

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNÉE 2017

THESE

N°2017PA06G032

PRESENTEE POUR LE DIPLOME

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Mme Chloé PERDRIX

NEE LE 27 Septembre 1986 à PARIS 14^{EME}

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01/06/2017

« DETERMINANTS DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE L'UPMC A

CHOISIR UN SASPAS LORS DE LEUR SPÉCIALISATION. »

DIRECTEUR DE THESE : Dr CADWALLADER Jean-Sébastien

CO-DIRECTRICE DE THESE : Dr CHASTANG Julie

PRESIDENTE DE THESE : Pr MAGNIER Anne-Marie

MEMBRES DU JURY :

Dr CADWALLADER Jean-Sébastien

Dr CHASTANG Julie

Pr BARUCH Dan

Pr LAFORTUNE Jean

Dr DE BECO Antoine

REMERCIEMENTS

- Dr Cadwallader Jean-Sébastien, je ne pouvais pas espérer meilleur directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ton sens pédagogique et ton perfectionnisme
- Dr Julie Chastang, merci de m'avoir suggéré ce sujet de recherche et ainsi de m'avoir remise sur les rails de la thèse
- Pr Anne-Marie Magnier, merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse, c'est un grand honneur pour moi. Merci pour votre soutien dans mes différents projets dont celui de faire un second SASPAS en Nouvelle-Calédonie. Cette expérience professionnelle a été l'une des meilleures de mon internat
- Dr Antoine de Beco, un tuteur exceptionnel, extrêmement bienveillant, soutenant. J'ai eu beaucoup de chance de vous avoir. J'ai compris avec vous combien un tuteur pouvait être important dans le parcours d'un(e) interne. De mes premiers pas au syndicat parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG), en passant par le syndicat national (ISNAR-IMG) à mon envolée vers l'international (congrès de l'Association Médicale Mondiale à Tokyo, SASPAS en Nouvelle Calédonie, voyage en Asie, organisation du congrès VdGM à Strasbourg), vous avez toujours été d'un soutien sans faille. Malgré vos grandes responsabilités et votre expérience, vous restez accessible et humble. Le monde irait mieux s'il y avait plus de personnes comme vous. Merci
- Professeur Jean Lafortune et Professeur Baruch, respectivement responsables des SASPAS à l'UPMC et à l'Université de Paris Diderot, merci d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse et merci de l'intérêt que vous y portez. J'espère

sincèrement qu'elle aidera à développer les SASPAS et les stages ambulatoires en général dans le futur

- Dr Emna Zarrad, Dr Camille DUPLAY et Maman, « les coachs de ma thèse »
- Yasminah et May pour la relecture
- Merci à l'ISNAR-IMG qui m'a permis de m'épanouir dans ma profession et d'ouvrir le champs de mes compétences. J'espère que cette structure gardera toujours sa rigueur et sa bienveillance
- Merci à l'équipe de Saint-Exupéry Network, l'ouverture de la médecine générale française à un niveau international a beaucoup à nous offrir. Merci de porter ces idées ensemble.
- Dr Soares, Dr Abramovici et Dr Mondrzak, vous avez été des maîtres de stage inoubliables. Dr SOARES pour ton humanité, ton humour, ton professionnalisme, pour ta réassurance et pour m'avoir permis de découvrir les centres de santé ; Dr Abramovici pour ton hospitalité, ton dynamisme, pour m'avoir fait découvrir l'hypnose ou les coulisses de la revue Médecine, Dr Mondrzak pour ton sens de l'engagement, ta rigueur et pour m'avoir enseigné des techniques de communication. Vous avez été des modèles, et comme le dit une des interviewée, je me surprends souvent à réagir de la même manière que vous face à mes patients. Vous avez contribué à construire mon identité de médecin. Merci.
- Enfin, merci à ma Maman, le « roc » de ma vie. Toujours là pour moi. Merci pour tes bons conseils, ta sagesse, ton amour. Je t'aime.
- Merci à Mario mon beau-père qui contribue et renforce ce « roc » sur lequel je peux me reposer parfois et ce depuis plus de 15 ans déjà !
- Merci au reste de ma famille et mes amis, soutenant tout le long de ces études,
- Une grande pensée pour Papa.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2014)

1. ALAMOWITCH Sonia NEUROLOGIE – Hôpital TENON
2. AMARENCO Gérard NEURO-UROLOGIE – Hôpital TENON
3. AMSELEM Serge GENETIQUE / INSERM U.933 – Hôpital TROUSSEAU
4. ANDRE Thierry SERVICE DU PR DE GRAMONT – Hôpital SAINT-ANTOINE
5. ANTOINE Jean-Marie GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
6. APARTIS Emmanuelle PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. ARLET Guillaume BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
8. ARRIVE Lionel RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. ASSOUAD Jalal CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
10. AUCOUTURIER Pierre UMR S 893/INSERM – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. AUDRY Georges CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE – Hôpital TROUSSEAU
12. BALLADUR Pierre CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
13. BAUD Laurent EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI – Hôpital TENON
14. BAUJAT Bertrand O.R.L. – Hôpital TENON
15. BAZOT Marc RADIOLOGIE – Hôpital TENON
16. BEAUGERIE Laurent GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
17. BEAUSSIER Marc ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
18. BENIFLA Jean-Louis GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
19. BENSMAN Albert NEPHROLOGIE ET DIALYSE – Hôpital TROUSSEAU
20. BERENBAUM Francis RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
21. BERNAUDIN J.F. HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
22. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry NEURO-PEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
23. BOCCARA Franck CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. BOELLE Pierre Yves INSERM U.707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
25. BOFFA Jean-Jacques NEPHROLOGIE ET DIALYSES – Hôpital TENON
26. BONNET Francis ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital TENON
27. BORDERIE Vincent Hôpital des 15-20
28. BOUDGHENE Franck RADIOLOGIE – Hôpital TENON
29. BREART Gérard GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
30. BROCHERIOU Isabelle ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TENON
31. CABANE Jean MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. CADRANEL Jacques PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON
33. CALMUS Yvon CENTRE DE TRANSPL. HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. CAPEAU Jacqueline UMRS 680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
35. CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes URGENCES PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
36. CARBONNE Bruno GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. CARETTE Marie-France RADIOLOGIE – Hôpital TENON
38. CARRAT Fabrice INSERM U 707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
39. CASADEVALL Nicole IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
40. CHABBERT BUFFET Nathalie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
41. CHAZOILLERES Olivier HEPATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
42. CHRISTIN-MAITRE Sophie ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
43. CLEMENT Annick PNEUMOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU

44. COHEN Aron CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
45. CONSTANT Isabelle ANESTHESIOLOGIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
46. COPPO Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. COSNES Jacques GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
48. COULOMB Aurore ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – Hôpital TROUSSEAU
49. CUSSENOT Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
50. DAMSIN Jean Paul ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
51. DE GRAMONT Aimery ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
52. DENOYELLE Françoise ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital TROUSSEAU
53. DEVAUX Jean Yves BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
54. DOUAY Luc HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. DOURSOUNIAN Levon CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
56. DUCOU LE POINTE Hubert RADIOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
57. DUSSAULE Jean Claude PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
58. ELALAMY Ismaïl HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TENON
59. FAUROUX Brigitte UNITE DE PNEUMO. PEDIATRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
60. FERON Jean Marc CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO. – Hôpital SAINT-ANTOINE
61. FEVE Bruno ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
62. FLEJOU Jean François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHO.- Hôpital SAINT-ANTOINE
63. FLORENT Christian HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
64. FRANCES Camille DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE – Hôpital TENON
65. GARBARG CHENON Antoine LABO. DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
66. GIRARD Pierre Marie MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
67. GIRARDET Jean-Philippe GASTROENTEROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
68. GOLD Francis NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
69. GORIN Norbert HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
70. GRATEAU Gilles MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
71. GRIMPREL Emmanuel PEDIATRIE GENERALE – Hôpital TROUSSEAU
72. GRUNENWALD Dominique CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
73. GUIDET Bertrand REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
74. HAAB François UROLOGIE – Hôpital TENON
75. HAYMANN Jean Philippe EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TENON
76. HENNEQUIN Christophe PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
77. HERTIG Alexandre NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
78. HOURY Sidney CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON
79. HOUSSET Chantal UMRS 938 et IFR 65 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
80. JOUANNIC Jean-Marie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
81. JUST Jocelyne CTRE DE L'ASTHME ET DES ALLERGIES – Hôpital TROUSSEAU
82. LACAINE François CHIR. DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON (Surnombre)
83. LACAU SAINT GIULY Jean ORL – Hôpital TENON
84. LACAVE Roger HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
85. LANDMAN-PARKER Judith HEMATOLOGIE ET ONCO. PED. – Hôpital TROUSSEAU
86. LAPILLONNE Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
87. LAROCHE Laurent OPHTALMOLOGIE – CHNO des 15/20
88. LE BOUC Yves EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
89. LEGRAND Ollivier POLE CANCEROLOGIE – HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
90. LEVERGER Guy HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES – Hôpital

TROUSSEAU

91. LEVY Richard NEUROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
92. LIENHART André ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
93. LOTZ Jean Pierre ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital TENON
94. MARIE Jean Pierre DPT D'HEMATO. ET D'ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
95. MARSAULT Claude RADIOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
96. MASLIAH Jöelle POLE DE BIOLOGIE/IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
97. MAURY Eric REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
98. MAYAUD Marie Yves PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
99. MENU Yves RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
100. MEYER Bernard ORL ET CHRI. CERVICO-FACIALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
101. MEYOHAS Marie Caroline MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital SAINT-ANTOINE
102. MITANCHEZ Delphine NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
103. MOHTI Mohamad DPT D'HEMATO. ET D'ONCO. MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
104. MONTRAVERS Françoise BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital TENON
105. MURAT Isabelle ANESTHESIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
106. NETCHINE Irène EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
107. OFFENSTADT Georges REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
108. PAQUES Michel OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
109. PARC Yann CHIRURGIE DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
110. PATERON Dominique ACCUEIL DES URGENCES – Hôpital SAINT-ANTOINE
111. PAYE François CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
112. PERETTI Charles Siegfried PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
113. PERIE Sophie ORL – Hôpital TENON
114. PETIT Jean-Claude BACTERIOLOGIE VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
115. PIALOUX Gilles MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital TENON
116. PICARD Arnaud CHIRURGIE. MAXILLO-FACIALE ET STOMATO. – Hôpital TROUSSEAU
117. POIROT Catherine HISTOLOGIE A ORIENTATION BIO. DE LA REPRO. – Hôpital TENON
118. RENOLLEAU Sylvain REANIMATION NEONATALE ET PED. – Hôpital TROUSSEAU
119. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE – Hôpital ROTHSCHILD
120. RODRIGUEZ Diana NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
121. RONCO Pierre Marie UNITE INSERM 702 – Hôpital TENON
122. RONDEAU Eric URGENCES NEPHROLOGIQUES – Hôpital TENON
123. ROSMORDUC Olivier HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
124. ROUGER Philippe Institut National de Transfusion Sanguine
125. SAHEL José Alain OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
126. SAUTET Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
127. SCATTON Olivier CHIR. HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION – Hôpital SAINT-ANTOINE

128. SEBE Philippe UROLOGIE – Hôpital TENON
129. SEKSIK Philippe GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
130. SIFFROI Jean Pierre GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES – Hôpital TROUSSEAU
131. SIMON Tabassome PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
132. SOUBRANE Olivier CHIRURGIE HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
133. STANKOFF Bruno NEUROLOGIE – Hôpital TENON
134. THOMAS Guy PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
135. THOUMIE Philippe REEDUCATION NEURO-ORTHOPEDIQUE – Hôpital ROTHSCHILD
136. TIRET Emmanuel CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
137. TOUBOUL Emmanuel RADIOTHERAPIE – Hôpital TENON
138. TOUNIAN Patrick GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital TROUSSEAU
139. TRAXER Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
140. TRUGNAN Germain INSERM UMR-S 538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
141. ULINSKI Tim NEPHROLOGIE/DIALYSES – Hôpital TROUSSEAU
142. VALLERON Alain Jacques UNITE DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
143. VIALLE Raphaël ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
144. WENDUM Dominique ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
145. WISLEZ Marie PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE (Année 2014)**

1. ACAR Christophe CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
2. AGUT Henri BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
3. ALLILAIRE Jean-François PSYCHIATRIE ADULTES
4. AMOUR Julien ANESTHESIE REANIMATION
5. AMOURA Zahir MEDECINE INTERNE
6. ANDREELLI Fabrizio MEDECINE DIABETIQUE
7. ARNULF Isabelle PATHOLOGIES DU SOMMEIL
8. ASTAGNEAU Pascal EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
9. AURENGO André BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
10. AUTRAN Brigitte IMMUNOLOGIE ET BIOLOGIE CELLULAIRE
11. BARROU Benoît UROLOGIE
12. BASDEVANT Arnaud NUTRITION
13. BAULAC Michel ANATOMIE
14. BAUMELOU Alain NEPHROLOGIE
15. BELMIN Joël MEDECINE INTERNE/GERIATRIE Ivry
16. BENHAMOU Albert CHIRURGIE VASCULAIRE Surnombre
17. BENVENISTE Olivier MEDECINE INTERNE
18. BITKER Marc Olivier UROLOGIE
19. BODAGHI Bahram OPHTALMOLOGIE
20. BODDAERT Jacques MEDECINE INTERNE/GERIATRIE
21. BOURGEOIS Pierre RHUMATOLOGIE
22. BRICAIRE François MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
23. BRICE Alexis GENETIQUE/HISTOLOGIE
24. BRUCKERT Eric ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

25. CACOUB Patrice MEDECINE INTERNE
26. CALVEZ Vincent VIROLOGIE
27. CAPRON Frédérique ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
28. CARPENTIER Alexandre NEUROCHIRURGIE
29. CATALA Martin CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
30. CATONNE Yves CHIRURGIE THORACIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
31. CAUMES Eric MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
32. CESSÉLIN François BIOCHIMIE
33. CHAMBAZ Jean INSERM U505/UMRS 872
34. CHARTIER-KASTLER Emmanuel UROLOGIE
35. CHASTRE Jean REANIMATION MEDICALE
36. CHERIN Patrick CLINIQUE MEDICALE
37. CHICHE Laurent CHIRURGIE VASCULAIRE
38. CHIRAS Jacques NEURORADIOLOGIE
39. CLEMENT-LAUSCH Karine NUTRITION
40. CLUZEL Philippe RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
41. COHEN David PEDOPSYCHIATRIE
42. COHEN Laurent NEUROLOGIE
43. COLLET Jean-Philippe CARDIOLOGIE
44. COMBES Alain REANIMATION MEDICALE
45. CORIAT Pierre ANESTHESIE REANIMATION
46. CORNU Philippe NEUROCHIRURGIE
47. COSTEDOAT Nathalie MEDECINE INTERNE
48. COURAUD François INSTITUT BIOLOGIE INTEGRATIVE
49. DAUTZENBERG Bertrand PHYSIO-PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
50. DAVI Frédéric HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
51. DEBRE Patrice IMMUNOLOGIE
52. DELATTRE Jean-Yves NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
53. DERAY Gilbert NEPHROLOGIE
54. DOMMERGUES Marc GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
55. DORMONT Didier NEURORADIOLOGIE
56. DUYCKAERTS Charles NEUROPATHOLOGIE
57. EYMARD Bruno NEUROLOGIE
58. FAUTREL Bruno RHUMATOLOGIE
59. FERRE Pascal IMAGERIE PARAMETRIQUE
60. FONTAINE Bertrand NEUROLOGIE
61. FOSSATI Philippe PSYCHIATRIE ADULTE
62. FOURET Pierre ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
63. FOURNIER Emmanuel PHYSIOLOGIE
64. FUNCK BRENTANO Christian PHARMACOLOGIE
65. GIRERD Xavier THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
66. GOROCHOV Guy IMMUNOLOGIE
67. GOUDOT Patrick STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
68. GRENIER Philippe RADIOLOGIE CENTRALE
69. HAERTIG Alain UROLOGIE Surnombre
70. HANNOUN Laurent CHIRURGIE GENERALE
71. HARTEMANN Agnès MEDECINE DIABETIQUE
72. HATEM Stéphane UMRS 956

73. HELFT Gérard CARDIOLOGIE
74. HERSON Serge MEDECINE INTERNE
75. HOANG XUAN Khê NEUROLOGIE
76. ISNARD Richard CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
77. ISNARD-BAGNIS Corinne NEPHROLOGIE
78. JARLIER Vincent BACTERIOLOGIE HYGIENE
79. JOUVENT Roland PSYCHIATRIE ADULTES
80. KARAOUI Mehdi CHIRURGIE DIGESTIVE
81. KATLAMA Christine MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
82. KHAYAT David ONCOLOGIE MEDICALE
83. KIRSCH Matthias CHIRURGIE THORACIQUE
84. KLATZMANN David IMMUNOLOGIE
85. KOMAJDA Michel CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
86. KOSKAS Fabien CHIRURGIE VASCULAIRE
87. LAMAS Georges ORL
88. LANGERON Olivier ANESTHESIE REANIMATION
89. LAZENNEC Jean-Yves ANATOMIE/CHIRURURGIE ORTHOPEDIQUE
90. LE FEUVRE Claude CARDIOLOGIE
91. LE GUERN Eric INSERM 679
92. LEBLOND Véronique HEMATOLOGIE CLINIQUE
93. LEENHARDT Laurence MEDECINE NUCLEAIRE
94. LEFRANC Jean-Pierre CHIRURGIE GENERALE
95. LEHERICY Stéphane NEURORADIOLOGIE
96. LEMOINE François BIOTHERAPIE
97. LEPRINCE Pascal CHIRURGIE THORACIQUE
98. LUBETZKI Catherine NEUROLOGIE
99. LUCIDARME Olivier RADIOLOGIE CENTRALE
100. LUYT Charles REANIMATION MEDICALE
101. LYON-CAEN Olivier NEUROLOGIE Surnombre
102. MALLET Alain BIOSTATISTIQUES
103. MARIANI Jean BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
104. MAZERON Jean-Jacques RADIOTHERAPIE
105. MAZIER Dominique INSERM 511
106. MEININGER Vincent NEUROLOGIE (Fédération Mazarin) Surnombre
107. MENEGAUX Fabrice CHIRURGIE GENERALE
108. MERLE-BERAL Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE Surnombre
109. MICHEL Pierre Louis CARDIOLOGIE
110. MONTALESCOT Gilles CARDIOLOGIE
111. NACCACHE Lionel PHYSIOLOGIE
112. NAVARRO Vincent NEUROLOGIE
113. NGUYEN-KHAC Florence HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
114. OPPERT Jean-Michel NUTRITION
115. PASCAL-MOUSSELARD Hugues CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
116. PAVIE Alain CHIR. THORACIQUE ET CARDIO-VASC. Surnombre
117. PELISSOLO Antoine PSYCHIATRIE ADULTE
118. PIERROT-DESEILLIGNY Charles NEUROLOGIE
119. PIETTE François MEDECINE INTERNE Ivry
120. POYNARD Thierry HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
121. PUYBASSET Louis ANESTHESIE REANIMATION

122. RATIU Vlad HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
123. RIOU Bruno ANESTHESIE REANIMATION
124. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry
125. ROBERT Jérôme BACTERIOLOGIE
126. ROUBY Jean-Jacques ANESTHESIE REANIMATION Surnombre
127. SAMSON Yves NEUROLOGIE
128. SANSON Marc ANATOMIE/NEUROLOGIE
129. SEILHEAN Danielle NEUROPATHOLOGIE
130. SIMILOWSKI Thomas PNEUMOLOGIE
131. SOUBRIER Florent GENETIQUE/HISTOLOGIE
132. SPANO Jean-Philippe ONCOLOGIE MEDICALE
133. STRAUS Christian EXPLORATION FONCTIONNELLE
134. TANKERE Frédéric ORL
135. THOMAS Daniel CARDIOLOGIE
136. TOURAINÉ Philippe ENDOCRINOLOGIE
137. TRESALLET Christophe CHIR. GENERALE ET DIGEST./MED. DE LA REPRODUCTION
138. VAILLANT Jean-Christophe CHIRURGIE GENERALE
139. VERNANT Jean-Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE Surnombre
140. VERNY Marc MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)
141. VIDAILHET Marie-José NEUROLOGIE
142. VOIT Thomas PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
143. ZELTER Marc PHYSIOLOGIE

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2014)**

1. ABUAF Nisen HÉMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE - Hôpital TENON
2. AIT OUFELLA Hafid RÉANIMATION MÉDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
3. AMIEL Corinne VIROLOGIE –Hôpital TENON
4. BARBU Véronique INSERM U.680 - Faculté de Médecine P. & M. CURIE
5. BERTHOLON J.F. EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital SAINT-ANTOINE
6. BILHOU-NABERA Chrystèle GÉNÉTIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. BIOUR Michel PHARMACOLOGIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
8. BOISSAN Matthieu BIOLOGIE CELLULAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. BOULE Michèle PÔLES INVESTIGATIONS BIOCLINIQUES – Hôpital TROUSSEAU
10. CERVERA Pascale ANATOMIE PATHOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. CONTI-MOLLO Filomena Hôpital SAINT-ANTOINE
12. COTE François Hôpital TENON
13. DECRE Dominique BACTÉRIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
14. DELHOMMEAU François HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
15. DEVELOUX Michel PARASITOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
16. ESCUDIER Estelle DEPARTEMENT DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
17. FAJAC-CALVET Anne HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
18. FARDET Laurence MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
19. FERRERI Florian PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
20. FLEURY Jocelyne HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
21. FOIX L'HELIAS Laurence Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
22. FRANCOIS Thierry PNEUMOLOGIE ET REANIMATION – Hôpital TENON
23. GARCON Loïc HÉPATO GASTRO-ENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. GARDERET Laurent HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
25. GAURA SCHMIDT Véronique BIOPHYSIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
26. GEROTZIAFAS Grigorios HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital TENON
27. GONZALES Marie GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
28. GOZLAN Joël BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
29. GUEGAN BART Sarah DERMATOLOGIE – Hôpital TENON
30. GUITARD Juliette PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
31. HENNO Priscilla PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. JERU Isabelle SERVICE DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
33. JOHANET Catherine IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. JOSSET Patrice ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
35. JOYE Nicole GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
36. KIFFEL Thierry BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. LACOMBE Karine MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
38. LAMAZIERE Antonin POLE DE BIOLOGIE – IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
39. LASCOLS Olivier INSERM U.680 – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
40. LEFEVRE Jérémie CHIRURGIE GENERALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
41. LESCOT Thomas ANESTHESIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
42. LETAVERNIER Emmanuel EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI. – Hôpital TENON
43. MAUREL Gérard BIOPHYSIQUE /MED. NUCLEAIRE – Faculté de Médecine P.&

M. CURIE

44. MAURIN Nicole HISTOLOGIE – Hôpital TENON
45. MOHAND-SAID Saddek OPHTALMOLOGIE – Hôpital des 15-20
46. MORAND Laurence BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. PARISET Claude EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
48. PETIT Arnaud Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
49. PLAISIER Emmanuelle NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
50. POIRIER Jean-Marie PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
51. RAINTEAU Dominique INSERM U.538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
52. SAKR Rita GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON (Stagiaire)
53. SCHNURIGERN Aurélie LABORATOIRE DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
54. SELLAM Jérémie RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. SEROUSSI FREDEAU Brigitte DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital TENON
56. SOKOL Harry HEPATO/GASTRO – Hôpital SAINT-ANTOINE
57. SOUSSAN Patrick VIROLOGIE – Hôpital TENON
58. STEICHEN Olivier MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
59. SVRCEK Magali ANATOMIE ET CYTO. PATHOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
60. TANKOVIC Jacques BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
61. THOMAS Ginette BIOCHIMIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
62. THOMASSIN Isabelle RADIOLOGIE – Hôpital TENON
63. VAYLET Claire MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital TROUSSEAU
64. VIGOUROUX Corinne INSERM U.680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
65. VIMONT-BILLARANT Sophie BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
66. WEISSENBURGER Jacques PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE (Année 2014)**

1. ANKRI Annick HÉMATOLOGIE BIOLOGIQUE
2. AUBRY Alexandra BACTERIOLOGIE
3. BACHELOT Anne ENDOCRINOLOGIE
4. BELLANNE-CHANTELOT Christine GÉNÉTIQUE
5. BELLOCQ Agnès PHYSIOLOGIE
6. BENOLIEL Jean-Jacques BIOCHIMIE A
7. BENSIMON Gilbert PHARMACOLOGIE
8. BERLIN Ivan PHARMACOLOGIE
9. BERTOLUS Chloé STOMATOLOGIE
10. BOUTOLLEAU David VIROLOGIE
11. BUFFET Pierre PARASITOLOGIE
12. CARCELAIN-BEBIN Guislaine IMMUNOLOGIE
13. CARRIE Alain BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
14. CHAPIRO Élise HÉMATOLOGIE
15. CHARBIT Beny PHARMACOLOGIE
16. CHARLOTTE Frédéric ANATOMIE PATHOLOGIQUE
17. CHARRON Philippe GÉNÉTIQUE
18. CLARENCON Frédéric NEURORADIOLOGIE
19. COMPERAT Eva ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

20. CORVOL Jean-Christophe PHARMACOLOGIE
21. COULET Florence GÉNÉTIQUE
22. COUVERT Philippe GÉNÉTIQUE
23. DANZIGER Nicolas PHYSIOLOGIE
24. DATRY Annick PARASITOLOGIE
25. DEMOULE Alexandre PNEUMOLOGIE
26. DUPONT-DUFRESNE Sophie ANATOMIE/NEUROLOGIE
27. FOLLEZOU Jean-Yves RADIOTHÉRAPIE
28. GALANAUD Damien NEURORADIOLOGIE
29. GAY Frédéric PARASITOLOGIE
30. GAYMARD Bertrand PHYSIOLOGIE
31. GIRAL Philippe ENDOCRINOLOGIE/MÉTABOLISME
32. GOLMARD Jean-Louis BIOSTATISTIQUES
33. GOSSEC Laure RHUMATOLOGIE
34. GUIHOT THEVENIN Amélie IMMUNOLOGIE
35. HABERT Marie-Odile BIOPHYSIQUE
36. HALLEY DES FONTAINES Virginie SANTÉ PUBLIQUE
37. HUBERFELD Gilles EPILEPSIE - CORTEX
38. KAHN Jean-François PHYSIOLOGIE
39. KARACHI AGID Carine NEUROCHIRURGIE
40. LACOMBLEZ Lucette PHARMACOLOGIE
41. LACORTE Jean-Marc UMRS 939
42. LAURENT Claudine PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT/ADOLESCENT
43. LE BIHAN Johanne INSERM U 505
44. MAKSUD Philippe BIOPHYSIQUE
45. MARCELIN-HELIOT Anne Geneviève VIROLOGIE
46. MAZIERES Léonore RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
47. MOCHEL Fanny GÉNÉTIQUE / HISTOLOGIE (stagiaire)
48. MORICE Vincent BIOSTATISTIQUES
49. MOZER Pierre UROLOGIE
50. NGUYEN-QUOC Stéphanie HEMATOLOGIE CLINIQUE
51. NIZARD Jacky GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
52. PIDOUX Bernard PHYSIOLOGIE
53. POITOU BERNERT Christine NUTRITION
54. RAUX Mathieu ANESTHESIE (stagiaire)
55. ROSENHEIM Michel EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
56. ROSENZWAJG Michelle IMMUNOLOGIE
57. ROUSSEAU Géraldine CHIRURGIE GENERALE
58. SAADOUN David MEDECINE INTERNE (stagiaire)
59. SILVAIN Johanne CARDIOLOGIE
60. SIMON Dominique ENDOCRINOLOGIE/BIOSTATISTIQUES
61. SOUGAKOFF Wladimir BACTÉRIOLOGIE
62. TEZENAS DU MONTCEL Sophie BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE
63. THELLIER Marc PARASITOLOGIE
64. TISSIER-RIBLE Frédérique ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
65. WAROT Dominique PHARMACOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- MAGNIER Anne-Marie
- 2- CORNET Philippe

PROFESSEURS ASSOCIÉ – MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- LAFORTUNE Jean

MAÎTRES DE CONFÉRENCES UNIVERSITAIRES – MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- IBANEZ Gladys
- 2- CADWALLADER Jean-Sébastien

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS – MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- LAZIMI Gilles
- 2- HOMMEY Nicolas
- 3- SOARES André
- 4- CHASTANG Julie

CHEFS DE CLINIQUE – MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- ROBERT Sarah
- 2- LAGADEC Nolwenn
- 3- STEINECKER Magali

ASSISTANTS UNIVERSITAIRES- MÉDECINE GÉNÉRALE
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE (Année 2016)

- 1- BESACIER Charlotte
- 2- GAOUAOU Nadia
- 3- ZARRAD Emna
- 4- KAPASSI Amar

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
I INTRODUCTION	26
CONTEXTE	26
OBJECTIF	31
II MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
TYPE D'ÉTUDE	31
POPULATION ÉTUDIÉE	32
ECHANTILLONNAGE	32
RECUEIL DES DONNÉES	32
ANALYSE DES DONNÉES	33
III RÉSULTATS	34
III.1 LE JOURNAL DE BORD	34
III.2 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	34
III.3 CHANGEMENT DE PARADIGME ET PRISE DE CONSCIENCE DE L'INTÉRÊT D'UNE FORMATION PRATIQUE EN AMBULATOIRE – MOMENTS CLÉS	38
III.3.1 CONTEXTE	38
III.3.2 PROFIL DES IMG AU SORTIR DE L'EXTERNAT	40
LA MÉDECINE GÉNÉRALE NON CONNUE DE TOUS	40
UNE EXPÉRIENCE DE LA PRATIQUE MÉDICALE HÉTÉROGÈNE	41
L'EXTERNAT, UN CONTEXTE OÙ LA MÉDECINE GÉNÉRALE EST PEU MISE EN VALEUR	42
III.3.3 L'INTERNE AVANT LE STAGE DE NIVEAU UN	43
III.3.4 LE STAGE DE NIVEAU UN : UN MOMENT CHARNIÈRE DANS LE CHANGEMENT DE PARADIGME	44
III.3.5 LE SASPAS UNE PRISE DE CONSCIENCE A L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE	45
III.3.6 LE CHOC DE LA BASCULE VERS LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE, SES CONSÉQUENCES SUR LA VISION DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET SUR LE SASPAS	46
III.4 LES SOURCES D'INFORMATION SUR LE SASPAS ET LEUR IMPACT SUR LA CONNAISSANCE ET LA REPRÉSENTATION DE CE STAGE	48
III.4.1 DIFFÉRENTS AVIS SUR LES FACILITÉS D'ACCÈS AUX INFORMATIONS SUR LE SASPAS	48
III.4.2 LES DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATION SUR LE SASPAS	49
LES ENSEIGNANTS DU DMG	49
INTERNET	50
LES MAILS	51
LE BOUCHE-À-OREILLE ENTRE CO-INTERNES	51

