle de prévention			
- L'autonomie professionnelle			
- Les possibilités de choisir son mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe, en maison de santé pluridisciplinaire (avec kiné, infirmières…)			
- Le choix de son lieu d'exercice			
- La possibilité de diversifier son activité (nutrition, acupuncture…)			
- La gestion du temps de travail			
- La vie de famille			
- L'aspect financier			
- Les responsabilités administratives			

• Votre vision de la médecine générale a-t-elle changé après ce stage ?

Oui ☐ Non ☐

• Envisagez-vous de pratiquer la médecine générale ?

Oui ☐ Probablement ☐ Probablement pas ☐ Non ☐

• Donnez une note à votre stage :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfait très satisfait

Annexe 6

Relevé des trois mots

	D3a	D3b	D4b
Autonomie	8	3	9
Liberté	3	10	6
Indépendance		4	2
Total	11 (9.5%)	17 (11%)	17 (10%)

	D3a	D3b	D4b
1e recours	4	12	13
Proximité	43	39	56
Total	47 (40%)	53 (34%)	69 (40%)

Cadre d'exercice	D3a	D3b	D4b
Cabinet médical	8	3	2
Campagne	10	6	15
Libéral	6	7	13
Gardes	1		
Attente	2	1	
Visites à domicile		4	2
Continuité des soins			2
Maison de santé		1	
Total	27 (23%)	22 (14%)	34 (19%)

	D3a	D3b	D4b
Relation médecin patient	22	22	29
Connaissance du patient	1	1	3
Contact	7	15	15
Confiance	9	9	22
Dialogue	2		1
Ecoute	9	15	7
Empathie	1	4	5
Fidélité	1		
Humanité	1	1	4
Psychologie	1	12	4
Patient	1	6	2
Confidence	1		1
Reconnaissance			2
Convivialité			1
Approche du patient			1
Conseil			1
Education		3	

Soutien		1	
Total	56 (49%)	89 (58%)	98 (57%)

	D3a	D3b	D4b
Globalité	22	28	31
Coordination des soins	1	4	2
Médecin de famille	16	16	16
Multidisciplinaire	9	25	16
Gériatrie	6	3	2
Orientation vers spécialistes	2	4	3
Social	5	12	7
Maladies chroniques		4	1
Total	61 (53%)	96 (62%)	78 (45%)

	D3a	D3b	D4b
Suivi du patient	35	43	44
Prise en charge	1		1
Prévention	3	18	10
Diagnostic			2
Curatif			1
Dépistage			1
Synthèse			3
Total	39 (34%)	61 (40%)	62 (36%)

	D3a	D3b	D4b
Diversité	17	36	48
Thérapeutique	1	2	2
Clinique	2	6	1
Non spécifique	1	1	
Générale			3
Exhaustivité			4
Total	21 (18%)	45 (29%)	58 (33.5%)

Qualités	D3a	D3b	D4b
Dévouement	2	2	3
Disponibilité	2	6	4
Responsabilité	2		3
Engagement	1		
Difficile	3	4	
Compétence	1		
Performante	1		
Investissement		2	2
Abnégation		2	1
Intéressant			2

Sérénité			1
Pragmatisme			1
Tolérance			1
Tranquillité			1
Patience			3
Altruisme		2	
Rigueur		1	
Total	12 (10.5%)	19 (12%)	22 (13%)

Aspects négatifs	D3a	D3b	D4b
Mauvais	1		
Mauvais classement		4	
Pas envie	1		2
Pas de chance	1		
Rébarbatif	1		
Répétitif		2	1
Usant	1		
Prenant			2
Fastidieux	2	1	
Gâchis	1		
Inertie politique	1		
Mal payé	1		
22€	1	1	
Bobologie	6	2	2
Contraignant	1		
Surcharge de travail		4	3
Pas de reconnaissance			1
Chargé			1
Chronophage			1
Sacerdoce			1
Isolement		6	2
Dévalorisé		1	
Total	18 (15.5%)	21 (13.5%)	16 (9%)

	D3a	D3b	D4b
Sécurité sociale	1		
Médecin traitant	1	3	
Administratif	1	3	1
Carte vitale	1		
Arrêt de travail			2
Total	4 (3.5%)	6 (4%)	3 (2%)