III.4.3	<u>UNE REPRÉSENTATION DU SASPAS GLOBALEMENT POSITIVE</u>	52
	L'APPORT PÉDAGOGIQUE DES STAGES AMBULATOIRES	52
	UN APPROFONDISSEMENT DU NIVEAU UN	53
	UN ENCADREMENT PRIVILÉGIÉ	53
	UNE ACQUISITION DES COMPÉTENCES DE MG	54
	UN STAGE DE TRANSITION VERS LA PROFESSION DE MG	55
	UNE OPPORTUNITÉ DE FAIRE PÉDIATRIE ET GYNÉCOLOGIE DANS SA MAQUETTE	57
	UNE OPPORTUNITÉ DE NE PAS RETOURNER À L'HÔPITAL	57
	UN STAGE RESPECTANT LE TEMPS DE TRAVAIL ET GARANTISSANT UNE QUALITÉ DE VIE	59
	UN STAGE DE TRANSITION PARFAIT EN DERNIER SEMESTRE	60
III.4.3.1	<u>FOCUS SUR LES CONNAISSANCES DES INTERVIEWÉS N'AYANT PAS FAIT DE SASPAS</u>	60
	LEUR DÉFINITION DU SASPAS	60
	UNE FRONTIÈRE FLOUE ENTRE LE SASPAS ET LE REMPLACEMENT	61
	FAUSSES CROYANCES SUR LES DÉMARCHES À SUIVRE POUR FAIRE UN SASPAS	61
	CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR LE TROISIÈME TERRAIN DE STAGE	62
	CONNAISSANCES INCERTAINES OU FAUSSES SUR L'ENCADREMENT PENDANT LE SASPAS	63
	INTERPRÉTATIONS DE L'INFORMATION REÇUE SUR LE SASPAS	63
III.5	<u>STAGES PENDANT L'INTERNAT UNE STRATÉGIE INTÉGRANT CHOIX ET RENONCEMENTS</u>	66
III.5.1	<u>LES PRIORITÉS DES INTERVIEWÉS POUR LEURS CHOIX DE STAGE</u>	66
	LA QUALITÉ DU STAGE EN PREMIER LIEU	66
	DES PRIORITÉS PARTICULIÈRES LORS DE LA DERNIÈRE ANNÉE D'INTERNAT	67
III.5.2	<u>LE SASPAS UN STAGE PAS TOUJOURS PRIORITAIRE</u>	68
	QUAND LE PROJET PROFESSIONNEL EST DIFFÉRENT DE LA MG	68
	« L'AMBULATOIRE, J'EN FERAI TOUTE MA VIE »	68
	QUAND CE QU'ON ATTEND D'UN SASPAS EST VÉCU COMME ACQUIS LORS DU STAGE DE NIVEAU UN	69
	QUAND ON CHOISIT LE STAGE HOSPITALIER PAR HABITUDE	71
	QUAND ON PENSE QUE LES COMPÉTENCES DE MG PEUVENT S'APPRENDRE À L'HÔPITAL	71
	QUAND LE LABEL UNIVERSITAIRE DES CHU EST VU COMME UN GAGE DE QUALITÉ D'ENSEIGNEMENT	73
	QUAND LA VALIDATION DU CHU PRÉVAUT SUR LE SASPAS	73
	QUAND IL Y A UN DOUTE SUR LA VALIDATION D'UN STAGE OBLIGATOIRE DANS LA MAQUETTE	73
III.5.3	<u>UNE HISTOIRE DE PRIORITÉS MAIS AUSSI DE POSSIBILITÉS, ET DE CONTRAINTES</u>	74
	LA CONCURRENCE DES AUTRES STAGES ACCESSIBLES LORS DES DERNIERS SEMESTRES	74
	UNE LIBERTÉ RESTREINTE DANS LES CHOIX DE STAGE	75
	ÉTÉ OU HIVER, LES INTERNES ONT-ILS VRAIMENT LE CHOIX ?	78
	LA DIMENSION DU TEMPS DANS LE CHOIX DE FAIRE UN SASPAS	81
	UNE INFLUENCE POSITIVE DES DISPONIBILITÉS ET DES STAGES NON VALIDANTS DANS LE CHOIX DU SASPAS	81
III.5.4	<u>ELEMENTS DECISIONNELS PROPRES AU SASPAS</u>	83
	UN STAGE AVEC DES DÉMARCHES INHABITUELLES ET NON SÉCURISANTES	83
	UN MANQUE DE GARANTIES SUR L'ENCADREMENT ET LE DÉBRIEFING	88
	LA QUESTION DU SALAIRE DES INTERNES SASPAS ET L'AVANTAGE FINANCIER DES MSU SASPAS	88

III.6	<u>INFLUENCE DE LA VIE PERSONNELLE DE L'INTERNE</u>	89
III.7	<u>PISTES DES INTERNES POUR INCITER À FAIRE UN SASPAS</u>	91
III.7.1	<u>LES ASPECTS DU SASPAS POSITIFS DÉJÀ MIS EN PLACE À L'UPMC</u>	91
	LES DÉMARCHES	91
	LES TRINÔMES DE MSU	92
	DES MAÎTRES DE STAGE SASPAS CONNUS DES INTERNES	92
III.7.2	<u>PROPOSITION 1 : PASSER PLUS DE TEMPS EN AMBULATOIRE</u>	93
	LES ARGUMENTS	93
	LES PROPOSITIONS	94
III.7.3	<u>PROPOSITION 2 : FACILITER LES DÉMARCHES POUR FAIRE UN SASPAS</u>	97
	SÉLECTIONNER EN FONCTION DU CLASSEMENT ECN	97
	FAIRE TOUS LES CHOIX DE STAGE PAR INTERNET	97
	PROPOSER DES TRINÔMES DÉJÀ CONSTITUÉS ET FIXES	98
	PERMETTRE UNE ÉGALITÉ DE TEMPS POUR ORGANISER LE PROJET SASPAS	98
III.7.4	<u>PROPOSITION 3 : AMÉLIORER LA MANIÈRE DE TRANSMETTRE L'INFORMATION SUR LE SASPAS</u>	98
	GARDER DES MAÎTRES DE STAGE SASPAS VISIBLES ET CONNUS PAR LES INTERNES	98
	DÉLIVRER L'INFORMATION EN PETITS COMITÉS	99
	ORIENTER LES INTERNES VERS LE SASPAS VIA L'ÉVALUATION PAR LES MSU DE NIVEAU UN	100
	INFORMER LES IMG PRÉCOCEMENT SUR LES MODALITÉS PARTICULIÈRES DU CHOIX DU SASPAS	101
	DÉVELOPPER LES INFORMATIONS AFFICHÉES SUR LE SITE INTERNET DE L'UPMC	101
III.7.5	<u>PROPOSITION 4 : GARANTIR DE BONNES CONDITIONS DE TRAVAIL ET D'APPRENTISSAGE</u>	102
	SUR LE PLAN DES LIEUX GÉOGRAPHIQUES DES TERRAINS DE STAGE	102
	SUR LE PLAN DU TEMPS DE TRAVAIL	102
III.7.6	<u>PROPOSITION 5 : AJOUTER UNE ANNÉE SUPPLÉMENTAIRE À L'INTERNAT DE MG ?</u>	103
IV	<u>DISCUSSION</u>	104
IV.1	<u>PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS RESULTATS ET MODÉLISATION</u>	104
	RÉSULTATS	104
	MODÉLISATION	106
IV.2	<u>COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE</u>	107
	LA BASCULE DU PARADIGME D'ENSEIGNEMENT VERS LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE	107
	LES GEP, UN OUTIL SUPPLÉMENTAIRE DANS LA BASCULE VERS LE PARADIGME DE L'APPRENTISSAGE	108
	APPRENTISSAGE DES COMPÉTENCES DE MG EN MILIEU HOSPITALIER	109
	LA QUESTION DU SALAIRE	110
	LE RECRUTEMENT DES MAÎTRES DE STAGE	110
	COMMENT RASSURER LES INTERNES SUR L'ENCADREMENT PENDANT LE SASPAS ?	111
	S'INSPIRER DES DÉMARCHES DES AUTRES DMG ?	

IV.3	VALIDITÉ DE L'ETUDE , FORCES ET FAIBLESSES	114
	FORCES	114
	FAIBLESSES	114
IV.4	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS : LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE	115
V	CONCLUSION	120
VI	BIBLIOGRAPHIE	121
VII	ANNEXES	124
	ANNEXE 1 : PROJET SASPAS- DOSSIER À REMPLIR À L'UPMC	124
	ANNEXE 2 : CHARTE DES MAÎTRES DE STAGE DES UNIVERSITÉS (MSU) EN MG.	127
	ANNEXE 3 : LES GUIDES D'ENTRETIEN	133
	ANNEXE 4 : VERBATIM DE L'ENTRETIEN 7	136
	ANNEXE 5 : LE JOURNAL DE BORD	141

Le serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et 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.

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

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

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

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

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

Abréviations :

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMS : Centre Médico-Social

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DCEM4 : 4^{ème} année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

GRECO : Groupe de Réflexion et d'Entraide Coordonnée

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDF : Ile de France

IMG : Interne de Médecine Générale

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

JMG : Jeune Médecin Généraliste

MDM : Médecins du Monde

MG : Médecine Générale ou Médecin Généraliste

MSF : Médecins Sans Frontières

MSU : Maîtres de Stage Universitaires

NMR : Nouveaux Mode de Rémunération

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile

Paris 6 = UPMC = P6 = Université de Médecine Pierre et Marie Curie

RCP : Réunions de Concertations Pluridisciplinaires

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

TCEM3 : Troisième Année du Troisième Cycle des Etudes Médicales

TCEM3+ : Interviewés ayant fini l'internat de médecine générale, ayant passé leur thèse ou non.

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic

Glossaire :

Afin de définir les termes qui seront utilisés en lien avec la méthodologie de la recherche qualitative, un glossaire résume leur définition (1)(2).

Analyse qualitative Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Analyse de contenu Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Catégorisation Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en oeuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle *a priori*.

Citation Extrait d'un entretien, à partir d'un **verbatim**, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codification Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.) en une première formulation signifiante (code) dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Entretien semi-directif Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien ou trame Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Posture Éléments théoriques (références, repères et savoirs) initiaux dont dispose le chercheur avant de débiter son enquête, et avec lesquels il observe son terrain. La neutralité totale étant impossible, il est essentiel que le chercheur connaisse sa posture de départ, afin de préciser de quelle manière il aborde le terrain.

Question ouverte Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Recherche exploratoire Approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut-être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigidement structurée.

Représentation

1. En philosophie : idée incomplète et provisoire de ce qui est la vérité sur un objet donné.
2. En psychologie : forme de traduction de la pensée par des relations de correspondance (concepts, images, règles, etc.).

Saturation (des données) Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Transcription Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Triangulation Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats) En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Verbatim Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

I INTRODUCTION

CONTEXTE

Depuis 1977, au sein de l'Union Européenne, différentes directives ont préconisé le développement d'un enseignement théorique et pratique de la médecine générale (MG) centré sur les soins primaires et dispensés par les « omnipraticiens » (3). En 2002, la WONCA Europe a défini la médecine générale comme une discipline scientifique et universitaire orientée vers les soins primaires, dotée d'un contenu spécifique de formation, de recherche clinique, et ses propres fondements scientifiques(4). La littérature internationale a démontré que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes et médecins de famille qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires (5).

En France, l'enseignement de la MG n'a cessé d'évoluer en ce sens au sein des universités. Une filière universitaire de MG a été créée en 2004.

Depuis, la formation des internes en médecine générale (IMG) a une durée de trois ans (6)(7). Ils doivent suivre une maquette comportant

- quatre semestres obligatoires : (8)
 - un semestre en médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour
 - un semestre en gynécologie et/ou pédiatrie
 - un semestre en médecine d'urgence.
 - un semestre chez le praticien de médecine générale (stage de niveau I)(9)

- deux semestres dits « libres ».
- dont un semestre obligatoirement en CHU.

Le SASPAS ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé peut être choisi parmi les deux stages libres. Selon la CIRCULAIRE DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS (10) : *« L'interne de médecine générale y exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers. Le stage en cabinet ou en groupe de cabinets constitue la forme préférentielle de ce stage. Cependant d'autres lieux de stage peuvent être agréés. »*

Selon cette même circulaire, ce stage a pour objectifs

- *« de permettre (...) aux IMG d'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,*
- *de se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,*
- *de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),*
- *de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion,*
- *d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,*
- *d'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins,*
- *de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI etc. »*

Le SASPAS a été mis en place en 2004 sur toute la France et se développe progressivement grâce au travail des Départements de Médecine Générale (DMG) répartis dans chacune des facultés de médecine.

Ce stage particulier a des règles nationales communes et des règles propres à chaque faculté.

A l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC), pour effectuer un SASPAS, trois conditions sont requises :

- Avoir effectué le stage de niveau un
- Entrer en cinquième ou sixième semestre
- Avoir la possibilité de valider sa maquette

La supervision par le Maître de stage universitaire (MSU) se déroule comme suit :

- Supervision indirecte quotidienne
- Rencontres entre l'IMG et les médecins du ou des lieux de stage une ou deux fois par mois pour faire le bilan des compétences et des apprentissages acquis.
- Tous les internes en stage SASPAS participent aux rencontres mensuelles obligatoires à la faculté de 19h30 à 21h30 sous forme de Groupe de Réflexion et d'Entraide Coordonné (GRECO).

Enfin, le projet SASPAS (cf Annexe 2) doit être en cohérence avec le projet professionnel de l'interne.

Pour effectuer un SASPAS, la démarche est individuelle. Le stage doit comprendre au moins trois MSU (dont un coordonnateur) soit en cabinet de groupe de trois MSU, soit dans trois cabinets individuels; ou peut-être sous forme de « SASPAS Panaché » : au moins deux MSU en libéral et une structure non libérale (centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre Médico-

Psycho-Pédagogique (CMPP), Planning familial, Médecine humanitaire, Soins palliatifs, Médecine scolaire, Médecine pénitentiaire, etc.). Les structures hospitalières de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou autres ne sont pas acceptées (11).

La conduite à tenir est la suivante :

- Il est indispensable d'avoir l'agrément préalable des responsables pédagogiques du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG),
- puis de prendre contact avec les MSU potentiels inscrits sur la liste et ayant l'agrément pour recevoir un interne en SASPAS et les rencontrer. La liste des MSU est consultable sur le site Internet du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de MG d'Ile de France (11).
- Contacter les maîtres de stage de PMI ou autres structures dont la liste est disponible sur le site internet du DMG de l'UPMC
- Établir son projet de SASPAS selon un modèle téléchargeable disponible sur le site internet du DMG de l'UPMC (cf Annexe 2). Il est possible de prendre un rendez-vous avec un des responsables du DERMG pour être aidé afin de finaliser le projet.
- Transmettre ce projet aux responsables du DMG – Site St Antoine – 27, rue Chaligny, pour accord, avant la date limite.
- Seulement après avoir obtenu l'accord pédagogique, il est nécessaire d'assister au choix des stages de niveau un (ou bien se faire représenter avec une procuration) afin d'officialiser le choix.
- Après accord pédagogique et officialisation du choix, prendre contact avec la scolarité (Mme Kadila aux Cordeliers). La scolarité remet

les conventions de stage.

- Faire signer la convention par chacun des trois MSU (libéral ou non).

A l'UPMC, le SASPAS a des difficultés à se mettre en place. Depuis 2007, on constate que le nombre de terrains de stage et le nombre de demande de SASPAS n'augmentent pas. En hiver, plusieurs terrains de stage SASPAS restent vacants alors qu'en été certains internes n'y ont parfois pas accès malgré les démarches effectuées. (cf Tableau 1)

	Semestre hiver : Novembre-Avril	Semestre été : Mai-Octobre
2016-2017	6/8	En cours de choix/8
2015-2016	8/10	10/10
2014-2015	10/13	13/13
2013-2014	9/12	12/12
2012-2013	4/13	13/13
2011-2012	4/14	14/14
2010-2011	7/10	10/10
2009-2010	4/8	8/8
2008-2009	6/10	10/10
2007-2008	3/8	8/8

Tableau 1 : Nombre de SASPAS pourvus sur nombre de SASPAS proposés depuis l'année 2007-2008 à l'UPMC .

Pourtant certains éléments amènent à développer ces stages dans les années futures :

- La recommandation européenne de la WONCA préconise au moins 50% de stage en ambulatoire pendant la spécialisation en médecine générale (12).

- La réforme française du troisième cycle, qui devra être mise en application à partir de la rentrée 2017-2018 va également dans ce sens en rendant le SASPAS obligatoire (13).
- Enfin, selon l'article « Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} Janvier 2015 : la construction interne de la FUMG» (14), 49,5% des internes français avaient accès à un SASPAS pendant leur cursus au 1^{er} Janvier 2015. L'UPMC était en fin de classement et proposait 13 terrains de stage par semestre pour 97 internes en TCEM3 alors que certaines facultés de médecine offraient à presque 100% des TCEM3 l'accès au SASPAS par semestre. C'était le cas de la faculté libre de Lille ou de la faculté de Toulouse.

Pourquoi les IMG de l'UPMC, malgré le petit nombre de stages proposés, ne remplissent-ils pas tous les postes de SASPAS et pourquoi ces derniers sont-ils moins pourvus en hiver ?

Quels sont les déterminants des IMG de l'UPMC à choisir un SASPAS pendant leur spécialisation ?

OBJECTIF

Cette étude avait pour objectif principal de décrire et d'analyser le point de vue des IMG et Jeunes Médecins Généralistes (JMG) récemment diplômés de l'UPMC sur ce qui les avait amenés, ou les amènerait à choisir ou non un SASPAS dans leur cursus.

II MATÉRIEL ET MÉTHODE

TYPE D'ÉTUDE

Une étude qualitative avec approche par théorisation ancrée a été réalisée (15).

POPULATION ÉTUDIÉE

Les IMG ou JMG ayant fait leur spécialisation de MG ou en cours de spécialisation de MG à l'UPMC.

ECHANTILLONNAGE

L'échantillon a été constitué en recherche de variation maximale selon l'âge, l'avancée dans la spécialisation, le genre et le choix de prendre un SASPAS ou non dans leur cursus. Ils ont été recrutés par l'enquêtrice principale, médecin remplaçante ayant validé ses six semestres, par effet « boule de neige ». Ils ont été contactés par mail, téléphone ou pendant les cours de DES de MG en leur précisant les objectifs de l'étude et les modalités de l'entretien.

RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données s'est fait par des entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord oral des interviewés, intégralement retranscrits et anonymisés. Les données non verbales ont été recueillies. Le recueil des données a été réalisé dans l'objectif d'atteindre la saturation empirique des données.

La trame du guide d'entretien se composait au début de sept questions ouvertes et de relances. Au début de l'enquête, la question principale était : A ton avis, quels sont les freins au développement du SASPAS à l'UPMC ?

Les thèmes étaient :

- la communication du DMG sur le SASPAS,
- la représentation de l'interviewé(e) du SASPAS,
- comment avait-il (elle) vécu l'organisation de ce stage,

- l'influence des projets professionnels et personnels sur son choix,
- l'avis de l'interviewé(e) sur le fait que le stage était surtout pris en été,
- et ses propositions pour améliorer l'accès au SASPAS.

Au fur et à mesure des interviews, le guide d'entretien a été modifié en l'adaptant aux idées qui ressortaient des interviews précédentes.

Pour les dernières interviews, la question principale était : Quelles ont été les raisons pour lesquelles tu as décidé d'intégrer ou non le SASPAS dans ta maquette de MG?

Les thèmes étaient :

- définition du SASPAS,
- opinion des interviewé(e) s sur le SASPAS,
- influence des projets professionnels et personnels sur le choix,
- avis sur la communication du DMG sur le SASPAS,
- aspect organisationnel du stage et son vécu,
- propositions de l'interviewé(e) pour améliorer l'accès au SASPAS.

Les entretiens ont été retranscrits sur Word® avec l'aide du logiciel ExpressScribe®.

ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse des données par comparaison constante a été réalisée à partir d'un codage ouvert puis axial des entretiens, puis par modélisation avec le logiciel NVIVO version 11®. Une triangulation des données a été réalisée avec le directeur de thèse régulièrement. Il n'y a pas eu de validation ultérieure par les interviewés, et aucune autorisation éthique particulière n'était nécessaire dans le cadre de ce travail exploratoire.

III RÉSULTATS

III.1 LE JOURNAL DE BORD

Afin de déconstruire les *a priori* de l'enquêtrice, un journal de bord a été tenu tout le long de l'étude. Leur déconstruction a permis aux enquêteurs de ne pas rester ancré dans leurs opinions et leurs convictions personnelles à propos des obstacles à réaliser un SASPAS. L'enquêtrice principale était en effet IMG à l'UPMC et a été influencée par son propre parcours et les autres enquêteurs étaient enseignants au DERMG. Cette posture permettait ainsi d'accueillir de nouvelles idées et des concepts émergeant directement des interviewés (Annexe 6).

III.2 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Les quatorze interviewés étaient âgés entre vingt-cinq et trente-et-un ans, deux hommes et douze femmes ; six interviewés étaient encore en cours d'internat au niveau TCEM3 (n=5) ou TCEM2 (n=1), huit avaient fini l'internat en Mai 2015 (n=2) ou Novembre 2015 (n=6).

Les lieux de l'interview étaient :

- dans l'enceinte de la faculté de médecine de l'UPMC,
- au domicile ou lieu d'exercice de l'interviewé(e)
- ou dans un lieu public comme un café ou restaurant à la convenance des interviewés.

Parmi les huit interviewés ayant fini leur internat, six n'avaient pas fait de SASPAS.

Parmi les six interviewés en cours d'internat de MG, deux étaient en train de faire les démarches pour l'obtenir, deux étaient en cours de SASPAS, un hésitait à entamer les démarches et une ne souhaitait pas en faire.

Tous les participants avaient comme projet professionnel la MG à l'exception d'un qui hésitait encore avec la Gériatrie, une avec la médecine du sport. Deux ont précisé qu'ils souhaitaient avoir un exercice mixte.

Trois interviewés avaient fait leur stage de niveau un en cinquième semestre, dix en quatrième semestre et une en troisième semestre. Sept des interviewés avaient fait un stage de médecine générale pendant leur externat, d'une durée variable. Sept n'en avaient pas fait. Les caractéristiques des interviewés sont résumées dans le tableau 2.

III.3 CHANGEMENT DE PARADIGME ET PRISE DE CONSCIENCE DE L'INTÉRÊT D'UNE FORMATION PRATIQUE EN AMBULATOIRE – MOMENTS CLÉS

III.3.1 CONTEXTE

Dans un contexte de construction identitaire, les enseignants de MG ont décidé de baser la formation de leur discipline sur un nouveau paradigme pédagogique appelé paradigme d'apprentissage, ou apprentissage par compétences en opposition au paradigme d'enseignement.

Un paradigme est une représentation, une vision du monde, un modèle, un courant de pensées (16).

Dans le domaine de l'éducation, le concept de paradigme d'apprentissage s'est progressivement diffusé : d'abord aux Etats-Unis dans les années 1970, puis au Québec à la fin des années 1990, en Belgique en 1993, en Australie en 1995 et aussi en Amérique du Sud et Afrique dans les années 2000. En France, les compétences sont apparues dans les politiques d'éducation nationale à la fin des années 1980, avec un rapport demandé par Lionel Jospin, alors ministre de l'Education. Leur place a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « Socle commun de connaissances et de compétences » s'intégrant dans les exigences européennes.

De nombreuses définitions du concept de compétence ont été proposées. Le Parlement européen et le Conseil de l'Europe ont défini la compétence comme « *une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à une situation donnée* ».

Le ministère de l'Education du Québec l'a défini ainsi : « *une compétence est un savoir-agir qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation d'un ensemble de ressources (capacités, habilités et connaissances) utilisées efficacement, dans des situations similaires* ».

Le CNGE a retenu cette définition : « *La compétence c'est un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné* » (17). Dans cette perspective, l'enseignant est un animateur qui se préoccupe surtout de créer un climat favorable, d'aider l'étudiant à clarifier ses buts, de mettre à sa disposition diverses ressources adéquates et de lui fournir une rétroaction intellectuelle et affective sur son développement personnel.

Le DMG de l'UPMC quant à lui, a décidé de construire son enseignement théorique à la fois autour de séminaires organisés par familles de situations (exemple : santé de l'enfant ou santé de la femme) et autour de l'apprentissage par compétence (exemple : RSCA, groupes de pairs, GRECO, tutorat ...).

Le tableau 3 souligne ci-dessous les différences entre le paradigme d'enseignement et le paradigme d'apprentissage :

Paradigme	D'enseignement transmission	D'apprentissage transaction
Objectif	Acquisition de connaissances	Développement de compétences
Principe de l'évaluation	Obtention de la bonne réponse	Evaluation formative et certificatrice : on observe autant le processus que le résultat.
Lors des évaluations, les erreurs sont	Sanctionnées	Exploitées
Relation avec l'enseignant	Hiérarchie	Soutien, Interaction

Tableau 3 : Principales différences entre le paradigme d'enseignement et le paradigme d'apprentissage.

Les interviewés décrivaient ce changement de paradigme de formation comme un frein à la prise de conscience de l'intérêt des stages ambulatoires dans leur cursus.

III.3.2 PROFIL DES IMG AU SORTIR DE L'EXTERNAT

La médecine générale non connue de tous

Certains interviewés rapportaient ne pas avoir fait de stage de MG pendant leur externat (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11).

« J'avais même pas fait de stage en tant qu'externe » (E7)

Pour ceux qui l'avaient fait (E1, E4, E9, E10, E12, E13 et E14), ce stage avait permis de confirmer leur choix de spécialité :

« J'avais décidé que je ferai le stage d'externe pour voir ce que c'était pour confirmer ou infirmer mon idée, et donc évidemment j'étais très contente de mon stage. J'ai eu trois terrains de stage très différents et donc c'était confirmé, je ferai de la MG en ville. » (E13)

Pour E12 ce stage avait également changé sa manière de réviser pour les ECN :

« Même pour l'ECN je ne révisais plus de la même façon. Parce que je me suis dit de toute façon, il y a tout un tas de trucs ça ne sert à rien que je l'apprenne à fond. » (E12)

Ce stage lui avait aussi permis de découvrir les particularités de la médecine de ville et notamment de comprendre dans la pratique le carré de White (18).

« Je m'étais dit c'est entre guillemets la réalité. Pour le coup, tu vois les patients normaux, pas les malades à 100% à l'hôpital qui vont pas bien qui vont vraiment mourir, alors qu'en ville tu vois un peu plus la réalité : les enfants, les certificats, les choses un peu plus habituelles. » (E12)

Malgré le fait d'avoir fait un stage de MG pendant l'externat, E13 exprimait un manque de stages ambulatoires jusqu'au stage de niveau un, ce qui avait entraîné un mal-être dans ses études et une crise de vocation dans la médecine.

« Bah moi j'ai beaucoup souffert parce qu'en fait c'était pas du tout ce que j'imaginai (les études de médecine). Et quand je suis arrivée en niveau un, franchement j'en avais un peu

*gros sur la patate, j'en avais marre, [...] parce que, à un moment donné, je me suis dit mais p*** mais, je suis à la masse quoi, j'ai plané là ou quoi? Mais en fait c'est juste l'hôpital qui ne me convenait pas. » (E13)*

E12 avait fini par oublier l'intérêt des stages ambulatoires jusqu'au stage de niveau un.
« Et c'est vraiment quand j'étais interne que je m'en étais rendue compte encore plus. J'avais fini petit à petit par l'oublier je pense. Parce que mon stage en MG (d'externat) je l'avais fait tôt finalement. »

Enfin E6 signalait que beaucoup d'IMG avaient choisi cette spécialité pour accéder à un autre métier et n'avaient pas fait de stage de MG pendant leur externat :

« Mais quand t'arrives IMG après l'externat, je pense qu'il y a la moitié qui ne sont pas contents d'être là, qui voulaient autre chose, il faut le dire hein clairement, et du coup qui cherchent autre chose, qui sont à fond dans d'autres trucs et le problème c'est qu'il y en a plein qui ne sont pas passés chez le MG pendant l'externat et du coup ils savent pas vraiment ce que c'est (E6).

Le stage d'externat en MG avait permis aux interviewés qui l'avaient fait de confirmer leur choix de spécialité future, de découvrir et comprendre dans la pratique le carré de White, et de penser autrement les ECN. La bascule de paradigme semblait avoir commencé à opérer mais il ressortait que le temps entre ce stage et le niveau un faisait perdre une partie de cet élan.

Une expérience de la pratique médicale hétérogène

Selon E13, certains externes, pour mieux travailler la théorie afin d'atteindre un meilleur classement aux ECN n'allaient pas beaucoup en stage et avaient par conséquent peu d'expérience dans la pratique médicale une fois interne.

« Et tu peux très bien arriver jusqu'à l'internat sans aller en stage, parce que

j'en connais plein qui l'ont fait. Ils ont bouffé des bouquins mais en terme pratique, zéro. Et donc après t'arrives interne plus ou moins livré à toi-même parce que personne surveille tout ce que tu fais et vas-y! C'est l'angoisse totale et surtout c'est dangereux pour les patients. » (E13)

Or E14 et E13 soulignaient que les stages choisis pendant l'internat étaient influencés par l'expérience pratique acquise lors de l'externat :

« Ce serait soit un stage hospitalier quelque part comme en cardiologie par exemple parce que je ne suis jamais passée en cardiologie j'ai toujours eu fait la pneumo pendant mes études parce que j'avais une maquette un peu déficitaire sur ce côté-là (pendant l'externat). » (E14)

Le schéma d'enseignement de l'externat et l'attente d'une continuité de cet enseignement semblait être très présent pour E13 et 14.

L'Externat, un contexte où la médecine générale est peu mise en valeur

Certains interviewés soulignaient le fait que la MG n'était pas mise en valeur lors de l'externat (E13 et E5).

« Il y en a plein qui sont rebutés par la MG parce qu'ils ne savent pas ce que c'est parce que c'est dénigré. On est pris pour des nazes franchement. Moi on m'a demandé ce que je voulais faire en vrai. » (E13)

Mais certaines interventions même mineures semblaient les avoir influencés :

« Les rares fois où ils nous en parlent [...] ils nous parlent un peu de ces trucs-là, du travail de groupe, éventuellement des maisons de santé pluridisciplinaires, avec des paramédicaux et des médicaux... Enfin tout ça c'est des trucs qu'on m'a vendus, et dans lesquels je me vois assez bien travailler. Plutôt que le médecin de famille qui est tout seul dans son coin. » (E5)

Selon E13, d'autres influences externes avaient joué sur sa représentation de la MG.