Non classés	D3a	D3b	D4b
Aide	1		1
Amour			1
Angine	2		
Argent			2
Automatisme		1	
Burn out			1
Café		1	
Cigarette		1	
Contrainte			1
DESC		1	
Désorganisé	1		
DU		1	
Flexibilité			1
Fondamental		1	
Futur			1
Gastro-entérite		1	
Gestion du temps de travail			2
Grippe	1	1	1
HTA		1	1
Indispensable			1
Inobservance			
Insuffisance			
Lien			1
Lombalgies		3	
Métier			1
Maux		1	
Nancy	1		
Pathologies			1
Périphérie		1	
Peu de gestes techniques			1
Pharmacie	1		
Populaire	1		
Prise de temps	1		
Psychiatrie			1
Quotidien	1		
Rapidité		1	
Rassurer		1	
Récurrence	1		
Renouvellement		5	6

d’ordonnances			
Revalorisation	2		
Rhume	1		
Sémiologie		1	
Simplicité	1		
Soins	2		
Spécialité	2		
Superficialité		1	
Sympathie			1
Tahor	1		
Temps de travail	2		
Tensiomètre			1
Travail			2
Urgences		1	
Vacances			1
Vie		1	
Vie de famille	1		1
Ville	1	1	
Vocation			1

Annexe 7

FOCUS GROUPE AVANT STAGE

Réalisé auprès de 6 étudiants de DCEM3 n'ayant pas effectué leur stage chez le médecin généraliste. Les étudiants seront dénommés par la lettre A suivie du chiffre de leur ordre d'intervention.

1) **Un médecin généraliste découvre un diabète de type 2 chez un de ses patients. Selon vous, que doit-il faire ?**

A1 : hospitaliser le patient. Relever les antécédents, faire un interrogatoire dirigé. Envoyer le patient chez le diabétologue.

A2 : faire le premier bilan de débrouillage en fonction des connaissances du médecin. Puis transmettre le dossier au spécialiste qui fera le diagnostic et le reverra au généraliste pour le suivi à long terme.

A1 : ou il peut tout faire lui-même

A3 : il peut essayer un traitement et adresser au spécialiste en cas d'échec.

A1 : il fait le bilan de la pathologie et de ses complications.

A4 : il transmet le patient à son confrère spécialiste avec les antécédents et le traitement du patient.

A2 : il adresse le patient si c'est un cas grave et que le généraliste ne sait pas gérer seul.

A1 : il peut essayer de gérer seul avec réévaluation et transfert au spécialiste si échec à 3 mois.

2) **Quelle est la place du médecin généraliste dans le système de soins actuel ?**

A1 : au centre. C'est la plaque tournante entre les différents intervenants.

A4 : au premier plan. Il est le premier en contact avec le patient.

A2 : c'est le médecin de famille. Il est censé faire de la prévention primaire.

A4 : faire de la prévention primaire et savoir adresser aux spécialistes.

A1 : il suit le patient sur la durée et sur les différents tableaux, les différentes pathologies qu'il peut présenter.

A4 : il établit une relation de confiance avec toute la famille.

A3 : il doit savoir écouter.

A2 : s'il n'arrive pas à gérer, il doit envoyer à l'hôpital.

A5 : il a un rôle de prévention, comme la vaccination.

A1 : il fait la synthèse des différents médecins que le patient consulte et centralise.

A2 : il s'occupe des traitements de fond.

A3 : il gère les urgences.

A2 : il a le devoir de se former pour continuer à bien s'occuper de ses patients.

A3 : de garder à jour ses connaissances.

A2 : il doit être au courant de tout et se former sur toutes les pathologies. Il fait le lien avec tous les autres spécialistes.

A5 : il s'occupe de toute la famille et peut faire le lien sur les maladies héréditaires ou à composante héréditaires.

Il a un rôle de dépistage.

A2 : c'est le pivot central.

A4 : il suit les patients atteints d'affection longue durée, et s'occupe de la composante psychologique des pathologies.

A6 : il rassure le patient, et a un rôle d'information.

A2 : il renouvelle les ordonnances.

3) Quel est le champ d'activité d'un généraliste ?

A1 : large !

A2 : tout ! De l'aigu, du chronique, du grave, du pas grave, de la psy, de la bobologie.

A3 : du jeune, du vieux, du grand, du petit.

A4 : du social

A2 : les visites à domicile, la gériatrie, les visites en maison de retraite.

A1 : de la gynéco.

A4 : de la gériatrie.

A1 : un peu toutes les spécialités médicales, un petit peu de tout dans les limites de leurs connaissances.

A2 : des soins primaires, de la chirurgie (petites sutures…)

A4 : de la gynéco avec du dépistage (frottis)

A5 : de la psy

A4 : le contact avec les spécialistes.

A5 : la prévention.

A2 : ils peuvent tout faire s'ils considèrent qu'ils en ont les connaissances et les capacités.

A5 : ils peuvent faire des vacations à l'hôpital et se spécialiser dans un domaine plus particulièrement.

A2 : un médecin généraliste, ça fait de tout, enfin j'espère.

A1 : il fait de tout en fonction de ses connaissances et de ses envies, et de sa patientèle.

A2 : il fait plus de soins primaires et de petites urgences. Mais en ville, les patients vont directement aux urgences.

A5 : il fait plus facilement de tout qu'un autre spécialiste.

A3 : en ville, ils font moins de choses, ils font surtout de la psy et de la pédiatrie.

A2 : un libéral en cabinet, il peut prendre des gardes aux urgences.

A5 : et ils ont leurs propres gardes sur leur secteur (avec médigarde, sos médecins)

4) Qu'est-ce qui vous attire dans cette spécialité ?

A4 : la variété justement, soigner les adultes, les enfants, faire un peu toutes les spécialités.

A1 : être proche des patients et pouvoir les suivre au long cours

A6 : la diversité

A4 : établir une relation de confiance avec une famille entière.

A1 : connaitre le patient dans sa vie.

A2 : le planning est flexible, ça c'est bien.

A1 : la liberté de travail.

A2 : mais tu travailles tout seul.

A4 : pas forcément.

A2 : oui, avec un peu de monde, ce n'est pas une équipe entière.

A5 : pas dans les maisons médicales.

A2 : ça, ça m'attirerait plus que tout seul.

A4 : aujourd'hui, il y a plus de possibilités pour travailler en groupe.

A5 : c'est difficile, surtout quand t'es une femme de travailler seule, en plus avec les gardes… et surtout en campagne

A2 : ce qui est attirant, c'est le champ d'activité vaste, faire un peu ce qu'on veut au final. Si on n'a pas envie de faire de la pédiatrie, on ne fait pas de pédiatrie. Mais en fait, on a pas vraiment le choix, si les parents nous emmènent leurs enfants.

A4 : après tu peux dire : non, j'ai pas la compétence.

A1 : « je vous conseille de plutôt aller voir un pédiatre »

A4 : oui, voilà.

Et à l'hôpital, on voit toujours les mêmes pathologies.

5) Qu'est-ce qui vous déplait ?

A4 : de pas pouvoir aller jusqu'au bout des choses quand ça prend trop d'ampleur et être obligé d'adresser à quelqu'un.

A2 : de ne pas voir les patients quand ils sont hospitalisés.

A5 : la bobologie.

A1 : s'occuper des personnes âgées, travailler seul.

A3 : les gardes.

A2 : être déconsidéré par rapport au reste de la profession.

A6 : les horaires.

A5 : après les horaires, c'est toi qui les adapte aussi.

A1 : ça dépend où tu es.

A4 : si t'es dans un village où il n'y a pas d'autre médecin…

A2 : … faut assurer la continuité des soins. Tu assures tout seul la permanence des soins.

A5 : dans ce cas, tu ne t'installes pas là, si tu ne veux pas.

A2 : on aura peut être bientôt plus le choix ! du coup, je ferais pas médecine générale.

A1 : l'avenir incertain de la liberté d'installation…

A5 : les horaires sont flexibles si on s'installe en ville, il faut pas s'installer à la campagne.

A4 : c'est quand même plus intéressant quand t'es à la campagne.

A3 : ce qui me déplait, c'est le côté social, psy.

A2 : moi, c'est la gériatrie qui me repousse.

A5 : et les réquisitions, c'est embêtant, quand t'es obligé de te déplacer et que t'as pas le choix, même si tu travailles pas.

A2 : la gériatrie et trop de psy. On ne peut pas travailler à l'hôpital quand on est en cabinet, moi, j'ai envie de travailler à l'hôpital.

A5 : si, tu peux, tu peux faire un mi-temps.

A4 : tu peux.

A2 : tu peux, mais tu fais quoi ?

A1 : ce que tu veux.

A4 : tu fais des vacations dans la spécialité que tu veux.