- La représentation de la médecine depuis l'enfance

« Il y a le fait que pour moi la médecine c'était la médecine que j'avais vue petite, quand j'allais chez mon médecin c'était mon médecin de famille, donc moi c'était ça ma représentation de la médecine » (E13)

- La MG était vue par E13 comme un métier utile

« Moi c'était ça que je voulais, c'était de rendre service. Me sentir utile. J'avais envisagé pompier, éboueur et après j'ai dit médecin. (Rires) Bah des trucs où t'es utile quoi. Bon éboueur ce que je trouvais qui était fun c'était de sauter derrière le camion. (Rires). Je ne me serais pas vue dans autre chose que dans un métier où il y a du relationnel et tu rajoutes le fait que j'ai l'impression vraiment de faire quelque chose pour l'autre, et voilà. » (E13)

Les interviewés rapportaient donc un éventail assez large de profils d'étudiants en début d'internat de MG allant

- de l'interne ayant choisi la spécialité contre son gré, ne connaissant pas la MG
- en passant par l'interne ayant choisi le MG par intuition mais toujours pas sûr de son choix (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11),
- et en terminant par l'interne dont le choix a été fait par vocation et en connaissance de cause (E1, E4, E9, E12, E13).

III.3.3 L'INTERNE AVANT LE STAGE DE NIVEAU UN

E11 mettait en avant la pression que les stages hospitaliers pouvaient mettre sur les IMG

« Mais d'un autre côté, il faut les IMG pour faire tourner les hôpitaux quoi parce que clairement ça ne marcherait pas. » (E11)

III.3.4 LE STAGE DE NIVEAU UN : UN MOMENT CHARNIÈRE DANS LE CHANGEMENT DE PARADIGME

Après le stage de niveau un, E7 avait compris l'apprentissage par compétences délivré en cours :

« Bah j'ai l'impression que passer en stage de niveau un ça m'a fait changer. Avant j'y allais (en cours) en trainant les pieds et après j'adorais. [...] en tout cas j'y allais beaucoup plus... enfin je savais que j'allais apprendre des choses et j'étais beaucoup plus réceptive du coup à leur façon d'enseigner et pas au recettes toutes faites mais aux pistes à réfléchir devant chaque patient quoi. » (E7)

Pour E12, qui avait fait un stage de MG pendant l'externat, le stage de niveau un lui avait permis de se rappeler l'intérêt des stages ambulatoires

« Au début de l'internat je m'étais dit que je ne ferai pas de SASPAS d'ailleurs, c'est rigolo! Après j'ai vite changé d'avis quand j'ai vu qu'au final ce qu'on apprend à l'hôpital, j'ai l'impression qu'on ne l'utilise pas tellement en ville alors que dans l'autre sens c'est clairement le contraire. Quand on est en ville on apprend beaucoup beaucoup plus de choses utiles pour la pratique quotidienne. Beaucoup plus » (E12)

Pour E4 qui n'avait pas fait de stage de MG pendant l'externat, le stage de niveau un lui avait permis de confirmer son choix de spécialité :

« Moi le problème, c'est que tant que je n'avais pas fait le stage de niveau un je ne savais pas si je voulais faire de l'ambulatoire ou de l'hôpital puisque finalement, je n'avais jamais fait d'ambulatoire donc même si je me disais que c'était ça que je voulais faire euh, tant que j'avais pas vu, je pouvais pas prendre une décision » (E4)

Le stage de niveau un avait aussi permis de découvrir les compétences spécifiques de la MG pour E7 et E8

« Et c'est seulement après être passée en niveau un que j'ai compris quels étaient les vrais enjeux de la MG parce qu'en fait je n'en n'avais jamais fait de ma vie » (E7)

« Je trouvais que le côté suivi des patients, connaître un patient vraiment sur plusieurs années je trouvais que c'était vraiment très intéressant .»(E8)

Le passage en stage de niveau un avait permis à E13 de cibler les stages suivants selon les besoins qu'elle avait identifiés :

« Après ça, j'ai fait un stage de gynéco parce que je me suis rendue compte que c'est hyper important de faire de la gynéco parce qu'elle (la MSU du stage de niveau un) était dans une zone urbaine mais défavorisée et il n'y avait pas forcément d'accès aux spécialistes donc elle faisait les frottis, suivis de grossesse, des trucs de base quoi» (E13)

E7 avait commencé à « penser MG» lors de ce stage :

« Ça permet de changer d'état d'esprit et du coup à chaque fois qu'on apprend de nouvelles connaissances, de se demander comment je vais la retenir pour pouvoir l'appliquer à la médecine générale. Et ça je trouve que tout le temps avant d'être passé en niveau un il est perdu pour ça. » (E7)

L'envie de faire un SASPAS s'était confirmée lors du stage de niveau un pour E3, E10 et E12 :

« Mais c'est vrai que c'est plutôt quand on fait le stage chez le praticien (stage de niveau un) je trouve qu'on s'intéresse plus au SASPAS. Avant, pas vraiment. » (E3)

« C'est vraiment le moment où j'ai eu le déclic. » (E12)

III.3.5 LE SASPAS UNE PRISE DE CONSCIENCE A L'ÉCHELLE SUPÉRIEURE

Le SASPAS avait amené à une prise de conscience supplémentaire sur l'intérêt des stages ambulatoires pour E10.

« Parce que vraiment, c'est le postériori qui me montre vraiment que c'est

fondamental d'avoir les deux stages puisque les deux te permettent de voir deux choses différentes. Mais pour moi quand j'étais en niveau un, j'avais pas l'impression que le SASPAS apporterait des connaissances supplémentaires de la MG et je me trompais fortement quoi.» (E10)

Le SASPAS l'avait aidé à construire son identité de MG :

« En tout cas moi ça m'a permis de travailler mon attitude de MG, ça je pense que c'est fondamental et aussi la vision de la MG. De voir un peu pourquoi on fait ça » (E10)

Certains interviewés avaient fini leur internat sans faire de SASPAS (E2, E3, E6, E7, E8, E11). E11 et E7 parlaient de regret, les remplacements ou l'installation leur avaient donné conscience de son intérêt.

« C'est vrai que quand tu commences les remplacements tu regrettes de ne pas avoir fait un SASPAS (E11).

Pour E11, ne pas avoir fait de SASPAS était une source de doutes sur sa pratique :

« Si ça se trouve je vais prendre des mauvaises habitudes que je vais garder après des dizaines d'années comme plein de médecins en ville quoi. » (E11)

III.3.6 LE CHOC DE LA BASCULE VERS LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE, SES CONSÉQUENCES SUR LA VISION DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET SUR LE SASPAS

Les interviewés notaient que cette bascule du paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage avait été une étape difficile à comprendre et parfois déroutante.

E7 exprimait un rejet des enseignements théoriques en début d'internat :

« Déjà les cours à la fac, pour moi au début c'était trop différent de ce qu'on faisait quand on préparait les ECN où on me donnait des recettes toutes faites et moi j'avais encore envie qu'on me donne des recettes toutes faites. [...] J'avais beaucoup de mal à concevoir ça et

donc ça m'énervait [...] J'arrivais pas à comprendre la façon dont ils voulaient nous enseigner.» (E7)

D'un autre côté le paradigme d'enseignement, encore parfois utilisé par l'UPMC semblait ne pas bien fonctionner non plus pour E6 et E5 :

« Parfois ils font des listes de tous les anxiolytiques que tu peux donner ou tous les anti-dépresseurs, bah c'est bien franchement c'est intéressant mais c'est une liste quoi. » (E6)

E11 et E14 associaient les enseignants à leur fonction de MSU SASPAS.

« Mais je pense que les maîtres de stage qui voient passer les SASPAS sont des maîtres de stage qui sont connus de la faculté, qui sont souvent nos profs, enfin nos enseignants, qui ont beaucoup de SASPAS» (E14)

Selon E11, E12 et E14, cette association des enseignants avec les MSU SASPAS donnait une image positive et attractive à ce stage

« Mais quand on voit les profs de la fac, ça donne aussi envie parce qu'on voit qu'ils sont bons enseignants je trouve et ça donne envie d'être en stage avec eux, on sent qu'ils peuvent apprendre beaucoup de choses.» (E11)

A l'inverse, cette association MSU SASPAS-enseignant avait renvoyé une image négative à E6 et E7

« Et je sais que j'avais pas confiance dans les membres du département qui disaient "Si, il faut faire un SASPAS" parce que j'arrivais pas à comprendre la façon dont ils voulaient nous enseigner.» (E7)

Il était souligné par E6 que beaucoup d'internes arrivant en DES de MG n'étaient pas encore sûrs de vouloir s'orienter vers cette spécialité et n'étaient donc pas mûrs pour recevoir des cours sous une forme « professionnalisante »

« Je pense qu'il y a la moitié qui ne sont pas contents d'être là, qui voulaient autre chose, il faut le dire clairement, et du coup qui cherchent autre chose » (E6).

En résumé, les interviewés ont exprimé que la bascule vers le paradigme d'apprentissage n'était pas évidente pour eux qui avaient baigné dans le paradigme d'enseignement pendant six ans et n'étaient pas préparés à ce changement. Malgré tout, la bascule finissait par se produire, étape par étape, en passant par le stage de MG lors de l'externat, le stage de niveau un, le SASPAS et parfois après la fin de l'internat.

D'autres éléments ayant joué dans ce processus complexe de décision à faire un SASPAS ou non ont été soulevés par les interviewés. Parmi eux, le mode de communication et les informations qu'ils avaient reçu .

III.4 LES SOURCES D'INFORMATION SUR LE SASPAS ET LEUR IMPACT SUR LA CONNAISSANCE ET LA REPRÉSENTATION DE CE STAGE

III.4.1 DIFFÉRENTS AVIS SUR LES FACILITÉS D'ACCÈS AUX INFORMATIONS SUR LE SASPAS

Pour certains interviewés, « *Ils nous en parlent très souvent [...]c'est pas quelque chose dont on peut passer à côté.* »(E9) Alors que d'autres n'étaient pas satisfaits des informations qu'ils recevaient sur le SASPAS « *On n'est pas très bien informé quand même, même si il y a des réunions, je ne sais pas, on n'est pas bien informé sur le SASPAS* » (E4)

Les sources d'informations rapportées par les interviewés étaient diverses « *En fait il n'y a pas une source d'information, c'est plein de petites choses à droite à gauche.* » (E14)

E2 avait le sentiment que pour obtenir des informations, il fallait nécessairement avoir de la motivation « *Je pense que si tu veux vraiment... si t'es archi motivé, je pense que tu peux avoir les informations.* » (E2).

III.4.2 LES DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATION SUR LE SASPAS

E14 avait eu les premières informations sur le SASPAS lors de son stage de MG pendant l'externat à travers les internes SASPAS qui y étaient

« On en entendait déjà parler quand on était externe parce que quand on allait en stage pendant un mois chez le praticien, on croisait déjà des internes de niveau un et de SASPAS [...]. Ce qui fait que ça arrivait que moi je consulte avec un des médecins et dans l'autre cabinet, il y avait le SASPAS qui venait de temps en temps pour nous emprunter la machine pour la carte bleue, qui discutait d'un ou deux patients, et le midi on se retrouvait tous les trois. Et donc en fait je voyais bien ce que c'était le SASPAS à ce moment-là. » (E14)

Les enseignants du DMG

Les enseignants étaient identifiés par E14 comme vecteurs d'information sur le SASPAS

« Mais je crois que le SASPAS à l'UPMC c'est surtout les enseignants qui nous en ont parlé » (E14)

E3, E9 et E14 avaient commencé à en entendre parler lors du premier jour de réunion des TCEM1

« Et après quand on est arrivé, enfin quand je suis arrivée à l'UPMC, les enseignants de l'UPMC nous en ont pas mal parlé aussi, même à l'accueil du premier semestre. » (E14)

E14, E10, E11 et E5 avaient également reçu des informations par les enseignants lors des choix de stage de niveau un

« Au moment des choix de stage chez le prat de niveau un, ils nous font arriver à la fin supposée des choix du SASPAS, et du coup ils en parlent un peu » (E5)

E1 et E4 avaient assisté à la réunion d'information sur le SASPAS

« En fait Dr L. fait une réunion deux fois par an je crois [...] Il explique les démarches

pour faire un SASPAS [...] les modalités du stage, qu'est-ce qu'ils nous demandaient, qu'est-ce qu'on allait faire etc. Ça permet de voir ce que c'est parce que en gros on sait pas ce qui nous attend au final. Mais ça a aidé peut-être pas à voir exactement ce que c'est, mais ça donne des pistes » (E1)

Mais cette réunion n'avait pas toujours été exploitée *« Je sais que j'avais eu un mail pour la réunion sur les SASPAS, mais je n'avais pas pu y aller » (E12)* ou difficilement exploitable car l'interne y allait trop tard *« Je suis allée à la réunion, mais bon la réunion elle était genre deux mois avant le SASPAS » (E4).*

E12 avait reçu des informations lors des groupes tutorés

« C'est vrai qu'ils en parlent assez en réunion tutorée où on apprend que le SASPAS c'est bien, on apprend beaucoup de choses » (E12)

Internet

Les sites internet de l'UPMC et du DESMG Ile de France (IDF) étaient également des sources d'informations identifiées par les interviewés E2, E9, E10, E11, et E12

« J'étais aussi allée sur le site de l'UPMC. » (E2)

« Et en regardant aussi sur le site du DES MG IDF » (E10).

Les interviewés y avaient trouvé plusieurs types d'information

- La liste des SASPAS *« J'avais regardé la liste des SASPAS qui étaient sur le site internet [...] juste pour avoir une idée d'où ils étaient » (E12)*

- La réunion d'information *« Il y a une réunion d'information pour ceux qui aimeraient faire un SASPAS, sur le site on le voit bien écrit. » (E9)*

- Les évaluations de stage SASPAS *« On peut voir les appréciations sur le site il me semble, sur le site du DES d'IDF. » (E11)*

Cependant, le site n'apportait pas toutes les informations souhaitées

« Je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'informations sur le site. Déjà ils ne te mettent même pas que tu vas avoir aussi des ateliers à côté, enfin plus de cours pour te former que quand tu n'es pas en stage ambu. Et puis même, expliquer bien, clairement ce que c'est le SASPAS quoi. Combien tu vas être rémunéré aussi. » (E11)

Les mails

Les mails d'informations sur la réunion SASPAS avaient retenu l'attention de E3 et E10

« Je sais qu'on recevait souvent des mails du responsable des stages ambulatoires, Mr Lafortune, qui nous demandait à partir du quatrième/cinquième semestre si on voulait faire un SASPAS et comme moi j'allais le faire une année après, ça m'a permis d'anticiper. » (E10)

« On reçoit un mail tous les six mois » (E3)

Le bouche-à-oreille entre co-internes

Le bouche-à-oreille entre co-internes semblait influencer les interviewés dans leur choix à prendre un SASPAS ou non.

Certains interviewés avaient côtoyé des co-internes les incitant à faire un SASPAS (E2, E3, E8, E10)

« En fait c'est surtout en discutant avec des amis beaucoup plus âgés qui eux sont passés par le SASPAS que ce soit à Paris 6 ou dans d'autres facs et en discutant avec eux [...] Ils m'avaient dit "Bah oui, c'est hyper important de le faire" [...] Ceux qui avaient trois quatre ans de plus que nous qui avaient déjà fait et qui n'en vantaient que les mérites. » (E10)

« Il y a des gens qui disent que c'est super, que ça se passe super bien avec leur médecin » (E3)

A l'inverse, certains interviewés avaient côtoyé des co-internes les dissuadant de faire un SASPAS (E2, E3, E7, E8, E11)

« J'ai l'impression que les gens qui l'ont fait autour de moi ont eu un peu des difficultés à monter ce projet-là. Ça avait toujours l'air un peu stressant un peu compliqué. » (E7)

« Et puis d'autres qui sont beaucoup déçus (rires). » (E3)

Les vécus négatifs semblaient avoir été plus souvent racontés à E2, E3, et E11 .

« Alors moi je suis peut-être tombée sur ceux qui ont été déçus du SASPAS, du coup ça m'a aussi beaucoup freinée » (E3)

« Apparemment il finit à des heures pas possibles à 20h30 le soir... » (E11)

Seule E1 n'avait pas été influencée par le bouche à oreille car elle ne connaissait personne qui avait fait un SASPAS.

« - Tu as eu des échos du SASPAS de tes collègues, de tes co-internes ?

- Pour le moment non parce que je n'ai aucune de mes amies qui ont fait le SASPAS pour le moment, et les co-internes des stages précédents, pareil, ils n'avaient pas encore eu l'occasion de faire un SASPAS. Ils avaient fait des stages de niveau un mais pas de SASPAS. »

III.4.3 UNE RÉPRÉSENTATION DU SASPAS GLOBALEMENT POSITIVE

Parmi les interviewés qui n'avaient pas fait de SASPAS, certains l'avaient envisagé ou envisageaient de le faire (E2, E3, E6, E9, E11)

« Je savais que je voulais faire de la ville plus tard, et effectivement je me suis posé la question de faire un SASPAS » (E11)

L'apport pédagogique des stages ambulatoires

Certains interviewés soulignaient que l'apport pédagogique des stages ambulatoires était plus intéressant qu'en stage hospitalier. On pouvait remarquer que ces derniers

avaient fait le SASPAS (E10, E12 ; E13)

« Je me suis vite rendu compte qu'en réalité à l'hôpital, tu apprends des choses que tu pratiques à l'hôpital et que tu peux difficilement extrapoler pour la pratique de ville et donc du coup je me suis vite dit qu'en réalité, c'est plus intéressant de faire un SASPAS plutôt que d'aller faire par exemple un stage spécialisé en HTA ou en cardio. Mais vaut mieux que je pratique l'hypertension en ville, avec des prat qui ont l'habitude plutôt que de l'HTA chez des patients que je ne verrai quasiment jamais parce que c'est des trucs très spécialisés finalement. » (E12)

Un approfondissement du niveau un

Pour certains, le SASPAS était une continuité du stage de niveau un (E1, E9, E10, E12).

« Moi j'ai fait mon stage de niveau un et je ne me sens pas encore prête au lancement, j'attends vraiment le SASPAS avec impatience pour mieux connaître la MG. » (E9)

Un encadrement privilégié

E7, E8, E11 et E13 appréciaient l'encadrement privilégié qu'ils avaient eu lors des stages ambulatoires.

« Donc moi je trouve que le vrai avantage dans les stages ambulatoires c'est que t'as un encadrement et ça, on ne peut pas te l'enlever parce que tu dépends du mec. Le souci à l'hôpital c'est que tu dépends de personne en fait. » (E13)

« C'est vrai que je pense que ce qu'il y a de plus intéressant c'est de pouvoir discuter après, de débriefer » (E8)

« Tout le monde me disait mais c'est bizarre de faire un SASPAS après un remplacement! Bah non parce qu'en fait au bout d'un an je sais où sont mes vraies faiblesses et donc je peux profiter de l'encadrement qui est si cher et qu'on a très peu » (E13)

Une acquisition des compétences de MG

En parlant du SASPAS, les participants de l'enquête décrivaient l'acquisition des compétences de MG définies par la WONCA(4) et le CNGE (19)(20).

E6, E7, E12 et E14 décrivaient l'apprentissage de la compétence « Gestion des soins de santé primaires »

« Comment gérer vraiment ton patient dans le milieu libéral toute seule sans avoir tous les examens à côté de toi. T'apprends encore mieux à le faire. » (E6)

« On prend l'habitude de voir des patients qui sont de MG, des choses qui sont fréquentes et pas des choses qui sont graves, et du coup c'est une expérience qui est importante à acquérir » (E14)

E6, E12 et E13 décrivaient l'acquisition de la compétence « gestion du cabinet médical »

« Là du coup j'ai forcément la compta à faire.» (E12)

« En l'occurrence mes points faibles c'était en partie l'administratif donc là au centre de santé je le vois pas trop mais j'ai la contrepartie avec le cabinet de ville » (E13)

E10 et E13 avaient approfondi l' « approche centrée patient, relation et communication »

« Donc en tout cas moi ça m'a permis de travailler mon attitude de MG » (E10)

E13 y avait appris la compétence « Premier recours, Urgences » en ambulatoire

*« Quand t'as le mec qui est là sur la table, que t'as pas de salle de repos avec quelqu'un pour le surveiller et que tu te dis « P**** qu'est-ce que je fais ? Bah, de toute façon j'ai pas le choix j'appelle le SAMU » et que le mec du SAMU il est détente, il te dis "Oui bah si ça fait deux semaines qu'il décompense son insuffisance surrénalienne bah c'est pas tout de suite qu'il va claquer!" Donc il te le laisse là et puis il t'envoie une ambulance dans une heure*

donc pendant ce temps-là le gars il est sur ta table, t'as ta salle d'attente qui se remplit ... (rires) » (E13)

E10 et E13 y avaient appris la compétence « Approche globale, complexité »

« On se rend compte qu'on apprend beaucoup du médico-médical durant toutes nos études alors qu'en fait notre métier c'est holistique, c'est centré patient, blablabla, tous ces grands mots, mais en tout cas c'est bio-psycho-social et le médico-médical est vraiment une petite partie. Bien sûr qu'elle nous aide à faire les décisions mais en fait la grande partie de notre job elle est tout autour et ça je l'ai un peu découvert et appris en SASPAS. » (E10)

E12 et E13 rapportaient avoir découvert et amélioré leur compétence « Continuité, suivi, coordination des soins »

« T'as pas le même investissement je trouve quand tu sais que les gens reviennent » (E13) « J'ai retrouvé ce que je cherchais le médecin de famille qui suit du bébé jusqu'à la grand-mère, et même jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, jusqu'au dernier jour, même jusqu'au certificat de décès. » (E13)

« Pour un accident de travail par exemple ils préfèrent nous voir nous parce qu'on a commencé ensemble, et du coup c'est vrai que c'est assez rigolo. Les enfants, je commence à les suivre, les grossesses aussi. » (E12)

Un stage de transition vers la profession de MG

Les interviewés E1, E3, E7, E9, E10, E12, E13 reconnaissent ce stage comme un stage professionnalisant, permettant de les accompagner vers leur exercice futur.

« Pour moi on nous aide à mettre le pied dans notre pratique future. C'est un bon lancement, une bonne transition entre les études, le statut d'interne et médecin. » (E9)

Pour E7, E10, E12 et E13, le SASPAS était une aide pour affiner les souhaits

d'exercice futur

« Je suis dans une maison de santé à Corbeil et l'autre c'est un centre de santé. Donc en centre de santé ils sont salariés donc forcément c'est un peu particulier et maisons de santé, si je découvre un petit peu le NMR (Nouveaux Modes de Rémunération), et tout un tas de choses comme ça. Les réunions, les fameuses RCP (Réunion de Concertation Pluriprofessionnelles), les trucs comme ça. Je découvre un autre fonctionnement que dans le niveau un où j'étais en cabinet libéral classique. Du coup j'ai trois visions différentes finalement de la médecine. C'est sympa. Comme ça je finirai l'internat en ayant connu à peu près tout. Après il me manque les PMI et les plannings, les trucs comme ça. » (E12)

« Donc moi je me suis posée la question pour mon exercice futur de faire ou du cabinet libéral ou du centre de santé avec le côté soit libéral soit salarié et je me suis dit que le SASPAS ce serait l'occasion pour moi de m'aider à me décider. » (E13)

E4, E12, E13 et E14 décrivaient le SASPAS comme une aide pour développer leur futur réseau professionnel ambulatoire

« Ça permet aussi d'avoir un contact avec l'ambulatoire qu'on a eu dans le niveau un, de rencontrer aussi de nouveaux maîtres de stage parce que finalement on n'a pas beaucoup d'interlocuteurs ambulatoires pendant toutes ces études quoi, on en a très peu » (E4)

« Comme je sais que je vais exercer à peu près dans ce territoire après soit dans le 91 soit dans le 77, bah en fait de commencer à apprendre et connaître les réseaux pour l'obésité, le diabète etc. Les praticiens aussi qui sont dans les environs. » (E12)

Pour E2, E4 et E12, le SASPAS était un accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie

« C'est vraiment un pas vers l'autonomie, alors qu'on est toujours encadré par un maître de stage, de prendre de la liberté, de se rendre compte qu'on est capable de le faire, d'exercer la médecine comme on l'entend, c'est la première fois qu'on se retrouve seul face à son patient et c'est un peu exercer la médecine comme on le souhaite.[...] Je pense que ça permet vraiment beaucoup de donner confiance de se rendre compte qu'on est capable de faire des choses tout seul, qu'on sait beaucoup de choses et finalement on se débrouille. »

(E4)

« Moi dans l'idée c'est que petit à petit, j'essaie d'intensifier les consultations, de les rapprocher de plus en plus pour que arrivée à la fin de mon SASPAS je sois quasiment au même rythme que des vrais remplaçants » (E12)

Une opportunité de faire Pédiatrie et Gynécologie dans sa maquette

Pour E13, faire un SASPAS permettait de ne pas avoir à choisir entre la pédiatrie et la gynécologie pour sa maquette

«Donc j'hésitais entre la pédiatrie et la gynéco et je me suis dit non je vais faire de la gynéco et puis je ferai de la pédiatrie mais en PMI via un SASPAS. » (E13)

Une opportunité de ne pas retourner à l'Hôpital

E12 et E13 trouvaient la médecine plus humaine en ambulatoire

« On ne parlait pas beaucoup avec les patients. C'était un peu froid même, c'était pas très agréable. Alors que pour le coup en médecine de ville ils sont en général un peu plus de bonne humeur les patients. C'est différent. » (E12)

«Et puis ce côté numéro, ce côté "Je m'en fous de ce qu'il va devenir", tu vois? Parce que le mec il est là pour une semaine mais après il s'en va et tu ne le reverras jamais et puis ... Pour moi la médecine c'était le médecin de famille et cette relation ultra privilégiée

avec les gens. » (E13)

Certains interviewés avaient choisi le SASPAS pour fuir l'hôpital (E1,E4, E12)

« Et puis après ce qui a fini de me convaincre à 100% que j'avais bien fait c'est quand j'ai fini le stage de niveau un, je suis reparti six mois en stage de gériatrie et là j'ai compté les mois avant de retourner en SASPAS parce que clairement l'hôpital et moi ça fait deux. »

(E12)

« Ça te permet de pas retourner un semestre à l'hôpital quand t'en as marre » (E4)

E10, E12 et E13 avaient notamment vécu des expériences de maltraitance à l'hôpital

« J'aime pas trop être maltraitée et bosser 90h par semaine et ne plus avoir de vie, ça c'est des choses que j'ai fait une seule fois dans mon cursus, un semestre aux urgences et je me suis promis de plus jamais le faire et donc tous mes choix après étaient orientés pour ne pas reproduire l'expérience » (E10)

« - Si j'avais pas eu de stage SASPAS, je me serais retrouvée obligée de prendre un stage aux choix, un stage hospitalier et ça je l'envisageais pas quoi. [...] J'ai eu trop de déboires. J'ai fait un burn-out au deuxième semestre, j'ai pas fini mon stage parce que je me suis retrouvée toute seule à gérer quinze lits, que personne ne vérifiait ce que je faisais, parce que le chef de service avait casé sa bonne femme dans le service qui ne foutait rien et il se trouve que c'était ma responsable. Et je me faisais engueuler parce que je prenais trop de gardes et du coup pendant mes lendemains de garde, elle était obligée de faire la visite.

Et le pompon c'est que j'ai dû porter plainte sur l'un de mes chefs qui m'a sauté dessus en garde. (silence) Donc ça faisait beaucoup pour un même stage. Un jour je n'ai pas pu aller à l'astreinte le samedi matin, sous la pression de mon compagnon qui m'a rappelée que j'étais interne donc non indispensable, parce que j'avais 39 de fièvre, en fait c'était une

pneumopathie, et que je ne me sentais pas de faire les 60 lits de l'étage, parce que c'était ça les astreintes là-bas. J'ai appelé pour prévenir. Le chef de service m'a laissé un message vocal en retour scandaleux "Il faut que vous trouviez une solution". Le chef de service qui te demande de trouver une solution. C'est quand même fort ça ! Malgré tout, j'ai rappelé et lui ai réexpliqué que je ne pouvais pas venir. Et donc du coup il était vénère. Après cet épisode, je suis allée voir mon médecin qui m'a arrêtée une semaine jusqu'à mes vacances. Mais au retour de mes vacances, bah ça n'allait pas, je ne dormais pas, je ne pouvais pas y retourner. C'était pas possible. Donc je n'y suis pas retournée. J'ai dû quand même y aller pour la validation parce qu'ils ne me l'avaient pas faite. En tout j'avais eu 3 semaines d'arrêt donc mon stage pouvait être validé. Ce stage a été black listé par la suite. Il y a une phrase que le chef de service m'a dit qui m'a marquée lors de notre entretien de fin de stage il m'a dit que « Quand même, j'aurais pu anticiper, et puis bon c'est sûr, si vous étiez passée sous un camion ça aurait été compliqué ». Donc en fait, le seul motif valable pour ne pas venir en stage c'était que je me fasse écraser par un camion. Et le pire c'est que ce jour-là, il m'a demandé de finir les comptes-rendus qui étaient restés. (E13)

Un stage respectant le temps de travail et garantissant une qualité de vie

E6, E10 et E14 notaient que le SASPAS permettait de pouvoir libérer du temps pour leurs travaux facultaires ou pour leur vie personnelle

« J'avais plein de choses à faire quand même mon DU, ma thèse, donc il fallait quand même du temps de libre. Je savais que le SASPAS c'était possible de l'avoir » (E6)

« Le rythme en SASPAS est un peu plus adapté [...] Un SASPAS c'est vrai que j'ai plein d'amis qui me le disent, il y a pas de gardes, c'est plus cool » (E14)

Un stage de transition parfait en dernier semestre

E12 et E4 voyaient le SASPAS en dernier semestre comme une opportunité pour enchaîner avec un travail ambulatoire sans transition ou pour avoir suffisamment de temps pour finir sa thèse avant la fin de l'internat

« Comme je le fais en été. Bah je vais enchaîner directement avec les remplacements, donc du coup je n'aurai pas eu de coupure entre les deux et ça sera d'autant plus fluide pour moi. Je n'aurai pas trop l'impression d'une coupure. » (E12)

« Et puis de laisser un peu plus de temps pour la thèse aussi souvent quand on est en dernier semestre » (E4)

III.4.3.1 FOCUS SUR LES CONNAISSANCES DES INTERVIEWÉS N'AYANT PAS FAIT DE SASPAS

En dépit de l'accès à ces informations par différents moyens, on constatait que les internes qui n'avaient pas fait de SASPAS (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E11) en avaient une connaissance assez disparate et souvent incomplète.