A2 : c'est moins facile de faire des vacations quand t'es médecin généraliste que si t'es spécialiste.

A5 : en même temps, avec le nombre de médecins qui vont partir.

6) Comment voyez-vous la journée type d'un généraliste ?

A2 : longue, de 8h à 20-21h. Fatiguante.

A4 : tous les jours, tout le temps.

A2 : à écouter les gens qui racontent leur vie.

A5 : avec de nombreuses consultations.

A3 : en étant pas payé assez.

A6 : avec des périodes grippes ou gastro où l'on voit que ça.

A2 : il fait de renouvellements d'ordonnances.

A4 : alternance de périodes calmes et de périodes où il y a énormément de monde comme de 17 à 21h.

A1 : des difficultés à trouver un remplaçant.

A2 : en fait, t'organises ta journée comme tu veux, si tu veux prendre sur rendez-vous, tu prends sur rendez-vous. Sinon, tu peux faire sans, et c'est le bordel.

A1 : soit sur rendez-vous, soit des consultations libres.

A2 : si tu prends sans rendez-vous, tu galères.

A5 : tu peux prendre une secrétaire pour organiser ta journée.

A4 : il y a des endroits où tu peux pas prendre sur rendez-vous.

A2 : et si tu donnes ton numéro de téléphone à tes patients, t''as plus de vie.

A1 : ils ont peu de temps libre.

A2 : c'est comme un cadre supérieur qui bosse de 8h à 20h. Ils ont des loisirs et ont un peu plus d'argent que la moyenne.

A4 : mais avec un peu moins de temps. Les 35h, on peut déjà oublier.

A2 : l'avantage, c'est que les horaires de travail soient flexibles. Alors, si on décide qu'on ne travaille pas le week-end, ou un week-end sur trois, on peut organiser ses loisirs à ce moment-là.

A5 : et les gardes ?

A1 : les gardes ne sont pas obligatoires.

A2 : mais ils doivent se former pendant leur temps libre aussi.

A4 : le midi tu manges un sandwich entre deux patients.

A2 : t'as un quart d'heure pour manger maxi, tu t'arrêtes pas.

7) Qu'attendez-vous de ce stage ?

A2 : de découvrir la médecine générale.

A1 : d'avoir le temps de bosser les examens.

A3 : voir ce que c'est.

A2 : m'enlever mes à priori sur la médecine générale.

A5 : qu'on me montre un examen clinique correct et complet.

A2 : la comptabilité d'un cabinet.

A4 : la gestion d'un cabinet.

A6 : les impôts.

A2 : ce stage est bien pour ceux qui hésitent à faire de la médecine générale, du coup, ils sauront ce que c'est à l'avance. On nous oblige à passer partout, en chirurgie, en gynécologie… il faut passer partout, en médecine générale aussi, pour savoir ce que c'est.

A6 : ceux qui veulent faire généraliste sont déjà convaincus que c'est la bonne décision, et ceux qui ne veulent pas en faire le savent aussi. Ca va rien changer.

A2 : j'aimerai aussi faire des consultations seule en étant supervisée. Et faire les prescriptions.

Il faut convaincre les étudiants que devenir généraliste n'est pas un échec mais peut être un choix.

A5 : faire changer d'avis ceux qui pensent que c'est nul, après ce stage, ils verront la médecine générale différemment.

A1 : mais plein de gens ne trouvent pas la médecine générale nulle.

A3 : c'est pas nul, c'est différent.

8) D'autres commentaires ?

A2 : il existe un paradoxe à la faculté, qui fait la promotion de la médecine générale, et nous menace de finir généraliste si on échoue à l'internat !

Annexe 8
FOCUS GROUPE APRES STAGE

Réalisé auprès de 6 étudiants de DCEM4 ayant effectué leur stage chez le médecin généraliste. Les étudiants seront dénommés par la lettre B suivie du chiffre de leur ordre d'intervention.

1) Un médecin généraliste découvre un diabète de type 2 chez un de ses patients. Selon vous, que doit-il faire ?

B7 : le bilan.

B8 : le bilan du diabète, la déclaration d'ALD, et il le revoit vers les spécialistes adéquats.

B9 : il donne des conseils hygiéno-diététiques.

B8 : il fait l'annonce du diagnostic. Il fait le bilan de la maladie avant de l'envoyer chez le spécialiste si besoin.

B10 : tu vas pas l'envoyer chez le spécialiste…

B8 : tu peux.

B10 : non

B9 : tu fais la prescription de tous les examens complémentaires, et tu lui prends les rendez-vous adaptés à son cas.

B11 : tu l'examines.

B7 : est-ce que c'est pas plus simple de l'envoyer chez le diabéto ?

B9 : si t'arrives pas à l'équilibrer, tu l'envoies chez le diabéto. Tu passes la main que si t'y arrives pas, tu vas pas envoyer tous les diabétiques chez le spécialiste.

B8 : bien sûr, que tu le fais toi-même, sinon, tu sers à rien.

B11 : c'est ça.

2) Quelle est la place du médecin généraliste dans le système de santé actuel ?

B9 : centrale, il est au centre.

B8 : au centre et au 1e plan.

B12 : au début et à la fin, il assure la continuité.

B11 : ben oui, parce que c'est lui qui fait le diagnostic et qui prend les décisions.

B8 : il est là tout le temps. C'est le relai de tous les autres médecins. C'est celui qui est le plus proche du patient. Il fait le relai avec les autres.

B9 : il fait pas que prendre le relai, il décide aussi des traitements. Après ça dépend de ton exercice médical.

B8 : il est au centre et il est le plus proche du patient.

B9 : c'est l'intermédiaire, je dirais. Entre le patient et les spécialistes. Quand les patients sortent de chez le spécialiste, en général, ils comprennent rien. C'est le traducteur.

B8 : une position centrale.

B11 : il explique au patient ce que les spécialistes ne lui ont pas expliqué. « Je vais me faire opérer, mais ça va se passer comment ? »

B9 : un rôle de dépistage aussi, de prévention primaire et d'information sur les risques.

B8 : un rôle de conseil.

B10 : prescrire les médicaments les moins chers pour le système de santé.

B11 : demande de prise en charge à 100% et toutes les démarches administratives.

B9 : y a du psychologique aussi.

B8 : un rôle de soutien, d'écoute.

3) Quel est le champ d'activité d'un généraliste ?

B9 : ça dépend. Ça s'arrête là où le généraliste ne se sent plus capable.

B8 : il s'arrête là où commence celui des autres.

B11 : à la campagne, les gens vont pas forcément amener tout de suite leurs enfants chez le pédiatre, ils sont bien content d'avoir le médecin généraliste.

B10 : c'est comme pour la gynéco

B8 : en gros les gynéco servent à rien, les généralistes savent le faire.

B10 : y a des patients qui refusent d'aller voir le gynéco, et préfèrent voir leur généraliste.

B9 : y a des médecins qui suturent, y a des médecins qui font les prises de sang, y en a qui font de la gynéco et d'autres qui n'en font pas.

B10 : c'est comme les ECG, y en a qui en ont.

B9 : ça dépend aussi du matériel que t'as.

B8 : le champ d'activité est lié à la connaissance et à la volonté de chacun. C'est adaptable.

B11 : et suivant le type d'activité qu'il veut avoir.

B10 : et du secteur où t'es, s'il y a beaucoup d'enfant ou de personnes agées.

B9 : c'est fonction de la patientèle.

B11 : il y a possibilité de gestion de maison de retraite.

B7 : y en a qui font que des renouvellements d'ordonnances et ils orientent vers les spécialistes, ils passent la main.

Il y a trop de psy, de bobologie, c'est toujours la même chose.

4) Qu'est-ce qui vous attire dans cette spécialité ?

B7 : l'argent.

B12 : l'argent.

B11 : la diversité.

B10 : l'argent.

B12 : l'autonomie, tu fais ce que tu veux quand tu veux.

B8 : l'autonomie, la diversité, la liberté d'installation.

B12 : l'indépendance.

B8 : la relation privilégiée avec le patient.

B12 : c'est ça. Le rôle social que t'as avec les patients.

B8 : la notion de médecin de famille.

B12 : la diversité de l'activité.

B7 : le temps libre. T'es tout seul, personne sur ton dos.

B8 : la possibilité de se « spécialiser » dans certains domaines.

B9 : la vie de famille conciliable avec l'activité thérapeutique.

B12 : la possibilité de visites à domicile.

B10 : tu fais ce que tu veux quand tu veux.

B8 : la liberté.

B9 : la liberté d'installation aussi. Tu peux t'associer avec d'autres gens dans des maisons médicales.

B8 : oui, la possibilité d'avoir des maisons médicales et de pouvoir partir en vacances quand tu veux.