Leur définition du SASPAS

Pour les interviewés n'ayant pas fait de SASPAS, la définition de celui-ci était plus ou moins précise

« Ça doit être Stage Ambulatoire euh... il y en a un qui doit vouloir dire Autonome ou Autonomie, Premier soins, je sais pas [...] Mais oui je sais à peu près ce que c'est on est en autonomie. » (E11)

« Sa définition c'est le stage ambulatoire de niveau deux, en gros c'est comme le niveau un mais sans la phase d'observation et c'est surtout de l'autonomie qui est mise en avant donc c'est une activité de MG en cabinet avec quand même la possibilité de discuter de certains

dossiers avec un maître de stage qui reste quand même présent au moins par téléphone. »

(E14)

« Je trouve qu'on sait pas trop ce que c'est en fait. C'est un stage ambulatoire, ok, euh il y a plusieurs terrains de stage, très bien, euh... il y en a deux en général, et il faut en trouver un troisième ... » (E5)

Une frontière floue entre le SASPAS et le remplacement

Remplacement et SASPAS étaient difficilement différenciables pour E2, E3, E8, E11 et E14

« Enfin j'avais l'impression que c'était vraiment un remplacement déguisé. »(E8)

« On remplace un peu le médecin en consultation sur des plages déterminées » (E11)

Inversement, le remplacement était parfois vu comme l'équivalent d'un SASPAS pour E2 et E14

« Je pense que ça peut être retardé de six mois et qu'on le fait au moment des remplacements quoi » (E14)

Fausse croyances sur les démarches à suivre pour faire un SASPAS

Certains pensaient que les choix pour le SASPAS étaient faits selon les mêmes modalités que le stage de niveau un.

« Auparavant, je me doutais pas que ça se passait comme ça, je pensais que, pareil, qu'on choisissait comme le niveau un, en fonction de notre classement » (E1) (Après avoir fait la réunion SASPAS).

« Oui il faut venir le jour du choix de SASPAS et puis voilà et puis une fois que t'es inscrit sur la liste par cette lettre [de motivation] je suppose, bah ensuite il faut choisir dans l'ordre de classement comme dans les autres stages quoi » (E11)

E14 pensait qu'ils étaient recrutés en fonction de leurs notes aux anciens stages.

« Et en plus j'ai un bon dossier quoi, je sais que dans mes stages j'étais toujours bien notée »

E2 pensait que les internes ayant un enfant ou un bon niveau de connaissance étaient favorisés *« Si t'avais un enfant, ils te favorisaient par rapport aux autres dossiers etc mais ça je savais pas. Il paraît que c'était pris en compte [...] Après c'est la fac si il y a des gens qui sont complètement nuls, ils doivent quand même être formés quoi » (E2).*

Connaissances et opinions sur le troisième terrain de stage

Ceux qui n'avaient pas fait de SASPAS savaient qu'il y avait un troisième terrain de stage.

« Et sinon il y a deux voire trois -je crois- maîtres de stage par stage et on peut-être en PMI ou en centre de santé, ou des trucs comme ça il me semble ». (E11)

« J'ai cru comprendre que c'était quand même assez libre sur le troisième terrain de stage » (E5)

E5 en avait une idée assez vague

« Je sais pas ce que c'est que ce troisième terrain de stage, comment est-ce qu'on s'organise pour trouver ça [...] Je ne me vois pas trop en fait euh, j'ai du mal à saisir l'utilité du troisième lieu de stage. Euh, je sais pas si c'est exactement ça [...] C'est plus le troisième terrain de stage qui me paraît obscur en fait. » (E5)

Il pensait également que le troisième terrain de stage se passait dans un laboratoire de recherche *« Mais quand ils disent que ça peut-être l'occasion de faire de la recherche tout ça, bah je trouve que pour le coup, c'est pas du tout euh, enfin moi ça ne me paraît pas spécialement utile parce que moi euh, un tiers de temps dans un labo ou même à faire de la recherche universitaire, ou de la recherche clinique, c'est trop peu, enfin c'est pas... » (E5)*

Certains voyaient ce troisième terrain de stage comme un frein à monter son SASPAS.

« J'ai l'impression que dans d'autres facs, c'est plus des packages. C'est plus facile de monter son SASPAS avec un stage avec une PMI, un stage avec une médecine scolaire, enfin des choses qui sont déjà bien mises en place et du coup ça paraît peut-être moins compliqué. »

(E7)

Connaissances incertaines ou fausses sur l'encadrement pendant le SASPAS

E5 et E11 ne connaissaient pas le principe du débriefing consistant à parler de tous les patients vus par l'interne pendant la journée ou demi-journée, ni de l'obligation du MSU à rester proche du cabinet pour se rendre disponible physiquement à tout moment.

« En SASPAS, en principe t'es censé savoir bosser tout seul donc même si ton prat est en vacances tu dois pouvoir bosser dans son cabinet. » (E5)

Interprétations de l'information reçue sur le SASPAS

L'information délivrée sur le SASPAS était souvent interprétée de manière négative

« Le discours autour du SASPAS je trouve qu'il est mauvais en fait. Enfin moi les arguments qu'ils nous vendent pour nous inciter à faire un SASPAS, moi ne me parlent pas du tout. »

(E5)

E5 recevait cette information comme insistante et imposée

« Les gens ont quand même une certaine idée de ce qu'ils veulent faire et ce vers quoi ils veulent aller. Après il faut savoir les orienter, mais faut pas inciter les gens à faire quelque chose qu'ils ne veulent pas. Parce que finalement tu fais des frustrés après, des gens qui travaillent pas bien donc je trouve que c'est pas bien [...] Je suis pas réceptif forcément aux messages imposés. » (E5)

E3 et E8 trouvaient la communication peu valorisante pour le SASPAS et pas assez détaillée

« On nous explique pas assez le SASPAS, l'intérêt du SASPAS, ce n'est pas assez mis en valeur » (E8)

E8 pensait qu'il y avait peu de communication sur le SASPAS de manière volontaire parce qu'il y avait peu de stage

« Je pense qu'ils n'ont pas communiqué énormément parce que déjà je pense ... enfin j'imagine qu'il doit pas y avoir beaucoup de SASPAS » (E8)

E5 croyait que la communication sur le SASPAS ciblait les internes voulant faire une carrière universitaire en MG

« C'est surtout une espèce de moyen de développer la MG universitaire et de garder un pied dans la formation, dans la recherche machin » (E5)

E3 pensait que la communication sur le SASPAS ciblait les internes les plus motivés

« Ça donne l'impression qu'il faut être archi archi motivé pour pouvoir faire un SASPAS »

E14 voyait le SASPAS comme un moyen de garder les internes dans la filière de MG

« Je pense que c'est plus en fait pour eux une manière de garder les internes en MG et qu'ils soient actifs, et je pense que c'est normal de leur point de vue parce que les IMG il y en a beaucoup qui font autre chose et qui fuient un peu ce milieu-là alors que en faisant le SASPAS je pense qu'après il y en a beaucoup qui restent dans cette filière. »

E5 trouvait l'information qu'il recevait insuffisamment détaillée, ne lui permettant pas d'avoir tous les éléments pour décider de choisir ce stage.

« Sans information je trouve qu'il y a une espèce de frein du « Il faudra trouver des trucs, il faudra faire des machins ». Et comme on ne nous explique pas quoi, on ne nous explique pas

comment, euh, pour des gens qui comme moi qui pourraient être un peu velléitaire, bah, ça doit freiner un petit peu en amont je pense. » (E5)

E3 et ses co-internes de l'UPMC avaient été stressés puis démotivés par les mails qu'ils avaient reçu

« C'est le côté, « Il n'y a pas beaucoup de places, il faut faire vite » (rires). Même plusieurs d'entre nous, je me rappelle à l'époque on se disait bon bah pfff... on laisse tomber [...] On a envie, on a envie de le faire, enfin moi personnellement mais je vais pas courir, euh, voilà il y a le côté il faut courir après, il faut faire plein de démarches, les places sont comptées et puis on nous disait que par exemple l'été on ne pouvait pas en avoir, plutôt l'hiver, enfin tout ça, ça m'a un peu calmée. » (E3)

E14 avait l'impression que les internes qui faisaient un SASPAS étaient plus favorisés par les enseignants du DMG que les autres

« En gros un interne qui a fait un SASPAS c'est un interne qui est motivé pour faire de la MG et c'est quelqu'un qui va être soutenu plus que les autres. Enfin c'est l'impression que donne la faculté en tout cas. Tandis qu'un interne qui va faire des stages très hospitaliers, qui va faire beaucoup d'urgences, qui va peut-être vouloir faire le DESC d'urgences sera un peu plus embêté que les autres parce que justement il fuit un peu la MG et ça... [...] Pour moi c'est le ressenti des internes qui font le DESC d'Urgences. Il y en a beaucoup qui se cachent en fait, qui ne veulent pas dire qu'ils font le DESC pendant longtemps [...] Et moi je le ressens aussi, c'est que si je fais un SASPAS et que je valide mon DES avec une thèse très MG et un niveau un et un SASPAS qui se sont bien passés ça fera mieux au moment de valider le DES que si j'avais fait un stage en cardiologie ou... [...] « Faites-le parce que vous serez bien vus », ça c'est le message que je reçois de manière inconsciente (rires) » (E14)

E5 trouvait que la communication était délivrée de manière culpabilisante

« C'est l'occasion pour eux de ronchonner quand ils disent que bah voilà, tel terrain de stage n'a pas été pourvu, qu'il y avait x devant, mais qu'au final il reste des terrains de stage et que le SASPAS c'est bien et que tout ce que je te disais juste avant c'est bien, ça vous forme à votre métier futur, c'est pas normal qu'il y ait des stages qui ne soient pas pourvus » (E5)

On remarquait donc que les interviewés qui n'avaient pas fait de SASPAS avaient eu accès à des informations souvent incomplètes, laissant la place aux doutes, aux questions en suspens, et à des interprétations souvent négatives.

III.5 STAGES PENDANT L'INTERNAT UNE STRATÉGIE INTÉGRANT CHOIX ET RENONCEMENTS

III.5.1 LES PRIORITÉS DES INTERVIEWÉS POUR LEURS CHOIX DE STAGE

La qualité du stage en premier lieu

E5, E8 et E14 précisait qu'ils choisissaient prioritairement les stages de qualité sur le plan pédagogique

« J'ai toujours essayé de prendre des stages qui étaient bien notés. Même si on travaillait beaucoup, je prenais vraiment les stages où on était bien encadrés, où il y avait des bonnes notes sur euh... où on apprenait beaucoup de choses quoi. » (E8)

« J'ai préféré quand même globalement viser le qualitatif et donc prendre les bons stages » (E5)

Des priorités particulières lors de la dernière année d'internat

Avoir suffisamment de temps pour les travaux universitaires annexes au stage

En fin d'internat, en plus des priorités comme la qualité de stage, E4 et E6 avaient aussi envie d'avoir plus de temps pour travailler leur thèse ou pour s'investir dans un Diplôme complémentaire « *Et puis de laisser un peu plus de temps pour la thèse aussi souvent quand on est en dernier semestre.* » (E4)

La situation géographique du stage, un facteur décisionnel important

Pour E1, E3, E8, E11 et E12, la proximité géographique du stage par rapport au domicile en fin d'internat était un facteur décisionnel important

« *Moi pour moi les transports c'est un parasite donc j'essaie de faire en sorte qu'il parasite le moins possible ma vie active quoi.* » (E11)

Cependant une interviewée avait choisi de faire un SASPAS malgré la distance importante de ses terrains de stage par rapport à son domicile. Ce critère restait contraignant et source d'inquiétudes.

« *Les difficultés pour moi c'est que je ne suis pas du tout dans le coin géographiquement de l'UPMC. Et les terrains de SASPAS sont un peu sur l'Est Parisien et moi je suis complètement à l'Ouest. Du coup tous les SASPAS qu'ils proposent sont hyper loin pour moi donc du coup je suis très contente de faire un SASPAS et en même temps ça m'inquiète parce que je vais mettre une heure et demi minimum de trajet pour y aller.* » (E9)

E10 et E12 avaient choisi leur SASPAS en fonction du lieu où elles souhaitaient travailler plus tard

« *C'est surtout pour des raisons géographiques parce que je comptais être pas trop loin d'Aubervilliers, donc c'était la situation qui m'intéressait* » (E10)

III.5.2 LE SASPAS UN STAGE PAS TOUJOURS PRIORITAIRE

Quand le projet professionnel est différent de la MG

Selon E1, E5, E9 et E11, les internes ayant un projet professionnel autre que la MG n'étaient pas intéressés par le SASPAS

« Et puis il y en a certains qui veulent pas faire la MG et ça les embête un p... enfin, ça leur dit rien de faire un SASPAS parce qu'ils en voient pas l'utilité dans leur maquette. » (E1)

Pour E6 et E8, leur projet professionnel a changé au cours de l'internat en faveur de la MG. Elles avaient utilisé un de leur stage libre dans la spécialité qu'elles avaient choisi initialement.

« J'ai fait mes deux stages d'urgences parce que je voulais être urgentiste, et après mon deuxième j'ai fait Oulà...et direct je suis passé chez le prat' et là j'ai fait, "Ah bah voilà j'ai trouvé " (rires). » (E6)

« Surtout qu'initialement j'étais plus branchée Urgences. J'ai fait deux stages d'Urgences pendant mon internat » (E8)

« L'Ambulatoire, j'en ferai toute ma vie »

Les interviewés qui n'avaient pas fait de SASPAS (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11) ou ne souhaitaient pas en faire (E14) argumentaient en disant qu'ils apprendraient les spécificités de la MG après l'internat.

« Une des raisons de ne pas faire de SASPAS c'est que l'ambulatoire j'en ferai toute ma vie quoi, donc je vais finir par apprendre » (E11)

Pour certains, le dernier stage était vu comme l'ultime occasion d'apprendre à l'hôpital (E3, E5, E11, E12)

« Et donc je me disais c'est la dernière fois où je vais mettre les pieds à l'hôpital [...] En fait c'était plus de la curiosité, me dire allez je vais m'intéresser une dernière fois à la spécialité puisque après j'en ferai plus. » (E11)

« Après je trouve aussi que l'internat, c'est le dernier moment où on peut travailler à l'hôpital complètement » (E5)

Pour E3, faire un dernier stage en hospitalier lui avait permis de confirmer son choix de faire de la médecine ambulatoire.

« Je me suis dit à la fin qu'un stage hospitalier ça me permettrait de me dire une fois pour toute que voilà je, j'ai fini, enfin, je veux vraiment faire de la médecine libérale parce que j'hésitais un petit peu vers la fin aussi donc ça m'a permis aussi de me dire « non vraiment l'hospitalier je... voilà » (E3)

Quand ce qu'on attend d'un SASPAS est vécu comme acquis lors du stage de niveau un

E5 et E14 ne percevait pas l'intérêt d'un second stage en MG

« Ça fait toujours de l'expérience en plus mais je ressens pas le besoin personnellement d'avoir six mois de plus pour, avant de travailler tout seul » (E5)

« En fait j'ai peur de ne pas apprendre beaucoup de choses en SASPAS, c'est ça le truc. » (E14)

E5, E6, E7, E8 et E14 estimaient avoir acquis l'autonomie en stage de niveau un

« En fait pendant mon niveau un, au bout de deux mois en fait j'étais toute seule dans le cabinet d'une de mes praticiennes. Je faisais toute ma consultation toute seule. Bon c'était beaucoup de consultations d'urgences mais il y avait aussi parfois quand elle était

surchargée des consultations de renouvellement, et des maladies un peu plus lourdes et du coup ça me fait pas peur de faire un remplacement en fait. » (E14)

Sous un autre angle, E11 soulignait que la mise en autonomie pouvait donner envie aux internes de faire un SASPAS « *Donc déjà en niveau un si tu passes plus vite en autonomie, je pense que déjà tu commences plus à voir l'intérêt du SASPAS, les difficultés que tu rencontres quand tu es tout seul; que tu ne peux pas voir si tu passes tes six mois le c** sur un tabouret à regarder le médecin qui te dis " Alors t'es d'accord avec moi? " (Rires). » (E11)*

E6 estimait avoir acquis suffisamment l'aspect administratif du métier

« Moi mon prat chez qui j'étais, il me faisait des cours d'administration le midi vite fait, mais il le faisait très très régulièrement, et du coup, j'avais acquis plein de choses qui maintenant sont un peu parties mais (Rires) [...] et puis j'avais fait les cours un peu de la sécu aussi qui étaient dispensés, bon je me suis dit, j'arriverai bien à me débrouiller le jour où je me mettrai en remplacement. » (E6)

E14 avait déjà eu des propositions de remplacement de la part de sa MSU de niveau un.

Elle était donc rassurée sur le fait de trouver un remplacement après son internat.

« Moi quand j'ai fait mon stage de niveau un, à la fin la praticienne qui m'avait laissée en autonomie m'a proposé de faire des remplacements si je le voulais et elle faisait déjà avec une ancienne interne. » (E14)

E14 estimait avoir découvert suffisamment de types d'exercice et de pratique lors de ses expériences passées en ambulatoire

« Alors, ce qui fera que je ne choisirai pas un SASPAS pour commencer c'est que j'ai fait déjà un stage de MG quand j'étais externe donc j'avais trois praticiens différents, j'ai fait le stage en cabinet de niveau un avec deux praticiens différents, j'ai fait quand j'étais plus

jeune des remplacements comme secrétaire médicale donc je voyais un peu comment fonctionnait les médecins généralistes qui étaient dans le cabinet et donc en fait j'ai l'impression d'avoir vu un panel d'une dizaine de médecins déjà qui sont tous avec leur propre manière de fonctionner et je ressens pas forcément le besoin d'aller voir d'autres façons de faire parce que j'en ai déjà vu pas mal. » (E14)

Quand on choisit le stage hospitalier par habitude

E3, E8, E10 et E11 notaient cette tendance des internes à choisir les stages hospitaliers par habitude.

« C'est plus simple pour nous de visualiser les stages hospitaliers parce que c'est ce qu'on connaît et c'est ce qu'on fait la majorité des semestres d'internat » (E10)

« C'est l'inconnu de faire un SASPAS quand t'es tout le temps à l'hôpital. » (E11)

L'encadrement des stages hospitaliers était connu, donc rassurant contrairement à celui du SASPAS.

«- Autant essayer de choisir un stage où je pourrais encore apprendre des choses dans le cadre hospitalier avec un encadrement hospitalier. - Et qu'est-ce que tu cherchais dans cet encadrement hospitalier? - C'est rassurant » (E11)

Quand on pense que les compétences de MG peuvent s'apprendre à l'hôpital

Pour E3, E5, E6, E7, E8, E12, les stages hospitaliers permettaient de cibler certaines compétences de MG.

« Et puis il me restait ce dernier stage où bah c'est vrai qu'il y avait la diabétologie qui me tentait bien sachant qu'on en fait beaucoup en ville et que je ne maîtrisais pas tant que ça. Je me suis mise dans un service de diabéto en me disant que ça me servirait peut-être (moment d'hésitation) plus. » (E3)

« Je me disais que faire plus de stages dans des domaines différents c'était mieux pour la pratique future » (E7)

« Je préférais faire un stage hospitalier, j'avais l'impression qu'il y avait un meilleur rendement apprentissage » (E8)

Pour E13, les stages hospitaliers permettaient d'expliquer aux patients certaines situations qu'ils allaient vivre à l'hôpital

« Après je pense que ça te permet de voir des choses qui vont pouvoir te permettre d'expliquer au patient ce qui l'attend [...] J'ai pu voir des images de colo, des fibro bronchiques, des fibro gastriques, des EFR (Epreuves Fonctionnelles Respiratoires). Parce qu'en fait les gens c'est les questions qu'ils te posent c'est des questions pratiques. » (E13)

De plus, elle soulignait que certains stages hospitaliers étaient réellement adaptés pour acquérir des compétences de MG

« La seule concession c'était pour le stage de gynéco où en fait j'ai fait deux mois de planning familial, toutes les consultations d'implant et les consultations avec les chefs, puis deux mois d'urgences, et deux mois de mater ou j'ai été un peu le MG des suites de couche. En plus t'avais pas de garde et pas d'astreinte parce que du coup c'était pas dans la maquette de la MG de faire des gardes de gynéco.[...] J'utilise vraiment ce que j'ai appris dans ma pratique de tous les jours. » (E13).

Enfin, E13 remarquait que de nombreux stages hospitaliers avaient la possibilité de donner accès à un apprentissage des compétences de MG aux internes mais qu'ils s'avéraient inadaptés dans la réalité.

« En fait les trucs qu'on pourrait apprendre à l'hôpital et qui pourraient nous servir pour la ville on les apprend pas. C'est dommage. Par exemple les infiltrations ils en font plein à l'hôpital. T'en as déjà fait? » (E13)

Quand le label universitaire des CHU est vu comme un gage de qualité d'enseignement

E5 pensait que les stages hospitaliers labellisés « universitaires » étaient un gage de qualité pour l'apprentissage, en opposition aux stages ambulatoires qui ne l'étaient pas « *Et donc bénéficier d'une formation qui est quand même euh... ça dépend hein, il y a des très bons prats, mais qui est universitaire et tout ce que ça implique. Donc moi je trouve ça pas mal de prendre le plus d'expérience livresque et universitaire quitte à faire un peu moins de ville.* » (E5)

Quand la validation du CHU prévaut sur le SASPAS

E12 avait préféré valider d'abord son stage en CHU en cinquième semestre puis faire le SASPAS, quitte à prendre le risque de ne pas pouvoir le faire en sixième semestre « *Mais je préfère toujours ne pas avoir de SASPAS plutôt que de ne pas valider ma maquette, je me suis dit de faire le CHU de suite en hiver et le SASPAS en été* » (E12)

Quand il y a un doute sur la validation d'un stage obligatoire dans la maquette

Une des interviewée avait un doute sur la validation d'un de ses stages de gériatrie en tant que stage de médecine adulte. Elle avait fini par choisir de refaire un stage de Gériatrie en sixième semestre

« *Il y avait un petit doute parce qu'en fait mon premier stage c'était en gériatrie, et en fait il a été validant pour la médecine polyvalente pendant que j'étais en stage, donc je pense que si je n'avais pas refait de stage de gériatrie, bah j'aurais peut-être dû me battre pour qu'il soit validé en médecine polyvalente.* » (E2)

III.5.3 UNE HISTOIRE DE PRIORITÉS MAIS AUSSI DE POSSIBILITÉS, ET DE CONTRAINTES

La concurrence des autres stages accessibles lors des derniers semestres

La Pédiatrie

E7 soulevait le fait que la plupart des bons stages de pédiatrie étaient accessibles lors des derniers semestres *«J'ai gardé vraiment la pédiatrie pour le dernier semestre parce que je savais que je l'aurais que en dernier semestre » (E7)*

Ce stage était prioritaire sur le SASPAS par son caractère obligatoire et difficile (E10, E11, E14)

« C'est un stage obligatoire et j'aimerais bien le valider avant la fin » (E14); « La pédiatrie est réputée vraiment très très difficile » (E10)

Certains interviewés préféraient faire ce stage en été pour des raisons épidémiologiques *« Parce que ça m'évite les bronchio et les gastro, enfin il y en aura, mais moins quoi. » (E5)*
« Il était hors de question de faire de la pédiatrie en hiver [...] Parce que déjà la pédiatrie est réputée vraiment très très difficile et encore plus en hiver » (E10)

D'autres interviewés préféraient la faire en hiver

« Ça m'intéressait plus de la faire en semestre d'hiver parce que c'est plus intéressant au niveau des pathologies. » (E11) , « Plutôt l'hiver parce que je pense que c'est le moment où on apprend le plus de choses même si c'est un peu plus lourd. » (E14)

La Concurrence des autres stages libres

- Les Stages Hors-filière

E14 soulevait que le choix des stages libres était assez vaste et que certains étaient très attractifs, comme les stages de santé publique ou d'autres stages en rapport indirect avec la MG *« Ou alors refaire un stage un peu hors filière qui me permettrait de découvrir*

des choses comme le stage de santé publique en fait qui est hyper diversifié et qui m'apprend plein de choses. [...] Moi là je suis en stage à l'HAD et je trouve ça génial. Je trouve aussi que c'est une activité qu'un MG peut faire en parallèle et qui apporte autre chose du travail en équipe, des patients plus lourds aussi, et c'est assez intéressant, et moi qui ai envie de diversifier ma pratique plus tard et de pas faire que du cabinet 5 ou 6 jours par semaine, je trouve que les stages libres sont là pour ça en fait. » (E14)

- Les Stages de Gynécologie

E14 hésitait également à utiliser un stage libre pour faire de la Gynécologie « *Je pourrais peut-être tenter de faire un stage de gynéco plus ou moins ambulatoire au dernier stage. Ça pourrait être pas mal aussi. Comme en plus les gynécologues sont de moins en moins nombreux, et que en tant que médecins généralistes on va être amenés à faire plus de gestes. » (E14)*

- Enfin, E11 et E14 notaient que les stages hospitaliers combinant une bonne qualité pédagogique, une bonne qualité de vie, et une bonne situation géographique étaient accessibles seulement en dernière année « *C'est ces stages que tout le monde veut et que tout le monde attend au dernier semestre » (E11)*

Une liberté restreinte dans les choix de stage

Des stages libres pris par défaut

E11 n'avait pas pu avoir accès à des stages obligatoires de la maquette en première année l'obligeant à devoir prendre un stage libre. « *J'avais déjà utilisé un stage libre. J'en avais fait un en première année parce que j'avais tellement pas le choix que... » (E11).*

Prendre un stage libre avant le stage de niveau un diminuait les possibilités d'avoir un SASPAS car il n'en restait plus qu'un sur les deux en fin d'internat.

Les autres raisons rapportées de ce choix par défaut étaient les suivantes

- Soit pour avancer dans le cursus tout en permettant d'accéder à des stages obligatoires de qualité à posteriori, notamment celui de Pédiatrie *« J'ai préféré prendre un bon stage libre qui allait m'apporter des trucs que plutôt aller m'enfermer dans la pédiatrie que personne ne veut parce que c'est trop loin, parce que c'est pas bien, parce que pour dire que j'ai fait ma maquette en 4 semestres quoi? Ça ne m'intéressait pas du tout » (E5)*
- Soit pour trouver une qualité de vie en milieu d'internat *« J'ai fait mon stage optionnel en troisième semestre c'était en rhumato à Bry donc à côté de chez moi, bien noté ... je voulais faire une petite pause, il y avait relativement peu de gardes peu d'astreintes. » (E13)*
- Soit pour confirmer ou infirmer un projet professionnel *« J'ai fait mes deux stages d'urgences parce que je voulais être urgentiste, et après mon deuxième j'ai fait houlà !!! Et direct je suis passée chez le prat' » (E6)*

Le stage de niveau un difficilement accessible en deuxième année (TCEM2)

E1 était en cours de stage de niveau un, en cinquième semestre. Elle expliquait les raisons de ce stage tardif *« L'année dernière, le premier choix enfin, le troisième semestre, j'ai pas pu l'avoir du tout, enfin j'étais pas classée correctement, et là le quatrième semestre, j'étais dans les dernières et il restait en stage de niveau un des trucs qui étaient très loin [...] Et du coup il y a des volontaires qui se sont portés volontaires pour y aller, et du coup j'ai refusé de prendre la place qui restait. Mais j'étais dans les trois dernières à choisir donc c'est pour ça que je l'ai maintenant. Parce que voilà, la proximité des lieux, euh, c'était un peu trop loin pour moi. » (E1)*

E11 avait pu faire son stage de niveau un en quatrième semestre difficilement « *En fait le stage chez le prat, je l'ai pris quand je l'avais quoi. Le semestre d'avant j'avais rien. Et là encore j'ai serré les fesses. Franchement j'ai eu de la chance* » (E11)

Conséquences d'un stage de niveau un tardif

Pour E3, E7 et E8, faire le stage de niveau un tardivement diminuait le temps et donc les chances d'envisager de faire un SASPAS

« *Mon frein c'est que le stage chez le praticien, le premier, arrive trop tard et du coup ça ne laisse pas assez de recul pour se dire « oui bah on peut faire un SASPAS ». Moi c'est ça mon frein. C'est à dire que si on faisait les stages dès le deuxième semestre, ou troisième, ça nous laisse après le temps en sixième semestre, cinquième semestre de se dire « Ah oui, finalement je veux refaire de la ville, je veux vraiment voir... » Mais là tout s'enchaîne un peu. » (E3)*

E4 nous démontrait que l'équation était quasi impossible pour faire un SASPAS en cinquième semestre

« *Et puis en plus t'es sensibilisé au SASPAS au stage de Niveau un. Si tu le fais au quatrième semestre, il faut que tu fasses ton SASPAS au cinquième semestre, mais en fait, le temps que tu réalises et que tu veuilles le faire, comme moi, bah, il n'y a déjà plus de maître de stage donc du coup, ça retombe sur l'été d'après. » (E4)*

Pour les internes comme E8 qui avaient fait leur stage de niveau un en cinquième semestre, l'équation était également quasiment impossible pour faire un SASPAS en sixième semestre

« *Moi j'ai fait mon stage chez le prat en cinquième semestre donc en gros après c'était un peu compliqué pour faire le stage de niveau deux, le SASPAS, parce que du coup il me semble qu'il fallait prévoir le SASPAS presque un an avant et du coup j'avais même pas*

commencé mon stage de niveau un qu'il fallait déjà commencer à faire le stage de niveau deux alors que je savais même pas si ça allait me plaire. » (E8)

E4, E5, E7 et E13 signalaient le risque de fuite des internes vers d'autres spécialités quand le stage de niveau un était tardif

« J'aurais très bien pu monter un autre projet professionnel parce qu'il y a des stages hospitaliers qui se sont bien passés et où ils m'ont proposé des clincats [...] Je pense que bon il aurait pas fallu trop me pousser pour que j'accepte un clincat en spé, en pneumo ou en gériatrie quoi. » (E4)

« Le chef de service n'arrêtait pas de me dire " Mais si Viens! Viens! Je vais te trouver un stage de réanimation, tu viendras dans le service après" et là j'ai failli basculer. » (E7)

Été ou hiver, les internes ont-ils vraiment le choix ?