B11 : tu peux t'associer à d'autres médecins, et à d'autres spécialistes, des kinés, des infs.

B9 : tu choisis plus ou moins ta patientèle. Si tu t'entends pas avec des gens, ils s'en iront. T'as une patientèle qui te ressemble après.

B8 : tout ce qui est organisé pour les FMC, et qui peut encore se développer.

B7 : t'as pas de garde.

B9 : l'importance de la clinique, c'est la clinique qui prime, y a pas surdose d'examens complémentaires.

B7 : à la base, tu fais ce que tu veux, quand tu veux, t'as envie de bosser deux heures, tu bosses deux heures. Tu fais pas de gardes si t'as pas envie.

B9 : la relation poussée avec le patient.

B8 : le développement de la filière universitaire de médecine générale.

B11 : la médecine générale a été vachement plus pris à l'internat cette année.

5) Qu'est-ce qui vous déplait ?

B8 : le manque de reconnaissance. Trop de psy.

B9 : trop de gériatrie.

B8 : trop de social.

B11 : les gens qui ont tout le temps quelque chose qui va pas.

B12 : le manque de moyens.

B7 : la psy c'est l'horreur.

B8 : la bobologie : « mal de dos, gastro, angine »

B9 : des pathologies pas intéressantes.

B11 : si jamais y a vraiment une urgence, ça c'est intéressant.

B8 : l'impossibilité d'aller jusqu'au bout des choses.

B9 : les gens qui s'attendent à ce que tu sois dispo 24h/24. La servitude des généralistes.

B7 : les charges à payer.

B11 : l'administratif quand même.

B8 : l'administratif, le secrétariat.

B9 : t'as l'impression de rien finir, tu passes la main.

B8 : t'as pas d'horaires fixes.

B11 : tu peux pas faire plein d'examens complémentaires pour ton diagnostic.

B8 : le manque de moyens au niveau des examens complémentaires. La difficulté d'organiser les examens complémentaires.

B8 : parfois, il faut expliquer longuement parce que les patients comprennent rien.

B12 : trop de social.

B8 : la difficulté de s'installer, de gagner la confiance des gens, le cout de l'installation.

B12 : t'es trop appelé pour des bêtises.

B11 : après c'est à toi de poser les bonnes questions avant pour savoir si c'est une vraie urgence.

B12 : t'es trop patientèle dépendant, tu peux pas les virer, t'as besoin d'eux pour gagner ta vie.

B9 : comme tous les métiers en fait.

B12 : un médecin à l'hôpital il s'en fout, il aura le même salaire.

B9 : pas de vie de famille.

B8 : c'est impossible de connaitre tout sur toutes les pathologies de tous les patients.

B9 : t'as l'impression de savoir tout un petit peu.

B8 : tout savoir superficiellement.

B9 : c'est clair, et les patients viennent mais ils disent pas forcément tout, et tu peux faire des erreurs à cause de ça. T'es dépendant de ce qu'eux veulent bien te dire sur leur santé.

B12 : à l'hôpital aussi…

Les généralistes sont la première cible de la sécu.

B9 : quand il y a un problème de traitement, on se tourne vers qui, vers le médecin généraliste. C'est lui qui doit faire la synthèse de tous les traitements donnés par les spécialistes. C'est lui qui est fautif s'il y a des interactions. C'est à lui de vérifier.

B12 : première cible de la sécu pour ce qui est contrôles, réformes…

B10 : la précarité des droits.

B9 : le statut que t'as envers tous les autres médecins qui te considère comme un sous médecin.

B8 : le manque d'estime.

B9 : t'es obligé d'attendre que ta salle d'attente soit vide pour rentrer chez toi, et quand les patients arrivent tous à 18h et que ta salle d'attente s'est remplie…

B11 : quand à 20h t'es encore dans ton cabinet… sachant que t'y es depuis 8h du matin.

B9 : tu peux avoir des horaires très très lourds.

B12 : et ça peut te mener au divorce.

B8 : des gens qui font d'autres métiers aussi divorcent.

B11 : faut que tu te dises qu'il y a pas que les médecins qui divorcent.

6) Quelle est la journée type d'un généraliste ?

B12 : visites le matin, consultations l'après-midi.

B8 : consultations toute la journée, tous les jours, sur rendez-vous, sauf un jour par semaine où c'est visites à domicile.

B12 : visites domicile le matin de 8 à 12h. De 12 à 23h : consultations sur rendez-vous quatre jours par semaine. Et deux jours par semaine, activités autres.

B9 : trois matins par semaine : visites à domicile. Le reste en consultations libres.

B10 : du lundi au samedi, consultations à partir de 10h30, sans rendez-vous le matin, sur rendez-vous l'après midi, jusque 19h.

B7 : consultations le matin à partir de 9h, et à partir de 16h l'après midi.

B11 : consultations de 8h à 12h et de 13h à 19h30 avec ou sans rendez-vous selon les demi-journées.

7) Que vous a apporté ce stage ?

B8 : c'était un stage tranquille.

B11 : j'ai appris beaucoup de trucs sur les différents examens cliniques (ortho, ORL…), je suis ressortie de là au top. Regarder dans une oreille, jamais on m'avait montré.

B8 : prendre la tension sans dinamap.

B12 : faire une ordonnance.

B9 : les médecins étaient bien plus enclins à nous apprendre des trucs et à nous montrer les gestes qu'à l'hôpital où on a peur de dire qu'on ne sait pas.

B12 : t'es plus encadré et du coup, t'apprends plus.

B9 : on n'a pas peur de dire « je sais pas le faire » et du coup, on apprend.

B11 : au début, il faisait avec moi et après il me disait « c'est toi qui fait ».

B8 : ouais, on a plus de liberté aussi. On nous responsabilise.

B11 : par rapport à l'époque où mon prat était étudiant, il me disait qu'il faisait la même chose que les internes en stage. Et il savait pas trop ce qu'il pouvait me laisser faire, du coup, j'ai fait pleins de trucs.

B12 : comment fonctionne un cabinet, ce qu'est la médecine générale.

B9 : la gestion aussi.

B12 : l'administratif.

B10 : le relationnel avec les patients.

B8 : la relation de confiance avec les patients.

B9 : ça définit le rôle exact du médecin généraliste.

B12 : connaitre le temps d'une consultation.

B8 : les choses à ne pas oublier.

B9 : ça a permis de confronter toutes les idées reçues à la réalité.

B11 : à aborder les problèmes psy, sociaux.

B8 : parler du dépistage et convaincre les gens, la prévention tabac, alcool… Comment aborder ce genre de sujet

B9 : l'annonce d'une maladie grave.

B11 : quand tu sors du stage de médecine générale, tu penses plus à la prévention.

B8 : apprendre l'utilisation des examens complémentaires et pas dire on fait ça, ça et ça sans vraiment savoir ce que l'on cherche.

B9 : gérer la télétransmission.

B8 : gérer la sécu, la mutuelle…
Apprendre à faire une synthèse.

B12 : les arrêts de travail, les ALD..

B9 : toute la paperasserie.

B8 : comment gérer sa formation. On a appris comment fonctionnaient les visites à domicile.

B11 : t'as rien à ta disposition, juste ton examen clinique.

B9 : apprendre à gérer une consultation. Voir ce que ressent le patient par rapport à l'hôpital, être de l'autre côté par rapport au spécialiste.

B11 : on a quand même découvert la misère des gens.

B9 : la médecine sociale

B8 : la pauvreté intellectuelle.

B11 : tu vois le milieu dans lequel ils vivent.

B12 : apprendre à passer du langage médical au langage commun.

B9 : il faut s'adapter au niveau des gens.

8) Qu'attendiez-vous et qu'avez-vous découvert ?

B8 : je m'attendais à voir pleins de patients différents et en fait c'est toujours les mêmes.

B9 : y en a qui reviennent trois fois par mois.

B11 : je m'attendais à voir plus de patients chroniques que ça en fait.

B8 : ouais, moi aussi.

B9 : moi, j' m'attendais à en voir moins, à voir plus de patient que le médecin ne connaissait pas. Ils venaient la plupart du temps pour des renouvellements d'ordonnance.

B11 : moi, des renouvellements d'ordonnances, il y en avait deux par matinée maximum.

B8 : je m'attendais à ce que les consultations soient moins longues. Je m'attendais à ce que ça dure un quart d'heure, mais c'était plus d'une demi-heure à chaque fois.

B9 : je m'attendais à plus d'urgences chez le médecin généraliste.

B11 : moi, j'en ai vu des urgences avec hospitalisation.

B8 : je m'attendais à plus de paperasses, finalement, y en a pas tant que ça. Et je m'attendais à moins d'arrêts de travail.