Arguments des interviewés en faveur du SASPAS en hiver

E9 et E10 y voyaient un intérêt pédagogique meilleur permettant d'être confrontés à des situations cliniques de MG plus nombreuses

« La MG en hiver ça me paraît plus intéressant, enfin, moi si j'avais pu faire de la MG en hiver, j'aurais préféré parce que je trouve que la MG en hiver, on voit beaucoup plus de malades à la journée qu'en été où il y a moins de temps par séance et puis c'est plus varié et puis c'est plus la pratique quotidienne du médecin avec toutes les pathologies hivernales » (E9)

E10 y voyait un avantage dans le maintien de sa qualité de vie, considérant qu'un SASPAS serait toujours moins fatigant qu'un stage à l'hôpital en hiver

« Tu laisses un stage d'été tranquille en hospitalier c'est mieux et quitte à avoir un stage de SASPAS en hiver, comme la MG serait toujours beaucoup plus soft que l'hôpital, vaut mieux la consacrer dans les périodes que nous on redoute qui est le semestre d'hiver quoi. » (E10)

De plus, le SASPAS en hiver pouvait permettre de ne pas avoir de problème pour poser des jours lors des vacances de Noël et du jour de l'an « (J'avais besoin) *de ne pas avoir à ma casser la tête à faire les répartitions de Noël, du jour de l'an à l'hôpital* » (E10)

Arguments des interviewés en faveur du SASPAS en été

E3 y voyait l'avantage de bénéficier de plus de temps d'encadrement

« Les médecins prennent plus le temps aussi de t'expliquer parce qu'ils ont eux aussi plus le temps, donc tout ça, ça fait que en général, l'été c'est plus prisé. Moi c'est les échos que j'avais. » (E3)

E5, E8, E10, E11 y voyaient aussi la recherche d'une meilleure qualité de vie, avec moins de contraintes pour se libérer du stage, plus de libertés pour poser ses vacances et les week-end libres

« En été il y a la saison des mariages donc il y a des gens qui ont besoin d'emploi du temps souples pour pouvoir prendre des dispo pour aller vadrouiller à travers la France pour honorer leur mariage. Enfin voilà, pour pouvoir prendre plusieurs semaines de vacances sans être obligés de négocier avec les collègues. » (E10)

« Bah oui parce que il y a tous les WE de libres, » (E8)

On notera que les interviewés ayant émis cette idée parlaient souvent au nom de ceux qui avaient pris le SASPAS en été et non de leurs propres motivations.

E1 et E10 soulignaient que les stages en hiver étaient vus comme des stages difficiles dans l'imaginaire collectif des internes, d'autant plus pour les stage ambulatoires qui sont peu connus des IMG

« Mais c'est vrai que voilà je pense que c'est dans l'imaginaire collectif de l'interne de MG de penser que n'importe quel stage, tant qu'il est en semestre d'hiver sera horrible quoi. [...] Peut-être aussi comme on ne connaît pas le monde de la MG on a peut-être moins

envie d'y aller en hiver [...] Donc peut-être que ça fait beaucoup de craintes ensemble de choisir l'hiver. » (E10).

Le SASPAS en Été ou en hiver, « Peu importe »

Finally, E1, E2, E3, E4, E5 et E12 n'avaient pas inclus le fait que le SASPAS soit en été ou en hiver dans leur processus de décision. *« Quand on va être en ville euh, on sera amené à travailler l'été et l'hiver donc euh, je vois pas » (E1); « Je m'étais pas posé la question de l'été ou hiver. Ça s'était présenté comme ça. » (E4); « Bah en fait je me fichais un petit peu de faire l'hiver ou l'été » (E12)*

E4 et E10 mettaient en avant le fait que les IMG choisissaient de faire un SASPAS au moment où il était possible de le faire, sans penser à l'été ou l'hiver.

« Je pense qu'il y a un problème mathématique dans l'algorithme qui fait que, enfin tu vois moi si j'avais fait mon Sasp., si j'avais fait mon niveau un en cinquième semestre, je me serais retrouvée à faire un SASPAS en été (silence) obligatoirement, donc voilà. [...] T'es pris par le temps. Et puis en plus t'es sensibilisé au SASPAS au stage de niveau un. Si tu le fais au quatrième semestre il faut que tu fasses ton SASPAS au cinquième semestre, mais en fait, le temps que tu réalises et que tu veilles le faire, comme moi, bah, ya déjà plus de maître de stage donc du coup, ça retombe sur l'été d'après. » (E4)

On remarquait que les interviewés avaient conscience que le SASPAS en été était plus difficile à obtenir (E13, E9, E14) *« Je m'y suis prise assez en avance puisqu'on m'a dit que l'été c'était encore plus demandé » (E13)*

La dimension du temps dans le choix de faire un SASPAS

Pour E10 et E7, le SASPAS paraissait loin en début de cursus *«Et je pense aussi que le frein c'est que ça paraît très lointain en fait. Ça paraît toujours très loin parce qu'on fait déjà tard nos stages de niveau un donc quand on nous en parle on a l'impression qu'on a le temps d'y penser » (E7)*

E5 et E14 soulevaient l'idée que la décision de faire un SASPAS demandait plus de temps qu'un autre stage.

« Il y a des choses que je vais avoir envie de faire, et le temps que je passe de l'envie à « Je fais », c'est parfois trop tard, surtout pour ces trucs là où on a une espèce de dead line » (E5)

E4, E6 et E7 avaient rencontré des difficultés à inclure tous les stages qu'elles avaient envie de faire en trois ans.

« - Ouais et finalement 3 ans c'est hyper court quoi. » (E7)

E6 avait renoncé au SASPAS assez tôt pour privilégier d'autres stages *« Je m'étais pas trop renseignée pour le SASPAS parce que dans ma maquette de MG, j'avais d'autres trucs que je voulais faire avant et du coup le SASPAS j'ai pas trop eu le temps de le faire. » (E6)*

Une influence positive des disponibilités et des stages non validants dans le choix du SASPAS

Prendre une disponibilité de six mois avait permis à E4 d'améliorer son classement dans la promotion lui permettant d'accéder au stage de niveau un plus tôt :

« Si j'avais pas pris de dispo, j'aurais pris mon niveau un en cinquième semestre.» (E4)

De même, E5 avait pu accéder à un bon stage de pédiatrie plus tôt

« Là en me déclassant avec ma dispo enfin je vais avoir une bonne pédiatrie. » (E5)

La disponibilité avait permis à E5 de prendre de la distance sur ses souhaits d'exercice futur : *« Parce que j'ai du temps et je réfléchis à ce que je veux faire, je remets en cause la gériatrie en me disant que c'est pas forcément ce que j'ai envie de faire et que je risque de me fermer des portes plus que de m'en maintenir ouvertes en poussant le DESC jusqu'au bout » (E5)*

Cela avait permis à E13 d'identifier plus précisément ses objectifs d'apprentissage pour le SASPAS : *« Tout le monde me disait mais c'est bizarre de faire un SASPAS après un remplacement! Bah non parce qu'en fait au bout d'un an je sais où sont mes vraies faiblesses et donc je peux profiter de l'encadrement qui est si cher et qu'on a très peu pour justement travailler sur mes points faibles quoi. » (E13)*

La disponibilité avait permis à E10 d'augmenter sa motivation à travailler en évitant l'épuisement professionnel : *« C'est sûr après on a de larges plages de vacances (pendant le SASPAS en été) et quand on est interne on les recherche, mais comme moi je revenais aussi d'une année de vacances c'était plus trop mes objectifs. » (E10)*

Le stage non validant avait permis à E9 d'avoir du temps pour organiser son SASPAS le semestre suivant : *« Moi personnellement je veux vraiment faire un SASPAS, normalement je le fais le semestre prochain mais je pouvais pas le faire ce semestre parce que j'étais en stage non validant pour cause de grossesse. » (E9)*

E13 avait profité de sa disponibilité pour se recentrer sur sa formation théorique : *« En fait j'ai jamais été aussi motivée qu'à ce moment là parce que avant je lisais jamais les articles pendant l'internat. Entre temps je me suis inscrite à Prescrire®, je fais le truc « lecteur émérite » et tout.» (E13) ; « J'ai pris une première dispo (mai- novembre) pour la thèse, et la deuxième (novembre-mai) pour le DU qui commençait en novembre. » (E13)*

III.5.4 ELEMENTS DECISIONNELS PROPRES AU SASPAS

Un stage avec des démarches inhabituelles et non sécurisantes

- *La concurrence avec les autres internes*

La concurrence entre internes lors des démarches était vécue différemment selon les interviewés

E1 voyait cette concurrence comme un frein : *« Etre en compétition avec d'autres collègues qui auront peut-être plus de facilités que moi et qui obtiendront peut-être plus facilement le SASPAS. [...] Mettre en compétition les internes entre eux alors qu'on devrait tous pouvoir faire un SASPAS... » (E1)*

A noter que l'enquêtrice a pris des nouvelles de l'interviewée lors du semestre suivant. L'interne concurrent(e) avait été sélectionné(e). E1 n'avait donc pas trouvé de SASPAS et avait choisi un stage hospitalier en Gynécologie.

E11 parlait de « bagarre entre internes » : *« Les places sont tellement peu nombreuses, ce qui fait qu'il y a une espèce de bagarre pour y accéder » (E11)*

E14 avait entendu témoigner de cette concurrence dans une autre faculté

« Elle est à Paris 5 (Paris DESCARTES) donc elle a dû faire une demande au maître de stage du terrain qu'elle voulait et ensuite elle a eu un entretien et ils étaient 4 ou 5 à passer l'entretien en même temps et donc chacun devait dire pourquoi ils voulaient faire ce stage. Et donc elle est passée la dernière. Elle avait l'impression de ne pas être très originale et de dire « Bah moi c'est un peu comme les autres (rires) c'est les mêmes motivations » et finalement elle a été acceptée dans ce stage là mais c'était pas gagné quoi. » ; « Il y avait déjà certains terrains de stages qui étaient demandés par plusieurs personnes pour deux stages après (rires). » (E14)

E9 avait conscience de cette concurrence et avait des doutes quant à son acceptation tout en ne renonçant pas à son projet

« Il manque plus qu'ils me confirment de leur côté mais moi j'ai fait ma demande et apparemment ça marche mais a priori on est deux à avoir demandé ce médecin là. » (E9)

E2 avait préféré le schéma de choix de stage hospitalier où elle ne ressentait pas cette concurrence stressante avec ses co-internes

« C'est vrai que ça rajoute encore un truc négatif à ton internat quoi (rires). Au moins on est pas en concurrence pour le choix des stages (hospitaliers), voilà. C'est vrai que c'est vraiment pas positif quoi. » (E2)

- **« Se vendre » aux entretiens**

Certains exprimaient un sentiment de malaise à devoir « se vendre » pendant les entretiens (E1, E5, E8)

« Bah, pour quelqu'un, enfin moi qui suis très timide, je trouve ça, enfin je trouve que c'est une barrière, enfin une limite pour moi. » (E1)

« J'aime pas du tout euh, mais c'est très personnel là encore, euh, candidater, je sais pas si ça se dit mais, candidater sur des trucs quoi. » (E5)

- Un mode de sélection servant l'intérêt des MSU

La démarche était discutée par E2 et E14 qui la voyait comme un mode de sélection dans l'intérêt des MSU : *« En fait c'est pas bien pour nous mais c'est bien pour les maîtres de stage qui reçoivent des gens motivés » (E14)*

« Comme si les maîtres de stage de SASPAS profitaient un peu de la situation pour choisir, alors que c'est de la formation ! » (E2)

E2 avait entendu des cas de discrimination lors des entretiens : « *Alors il y en a d'autres qui m'on dit, « Ah oui, alors moi j'ai fait un entretien, elle m'a demandé si je voulais un autre enfant, ou si je voulais être enceinte, parce que machin, elle voulait pas de congé mat' (congé maternité) sur son SASPAS et tout ».* Je me suis dit, non mais c'est pas possible quoi (rires) c'est mort. » (E2)

- **Une démarche demandant beaucoup de temps et d'énergie**

E2, E3, E7 et E11 trouvaient que ces démarches étaient un mode de sélection demandant trop d'effort en temps et en énergie par rapport au rythme de l'internat

« *C'est pas monstrueux mais quand tu rentres de l'hosto t'as pas envie de faire ça. Il y a des stages qui sont éreintants. En plus t'as les traces à faire. Et encore nous on a de la chance parce que dans notre fac il n'y a en pas beaucoup à faire. Ce petit obstacle, des fois il peut paraître grand.* » (E11)

« *Donc ça m'a un peu freinée. Le fait que c'est quand même beaucoup de temps, il faut chercher un médecin, il faut les rencontrer, il faut qu'ils soient d'accord parce que des fois en plus ils sont pas d'accord [...] Tu fais ta thèse en même temps, tu vas aux cours, y a plein de choses à faire* » (E3)

« *Il fallait prendre des demi-journées pour aller trouver des endroits, avoir des RDV...* » (E7)

- **Une démarche demandant beaucoup d'anticipation**

Pour E3 cette anticipation dans le temps a été un frein pour faire le SASPAS

« *Ce qui m'a freiné le plus, c'est qu'en fait il faut s'y prendre très à l'avance (rires) du coup il faut être super organisée (rires) c'est pas donné à tout le monde (rires)*» (E3)

E4 avait réussi à trouver une « faille » en commençant les démarches trois mois avant le stage : « *J'en ai trouvé un qui avait pas reçu d'interne les semestres précédents, du coup il avait été un peu oublié, mais il avait déjà pris des SASPAS donc la fac elle a bien voulu.* » (E4)

E12 soulignait que le temps disponible pour l'organisation du projet SASPAS était inégal selon le stage dans lequel était l'interne

« *L'avantage du niveau un c'est que tu peux passer un peu plus de coups de fil sur la pause déjeuner, même le soir, ou entre deux consultations.[...] Alors que si tu es à l'hôpital, bah clairement c'est beaucoup plus difficile. Parce que si jamais tu ne fais pas ton boulot c'est les autres co-internes qui trinquent et du coup ça met une autre pression, enfin c'est pas pareil du tout.* » (E12)

- ***La sélection « des plus motivés » remise en question***

E11 et E14 remettaient en question cette démarche qui avait pour but de sélectionner « les plus motivés : « *Pourquoi devoir justifier pourquoi tu veux faire un SASPAS? Déjà si tu viens pour choisir le SASPAS c'est que tu veux faire un SASPAS quoi. Je ne comprenais pas pourquoi ils demandaient ça.* » (E11)

« *Je ne comprends pas très bien comment un interne qui veut faire un SASPAS ne serait pas motivé. [...] C'est pas une bonne chose parce que du coup les personnes qui sont les moins motivées c'est celles qui ne vont pas faire le stage qui leur permettrait peut-être de s'installer plus facilement et comme je sais en plus que les jeunes internes ont un peu de mal à s'installer après l'internat, en général ils font des remplacements, ils font autre chose même.* » (E14)

E2 interprétait cette démarche comme pénalisante pour la formation des internes n'ayant pas le niveau demandé : « *Après c'est la fac : si il y a des gens qui sont complètement nuls, ils doivent quand même être formés.* » (E2)

- ***Une incertitude d'avoir un SASPAS lorsqu'on entame les démarches (E13, E14)***

Des internes motivées se retrouvaient à devoir trouver un stage par elles-mêmes. Une des deux connaissances de E12 n'avaient pas pu aller jusqu'au bout du projet.

« *Ce qui s'est passé c'est qu'elle avait demandé un binôme AB par exemple mais une autre interne avait demandé à A et elles ne s'étaient pas concertées l'une et l'autre, et donc elles avaient été obligées de couper le binôme en deux et de se débrouiller derrière à trouver d'autres lieux de stage. Donc ça a été compliqué, ça a pris plusieurs semaines voire plusieurs mois. Je crois qu'elle a pris un mois et demi pour réussir à trouver à la dernière minute. Et l'autre pour le coup elle avait réussi à trouver un prat' et un planning je crois. Donc du coup il manquait un lieu de stage donc ce n'est pas passé. C'est vrai que je suivais leurs aventures pendant 1 mois et du coup moi j'étais bien contente d'avoir mon stage.* » (E12)

E13 avait failli ne pas pouvoir faire de SASPAS malgré le début de ses démarches un an auparavant et sa prise de disponibilité. « *Un mois avant le choix, je devais signer avec Dr *****, elle m'envoie un mail pour me dire que finalement elle ne prendra pas d'interne.*» (E13)

- ***La peur de se faire imposer un SASPAS si les démarches sont engagées***

A l'inverse, E2 ne voulait pas se faire imposer un SASPAS qu'elle n'avait pas choisi une fois les démarches entamées « *Apparemment, si jamais tu ne faisais pas ça, tu pouvais être mis un peu n'importe où* » (E2)

Un manque de garanties sur l'encadrement et le débriefing

Les interviewés étaient inquiets des conditions d'encadrement pendant le SASPAS (E2, E3, E8, E12)

« Si j'étais sûre que systématiquement je pouvais parler de mes patients il y aurait peut-être eu moins de soucis, enfin, je me serais peut-être plus lancée » (E3)

« En fait ce qui me faisait peur c'était plus si jamais les praticiens ils étaient dans leur coin et qu'ils m'abandonnaient et qu'on débrief jamais des patients que si jamais j'ai besoin de les joindre ils seraient jamais là etc donc c'est pour ça que ça me faisait peur » (E12)

La question du salaire des internes SASPAS et l'avantage financier des MSU SASPAS

Certains interviewés comme E14 ou E11 n'étaient pas à l'aise avec le fait que le MSU gagne de l'argent grâce à leur propre travail

« Bah en fait le point négatif c'est que j'ai l'impression que c'est six mois qui sont en fait un peu comme du remplacement sauf qu'on reste interne donc forcément payé comme un interne » (E14)

« - Mais par exemple si tu vois trente patients par jour et à la fin tu vois que tu as mille cinq cents balles, t'as un peu les boules quoi. Et en plus celui qui fait un SASPAS, et qui est enseignant à côté, en plus il gagne de l'argent pour faire son enseignement.» (E11)

Devant ce constat E2 exprimait un manque de confiance envers les motivations des MSU encadrant les internes SASPAS

« Je trouve du coup que les niveaux un sont bien cadrés quoi. C'est des gens qui sont vraiment motivés pour former des internes parce que c'est vrai que ça ne leur rapporte pas

de bénéfice [...] Alors que pour le SASPAS, ils ont quand même un bénéfice qui est quand même assez conséquent pour le MG.» (E2)

III.6 INFLUENCE DE LA VIE PERSONNELLE DE L'INTERNE

Des éléments de la vie personnelle des interviewés les avaient influencés dans leur choix, leurs hésitations ou leur non choix à faire un SASPAS.

Le fait de ne pas avoir le permis : « *Comme je ne suis pas véhiculé, je n'avais pas le permis bah direct j'étais éliminé d'office. Si ça se trouve j'aurais eu la voiture je l'aurais fait.* » (E11)

Le fait d'avoir un parent MG : E14 ressentait moins le besoin de faire un SASPAS car son père était MG

« *Bon je pense qu'il y a un des éléments qui est important c'est que mon père est généraliste et du coup, enfin c'est facile pour moi de lui parler de cas qui auraient pu me poser problème ou de choses qui lui arrivent dans son cabinet, donc c'est un médecin de plus dont je vois la façon de faire et en plus comme c'est mon père c'est facile de discuter de choses qui sont un peu compliquées pour les médecins généralistes et que peut-être on découvre en SASPAS.* » (E14)

Le statut de célibataire ou en couple : Le fait d'être en couple aurait peut-être incité E14 à faire un SASPAS : « *C'est vachement mieux pour vivre en couple, c'est un rythme beaucoup plus normal que d'avoir plein de gardes et de finir très tard etc. Mais comme ce n'est plus le cas pour moi (rires), du coup peu importe, je peux retourner à l'hôpital et faire plein de gardes, ça ne va gêner personne* » (E14)

La vie de famille : E2 était mariée avec un enfant en bas âge et ne se sentait pas de faire un SASPAS : « *Comme j'avais un bébé, je ne me voyais pas travailler cinq, six jours sur sept ou cinq jours sur sept ; même en ayant les week-end ; avoir une heure et demi de trajet, changer deux fois par semaine de cabinet, enfin voilà, je trouvais ça super ch****.* » (E2)

La personnalité de l'interviewé

E1 avait surmonté sa timidité pour faire les démarches : « *Moi qui suis très timide, je trouve ça , enfin je trouve que c'est une barrière, enfin une limite pour moi.* » (E1), mais n'avait pas eu de SASPAS.

E3 et E11 ne s'étaient pas projeté dans un SASPAS car ce n'était pas dans leur caractère d'anticiper : « *Moi j'ai du mal à me projeter dans le futur. Je ne vis pas au jour le jour, mais je me dis "Oh on verra demain quoi". On verra dans un mois comment ça se passe quoi.* » (E11)

E5 mettait souvent du temps à se lancer dans ses projets : « *C'est juste que mon tempérament propre fait que je suis assez velléitaire et qu'il y a des choses que je vais avoir envie de faire, et le temps que je passe de l'envie à je fais, c'est parfois trop tard* » (E5)

E2 assumait sa part de responsabilité dans le fait de ne pas avoir démarché pour faire un SASPAS : « *Je ne suis pas quelqu'un qui m'informe assez sur les trucs comme ça. Je pense que je peux avoir une part de responsabilité.* » (E2)

III.7 PISTES DES INTERNES POUR INCITER À FAIRE UN SASPAS

III.7.1 LES ASPECTS DU SASPAS POSITIFS DÉJÀ MIS EN PLACE À L'UPMC

Les démarches

E9 et E12, ne voyaient pas les démarches comme compliquées

« Je n'ai pas trouvé pour l'instant que c'était très compliqué d'aller rencontrer un médecin, remplir un dossier et ... enfin pour moi c'est tout à fait faisable » (E9)

« Moi ça n'a pas été très compliqué parce que comme je m'y suis prise une année avant, j'ai été forcément la première » (E12)

A noter que E9 était en stage en surnombre lors de l'organisation de son SASPAS et E12 en stage de niveau un proche du terrain de stage SASPAS souhaité.

Les démarches étaient vues par E9 et E14 comme un entraînement aux entretiens professionnels

« Je trouve que c'est intéressant de trouver un médecin nous-même et se vendre entre guillemets parce que jusqu'à présent on n'a jamais eu l'expérience d'entretiens pour des emplois en médecine. On n'a pas du tout cette expérience et là de faire au minimum un CV (Curriculum Vitae), enfin pas vraiment un CV mais d'être crédible devant un médecin je trouve ça intéressant » (E9)

E9 pensait que c'était un mode de sélection responsabilisant

« Et puis ça responsabilise pas mal. C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est bien la première fois qu'on a à se mettre en avant pour être pris dans un stage. » (E9)

E9 aimait le côté personnalisé de cette démarche : *« C'est pas du tout la même façon de choisir. Là on a vraiment choisi un médecin qu'on a rencontré avant qui te fait confiance parce qu'il t'a choisi toi entre plusieurs internes parce qu'il a un bon feeling, et on sait qu'on va passer six mois avec lui, il va nous laisser son cabinet, sa patientèle » (E9)*

Les trinômes de MSU

E10 aimait l'organisation des terrains de stage SASPAS en trinômes, qui permettait de découvrir des aspects diversifiés de la MG en un seul stage.

« J'aime beaucoup la combinaison de l'UPMC d'avoir des trinômes parce que ça permet vraiment d'avoir trois types de terrains de stage en même temps et donc de continuer à proposer cette diversité » (E10)

Cela permettait aussi d'équilibrer les relations entre internes et MSU pour E10 et E11 :

« Du coup j'étais contente d'avoir trois MSU parce que j'ai pu compter sur les deux autres, l'une était en gynéco et le dernier en MG; et j'ai eu de la chance que finalement celui qui était en MG était très bon parce que finalement il a fait tout le boulot de celle qui était très peu présente. » (E10)

« Mais après je pense que c'est mieux quand même d'avoir plusieurs euh, c'est moins lourd pour le médecin et pour l'étudiant d'avoir plusieurs terrains de stage. » (E11)

Des maîtres de stage SASPAS connus des internes

Comme vu plus haut, E14 avait identifié les différents MSU SASPAS, ce qui avait un côté rassurant : *« Quand on voit qui c'est, on a d'avantage cette garantie que ça se passe bien et d'apprendre des choses » (E14)*

III.7.2 PROPOSITION 1 : PASSER PLUS DE TEMPS EN AMBULATOIRE

Les arguments

E4, E9, E10, E11 et E13 estimaient que les six mois obligatoires en MG étaient insuffisants

« On est les derniers avec un des vingt-cinq pays européens à n'avoir que six mois obligatoires pendant la maquette de MG. Alors qu'il y en a qui font vingt-quatre mois sans problème » (E10)

« Vraiment en niveau un on ne voit pas ce que c'est que notre métier. On le découvre mais on ne le vit pas dans ses subtilités et dans tout son intérêt quoi. » (E10)

« Mais là rétrospectivement je pense que ceux qui pensent faire de l'ambulatoire devraient faire beaucoup plus de stage en cabinet de ville que de stage en hospitalier. » (E11)

Même douze mois de stage en ambulatoire n'étaient pas suffisants pour E13

« Être à l'hôpital huit ans sur neuf, parce qu'au final t'as que un an d'internat en ville si tu fais le SASPAS. Je trouve que ça c'est un problème. » (E13)

E12 et E13 constataient que l'apprentissage à l'hôpital était inadapté pour les futurs MG

« Mais vaut mieux que je pratique l'hypertension en ville, avec des prat' qui ont l'habitude plutôt que de l'HTA (hypertension artérielle) chez des patients que je ne verrai quasiment jamais parce que c'est des trucs très spécialisés finalement. » (E12)

« Donc en fait moi je trouve qu'on nous apprend pendant des années une médecine qui n'est pas celle qu'on fait en ville. Et on se retrouve avec neuf ans d'études à ne pas être compétents dans notre boulot. » (E13)

Les propositions

E1, E3, E4, E7 proposaient d'avancer le stage de niveau un en première année

« Le stage de niveau un c'est premier et deuxième semestre. » (E4)

Pour E1, E3, E4, un stage de niveau un plus tôt permettrait aux IMG d'avoir plus de temps pour envisager un SASPAS

« Je pense qu'il faudrait le faire tôt pour avoir le temps aussi de réfléchir. » (E7)

Selon E1, cela permettrait à plus d'IMG de faire un SASPAS

« Comme ça on peut faire un SASPAS quand on veut parce que si il y a des gens qui en troisième semestre peuvent faire un SASPAS, il y aurait moins de complications pour le dernier stage d'internat. » (E1)

Pour E4, E7 et E8, avancer le stage de niveau un permettrait de sensibiliser les internes à la MG plus tôt

« Je pense qu'il y en a beaucoup qui auraient fait un SASPAS ou qui auraient orienté leur internat vers de la médecine ambulatoire. » (E8)

E7 pensait que cette sensibilisation précoce à la MG lui aurait permis de comprendre plus rapidement le changement de paradigme pédagogique

« J'aurai plus compris ce qu'on voulait m'apprendre, plus tôt. » (E7)

E1, E4, E8, E9, E10, E12 suggéraient que tous les IMG aient la possibilité de faire un SASPAS

« Je pense que c'est indispensable d'avoir un SASPAS pour 100% des IMG parce qu'en fait on ne peut pas baser notre métier et notre choix de vie de MG sur un seul stage de niveau un » (E10)

E1 et E12 modéraient leur propos en suggérant que le SASPAS reste sans obligation

« Sachant qu'il faut pas obliger les gens » (E1)

E4, E8, E9 et E10 suggéraient de rendre le SASPAS obligatoire

« Il faut vraiment que le SASPAS soit vraiment à 100% obligatoire, moi je pense parce que faire douze mois minimum de MG pour un MG c'est le b.a.-ba » (E10)

E4, E8 et E13 proposaient de permettre à tous les externes de faire un stage en MG

« Les solutions c'est tous les externes font un stage de MG » (E4)

E1, E3, E11, E12 et E14 proposaient d'augmenter le nombre de terrains de stage

SASPAS

« L'idéal c'est qu'il y ait carrément plus de terrains de SASPAS que d'étudiants finalement pour qu'on puisse choisir un peu où est-ce qu'on a envie d'aller » (E12)

« - Qu'il y ai plus de maîtres de stage. Parce que je pense qu'il y en a pas mal qui n'y vont pas parce qu'ils n'en ont pas et ils se posent pas trop la question quoi. » (E11)

E2 soulignait qu'augmenter le nombre de stage SASPAS améliorerait la qualité des SASPAS : *« Plus il y aura de maîtres de stage, plus entre guillemets, il va y avoir une concurrence entre eux, ce qui va faire que ça va aller dans le positif parce que, bah comme pour les stages hospitaliers, et bah il y aura un écrémage, et les trucs où vraiment ils abusent seront boycottés. » (E2)*

Pour faciliter le recrutement de nouveaux MSU, E2 et E12 proposaient de diminuer les contraintes pour le devenir

« Bah déjà revoir un peu les contraintes pour être prat/MSU de SASPAS parce que j'avais la notion qu'il fallait plusieurs contraintes : les GRECO il faut y aller, officiellement ils sont censés lire nos traces etc, et c'est vrai que ... Par exemple moi quand j'étais en niveau un, les deux prats de niveau un ils se sont posé la question pendant un bon moment s'ils faisant un SASPAS ou pas. Parce que l'avantage du SASPAS c'est que ça attire un peu plus les remplaçants derrière. Et en fait ce qui les a assez rapidement freiné c'est toutes les contraintes que la fac impose au MSU SASPAS vs ceux de niveau un. Ils ont plus

de réunions, ils doivent avoir un groupe tutoré, et puis après c'est toute une logistique de cabinet, il faut qu'il y ait forcément un cabinet de disponible pour que tu puisses y exercer toute la journée donc du coup il faut qu'ils aient les locaux pour... » (E12)

E4 qui avait fait un stage de MG au Canada où elle avait découvert les UMF (Unités de Médecine de Familiale) suggérait de transposer ce modèle en France en créant des « unités d'enseignement de MG » avec un label universitaire

« Faire des unités d'enseignement de MG quoi. C'est à dire essayer de faire des pôles d'enseignement pour les internes, dans des cabinets de groupe où l'interne a vraiment une place dans le cabinet. [...] Des maisons de santé universitaires où t'as les formations des paramédicaux et des internes, des externes, des élèves infirmiers, des kinés... » (E4)

E6, E8, E12, E13 et E14 proposaient d'ouvrir des terrains de stage ambulatoires plus larges, restant en rapport avec la MG

E6, E8, E13 et 14 suggéraient d'ouvrir des stages ambulatoires de Pédiatrie et de Gynécologie

« Comme ils font à Toulouse : ils font tout en ville et moitié moitié : ils vont chez un prat' qui fait beaucoup de pédiatrie et chez un prat qui fait beaucoup de gynéco ou en PMI. [...] Et ça je trouve ça vachement bien. » (E6)

« Par exemple faire six mois dans un planning je trouve que ça pourrait être vraiment bien. [...] Ou pas forcément dans un planning hein, dans une consultation, ou chez un gynéco en ville. Parce que c'est vrai qu'à l'hôpital pour le coup on voit des grossesses à risque, des choses comme ça et pour le coup on n'en suivra jamais en ville, ça n'a aucun intérêt. » (E8)

E14 allait plus loin et suggérait de développer des stages de quelques jours chez d'autres spécialistes exerçant en ambulatoire

« Bah on pourrait faire de l'ambulatoire chez un cardiologie de ville ce serait génial ! [...] Ça serait hyper intéressant parce que ça nous permettrait de savoir comment ça se passe dans les consultations pour les patients. Parce qu' à moins d'avoir été malade et d'avoir été voir un cardiologue – ce qui n'est pas le cas de tous les jeunes de vingt-cinq ans à mon avis - c'est compliqué quoi de connaître, de savoir où on envoie notre patient. » (E14)

III.7.3 PROPOSITION 2 : FACILITER LES DÉMARCHES POUR FAIRE UN SASPAS

« Quand vraiment on est dans une problématique où les étudiants ne font pas assez de SASPAS, alors peut-être qu'il faut un petit peu faciliter les démarches. » (E13)

Sélectionner en fonction du classement ECN

E1, E2, E3, E5, E9 et E11 suggéraient de faire un « choix SASPAS » comme celui du stage de niveau un ou des stages hospitaliers : en fonction du classement à l'ECN et de l'ancienneté

« Le choix en fonction du classement aussi, après c'est peut-être pas forcément l'idéal pour tout le monde (rire) » (E1)

« Pourquoi pas faire un truc comme le choix de stage hospitalier : qu'on propose pareil : t'y vas, t'es classé, que tu choisis selon ton classement à la limite ce serait peut-être plus simple. » (E2)

« Pareil pour le choix de niveau un, il n'y a pas de soucis particulier, il faut juste choisir dans son ordre de classement. » (E5)

Faire tous les choix de stage par internet

E11 proposait de moderniser les choix de stage en les faisant tous via internet : *« On peut faire sa demande directement sur internet et là selon toutes les demandes, ils*

renvoient les choix possibles pour toi, et ensuite t'as encore le droit d'accepter ou d'infirmier. » (E11)

Proposer des trinômes déjà constitués et fixes

E7 et E13 suggéraient de fixer la composition des trinômes quitte à laisser moins de liberté aux internes dans leur constitution : *« J'ai l'impression que dans d'autre facts, c'est plus des packages. C'est plus facile de monter son SASPAS avec un stage avec une PMI, un stage avec une médecine scolaire, enfin des choses qui sont déjà bien mises en place et du coup ça parait peut-être moins compliqué. » (E7)*

Permettre une égalité de temps pour organiser le projet SASPAS

Comme vu précédemment, E12 avait noté que les IMG organisaient plus facilement leur SASPAS si ils étaient en stage de niveau un contrairement aux IMG qui étaient en stage à l'hôpital et qui avaient plus de mal à se dégager du temps pour l'organiser.

On remarquait que E9 avait organisé son SASPAS pendant un stage en surnombre, E1, E4 et E12 pendant leur stage de niveau un, E5 et E10 pendant leur disponibilité.

III.7.4 PROPOSITION 3 : AMÉLIORER LA MANIÈRE DE TRANSMETTRE L'INFORMATION SUR LE SASPAS

Garder des maîtres de stage SASPAS visibles et connus par les internes

E12, par exemple, avait été rassurée de connaître ses futurs MSU SASPAS à l'avance *« Et je voyais très bien qui étaient les prat' parce que je les voyais régulièrement en formation SFTG. C'est des formations une fois par mois, et du coup je voyais très bien qui étaient les prat' » (E12)*

E10 et E14 proposaient d'organiser une réunion pour les IMG intéressés avec la présence des MSU SASPAS : « *Qu'il y ait des réunions de SASPAS, avec les étudiants qui sont motivés et de voir un petit peu une fois que tout le monde est là, quels terrains de stage vous voulez et pourquoi ? Et un peu de se mettre d'accord pour que à la fin, chacun ait un petit peu ce qu'il veut et que les maîtres de stage soient là à la réunion de SASPAS.*» (E14)

E10 proposait d'y faire participer des IMG ayant fait un SASPAS : « *Qu'on puisse avoir des réunions d'information avec des IMG qui sont passés en SASPAS et qu'ils puissent nous expliquer eux-mêmes avec leur propres mots et peut-être pas les mots des profs.* » (E10)

Délivrer l'information en petits comités

E5 suggérait de donner la possibilité aux internes intéressés d'avoir un court entretien avec les référents SASPAS : « *Peut-être proposer des entretiens, justement, des pré-entretiens à la sollicitation des étudiants intéressés. [...] Des pré-entretiens avec les mecs qui gèrent les SASPAS, enfin en tout cas qui reçoivent des internes en SASPAS pour leur expliquer très concrètement comment ça fonctionne, et pas une présentation générale et imposée* » (E5)

Il avait apprécié les discussions inconventionnelles avec un MSU SASPAS

« *Les rares fois où je me suis dit tiens, ça pourrait être plus intéressant que ça c'est quand je discutais en dehors des réunions où ils sont censés justement te parler du déroulement du truc, quand tu discutes fortuitement avec les mecs, enfin en l'occurrence Dr ***** qui te parle de son truc, il dit que bah non voilà, c'est sympa etc. [...] En fait il dit la même chose mais différemment et puis c'est un mec qui est sympa, il est avenant [...] Mais il t'incite pas du tout tu vois* » (E5)

E5 suggérait également une information par les tuteurs

E10 et E14 suggéraient d'informer les IMG lors des groupes de pairs en stage de

niveau un : « Pour ceux qui sont en niveau un, qu'on leur fasse peut-être un groupe de pairs commun » (E10)

E14 appuyait les propos de E10 car elle avait été bien informée sur le SASPAS lors de son groupe de pairs : « Notre prof de groupe de pairs qui était MSU SASPAS et je sais que il y a une ou deux personnes pendant les cours qui ont demandé « Est-ce qu'on pourrait faire un SASPAS chez vous ? » Il disait « Bah il faut envoyer votre lettre de motivation, le semestre d'avant et puis on choisit les plus motivés » et je sais qu'il faut se renseigner à l'avance pour avoir l'accord des MSU et de le faire savoir ensuite au DMG pour au moment des choix pouvoir choisir le SASPAS qu'on veut. Je sais qu'en plus les SASPAS qui sont très demandés l'été et moins l'hiver. » (E14)

Orienter les internes vers le SASPAS via l'évaluation par les MSU de niveau un

E14 proposait que les MSU de niveau un évaluent les compétences de MG acquises et les compétences restant à approfondir des IMG en fin de stage. Cela les amèneraient à mieux comprendre l'intérêt pédagogique d'un second stage en ambulatoire : « Peut-être également les recommandations des MSU de niveau un qui pourraient dire [...] "T'as acquis un peu d'autonomie mais il te manque peut-être ça ou ça ; ce serait bien que tu fasses un SASPAS" [...] Par exemple mettre un commentaire dans l'évaluation sur l'utilité d'un SASPAS pour cet(te) interne là en se disant que ça peut être regardé après par les MSU du SASPAS, en te disant « Ah bah oui ton MSU il te trouvait très autonome mais de ce côté-là il te manquait ça, ça, ça ; très dynamique, très motivé, mais il te manquait ça et ça » (E14)

Informier les IMG précocement sur les modalités particulières du choix du SASPAS

E1 avait su tardivement que les modalités de choix de SASPAS étaient particulières. *« Je pense que dès le début de notre internat, ce serait bien qu'on nous explique les modalités pour faire tel ou tel stage parce que nous on pense que c'est le choix par classement comme tous les stages. » (E1)*

Développer les informations affichées sur le site internet de l'UPMC

E11 aurait aimé avoir plus d'informations disponibles sur le site de l'UPMC comme le salaire des internes en SASPAS ou les ateliers proposés pendant le SASPAS : *« Déjà sur le site ils ne te mettent même pas que tu vas avoir aussi des ateliers à côté, enfin plus de cours pour te former que quand tu n'es pas en stage ambu [...] Combien tu vas être rémunéré aussi. » (E11)*

E11 aurait aimé que des informations plus détaillées sur les compétences particulières des MSU SASPAS soient disponibles : *« Si il y a un truc où le MSU a une compétence particulière il peut le mettre parce que ça peut intéresser quelqu'un, moi je donnais l'exemple de l'infiltration mais ça peut-être plein d'autres choses : ça peut-être pose de stérilet, ou je sais pas [...] Moi si je vois un SASPAS avec un MSU qui dit " Je suis bon en médecine du sport et traumatologie", ça m'aurait donné envie d'y aller parce qu'en ville tu galères t'es là tu palpes ta petite patella, tu la fais bouger mais tu sais plus. » (E11)*

Il suggérerait enfin une meilleure présentation du site internet avec plus d'images et de photos : *« Je pense qu'il faudrait des photos avec les praticiens, quelle tête ils ont ? Qu'ils soient souriants sur les photos. Enfin voilà après c'est de la comm' quoi tout simplement [...] Un beau site internet si ils veulent que les gens prennent des SASPAS. » (E11)*

III.7.5 PROPOSITION 4 : GARANTIR DE BONNES CONDITIONS DE TRAVAIL ET D'APPRENTISSAGE

Sur le plan des lieux géographiques des terrains de stage

E11 proposait de rapprocher autant que possible les terrains de stages tout en gardant une diversité de pratique

« - Moi par exemple à Vitry, je voyais deux pratiques différentes parce que j'avais un cabinet qui était dans la zone pavillonnaire donc là je voyais beaucoup de gériatrie, pas mal de patients chroniques ou alors des patients de classe moyenne à élevée, et l'autre qui était au milieu des cités donc là je voyais plus la population de basse classe/moyenne, les patients étaient beaucoup plus jeunes et puis pas les mêmes problématiques. Bon il y avait le lot de maladies chroniques dans les deux camps mais il n'y avait pas les mêmes problématiques. Par exemple chez l'un il y avait des toxicomanes, chez l'autre j'en n'avais pas, zéro. Donc ce n'était pas du tout les mêmes populations. - Donc au final vous aviez quand même une belle diversité même si c'était dans la même ville. - Bah ce n'était pas la diversité rurale/urbaine mais c'était quand même une diversité. Et même plus marquée. Mais bon après je sais que c'est compliqué parce que c'est galère à trouver des maîtres de stage. Mais dans l'idéal, enfin pour ceux qui sont en région parisienne en tout cas, c'est plutôt ça qu'il faudrait faire. Un médecin en zone défavorisée et un autre en zone pavillonnaire. Tu ne vois pas du tout les mêmes patientèles. » (E11)

Sur le plan du temps de travail

E11 proposait de garantir un temps de travail raisonnable pour les internes SASPAS que ce soit sur le nombre d'heures travaillées mais aussi sur le temps de consultations par patient : *« Je pense que quand tu travailles en SASPAS, ça ne devrait pas durer jusqu'à 20h*

quoi, ça devrait être des journées raisonnables. Parce que en plus t'es là pour apprendre donc tu ne vas pas faire du quinze minutes ou même vingt minutes par consultation. Il faudrait vingt à trente minutes par patient. Pour quelqu'un qui apprend c'est normal non? Enfin je ne sais pas, c'est une proposition. » (E11)

III.7.6 PROPOSITION 5 : AJOUTER UNE ANNÉE SUPPLÉMENTAIRE À L'INTERNAT DE MG ?

E8 avait « continué sa formation » en prenant un poste de FFI à l'hôpital

« - Moi je trouve que c'est trop court 3 ans, mais vraiment. Ah oui moi j'aurais fait volontiers une quatrième année et là tu vois je suis officiellement FFI, après à l'hôpital. Pour les astreintes, je suis comme les médecins, enfin pas comme les internes, mais non ça ne m'aurait pas dérangé. J'avais vraiment envie de faire une année en plus. » - Et tu aurais fait quoi pendant cette année? - Du coup je pense que j'aurais fait un SASPAS , ouais pour voir, pour découvrir plus de choses, je pense que pour le coup, si il y avait eu une quatrième année, je pense que ça m'aurait pas du tout dérangé d'en faire. Idéalement, peut-être que j'aurais fait un stage de gynéco parce que j'ai fait la pédiatrie et puis oui pourquoi pas un stage ambulatoire.

IV DISCUSSION

IV.1 PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS RESULTATS ET MODÉLISATION

RÉSULTATS

Le SASPAS bénéficiait d'une image globalement positive auprès des internes et jeunes médecins généralistes interviewés. Cependant cette image positive ne suffisait pas toujours à l'intégrer dans leur cursus. Nous avons mis en évidence plusieurs influences faisant obstacle à ce choix :

- La prise de conscience tardive de l'intérêt des stages ambulatoires dans un contexte de changement brutal de paradigme de formation (passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage)
- L'accès difficile à l'information et une information peu adaptée aux attentes des internes
- La concurrence des autres stages
- Les nombreuses contraintes de la maquette
- La vie personnelle des internes
- Les modalités de choix et les contraintes du SASPAS vues comme non sécurisantes (manque de temps pour l'organiser, mise en compétition entre internes, manque de garanties sur l'encadrement et le temps de travail)

Une acceptation plus précoce du changement de paradigme pouvait passer par :

- L'augmentation du nombre de stages ambulatoires pendant l'externat et l'internat de MG par quatre biais : un stage en MG pour tous les externes, un stage de niveau un

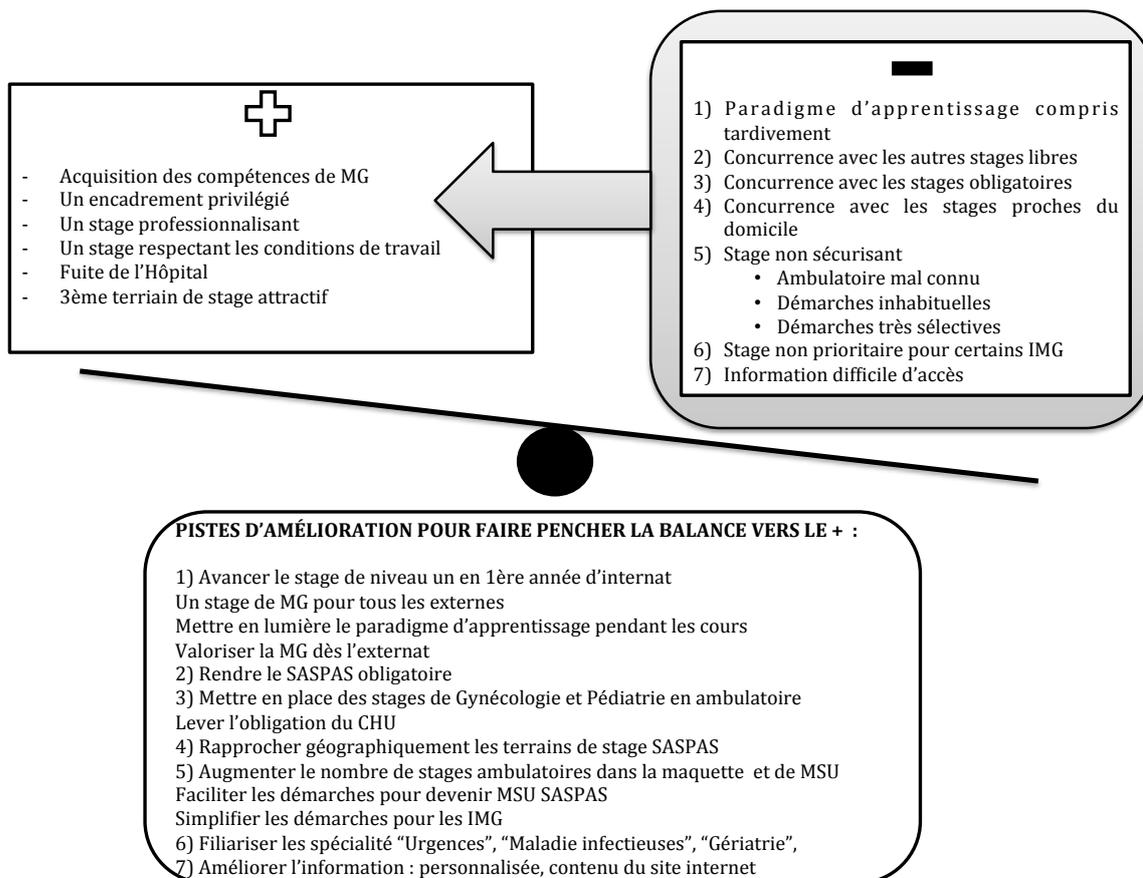
plus précoce, un SASPAS obligatoire ou fortement recommandé, et élargir les stages ambulatoires aux stages de Pédiatrie et Gynécologie

- Mettre en lumière le paradigme d'apprentissage à travers les enseignements facultaires
- Continuer à valoriser la MG auprès des étudiants

Selon les interviewés, pour lever la réticence à choisir un SASPAS, il faudrait :

- Faciliter et sécuriser les démarches pour faire un SASPAS
- Augmenter le nombre de SASPAS disponibles et faciliter les démarches pour devenir MSU SASPAS
- Délivrer des informations de manière plus personnalisée, en petits groupes, à travers les MSU de niveau un, les réunions tutorées ou les co-internes
- Moderniser le site internet et développer les informations qui y sont données (Photos des MSU, mise en valeur de leurs compétences particulières en MG, détail de la rémunération d'un interne SASPAS, définition précise du SASPAS...)
- Rassurer les internes sur la garantie d'un stage de qualité respectant les conditions d'encadrement, le temps de travail, la rémunération.
- Faciliter les déplacements des internes en rapprochant les stages sur le plan géographique tout en gardant leur diversité (zone défavorisée et zone favorisée par exemple)

MODÉLISATION



IV.2 COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

LA BASCULE DU PARADIGME D'ENSEIGNEMENT VERS LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE

La littérature retrouvait l'existence de cette difficulté de bascule vers le paradigme d'apprentissage pour les internes, mais aussi pour les enseignants de MG (21)(22).

Il serait intéressant d'avoir les retours des enseignants 13 ans après l'instauration de l'apprentissage par compétence en France.

Le DMG de Tours avait écrit un article en ce sens en 2010 (23) :

«Le premier constat fut rapidement fait : la formation ponctuelle des étudiants et des enseignants ne suffit pas. Les étudiants ont des difficultés à maîtriser les nouveaux outils RSCA et portfolio. Ils ont basculé brutalement du paradigme d'enseignement, encore prédominant dans le deuxième cycle, vers le paradigme d'apprentissage. Au cours de son DES, l'interne doit devenir le moteur de sa propre formation en s'interrogeant, en faisant ses propres recherches, et en tirant ses propres conclusions. C'est un raisonnement tout à fait nouveau pour lui. La capacité d'adaptation à ce type de formation est différente d'un étudiant à l'autre. Certains comprennent tout de suite les enjeux et les bénéfices d'un tel apprentissage. Cependant, la plupart ont besoin de plusieurs semestres, ou d'avoir fait leur stage de niveau un en MG, pour comprendre la finalité de cette démarche. [...] Le rôle des tuteurs est de guider les internes dans l'élaboration de leur portfolio. La qualité des RSCA est intimement liée à celle du tutorat. Pour les tuteurs, formés au cours d'un séminaire d'une journée, le paradigme d'apprentissage est aussi une notion nouvelle et étrange. Produire des traces d'apprentissage à travers des RSCA, utiliser le portfolio comme support de la formation et de l'évaluation des internes est une activité qui rompt avec leurs

habitudes. Les tuteurs sont aussi novices que leurs internes. »

Leurs propositions d'amélioration allaient dans le sens des conclusions de notre étude :

- Mise en place de séminaire tels que le « séminaire RSCA »
- Séminaire de formation pour les tuteurs et « rencontres tutoriales » 4 fois par an d'une-demi-journée
- Une commission de suivi du Portfolio au cours du 3^{ème} semestre
- Une rencontre des référents pédagogiques hospitaliers
- La mise en place d'un Portfolio électronique et de visio-conférences pour limiter les déplacements des internes.

Chaque méthode a été évaluée par les internes ou référents pédagogiques et ajustée en fonction de ces résultats.

Afin d'aider les internes à mieux comprendre cette bascule vers le paradigme d'apprentissage, l'ISNAR-IMG a rédigé en 2013 « Le guide d'apprentissage par compétences » qui a comme avantage d'être écrit par les internes pour les internes en utilisant le plus simplement possible le vocabulaire de pédagogie médicale (17).

LES GEP, UN OUTIL SUPPLÉMENTAIRE DANS LA BASCULE VERS LE PARADIGME DE L'APPRENTISSAGE

Une étude descriptive qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée par le département de MG de Tours pour évaluer les Groupes d'Echange de Pratique (GEP).

Ce mode d'enseignement fondé sur le paradigme d'apprentissage par compétence a des dénominations variées dans les différentes facultés. Sa définition est la suivante : « petits

groupes de six à dix internes se réunissant avec un enseignant pendant deux heures en moyenne et débattant autour des situations apportées par les internes». La qualité de ces GEP était liée à l'animateur, dont la posture basse était préférée, en opposition à la posture de savoir. La prise de conscience par les internes de l'intérêt des GEP se faisait avec le temps, le questionnement des internes devenait moins biomédical et plus orienté vers la MG. Le stage ambulatoire permettait de cibler les problèmes auxquels ils seraient confrontés au cours de leur pratique. Les étudiants hospitaliers mettaient également à profit ces groupes en optant pour une vision « ambulatoire » des situations rapportées. Ces groupes pouvaient se poursuivre après la fin du DES des internes par la mise en place de Groupes de Pairs autonomes

Ces formes d'enseignement contribuaient à la bascule du paradigme d'apprentissage notamment par le développement de leur réflexivité.

APPRENTISSAGE DES COMPÉTENCES DE MG EN MILIEU HOSPITALIER

Notre étude montrait que certains de nos interviewés avaient le sentiment qu'ils acquerraient plus de compétences en stage hospitalier qu'en faisant un deuxième stage en ambulatoire.

Les résultats d'une étude quantitative menée par le DMG de Reims en 2014 appuient l'idée que l'apprentissage à l'hôpital n'est pas adapté à l'apprentissage des compétences de MG. Cette étude avait pour but d'évaluer les compétences du MG, en début et fin de dernier stage.

Un questionnaire en ligne avait été adressé aux 133 internes en sixième semestre de deux Facultés (Caen et Reims) en mai et octobre 2014. Leur stress a été mesuré avec l'échelle de stress perçu de Cohen à dix items (PSS10). Pour l'auto-évaluation de leur assurance professionnelle, un questionnaire spécifique de quinze

compétences a été construit à partir des références disciplinaires.

Entre le début et la fin du stage, le stress perçu diminuait chez les internes en SASPAS (-0,93/10 ; $p < 0,01$), mais pas dans l'autre groupe (-0,16/10 ; $p = 0,45$). En SASPAS, leur assurance a augmenté significativement pour sept des quinze compétences. Au cours des autres stages (non-SASPAS), les étudiants rapportaient une diminution significative pour six compétences du MG, sans augmentation. En fin de stage, les internes du groupe SASPAS rapportaient dix compétences perçues significativement plus élevées.

Une réflexion sur les stages hospitaliers pourrait les rendre plus compatibles avec un épanouissement professionnel des internes de MG, en y intégrant mieux les compétences à acquérir. Le département de MG de Poitiers, par exemple, a élaboré une charte des services hospitaliers pour l'accueil des internes de MG (24).

LA QUESTION DU SALAIRE

Notre étude a fait ressortir que les interviewés étaient dérangés par l'ambiguïté du SASPAS sur le plan de la rémunération. Les responsabilités données et l'intérêt financier des MSU à avoir un interne SASPAS semblait être vécus comme une injustice.

Depuis Janvier 2014, a été mise en place une prime de responsabilité pour les internes de MG pendant leur SASPAS d'un montant de 125 € par mois (25).

Il serait intéressant de le spécifier lors des différentes communications sur le SASPAS et sur le site internet.

LE RECRUTEMENT DES MAÎTRES DE STAGE

Augmenter le nombre de terrains de stage SASPAS implique d'augmenter le nombre de MSU SASPAS. Deux thèses ont été menées à l'UPMC par Dr Emna Zarrad et Juliette Vandendriessche pour explorer de nouvelles méthodes de recrutement des Maître de

stage en prenant en compte les motivations et réticences des médecins généralistes (26). Ces méthodes qui se sont avérées plus efficaces que la méthode classique pourraient être mises en place afin de mener ce challenge à bien.

D'autre part, Dr Emna Zarrad a développé un site internet « devenir MSU »(27) pour informer les MG sur ce sujet.

COMMENT RASSURER LES INTERNES SUR L'ENCADREMENT PENDANT LE SASPAS ?

Les interviewés ont exprimé une inquiétude sur l'encadrement pendant le SASPAS.

Outre les rassurer en les informant personnellement ou en petits groupes, une idée serait de mettre en valeur la charte des MSU du DESMG d'IDF (cf Annexe 3) qui précise les règles d'encadrement et que chaque MSU est tenu de signer.

S'INSPIRER DES DÉMARCHES DES AUTRES DMG ?

Dans sa thèse "Place des stages complémentaires au sein du SASPAS dans la formation des médecins généralistes. Etude qualitative auprès d'internes d'Ile de France." (Soutenue en septembre 2016), Julie Delmestre avait répertorié les modalités de choix de stage SASPAS dans les différentes facultés parisiennes :

"A la faculté Paris V, les internes doivent démarcher auprès des maîtres de stage généralistes et des stages complémentaires à partir d'une liste préétablie. Les MSU acceptent après entretiens de recevoir un interne en SASPAS. Le département autorise les internes à trouver un terrain de stage complémentaire qui n'est pas sur la liste. S'il rentre dans un projet précis.

Au sein du DMG de Paris VI, il faut également démarcher les MSU à partir d'une liste préétablie. Pour les stages complémentaires, les internes peuvent

contacter toutes les structures ambulatoires qui les intéressent tant qu'il s'agit d'un projet construit.

Le département de Paris VII avait mis en place un système de questionnaire très vaste (Temps de trajet prêt à faire, motorisation, intéressé par la médecine salariée ou libérale, plutôt intéressé ou non par tel ou tel type de stage complémentaire...) à partir duquel ils construisaient des maquettes. Depuis le semestre d'hiver 2015, les internes ont à choisir des maquettes déjà faites en fonction de leur rang à l'ECN.

Les internes de Paris XI doivent organiser leur SASPAS en fonction de leur projet professionnel. Ils doivent avoir au moins deux maîtres de stage médecin généraliste. Le choix se fait après rencontre et accord mutuel. Ils doivent compléter leur maquette par des stages dans des structures de soins primaires hors assistance publique.

A Paris XII, les internes choisissent les MSU généralistes en fonction de leur rang de classement à l'internat. Il n'y a pas de stage complémentaire associé. Les internes peuvent cependant à l'avance monter un projet auprès de la faculté pour en effectuer un. Au cours de leur stage de niveau un, les internes doivent effectuer obligatoirement sept vacations en PMI versant pédiatrique et sept en versant gynécologie.

Des maquettes sont établies avec ou sans stage complémentaire et les internes choisissent en fonction de leur rang à l'ECN à la faculté Paris XIII.

A la faculté PIFO, les internes choisissent leur maquette en fonction de leur rang de classement à l'ECN. Certaines comprennent également des maîtres de stage au sein de la PMI mais sans savoir s'il s'agit de l'orientation pédiatrique ou gynécologique."

En complément d'information, le choix du SASPAS de l'Université Paris VII (Paris Diderot) se fait sur des maquettes "pré"parées.

Il y a deux groupes :

- les pôles femmes-enfants avec une journée en gynécologie et une en pédiatrie, plus deux jours de MG.
- les stages classiques , avec trois jours de MG et une journée d'autre chose : réseaux, addictologie, santé des adolescents, psychiatrie, vaccination, etc.

Les internes choisissent par ancienneté et classement ECN dans chacun des deux choix .

Ils peuvent donc faire un stage ambulatoire standard et un femme-enfant. Ils peuvent faire un stage ambulatoire supplémentaire, dit stage « libre », s'il reste des stages.

Une réunion d'information sur les modalités des stages a lieu deux fois par an.

Pour la première fois, PARIS VII n'a pas pu fournir toutes les demandes du semestre Mai-Novembre 2017.

Les modalités de choix des SASPAS et les problématiques qui en découlent ne sont donc pas les mêmes dans toutes les facultés de médecine parisiennes. Un partage des méthodes de choix et des problématiques rencontrées entre tous les DMG pourrait permettre d'aider les uns et les autres à trouver des solutions aux freins rencontrés.

IV.3 VALIDITÉ DE L'ÉTUDE , Forces et Faiblesses

FORCES

- A notre connaissance, cette étude était la première sur ce sujet à l'UPMC
- La grille internationale COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a été utilisée comme ligne directrice afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative cependant certains items n'ont pas été respectés : il n'y a pas eu de retour des interviewés interrogés sur les retranscriptions ou les résultats pour un problème de temps.
- Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens et des analyses en s'appuyant sur de nouveaux thèmes qui étaient apparus dans les interviews précédentes.
- Nous avons veillé à déconstruire nos *a priori* au fur et à mesure de l'étude en s'appuyant sur le journal de bord, la thésarde ayant elle-même fait deux SASPAS et en étant satisfaite. Un relatif manque d'objectivité aurait pu être induit par cette vision.
- Pour augmenter la validité interne de l'étude, nous avons eu recours à la triangulation des données et des chercheurs.
- L'échantillon des interviewés était diversifié.
- Enfin, l'enquêtrice était interne en MG à l'UPMC, ce qui a probablement aidé les participants à se sentir à l'aise pendant les entretiens et facilité la discussion.

FAIBLESSES

Deux interviewées ont été interrogées sept mois et un an après la fin du stage ce qui a pu entraîner un biais de mémorisation.

Un biais d'investigation, lié au manque de formation et d'expérience de l'enquêtrice et à la difficulté d'appropriation de la méthode qualitative est également possible.

Le biais d'interprétation lié à la compétence et à la position de la chercheuse, elle-même encore étudiante, a été limité par l'analyse d'un deuxième chercheur expérimenté.

Enfin, comme le recommande l'échelle COREQ pré-citée, l'investigatrice n'a pas retourné les entretiens retranscrits aux interviewés pour validation.

IV.4 PERSPECTIVES et PROPOSITIONS : LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE

Les mesures de la réforme du troisième cycle des études de médecine pourraient lever certains obstacles à l'accès au SASPAS mis en évidence dans notre étude. Elle rentrera en vigueur à la rentrée scolaire 2017-2018 (28).

En résumé, cette réforme prévoit :

- Une augmentation du nombre de stages ambulatoire,
- La « filiarisation » des disciplines « médecine d'urgence », « maladie infectieuse », « gériatrie », « médecine légale » et « médecine vasculaire ». Ces spécialités ne seront par conséquent plus accessibles aux IMG
- L'arrêt de l'obligation du CHU pour valider la maquette obligatoire
- L'intégration du SASPAS obligatoire dans la maquette

C'est une réforme qui permettra l'acquisition progressive des connaissances et des compétences professionnelles en trois phases successives à l'exception des spécialités dont la durée est de trois ans et qui comprennent deux phases, les phases 1 et 2 :

Phase 1 ou phase socle qui correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession

Phase 2 ou phase d'approfondissement qui correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie.

Phase 3 ou phase de consolidation qui correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité.

La durée de formation de la MG restera à trois ans.

Les internes de MG auront la possibilité d'acquérir un exercice diversifié en suivant des formations complémentaires via des options au sein de la spécialité ou des Formations Spécialisées Transversales (FST), formations partagées entre plusieurs spécialités. Les internes auront également la possibilité de passer des Diplômes Universitaires (DU) ou inter Universitaires (DIU).

Chaque étudiant de troisième cycle des études médicales devra conclure un contrat de formation avec son coordinateur de DES à l'issue de la validation de la phase 1 dite phase « socle ». Ce contrat contiendra des objectifs pédagogiques et de parcours de formation suivi au sein de la spécialité. Des évolutions de ce contrat de formation seront possibles pour inclure par exemple une FST, une option ou un parcours de recherche.

Les possibilités de lieu de stage seront élargies, ils pourront être accomplis :

- Dans des CHU
- Dans d'autres établissements de santé, publics ou privés, ou des hôpitaux des armées ;
- Auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités exerçants en centre de santé, en cabinet libéral, en maison de santé ou au sein d'un centre médical du service de santé des armées ;

- Au sein, notamment, d'organismes extrahospitaliers, de laboratoires de recherche, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, de centres de protection maternelle et infantile, d'associations, d'administrations, d'établissements publics, d'entreprises.

Enfin, cette réforme prévoit une labélisation universitaire des structures de soins primaires.

On peut donc constater plusieurs points positifs allant dans le sens des conclusions de notre étude :

- L'augmentation du nombre de terrains de stage en ambulatoire
- Un suivi personnalisé
- Une filialisation des disciplines « médecine d'urgence », « maladie infectieuse », « gériatrie », « médecine légale » et « médecine vasculaire ». Les enseignants ne formeront donc que des internes qui aboutiront à la profession de médecin généraliste. Dans cette hypothèse, les internes adhèreraient plus facilement au mode d'enseignement proposé, de plus ils seront moins nombreux, permettant d'augmenter le nombre de terrains de stage SASPAS par IMG.
- L'arrêt de l'obligation du CHU qui enlèvera un frein à choisir le SASPAS
- Un élargissement des possibilités de lieux de stage.

Selon l'étude « Socialisation professionnelle et futur DES de MG »(29), cette réforme contribuerait fortement au changement de paradigme que certains internes vivent actuellement négativement. La figure ci-dessous illustre cette appropriation de la bascule. Cette bascule prend du temps et nécessite des mises en situations répétée en MG pour faire le lien entre savoir scientifiques et expérientiels.

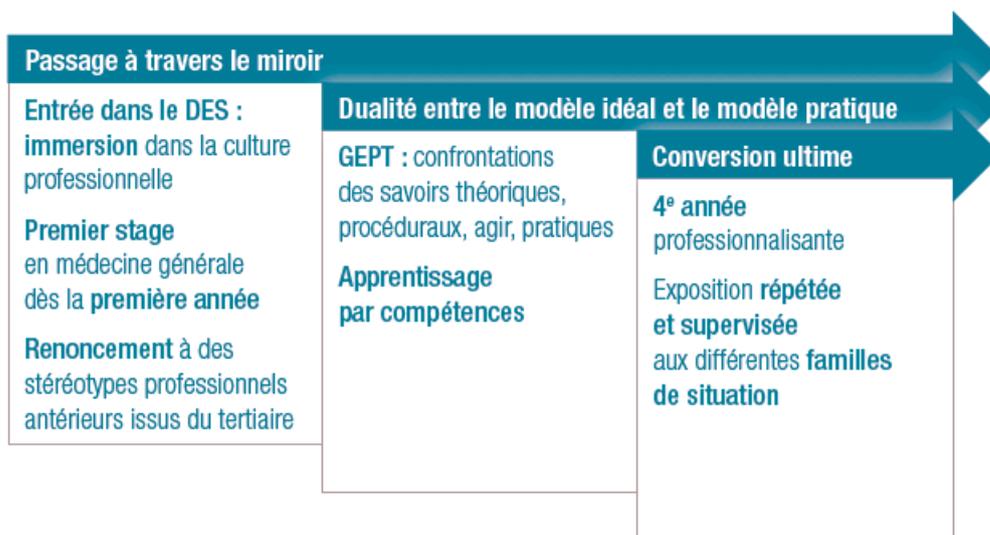


Figure 2 - Le futur DES : acteur de socialisation professionnelle
 GEPT : groupes d'échanges et d'analyse de pratiques tuteurés

Voici les commentaires de l'article à propos de cette figure : « Selon Hughes, trois mécanismes expliquent la socialisation professionnelle et le changement identitaire qui en découle. Le premier est « le passage à travers le miroir ». « L'identification progressive avec le rôle » résulte de l'immersion dans la « culture professionnelle » et du renoncement à des stéréotypes professionnels antérieurs. Cette découverte du monde professionnel peut-être traumatisante si elle est trop tardive ou trop brutale. Lors de leur entrée dans le DES de MG, les internes ont eu peu de contact avec leur future profession. La MG ne participe que très peu à l'enseignement du deuxième cycle et à son évaluation. Les internes ont pour références des techniques diagnostiques et thérapeutiques issues des soins tertiaires, assez inadaptées au diagnostic au stade précoce des maladies et à l'incertitude rencontrés en soins primaires.

La maquette du futur DES, pensée par les enseignants, comporte un stage en MG dès la première année et au moins un stage ambulatoire chaque année afin de permettre une bascule plus douce et plus motivante. Pour certains internes, le choix de la MG s'est fait lors

du stage de deuxième cycle en ambulatoire. La primauté des socialisations du deuxième cycle souligne l'importance de stages en ambulatoire. Le troisième cycle est alors un renforcement des dispositions antérieures.

Le deuxième mécanisme de socialisation professionnelle est la dualité entre le «modèle idéal et le modèle pratique». Les enseignements facultaires, sous forme de groupes d'échanges et d'analyse de pratiques tutorés (GEPT), explorent cette dualité à partir des situations professionnelles auxquelles sont confrontés les internes. C'est à ce moment que se travaille le lien entre les différents savoirs. Ce lien se construit en sollicitant la réflexivité des internes et en leur demandant d'en rendre compte dans des travaux d'écriture clinique.

Le dernier mécanisme est la « conversion ultime » garante de projection dans sa future carrière. La conversion ultime pouvait jusqu'à présent avoir lieu pendant les remplacements en fonction des contextes rencontrés. Ces remplacements pouvaient retarder voire décourager les futures installations. Le curriculum informel des jeunes professionnels pouvait être nourri de remplacements de médecins seniors en surmenage professionnel. La supervision est garante d'apprentissage pour l'apprenant. La réflexivité, née de la supervision, protège le maître de stage de l'épuisement. »

Ces commentaires expliquent à travers une vision plus sociologique cette difficulté de bascule de paradigme que nous avons mise en évidence dans notre étude. Cette difficulté de bascule serait facilitée selon eux par le réforme du troisième cycle.

Enfin, l'étude « *Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de MG* » (30) retrouvait que le DES actuel était majoritairement apprécié des IMG, les stages nécessaires de la maquette correspondaient à leurs attentes. Le DES « idéal » inclurait un pôle mère-enfant ambulatoire, la généralisation du SASPAS, mais sans augmentation de la durée du DES.

V CONCLUSION

Le SASPAS bénéficiait d'une image globalement positive auprès des internes et jeunes médecins généralistes interviewés. Cependant cette image positive ne suffisait pas toujours à l'intégrer dans leur cursus. Nous avons mis en évidence plusieurs influences faisant obstacle à ce choix :

- la prise de conscience tardive de l'intérêt des stages ambulatoires dans un contexte de changement brutal de paradigme de formation (passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage)
- l'accès difficile à l'information et une information peu adaptée aux attentes des internes
- la concurrence des autres stages
- les nombreuses contraintes de la maquette
- la vie personnelle des internes
- les modalités de choix et les contraintes du SASPAS vues comme non sécurisantes (manque de temps pour l'organiser, mise en compétition entre internes, manque de garanties sur l'encadrement et le temps de travail)

Une acceptation plus précoce du changement de paradigme pouvait passer par

- l'augmentation du nombre de stages ambulatoires pendant l'externat et l'internat de MG par quatre biais : un stage en MG pour tous les externes, un stage de niveau un plus précoce, un SASPAS obligatoire ou fortement recommandé, et élargir les stages ambulatoires aux stages de Pédiatrie et Gynécologie
- mettre en lumière le paradigme d'apprentissage à travers les enseignements facultaires
- Continuer à valoriser la MG auprès des étudiants.

Selon les interviewés, pour lever la réticence à choisir un SASPAS, il faudrait :

- Faciliter et sécuriser les démarches pour faire un SASPAS
- Augmenter le nombre de SASPAS disponibles et faciliter les démarches pour devenir MSU SASPAS
- Délivrer des informations de manière plus personnalisée, en petits groupes, à travers les MSU de niveau un, les réunions tutorées ou les co-internes
- Moderniser le site internet et développer les informations qui y sont données (Photos des MSU, mise en valeur de leurs compétences particulières en MG, détail de la rémunération d'un interne SASPAS, définition précise du SASPAS)
- Rassurer les internes sur la garantie d'un stage de qualité respectant les conditions d'encadrement, le temps de travail, la rémunération
- Faciliter les déplacements des internes en rapprochant les stages sur le plan géographique tout en gardant leur diversité (zone défavorisée et zone favorisée par exemple)

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2009;87(87):74-9.
2. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2009;88(88):106-12.
3. Conseil de l'Europe, comité des ministres. « l'Omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation » Résolution (77) 30 du 28 Septembre 1977. [Internet]. [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=594958&SecMode=1&DocId=659186&Usage=2>
4. The European Definition of GP / FM | Wonca Europe [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org>
5. Smith J. Primary care: balancing health needs, services and technology. *Int J Integr Care* [Internet]. 1 sept 2001 [cité 17 févr 2017];1. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>
6. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
7. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988

modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

8. Arrêté du 29 avril 1988 portant sur l'organisation du troisième cycle de médecine générale.
9. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai 16, 1997.
10. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 - Circulaire_DGS-DES-2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_DGS-DES-2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf
11. D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France : stages ambulatoires [Internet]. [cité 10 févr 2017]. Disponible sur: http://desmgidf.fr/stages_ambulatoires
12. WONCA global standards for postgraduate family medicine education [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf
13. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
14. Taha A, Boulet P, Beis J, Yana J, Ferrat E, Calafiore M, et al. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2015;(122):267-82.
15. Glaser BG, Strauss AL, Soulet M-HT, Paillé P. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris, France: Armand Colin, impr. 2010; 2009. 409 p.
16. Paradigme : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/paradigme/>
17. Apprentissage-par-compétences.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/apprentissage-par-compétences.pdf>
18. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 2 nov 1961;265:885-92.
19. Liste des compétences du DES de médecine générale [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/04/LISTE_COMPETENCES.pdf
20. Marguerite_version_definitive.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf
21. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 1 août 2003;4(3):163-75.
22. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique - pmed20078p232.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2007/04/pmed20078p232.pdf>
23. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille ? *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2010;90(90):15-9.

24. Brabant Y, Freche B, Tudrej B, Archambault P, Olariu V, du Breuillac J, et al. Élaboration d'une charte des services hospitaliers pour l'accueil des internes de médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2015;119(119):83-90.
25. Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant de la prime de responsabilité pour les internes de médecine générale pendant leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé.
26. Emna Z. Evaluation d'une méthode de recrutement de maîtres de stage des universités en Île-de-France et création du site internet www.devenirmsu.com [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie;
27. Devenir MSU [Internet]. [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/devenirmsu/>
28. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo/texte/fr>
29. Gocko X, Perdrix C, Compagnon L, Ghasarossian C, Renard V. Socialisation professionnelle et futur DES de médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2017;131(131):140-2.
30. Catalan T, Ferrat E, Compagnon L, Gocko X, Boulet P, Guéry E, et al. Opinions des internes sur les modifications à apporter au DES de médecine générale pour en faire un DES « idéal ». *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2017;131(131):131-9.
31. Charte des Maîtres de Stage des Universités (MSU), en médecine générale [Internet]. [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/uploads/1afc349c0431627243a752a1f878e2f05f4427e0.pdf>
32. Taha A, Boulet P, Beis J, Yana J, Ferrat E, Calafiore M, et al. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. déc 2015;26(122):267-83.

VII ANNEXES

Annexe 1 : Projet SASPAS- Dossier à remplir à l'UPMC

Projet de SASPAS pour le semestre duau.....

NOM : Prénom :
Adresse postale :
Adresse électronique :@.....
Tél :

Photo.
(facultative)

Document à remplir et à retourner au département de Médecine Générale – 27, rue Chaligny – 75571 Paris CEDEX 12-
Dates limites : Semestre été le 5/03 semestre d'hiver le 8/09

Stages effectués en 2ème cycle

Stages effectués pour le DES de MG :

Premier semestre :

Deuxième semestre :

Troisième semestre :

Quatrième semestre :

(cinquième semestre :)

Mon projet professionnel et ma motivation pour effectuer un SASPAS :

Mon projet de SASPAS:

Lieu de stage N° 1 (Ce MSU = MSU coordonnateur de mon SASPAS)

Adresse :.....
Activité :.....
Nom du Maître de Stage :.....(Maître de stage Universitaire
coordonnateur)
Tél du Maître de stage :.....
Email du maître de stage :.....

Lieu de stage N° 2

Adresse :.....
Activité :.....
Nom du Maître de Stage :.....
Tél du Maître de stage :.....
Email du maître de stage :.....

Lieu de stage N° 3

Adresse :.....
Activité :.....
Nom du Maître de Stage :.....
Tél du Maître de stage :.....
Email du maître de stage :.....**Mon**

Planning prévisionnel :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi.						
Fin AM et/ou soirée						

Date :

Signature :

ACCORD DE PRINCIPE DES MAITRES DE STAGE UNIVERSITAIRES

Accord du Dr

Accord du Dr

Accord du Dr

Signature Date

Signature Date

Signature Date

AVIS DE L'EQUIPE PEDAGOGIQUE.

Projet de SASPAS pour le semestre duau.....

NOM :

Prénom :

AVIS de l'équipe pédagogique :

Avis favorable :

Avis défavorable :

Commentaire :

Date

Signature

Annexe 2 : charte des Maîtres de Stage des Universités (MSU) en MG.

Version du 14 juin 2011. Coordination du DES de médecine générale d'Ile-de-France (31).

Charte des Maîtres de Stage des Universités (MSU), en médecine générale



Préambule

L'objectif du stage de deuxième cycle en médecine générale est d'appréhender les grands principes et les spécificités de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire, tout en continuant à se former à la sémiologie et à la démarche décisionnelle. Celui du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est de former des médecins compétents dans les différentes missions du médecin généraliste. Dans cette charte, les externes et les internes de médecine générale sont désignés sous le terme « étudiants ».

Cette formation est pour partie assurée par les médecins généralistes enseignants, essentiellement lors des stages en milieu ambulatoire et lors des enseignements facultaires. Les maîtres de stage sont désormais appelés « Maîtres de Stage des Universités » (MSU) (anciennement : ECA, pour « Enseignants Cliniciens ambulatoires »).

Pour assurer au mieux leurs missions de formation, les MSU s'engagent à respecter les règles d'une charte établie par le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté à laquelle ils sont rattachés, et par la coordination d'Ile-de-France du DES de médecine générale.

Cette charte est en conformité avec le cadre légal : directive européenne 86/457, directive européenne 93/16, ordonnances d'avril 1996, décrets d'application de 1997, loi du 19 octobre 2001, loi du 18 juillet 2004, arrêté du 22 septembre 2004, et arrêté du 18 juin 2009. Les qualités attendues des MSU s'appuient sur des critères de qualification définis par l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO)

1. Critères de qualification des Maîtres de Stage des Universités (MSU)

Tout médecin généraliste qui souhaite enseigner pourra poser sa candidature si lui-même et son site d'exercice répondent aux critères exposés suivants :

- Expérience et activité en médecine générale, Compétences en médecine générale,
- Compétences pédagogiques,
- Site d'exercice offrant un environnement favorable à la formation.

Expérience et activité en médecine générale

Avant de devenir MSU, le médecin généraliste devra justifier d'au minimum trois ans d'exercice régulier de la médecine générale, avec une activité d'au moins 80% en médecine générale allopathique. Cette période est ramenée à un an pour la maîtrise de stage de deuxième cycle (pour les externes).

Compétence en médecine générale

Le MSU est un modèle d'identification médical et professionnel. Ceci nécessite une participation régulière au développement professionnel continu (DPC), y compris l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ainsi qu'une aptitude à se documenter et à rendre accessible une documentation mise à jour.

Le MSU est capable d'intégrer les facteurs socio-économiques et psychologiques dans sa démarche médicale. Il a une expérience de coordination des soins avec des médecins d'autres spécialités, des professions paramédicales et des travailleurs sociaux.

Compétences pédagogiques

Le MSU participe aux différentes formations du département de médecine générale. Ses compétences pédagogiques permettent d'identifier et de répondre aux besoins de formation des étudiants, d'organiser un programme de formation, de les aider dans le domaine relationnel, et de leur permettre d'évoluer dans le système de santé.

Le MSU accepte une évaluation régulière de son activité pédagogique.

Cabinet offrant un environnement favorable à la formation

Les points suivants sont essentiels :

Patientèle : la patientèle du MSU doit être suffisante pour faire découvrir à l'étudiant les divers champs de la médecine générale (2 500 actes/an minimum) ; à l'opposé, la patientèle ne doit pas être trop importante pour ne pas nuire à la disponibilité du médecin à l'égard de l'étudiant (7 000 actes/an maximum). Certains types d'activité peuvent amener à s'écarter de ces normes ; ceci devra être justifié lors de la candidature.

Espace et équipement : les locaux sont adaptés à l'enseignement (équipement, informatisation, etc.) et permettent à l'étudiant et au MSU d'effectuer des consultations simultanément et/ou séparément.

Les étudiants devraient pouvoir disposer d'une bibliothèque médicale avec accès internet pour les recherches documentaires.

2. Agrément

Le recrutement des MSU s'appuie sur les critères ci-dessus. Il est assuré par le DMG, et validé par le conseil de faculté. Les MSU sont agréés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) lors de la commission annuelle d'agrément. Comme pour les stages hospitaliers l'agrément est prononcé pour un an renouvelable une fois, ou pour 5 ans.

En Ile-de-France, l'agrément pour 5 ans nécessite la signature de cette charte, la mise à jour régulière de la fiche de présentation et de l'emploi du temps sur le site du DES d'Ile-de-France (<http://desmgidf.fr>), ainsi qu'une formation pédagogique continue telle que définie ci-après.

La demande d'agrément comporte une lettre de motivation et les pièces appréciant l'aptitude et les critères de qualification. Un audit sur site par un des responsables du DMG est souhaitable.

L'agrément permet de figurer sur la liste des MSU, mais n'ouvre pas droit automatiquement à accueillir un étudiant. L'agrément peut être suspendu, voire supprimé, en cas de non respect de cette charte.

Les MSU avertissent le DMG de leur formation pédagogique et l'évolution de leurs critères de qualification, en particulier en tenant à jour leur *curriculum vitae*.

Les MSU peuvent renoncer à leurs fonctions pour diverses raisons (changement d'activité, départ en retraite, etc). Ils doivent cependant prévenir le DMG dont ils dépendent le plus précocement possible pour ne pas perturber l'organisation des stages.

Enfin, l'agrément permet de mentionner sur votre plaque et vos ordonnances le titre de « Praticien agréé Maître de Stage des Universités », désormais reconnu par l'Ordre des médecins.

3. Formation

Avant toute mise en situation effective, le candidat à la maîtrise de stage suit une formation pédagogique initiale validée par le département de médecine générale. La participation aux formations organisées par le DMG est obligatoire.

A l'issue de cette formation initiale, le Maître de Stage des Universités s'engage à suivre chaque année au moins une journée de formation pédagogique : soit en participant aux formations organisées par le DMG, soit en assistant à des séminaires pédagogiques indemnisés tels que ceux proposés par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Le calendrier de ces formations pédagogiques est régulièrement mis à jour sur le site du DES d'Ile-de-France (<http://desmgidf.fr>).

4. Droits et devoirs

Le MSU s'engage à :

- Exercer ses fonctions d'enseignement,
- Suivre les recommandations pédagogiques correspondant au niveau du stage,
- Aider la progression de l'étudiant dans ses activités et dans les productions qui lui sont demandées au cours des stages,
- Travailler en partenariat avec le tuteur si l'étudiant est un interne,
- Etablir une évaluation de l'acquisition des compétences en fin de stage,
- Accepter que l'étudiant remplisse à l'issue de son stage une évaluation du site de formation (cette évaluation est mise à disposition des étudiants pour les semestres ultérieurs),
- Prendre connaissance des courriers et courriels qui lui sont adressés et y répondre en temps utile,
- Prévenir sa compagnie d'assurance de sa qualité de MSU (pas de frais supplémentaire),
- Participer dans la mesure du possible aux projets de recherche menés par le DMG, et en particulier aux travaux de thèses.

Pour sa part, le DMG s'engage à :

Assurer le flux le plus constant possible (été/hiver) d'étudiants selon le souhait du MSU, Mettre à disposition les évaluations individuelles de l'étudiant à la fin du stage,

Promouvoir la fonction d'enseignant et le statut de MSU auprès des autorités facultaires, du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) et des autorités de tutelles, Proposer la nomination d'attaché d'enseignement pour les MSU qui peuvent attester d'une mise à jour régulière de leur formation pédagogique, d'une participation active aux enseignements facultaires (ED / Enseignement Dirigé, ECOS / Examen Clinique Objectif Structuré, etc.), et de la qualité du travail de supervision au cours du stage (évaluations par les étudiants) ; et de chargé d'enseignement pour les plus activement impliqués dans l'activité du DMG.

5. Les stages

Le bilan de chaque stage comprend un rapport du MSU et un rapport de l'étudiant. Ces deux rapports comportent des fiches d'évaluation.

Les MSU doivent impérativement libérer les étudiants pour les cours facultaires.

Les MSU perçoivent des honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par la loi. Selon ses souhaits et sa formation, le MSU peut postuler à un ou plusieurs des trois niveaux de stages.

Stage d'externe en médecine générale

Au même titre que les autres stages de deuxième cycle, le stage en médecine générale est intégré au cursus de formation de l'étudiant et constitue le complément indispensable à l'enseignement théorique (formation en alternance). Les objectifs de formation généraux ou transversaux du second cycle des études médicales sont communs à tous les étudiants, quelle que soit leur future spécialité.

Les objectifs spécifiques du stage en médecine générale sont d'appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire (prise en charge globale, premier recours, relation médecin-patient, etc.) et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ; de se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale (sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en soins primaires), la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ; et de comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire. Ces stage est l'occasion de découvrir les caractéristiques des soins primaires en général, et de la médecine générale en particulier.

La progression pédagogique comprend deux phases intriquées tout au long du stage :
Une première phase d'observation active,

Une deuxième phase allant de la participation aux différents temps de la consultation, sous supervision directe (facilitant une mise en confiance de l'externe), jusqu'à une éventuelle mise en autonomie partielle sous supervision indirecte pour certaines parties de la consultation (entretien, examen clinique, démarche diagnostique).

Le MSU procède, à l'issue du stage, à une évaluation de l'externe.

Stage ambulatoire de niveau 1

L'objectif de ce stage est la mise en autonomie progressive de l'interne.

Le MSU met en œuvre, selon les compétences développées par l'interne, les trois phases pédagogiques du stage : observation, supervision directe et indirecte. Il aide l'interne à réaliser les travaux de réflexion et d'écriture (traces d'acquisitions de compétence, par exemple). Il procède, à l'issue du stage, à une évaluation de l'interne selon les critères définis par le DMG.

Le MSU doit adapter l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne, et effectuer régulièrement des rencontres pédagogiques avec les différents MSU et l'interne.

Stage ambulatoire de niveau 2, ou Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)

L'objectif du SASPAS est l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée, avec sa propre file active de patients, lui permettant en particulier de suivre des patients atteints de maladie chronique.

Le SASPAS est effectué au sein d'unités de soins, d'enseignement et/ou de recherche en médecine générale ambulatoire (constituées d'au plus trois MSU ayant des

caractéristiques d'exercice professionnel permettant d'appréhender différents aspects de l'exercice). La supervision indirecte régulièrement effectuée doit couvrir tous les actes réalisés par l'interne. A sa demande ou à la demande du MSU, des supervisions directes se feront autant que de besoin.

Le MSU doit un temps pédagogique au DMG. Cette redevance pédagogique peut prendre différentes formes telles que définies au paragraphe suivant.

6. Activités facultaires

Le MSU est un enseignant à part entière et pourra être sollicité pour d'autres formes d'enseignements : séminaires, enseignements dirigés (ED), séances d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS), groupes de réflexion sur les pratiques, tutorat, direction de thèse, formation personnelle pédagogique et scientifique, préparation de formations, participation à des travaux de recherche, etc. Selon les orientations pédagogiques du DMG, cette participation peut être obligatoire dans le cadre de la redevance pédagogique.

Cette charte des Maîtres de Stage des Universités, élaborée par le Département de Médecine Générale de l'Université et la coordination du DES de Médecine Générale d'Ile-de-France, a été lue et approuvée par le Docteur

Le / / A : Signature : Tampon :

Annexe 3 : les guides d'entretien

Guide d'entretien à la première interview :

Présentation : Genre, âge, avancée dans le cursus, maquette effectuée, ordre des stages

Présentation de l'étude : Merci de participer à ma thèse, nous allons parler du stage SASPAS, ou stage de niveau 2, et spécifiquement à l'UPMC. L'objectif de l'étude est de comprendre les freins au développement du SASPAS afin de proposer des pistes d'amélioration.

Question principale : *Quels sont les freins au développement du SASPAS à Paris 6 ?*

- Communication : Que penses-tu de la communication de la faculté par rapport au SASPAS ?
 - A quelles informations as-tu pu accéder et comment ?
 - Y a-t-il eu des choses qui ont démotivé ta démarche dans la communication?
 - Représentation du SASPAS : Comment imagines-tu le stage en SASPAS ?
 - Quels sont les points positifs et négatifs de ce stage ?
 - Quelles informations as-tu reçu auprès de tes collègues internes ?
 - En quoi ton projet professionnel a-t-il influencé le fait que tu aies fait ou pas fait de SASPAS?
 - Organisationnel : Comment as-tu vécu l'organisation de ce stage ?
 - Que penses-tu des démarches nécessaires à la réalisation d'un SASPAS ?
 - Comment vois-tu l'intégration du SASPAS dans la maquette du DES ?
 - (Si l'interviewé n'a pas fait de Saspas) Quelles raisons d'ordre pratique ont influencé le fait que tu n'aies pas réalisé de SASPAS ?
 - On constate que les postes sont plus pris en été, à ton avis, pour quelles raisons ?
- En conclusion, quelles propositions aurais-tu pour améliorer l'accès au SASPAS.

Guide d'entretien à la dernière interview :

Présentation : Genre, âge, avancée dans le cursus, maquette effectuée, ordre des stages

Présentation de l'étude : Merci de participer à ma thèse, Nous allons parler du stage SASPAS, ou stage de médecine générale de niveau 2, et spécifiquement à UPMC. L'objectif de l'étude est de comprendre les déterminants amenant les IMG à intégrer ou pas le SASPAS dans leur cursus.

Question principale : *Quelles ont été les raisons pour lesquelles tu as décidé d'intégrer ou non le SASPAS dans ta maquette de médecine générale ?*

- Représentation du SASPAS : Que sais-tu du SASPAS ?
 - Quelle est sa définition ?
 - Quelles sont les modalités de réalisation du SASPAS ?
- Quelle est ton opinion sur le stage SASPAS ?
 - Quels sont les points positifs et négatifs de ce stage ?
 - Quelles informations as-tu reçu ? et par qui ?
- Projets/vie de l'interne :
 - En quoi ton projet professionnel a-t-il influencé ton choix ?
 - En quoi ta vie personnelle a-t-elle influencé ton choix ?
- Communication
 - Quels sont les acteurs qui ont participé à tes connaissances sur le SASPAS ?
 - Que penses-tu de la communication par rapport au SASPAS à UPMC ?
 - A quelles informations as-tu pu accéder, comment, par qui ?
 - Quelles informations ont motivé ta démarche pour faire un Sapas ?
 - Quelles informations ont démotivé ta démarche pour faire un Sapas ?
- Organisationnel :
 - Comment as-tu vécu l'organisation de ce stage ?
 - Que penses-tu des démarches nécessaires à la réalisation d'un SASPAS ?
 - Comment vois-tu l'intégration du SASPAS dans la maquette du DES ?
 - Quelles raisons d'ordre pratique ont influencé le fait que tu n'aies pas réalisé de SASPAS ?
 - Quand as-tu pu faire ton Stage SASPAS ?

Conclusion : Quelles propositions aurais-tu pour améliorer l'accès au SASPAS ?

Annexe 4 : verbatim de l'entretien 7

P7

Femme, 28 ans , installée, fin d'internat en Octobre 2015

Maquette : Stage de gériatrie puis stage aux urgences, puis médecine interne et rhumatologie, puis stage de niveau un, puis deuxième stage de gériatrie, puis stage d'urgences pédiatriques à Trousseau

Chloé : Alors pour toi, quels ont été les freins à faire un SASPAS?

P7 : Déjà au début, je pense que j'ai mis du temps à comprendre quel était vraiment, quelles étaient les choses importantes à apprendre pour être un bon MG. Par exemple, j'avais encore l'idée que pour connaître un maximum de choses pour être MG, mais je crois que je confondais avec interniste, il fallait être passé dans le maximum d'endroits possibles et donc je me disais que faire plus de stages dans des domaines différents c'était mieux pour la pratique future et donc que le SASPAS de toute façon on faisait déjà un stage chez le MG et que après on ferait ça toute notre vie donc il n'y avait pas besoin de le faire plus. Ce qui est plutôt la mentalité des spécialités médicales qui sont très spécialisés à l'hôpital et donc au début je pensais vraiment que c'était ce qu'il fallait faire, je comprenais pas trop quand on me disait « bah il faut faire un SASPAS, il faut passer en gynéco parce que ça vous apportera plus dans la pratique ». Ça vraiment j'arrivais pas vraiment à comprendre et puis de toute façon moi je savais que je voulais être MG donc voilà je savais que je voulais faire ça. J'avais pas de doute. Et puis finalement, quand j'ai fait mon stage de niveau un bah j'ai vraiment... enfin non... Ah oui ! L'autre chose c'est que je voulais vraiment choisir la pédiatrie en

dernier parce que j'avais vraiment envie de faire un stage en particulier donc j'ai pas "vite fait ma maquette", J'ai gardé vraiment la pédiatrie pour le dernier semestre parce que je savais que je l'aurai que en dernier semestre. Et en fait quand j'ai fait mon stage de niveau un, bah il me restait plus beaucoup de temps, il me restait plus que un an mais bah dedans il fallait que je mette la pédiatrie que j'avais très envie de faire et malgré que j'ai adoré le stage de niveau un et que après ce stage je me suis dis bah en fait j'aurais peut-être dû faire un SASPAS parce que ça aurait été vraiment génial, j'aurais passé six mois géniaux et j'aurais engrangé encore plus de connaissances. C'était un peu trop tard parce que j'étais trop avancée dans mon internat donc voilà, je pense que j'ai vraiment mis du temps à comprendre vraiment ce qu'il fallait mettre dans l'internat. Mais après moi j'ai eu de la chance parce que mon stage de niveau un j'ai pu avoir un peu d'autonomie aussi donc ça c'est peut-être pas dans tous les stages mais du coup à la fin presque tous les matins j'étais toute seule et en fait on faisait la supervision après et puis l'après-midi avec le praticien donc j'ai pu avoir un peu d'autonomie pas autant qu'en SASPAS mais bon un petit peu du coup. Je me suis pas sentie trop frustrée, je me suis pas battue corps et âme après pour essayer de le faire.

Chloé : Et du coup tu dis qu'il y a eu une certaine évolution dans ta vision de comment il faut se former en MG en fait. T'es passée de la vision que tu as expliquée avant, et maintenant qu'est ce que tu as réalisé?

P7 : Bah j'ai l'impression que en fait après avoir fait ce stage de niveau un -

que peut-être on devrait faire plus tôt dans l'internat- j'ai enfin compris ... Déjà les cours à la fac, pour moi au début c'était trop différent de ce qu'on faisait quand on préparait les ECN où on me donnait des recettes toutes faites et moi j'avais encore envie qu'on me donne des recettes toutes faites et les cours c'était pas du tout ça, c'était "Mais non on peut pas vous donner des idées toutes faites, vous allez voir la MG c'est très différent, c'est pas que des cas typiques, il faut s'aider du temps... » J'avais beaucoup de mal à concevoir ça et donc ça m'énervait et je sais que j'avais pas confiance en les membres du département qui disaient " Si faut faire un SASPAS" parce que j'aimais pas, j'arrivais pas à comprendre la façon dont ils voulaient nous enseigner. Et c'est seulement après être passée en niveau un que j'ai compris quels étaient les vrais enjeux de la MG parce que en fait j'en avais jamais fait de ma vie, j'avais même pas fait de stage en tant qu'externe donc en fait j'avais, je savais pas quels étaient les enjeux. Peut-être qu'en y passant plus tôt j'aurais compris. Donc voilà ça c'était pour les cours et donc pour la maquette des stages à faire en fait j'avais pas compris l'intérêt d'un SASPAS.

Chloé : Et donc du coup si t'avais fait un stage de niveau un plus tôt tu aurais plus vite compris pourquoi les cours étaient menés de cette manière, aussi différemment que les ECN?

P7 : Ah oui oui! Bah j'ai l'impression que passer un stage ça m'a fait changer. Avant j'y allais en trainant les pieds et après j'adorais. En plus je trouve qu'ils étaient bien faits. Alors ça a peut-être évolué pendant l'internat. Pendant mon internat ils ont changé le format des cours c'est peut-être ça aussi qui fait que c'était plus intéressant mais en tout cas j'y allais beaucoup plus... enfin je savais que j'allais apprendre des choses et j'étais beaucoup plus réceptive du coup

à leur façon d'enseigner et pas aux recettes toutes faites mais aux pistes à réfléchir devant chaque patient quoi.

Chloé : Et toi tu l'as déjà dit mais depuis le début tu voulais faire MG, tu n'avais pas trop de doute là-dessus, ou tu as eu des doutes durant ton cursus?

P7 : Il y a juste eu un moment quand j'étais en deuxième semestre aux urgences. J'ai beaucoup aimé, je pense que j'étais dans une bonne équipe, avec des chefs et des co-internes sympas, il y avait beaucoup d'action, et puis ça se passait bien donc j'avais aussi des bons retours je pense que c'était agréable et là j'ai failli basculer (rires). Et puis le chef de service n'arrêtait pas de me dire " Mais si viens viens ! Je vais te trouver un stage de réanimation, tu viendras dans le service après." et là j'ai failli basculer et puis en fait c'était pas ce que je voulais et en fait je le savais. Et c'est le seul moment où j'ai un tout petit peu hésité mais sinon j'ai toujours su que c'était ce que je voulais faire.

Chloé : Ouais donc on se fait un petit peu recruter tôt dans nos stages, dans les services où on passe. Quand ils t'aiment bien ils essaient un peu de te garder. Donc ça peut te mettre le doute en effet.

P7 : Ouais.

Chloé : Et t'en penses quoi toi de la communication de la faculté sur le SASPAS?

P7 : Je pense qu'ils nous en parlent, qu'ils nous en parlent tôt, je savais que ça existait. J'ai pas du tout fait les démarches pour essayer de le faire donc je sais pas après si j'avais essayé de le faire si j'avais décidé de le faire si j'aurais pensé que c'était compliqué. Je peux pas savoir parce que vraiment j'ai pas du tout essayé de le faire mais dans ce que j'ai entendu, c'est vrai que ça avait l'air un peu compliqué parce qu'il fallait chercher; trouver son maître de stage ... Donc ça, ça allait, j'ai l'impression que les gens qui l'ont fait

autour de moi ont eu un peu des difficultés à monter ce projet là. Ça avait toujours l'air un peu stressant un peu compliqué. Donc du coup je vois ça un peu de loin.

Chloé : Ouais et pourquoi toi tu t'es pas lancée dans le... C'était une question de temps tu as dit...

P7 : Bah ouais il me restait que un an, et je pense que je suis restée un peu coincée sur ce stage de pédiatrie que j'avais envie de faire et que le sixième semestre parce que du coup c'était pas possible autrement, je me suis dit peut-être au cinquième semestre mais ... Peut-être que si je l'avais eu au cinquième euh j'aurais fais le SASPAS au sixième. Finalement je l'ai pas eu au cinquième donc euh voilà je pouvais pas... Parce que après si on choisi le SASPAS, on sort des choix donc euh fallait que ce soit une décision avant. Peut-être que ça, ça m'a bloqué un peu. et puis aussi le fait d'avoir eu un très très bon stage de niveau un je pense que ça m'a donné confiance et du coup je me suis dit j'ai pas forcément besoin du SASPAS. Enfin si t'en as besoin mais c'est pas grâce si je ne le fais pas.

Chloé : Ouais et en plus t'avais que le choix de le faire après le stage de niveau un et quand tu découvres le niveau un, le temps de réaliser que peut-être

P7 : Hum.

Chloé : Ok, et tu avais eu la communication surtout par les cours? Tu avais eu d'autres formes de communication ou d'information par rapport à ça?

P7 : Non, j'avais l'impression que là où on en a le plus parlé c'était les Les choix de stage peut-être? Non la première réunion à la fac peut-être, euh bah la réunion des choix de stage de niveau un où il y avait à chaque fois les choix de stages SASPAS, il y avait aussi le

tuteur, enfin ma tutrice qui était Julie. Elle m'en parlait beaucoup.

Chloé : Ok donc tu n'as pas eu de mal à comprendre ce qu'était le SASPAS.

P7 : Non non . J'ai l'impression que tous les internes savent à peu près ce que c'est.

Chloé : Comment tu l'imagines le SASPAS?

P7 : Je l'imagine ... Je trouve que c'est vraiment bien, et que ça aurait été vraiment bien de le faire quand même et ça permet de prendre les décisions toute seule et de se rendre compte ... enfin d'avoir rencontré plus de situations parce que quand tu commences et bah après 6 mois il y a beaucoup de choses que je ne connais pas. Même si c'est choses simples de MG bah en vrai je ne les ai jamais rencontrées, je sais pas ... un bouton de fièvre. C'est débile mais j'en ai jamais vu. Enfin, des pathologies qui sont des pathologies plus de ville parce qu'on va pas à l'hôpital et bah j'ai l'air débile parce que je sais pas, je me suis jamais posée la question. Alors forcément c'est pas grâce, je vais chercher et puis la prochaine fois je saurais je trouve que toutes ces petites situations qui sont vraiment de la MG, avant de commencer vraiment l'autonomie complète, c'est pas mal d'avoir eu plus de chance de les avoir rencontrées, d'avoir eu cette "première fois" avec quelqu'un qui nous supervisait. Pour l'équilibration du traitement au long cours du diabète, ou la tension pareil, ça c'est des choses qu'on ne fait jamais vraiment à l'hôpital ou alors de façon très très différente et c'est bien d'avoir pu en parler avant. Oui c'est un regard de quelqu'un plus expérimenté sur les choix qu'on va faire en autonomie avec le patient quoi. Non je pense que c'est très bien!

Chloé : D'accord. Et alors on constate que les postes ils sont plus pris en été

qu'en hiver. Toi tu aurais une idée un peu de pourquoi?

P7 : Pour avoir la liberté un peu des vacances peut-être?

Chloé : Toi est-ce que tu t'es dis je vais le faire en été en hiver ... Toute façon toi t'avais ta pédiatrie donc ça, ça s'applique pas trop.

P7 : Oui

Chloé : Et pour finir, est-ce que tu aurais des propositions pour améliorer l'accès au SASPAS des internes?

P7 : oui. Je pense qu'il faudrait faire absolument ce stage de niveau un plus tôt dans le cursus. Au premier ou au deuxième stage. Je pense qu'il faudrait le faire tôt pour avoir le temps aussi de réfléchir. Comment dire par exemple moi, après être passée... Moi j'aimais bien la gériatrie donc j'ai choisi de faire deux stages de gériatrie mais peut-être que si j'avais fait mon stage de niveau un plus tôt, j'aurais axé plus différemment, peut-être que j'aurais fait de la gynéco, peut-être que... Enfin j'ai l'impression que j'aurais fait mes choix différemment peut-être que j'aurais fait un SASPAS, j'aurais réfléchi plus encore en connaissance de cause. J'aurais plus compris ce qu'on voulait m'apprendre, plus tôt. Au lieu de rester encore dans le mode hospitalier, vraiment strictement hospitalier, avec les objectifs de l'hospitalier, avec la façon de faire de l'hospitalier qu'on a déjà connu pendant six ans. Ça permet de changer d'état d'esprit et du coup à chaque fois qu'on apprend de nouvelles connaissances, de se demander comment je vais la retenir pour pouvoir l'appliquer à la MG ? Et ça je trouve que tout le temps avant d'être passé en niveau un il est perdu pour ça. Parce que tant qu'on... c'est tellement différent que une fois qu'on est passé en niveau un, tout ce qu'on apprend on se dit bon bah ok, qu'est-ce que j'en retiens, comment je vais pouvoir l'appliquer qu'est-ce que je ferais si je me retrouve

dans une situation comme ça en ville, et ça c'est bien quoi. Donc le faire plus tôt pour pouvoir se dire la SASPAS ça serait bien pour moi aussi.

Chloé : Et d'autres idées pour le développer?

P7 : Bah peut-être... J'ai l'impression que dans d'autre facs, c'est plus des packages. C'est plus facile de monter son SASPAS avec un stage avec une PMI, un stage avec une médecine scolaire, enfin des choses qui sont déjà bien mises en place et du coup ça paraît peut-être moins compliqué.

Chloé : Le fait que ce soit compliqué pour toi c'est un frein?

P7 : Ça a pas été un frein pour moi parce que je ne me suis pas dit je vais le faire mais peut-être. Et je pense aussi le frein c'est que ça paraît très lointain en fait. Ça paraît toujours très loin parce-qu'on fait déjà tard nos stages de niveau un donc ...

Chloé : Quand on nous en parle on a l'impression qu'on a le temps d'y penser

P7 : Ouais et finalement trois ans c'est hyper court quoi. Donc ouais avancer tout. avancer le niveau un pour pouvoir avoir l'opportunité de faire le SASPAS, avoir le temps de décider et puis peut-être faire des maquettes plus simples pour que ce soit comme un choix de stage quitte à les modifier si vraiment on a une idée précise de ce qu'on veut faire quoi.

Chloé : Parce que leur idée à eux justement, c'est de permettre à l'interne d'avoir une certaine liberté et d'avoir un pool fixe et puis après bah si l'interne a envie de découvrir la médecine en prison... des trucs qui sont pas faciles d'accès d'habitude en stage, bah là ils peuvent laisser libre cours à leur imagination et aller dans un lieu de stage qui pourrait vraiment correspondre à leur personnalité.

P7 : Et ils aident à trouver ces endroits ou pas?

Chloé : Ouais, ils ont déjà une liste avec tous les endroits où les internes sont déjà allés. Donc si il y a un endroit qui te plait tu peux les appeler ou laisser libre cours à ton imagination et c'est à toi de chercher mais c'est vrai que ça... Je sais pas ce que t'en penses toi? Qu'est ce que tu penses de l'idée et qu'est-ce que tu penses de la faisabilité de ça?

P7 : Je pense que c'est une bonne idée. J'ai peu d'expérience là-dedans, j'ai l'impression que moi j'ai juste vu deux ou trois personnes dans mon entourage qui l'ont fait et l'installation du SASPAS c'était compliqué. Parce qu'en plus on était à l'hôpital, donc il fallait prendre des demi-journées pour aller trouver des endroits, avoir des RDV... Bon mais c'était pas non plus la mer à boire mais ça n'avait pas l'air très très simple. Mais bon je n'y étais pas, c'était pas moi qui le faisait donc.

Chloé : T'avais l'impression qu'au niveau de la faisabilité, c'est quelque chose qui

demande du temps. et que le temps, on l'a pas trop pendant le semestre d'avant.

P7 : Oui

Ok. tu as des choses à rejouter ou...?

P7 : Peut-être je pense que « regret » est un grand mot, mais si j'avais fait mon stage de niveau un plus tôt, je pense que j'aurai bien aimé faire un SASPAS. Je regrette un peu. Un peu. (rires)

Chloé : Rires. Bon après tu dois bien t'en sortir quand même.

P7 : Oui voilà. J'ai fait un très bon stage de niveau un aussi donc c'est pour ça que j'ai pas poussé. Mais je pense que ça aurait été bien de le faire. J'aurais bien aimé le faire.

Chloé : Yon gros message toi c'est : faire le niveau un avant.

P7 : Oui c'est sûr.

Chloé : Ça y est tu as fait le tour?

P7 : Oui je pense que c'est tout

Chloé :Merci

Annexe 5 : le journal de bord

1) La déconstruction initiale des *a priori* :

Avant de débiter les investigations, l'enquêtrice principale a fait un travail de déconstruction de ses *a priori* afin de construire sa posture de chercheuse. L'enquêtrice principale a ainsi cherché à répondre aux questions suivantes.

Le 07/01/2016

Pourquoi il y a si peu de maquettes proposées à l'UPMC ?

Actuellement, la question de savoir pourquoi il y a peu de stage est en partie travaillée à travers d'autres thèses d'internes de l'UPMC, notamment celle d'Emna Zarrad qui a cherché une méthode de recrutement de Maîtres de stage Universitaires plus efficace que l'actuelle (26), ou celle en cours de Juliette Vandendriessche qui cherche à démarcher les jeunes médecins généralistes anciens internes de l'UPMC exerçant en Ile de France pour évaluer leur motivation à devenir MSU.

Quels sont les chiffres des autres facultés de France ?

Selon l'article « *Etat des lieux de la MG universitaire au 1^{er} janvier 2015 : la construction interne de la FUMG* » du dernier Exercer (32), UPMC est classée dernière pour son nombre de stage SASPAS par étudiant. (12 stages pour 97 étudiants par semestre)

Qui suis-je ? Quel est mon parcours et comment en suis-je arrivée à me poser cette question ?

Je suis MG remplaçante non thésée. J'ai déjà débuté un travail sur un autre sujet de thèse il y a 2 ans (comparaison de l'organisation de l'internat de MG dans différents pays d'Europe) qui a échoué car je manquais de méthode et de données. J'ai décidé d'abandonner totalement ce sujet et d'en trouver un autre différent. Après plusieurs idées, c'est Dr Julie Chastang qui m'est venue en aide et m'a proposé ce sujet qui correspondait à mon profil et qui pourrait en même temps aider le DMG de l'UPMC à améliorer l'accès de leurs internes au SASPAS.

Ayant fait deux SASPAS pendant mon internat, je suis une fervente convaincue de l'intérêt qu'a eu ce stage dans ma formation.

Il est vrai que j'ai une part de syndicaliste en moi qui a envie de faire bouger les lignes, bien qu'à la base, mon sujet de prédilection pour faire changer les choses est de développer l'aspect international de la MG en France. En effet, je ne me suis engagée à l'ISNAR-IMG que parce que le poste de Relations Internationales se libérait. Autrement, je ne l'aurais pas fait.

Tout ça pour dire que ce sujet m'intéresse, mais me touche peu personnellement. Ma démarche ne part pas d'une frustration ou d'un sentiment négatif, mais plutôt de la volonté de faire partager ma conviction sur l'intérêt d'effectuer un SASPAS pendant notre formation.

Comment est ce que je me positionne face à ma question de recherche: qu'est ce que j'en pense du SASPAS à l'UPMC?

Je pense qu'il faut vraiment être très motivé pour faire un SASPAS à l'UPMC car

- les informations sont difficiles à obtenir, et quand on les obtient, c'est parfois trop tard pour faire les démarches pour le semestre suivant car ces démarches prennent du temps. Toutefois, j'ai bien aimé le fait de devoir faire les démarches par moi-même. Pour une fois, le classement aux ECN n'est pas pris en compte et on nous sélectionne sur d'autres aspects, ce qui me semble intéressant et constructif.
- Les lieux de stage ne sont pas faciles d'accès, et encore une fois, c'est parce que j'étais très motivée, et que mes maîtres de stage ont fait en sorte de me simplifier la tâche que j'ai décidé de le faire.

Quel est mon avis (engagé ?) sur cette question? Qu'est ce que je pense de mon DMG et quels échos j'avais eu du SASPAS?

Je ne sais pas si mon avis est engagé. Je vous laisse juger par rapport à ce que j'ai écrit ci-dessus.

J'aime beaucoup mon DMG qui a souvent été à l'écoute et soutenant dans mes projets, notamment pour me permettre de faire un deuxième stage SASPAS en Nouvelle Calédonie ou en me soutenant dans mon engagement à l'ISNAR-IMG.

Quand aux échos sur le SASPAS, ils étaient plutôt positifs de la part de mes collègues internes ainsi qu'au sein de l'équipe l'ISNARienne.

Que vais-je faire de ces résultats et à qui profitent-ils?

Ils profiteront au DMG de l'UPMC ainsi qu'à d'autres DMG qui rencontrent la même problématique.

Où se trouve le syndicaliste et où se trouve le chercheur en moi?

J'ai un esprit syndicaliste et engagé, c'est vrai, mais je souhaite traiter ce sujet surtout afin d'aider le DMG à trouver des solutions pour améliorer la formation de leurs internes.

Je trouve donc ce sujet utile. Je suis quelqu'un qui aime bien aider donc ça me motive . Quand à la chercheuse en moi, le sujet m'intéresse, c'est la première fois que je fais de la recherche de manière encadrée, et je trouve intéressant de découvrir la mise en place

d'un projet de recherche puis de le mener. J'aime bien ce côté méthodique et rigoureux. Le côté qualitatif me plaît beaucoup car cette méthode est intéressante pour donner la parole à la population étudiée.

2) Le carnet de bord

Lors du recueil des données et du codage, un carnet de bord a été tenu afin de continuer à déconstruire les *a priori* de l'investigatrice.

En voici quelques notes :

PREMIER ENTRETIEN :

C'est mon premier entretien, je ne sais pas comment cela va se passer. Nous nous sommes installées dans la salle du conseil du site de Saint-Antoine. L'interviewée est à l'heure, elle semble timide. L'entretien dure une vingtaine de minutes, je suis plutôt contente. J'ai bien le guide d'entretien en tête et je la laisse parler au maximum en faisant l'effort de ne pas la couper et de lui laisser un maximum de champs libre pour s'exprimer. C'est un exercice assez difficile. Une fois le dictaphone éteint, l'interviewée a mentionné une idée qui me paraît très pertinente pour l'étude mais qui n'est pas

enregistrée. Je me suis dit que je l'écrirais dans mon carnet en rentrant chez moi, mais malheureusement, impossible de m'en souvenir une fois devant mon cahier.

La prochaine fois, je demanderai à l'interviewé de répéter si le dictaphone est éteint. J'attendrai également quelques minutes avant de l'éteindre.

Quelques mois plus tard : J'ai revu par hasard E1 lors d'un de mes remplacements, elle n'a pas réussi à obtenir son SASPAS. Elle avait postulé pour un binôme mais une autre interne avait également postulé pour celui-ci et les MSU ont choisi l'autre. Elle était un peu déçue et s'est rabattue sur un stage de gynécologie à l'hôpital Sud Francilien où elle fera les Urgences gynécologiques et des consultations.

DEUXIÈME ENTRETIEN :

E2 est une ancienne co-interne lors de mon stage aux Urgences. L'Entretien s'est déroulé dans un café parisien près de la place de la République. Ambiance conviviale, cela faisait deux ans que nous ne nous étions pas revues. E2 a beaucoup de choses à dire. Je suis contente car elle est très différente de E1 ce qui apporte une diversité à mon échantillon. La retranscription de l'entretien a été un peu dure à cause du bruit ambiant dans le café. Je ne m'attendais pas à avoir autant d'éléments lors de notre rencontre. La retranscription permet de décortiquer chaque idée. Je me rends compte que le sujet est plus vaste que je m'attendais.

TROISIÈME ENTRETIEN :

E3 est une ancienne co-interne d'une amie. Elle semble également timide. Nous faisons l'entretien dans un petit amphithéâtre de la faculté. Encore de nouveaux éléments.

Ma position d'interne semble assez bénéfique, elle semble ne pas trop s'auto-censurer sur ce qu'elle pense.

QUATRIÈME ENTRETIEN :

E4 est une ancienne co-interne des urgences.

Nous faisons l'entretien dans un restaurant parisien en compagnie de E2. E4 fait un thèse sur le recrutement des maîtres de stages. Elle a déjà un avis assez orienté sur la question du SASPAS. Je sens que la question a été plus longtemps réfléchi que les interviewés précédents.

Elle est partie faire un stage de un mois en MG au Canada après la fin de son internat dans un centre de réfugiés ce qui semble l'avoir beaucoup inspiré pour améliorer l'accès aux stages ambulatoires.

CINQUIÈME ENTRETIEN :

Je suis contente car E5 est un homme et ce n'est pas facile d'en recruter car mon entourage de co-internes à l'UPMC est surtout composé de femmes.

L'entretien est plus long que les précédents. De nouvelles idées ressortent encore. Je me demande quand j'arriverai à la fameuse « saturation des données ».

E5 est assez franc-jeu, il se pose beaucoup de questions sur son avenir professionnel. J'ai l'impression qu'il a accepté de faire cet entretien en partie pour s'informer sur le SASPAS. Je tente de garder ma posture d'enquêtrice tant bien que mal et de ne pas intervenir quand il a des doutes sur ce qu'il avance. Notamment à propos du troisième terrain de stage. A la fin de l'entretien, nous avons continué à discuter et je lui ai donné les informations qu'il m'avait demandées à mi-mots lors de l'entretien.

SIXIÈME ENTRETIEN :

L'entretien se passe au domicile de E6. Celle-ci travaille déjà mais pas en MG. Pendant l'entretien, elle sollicite mon avis sur le SASPAS, je réussis à ne pas répondre pour ne pas l'influencer dans le reste de son discours en esquivant la question avec humour. C'est très difficile de ne pas partager son vécu et son avis sur la question.

Après l'entretien, nous nous sommes rendues compte que nous avons eu le même maître de stage de niveau un.

Entre le sixième et le huitième entretien, j'ai assisté à un séminaire sur la recherche qualitative. J'y ai appris qu'il était conseillé de retranscrire les entretiens au fur et à mesure, ce que je ne savais pas. Je décide donc de faire une pause pour débiter les retranscriptions.

SEPTIÈME ENTRETIEN :

E7 m'accueille dans son cabinet à Paris. Nous ne nous connaissons pas. Je suis assez impressionnée car elle s'est installée directement après son internat sans passer par les remplacements. J'ai la place du patient dans le cabinet.

Je trouve E7 très précise dans ses propos. L'entretien ne dure pas très longtemps mais je suis satisfaite. Ses phrases sont courtes, efficaces et pleines de sens. C'est la première qui me fait réaliser cette difficulté de bascule vers le paradigme d'apprentissage qu'ont les internes et cette notion de temps et d'évolution dans le fait de réaliser l'importance des stages ambulatoire dans notre formation.

HUITIÈME ENTRETIEN :

L'entretien se fait par Skype. Je trouve ça très pratique et ne ressens pas tellement de différence avec un entretien classique. E8 a un profil intéressant car elle est FFI à l'hôpital. Elle ne s'est donc pas lancée dans la MG ambulatoire. L'aspect administratif du métier semble être un point lourd de sens car elle en a parlé beaucoup.

NEUVIÈME ENTRETIEN :

E9 est venue avec son bébé de quelques semaines. Nous avons reporté trois fois l'entretien. Nous décidons de nous installer dans un restaurant en face de la faculté car elle reprend les cours à 14H. Nous sommes donc un peu pressées. Le début de l'entretien est difficile. On décide d'arrêter l'enregistrement au bout de quelques minutes car le bruit ambiant est trop important. On reprend l'enregistrement au bout d'un petit quart d'heure. Le temps nous est compté, du coup j'ai l'impression de ne pas avoir bien mené l'entretien. Je sens qu'il a été un peu bâclé.

En le retranscrivant, je retrouve malgré tout des idées intéressante

DIXIÈME ENTRETIEN :

E10 est une copine, et elle a un peu le même profil que E4 : elle est très bien informée sur le SASPAS car elle a fait une autre thèse sur le recrutement des MSU à l'UPMC. Elle apporte cependant de nouveaux éléments et parle aussi de cette idée d'évolution pendant l'internat et de changement de paradigme.

Entre le onzième et le douzième entretien, j'ai fait deux entretiens enregistrés sur mon téléphone qui ont été effacés. Désespoir...

ONZIÈME ENTRETIEN :

Le deuxième homme de l'enquête. Entretien à son domicile, ancien co-externe.

Long entretien, beaucoup d'éléments intéressants. Je le laisse parler, pas besoin beaucoup de relances. Il assume le côté fatiguant de l'internat et le recherche de qualité de vie, surtout par rapport aux transports. Il est force de proposition pour améliorer l'accès au SASPAS. Sentiment que l'hôpital est quelque chose de rassurant pour lui. Il faut que je parle de ce côté rassurant de l'hôpital dans la thèse.

DOUZIÈME ENTRETIEN :

Entretien par Skype, E12 est très enthousiaste, en cours de SASPAS. Elle semble être quelqu'un qui sait ce qu'elle veut et où elle va.

TREIZIÈME ENTRETIEN :

E13 est une ancienne co-externe. Son parcours d'internat a été assez difficile, entre harcèlement au travail, burn out, SASPAS qui a failli tomber à l'eau... Elle illustre totalement l'interne très motivée pour faire de la MG qui sait ce qu'elle veut et qui franchi les obstacles malgré toutes les difficultés. Je me dis que ce n'est quand même pas normal d'avoir des internes aussi motivés qui luttent pour obtenir un SASPAS à ce point. Je sors de l'entretien avec un sentiment d'injustice.

QUATORZIÈME ENTRETIEN :

Entretien par Skype. La connexion n'a pas été très bonne au début mais ensuite pas de problème. E14 est jeune interne en deuxième semestre ce qui est intéressant pour la diversité de mon échantillon.

RESUME :

Introduction : Malgré un nombre faible de terrains de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), les enseignants de l'UPMC constatent qu'ils ne sont pas tous pourvus à chaque semestre. Ce phénomène est un obstacle à la réforme du 3e cycle des études médicales où le SASPAS deviendra obligatoire pour tous les internes de médecine générale (IMG).

Objectif : Décrire et analyser les déterminants des IMG et jeunes médecins généralistes (JMG) diplômés de l'UPMC à choisir ou non ce stage dans leur cursus.

Méthode : Etude qualitative avec approche par théorisation ancrée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 14 IMG et JMG. Analyse par comparaison constante avec triangulation des données à l'aide du logiciel Nvivo 11©.

Résultats : Le SASPAS bénéficiait d'une image positive, mais plusieurs obstacles à le choisir ont été retrouvés : la prise de conscience tardive de l'intérêt des stages ambulatoires dans un contexte de changement de paradigme de formation, l'accès difficile à l'information et une information peu adaptée aux IMG, la concurrence des autres stages, les contraintes de la maquette, les modalités de choix du SASPAS et ses contraintes propres vues comme non sécurisantes. Les interviewés proposaient l'augmentation du nombre de stages ambulatoires pendant l'externat et l'internat, la simplification des démarches administratives, moins de contraintes géographiques, une information plus personnalisée ou plus de garanties sur l'encadrement par les maîtres de stage.

Conclusion : Les pistes d'action relevées dans cette étude serviront de base à une réforme d'amélioration de l'accès et de l'attractivité du SASPAS auprès des IMG de l'UPMC.

MOTS CLES : Médecine – Etude et enseignement – Réforme, Internes (médecine), Enseignement médical, Soins médicaux ambulatoires -- Stages, SASPAS, Médecine générale, Internat de médecine générale.