B9 : y a des gens qui viennent tout le temps pour ça…

B8 : je m'attendais aussi à ce que ce soit moins bien organisé au niveau informatique et dossier du patient.

B11 : je pensais qu'il y avait moins de psy.

B8 : je m'attendais à être plus passif dans le stage que ce que j'ai été.

B9 : je m'attendais pas à ce que des gens qui n'ont rien viennent juste pour discuter. Et je pensais plus sortir de la salle alors que les patients acceptaient assez ma présence.

B8 : oui, c'est vrai. Je m'attendais à plus de gestes : sutures, vaccins, y en a pas eu tant que ça finalement.

B9 : je m'attendais à beaucoup de gériatrie et il y a eu beaucoup de gériatrie.

B11 : moi j'ai pas trouvé qu'il y en avait beaucoup, mais il y avait pas mal de pedia.

B8 : je m'attendais à moins de prévention et de dépistage.

B9 : ils se basent beaucoup sur les recommandations en fait. Mais ça dépend des médecins, je suppose.

B11 : pour les FMC, il allait une fois par semaine en formation.

B8 : ils participent aussi beaucoup à des études.

9) Avez-vous d'autres commentaires ?

B8 : je pense que le stage est faussé par rapport à la médecine générale parce que justement c'est des médecins volontaires qui sont maitres de stage et donc très impliqués dans la formation et plus motivés pour nous apprendre. C'est pour ça aussi que c'est un meilleur stage que les stages au CHU.

B12 : c'est que 100 heures, on y va pas souvent.

B8 : ça fait pas beaucoup d'heures.

B12 : on est limité à une période de l'année.

B8 : ce qui n'est pas forcément pratique, c'est que les médecins ont des internes en même temps, c'est pas facile de jongler entre interne et externe.
On voit pas tout ce qu'il y a à côté de la médecine générale. On voit que la médecine générale de cabinet, on voit pas ceux qui ont des DESC ou des capacités à côté.

B11 : moi, je suis à l'hôpital où mon prat faisait des vacations. Il fait des fibros une fois par semaine et il m'a emmené.

B8 : on voit pas les médecins de la SNCF, de la sécu… ceux qui ont des activités à côté. Ceux qui font autre chose que de la médecine générale en cabinet, on les voit pas.

B7 : on finissait rarement à l'heure…

B9 : on a plus de reconnaissance qu'à l'hôpital où on nous prend pour l'infirmière ou la secrétaire. Les patients étaient vraiment sympas.

B8 : les patients sont plus libérés quand ils sont chez le généraliste. A l'hôpital, ils ont peur, ils osent pas dire quand ils comprennent pas

B9 : tu les voient vraiment tels qu'ils sont.

Les spécialistes prennent les généralistes pour des nuls mais les généralistes prennent les spécialistes pour des nuls aussi.

C'est stupide de dire que c'est les plus nuls qui font médecine générale, t'es quand même obligé d'avoir des connaissances sur tout, car c'est toi qui oriente le patient après…

VU

NANCY, le **3 septembre 2010**

Le Président de Thèse

Mme le Professeur K. ANGIOI

NANCY, le **9 septembre 2010**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **14 septembre 2010**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

Pendant l'année universitaire 2007-2008, la faculté de médecine de Nancy a mis en place un stage en médecine générale pour tous les étudiants en DCEM3. Le but de ce travail était de recueillir les attentes des étudiants face à ce stage et d'étudier leur vécu et leur perception de la médecine générale.

115 étudiants ont été interrogés avant leur stage et 326 étudiants l'ont été après le stage. Afin d'élargir le débat, une étude qualitative sous forme de focus groupes a été réalisée avant et après ce stage.

Les étudiants attendaient de découvrir les spécificités de l'exercice de la médecine générale et la diversité des pratiques, leur permettant un choix éclairé pour les Epreuves Classantes Nationales.

Leurs attentes ont été satisfaites, en particulier la découverte d'une prise en charge globale, de la relation singulière médecin-patient et de l'univers libéral. Leur vision du métier de généraliste en est ressortie plus positive.

TITRE EN ANGLAIS

Evaluation of the internship in general practice in second cycle of medical studies in Nancy

---

THESE DE MEDECINE GENERALE 2010

MOTS CLEFS : médecine générale, étudiant, stage, enseignement, second cycle, pédagogie

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex