

*UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6)*

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2016

N°2016PA06G056

**THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Spécialité : Médecine Générale**

Par

Julie DELMESTRE

Née le 1er avril 1987 à Nogent Sur Marne

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016

**Place des stages complémentaires au sein du SASPAS dans la formation des médecins généralistes. Etude qualitative auprès d'internes d'Ile de France.**

**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur Philippe CORNET

**Membre du Jury :** Monsieur le Docteur Antoine DE BECO

**Membre du Jury :** Monsieur le Docteur Josselin LE BEL

## REMERCIEMENTS

Au Professeur Cornet d'avoir accepté de présider le jury, pour sa volonté de transmettre ses connaissances et une certaine idée de la médecine générale que j'affectionne.

Au Docteur De Beco d'avoir accepté de faire partie de ce jury, pour sa bienveillance, son esprit de compagnonnage et de partage.

Au Docteur Cadwallader d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir fait découvrir la recherche qualitative et de m'avoir accompagnée durant tout mon travail.

Au Docteur Le Bel d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail.

A tous les médecins d'avoir accepté de s'entretenir avec moi.

A mes parents et à mon frère pour leur patience, leur confiance et leur soutien sans faille.

A ma famille qui m'a accompagnée et supportée durant ces longues années d'études, pour qui je resterai toujours « docteur Julie ».

Aux fidèles depuis tant d'années, Marie, Cora, Amelle, Rachel, Julia.

Aux belles rencontres qui ont vécu les galères de l'externat, Anne Charlotte, Tiphaine, Nathalie, Lucile, Irène, Solenn, Jenny, Adeline, Fétia, Maité, Ben, Gilles.

A ceux sans qui l'internat n'aurait pas été le même, Pierre, Fatimata, Mélanie, Diane, Chloé, Hong Ha, la Debré team.

A tous ceux qui m'ont aidée dans mon parcours d'une façon ou d'une autre.

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE**

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. ASSOUD 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 (Surnombre)
20. BERENBAUM Francis RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
21. BERNAUDIN J.F. HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
22. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry NEUROPEDIATRIE – 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**

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. CESSSELIN 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-MOUSSELDARD 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. TOURAINE 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

## RESUME

**Introduction :** le SASPAS est le second stage ambulatoire pouvant être réalisé dans la maquette du DES de médecine générale (MG). Les stages auprès de MSU généralistes sont privilégiés. Des stages complémentaires peuvent être agréés.

**Objectif :** Etudier la place des stages complémentaires selon les IMG au sein du SASPAS dans leur formation en MG.

**Méthodes :** Etude qualitative selon une approche phénoménologique. Recueil des données par entretiens individuels semi dirigés auprès de jeunes MG ayant effectué leur DES en Ile de France. L'analyse a été faite selon les 3 niveaux de l'IPA : codage descriptif puis thématique et construction d'un modèle explicatif.

**Résultats :** 14 entretiens ont été réalisés. Les IMG avaient effectué un stage complémentaire en PMI, CMP, planning familial, médecine scolaire, EPHAD, ENMR, CDAG, Médecins du monde, réseau de soins palliatifs ou gériatrique. Le dernier n'en avait pas fait. Cinq thèmes sont ressortis : la volonté de fuir l'hôpital pour des futurs professionnels ambulatoires, la possibilité de compléter les compétences du MG, avoir une pratique diversifiée pendant sa formation et sa vie professionnelle pouvant être un moyen d'éviter le burn-out, la difficulté de trouver leur place de professionnel entre le statut d'étudiant et de médecin, une ouverture d'esprit développée.

**Conclusion :** Dans le contexte d'orientation plus ambulatoire de la maquette voulue par le CNGE, l'intégration de ces stages semblait plébiscitée. En plus des apports pour leur pratique de généraliste, les jeunes MG appréhendaient plus globalement les soins primaires ambulatoires dans un objectif professionnalisant et d'affirmation de leur autonomie.

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## ABREVIATIONS

APA : Allocation personnalisée d'autonomie  
ARS : Agence régionale de santé  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit  
CMP : Centre médico-psychologique  
CMS : Centre municipal de santé  
CNGE : Collège national des généralistes enseignants  
COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research  
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale  
CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie  
DES : Diplôme d'études spécialisées  
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires  
DMG : Département de médecine générale  
DU : Diplôme universitaire  
FCV : Frottis cervico-vaginal  
ECN : Examen classant national  
ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération  
EPHAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
HAD : Hospitalisation à domicile  
IMG : Interne de médecine générale  
IPA : Interpretative phenomenological analysis  
IST : Infection sexuellement transmissible  
MSU : Maitre de stage universitaire  
PIFO : Paris-Ile-de-France-Ouest  
PMI : Protection materno-infantile  
TROD : Test rapide à orientation diagnostique  
SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SP1 : Stage chez le praticien niveau 1

# TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>LE CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE.....</b>	<b>21</b>
2.1.1	Les différents types d'approches.....	21
2.1.2	Le choix de l'analyse par IPA.....	22
<b>2.2</b>	<b>L'ECHANTILLONAGE.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>LE MODE DE RECUEIL DES DONNEES : L'ENTRETIEN QUALITATIF .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4</b>	<b>LA METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>25</b>
2.4.1	La retranscription .....	25
2.4.2	Le codage .....	25
<b>3</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>DESCRIPTION DE LA POPULATION .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>LES MODALITES DU CHOIX DU SASPAS ET DES STAGES COMPLEMENTAIRES AU SEIN DES DIFFERENTES FACULTES .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>FUIR L'HOPITAL POUR DES FUTURS PROFESSIONNELS AMBULATOIRES.....</b>	<b>32</b>
3.3.1	Volonté de ne pas effectuer de stage hospitalier.....	32
3.3.2	Volonté de faire un SASPAS .....	32
3.3.3	Une formation trop hospitalo-centrée .....	33
3.3.4	Ambulatoire versus hôpital : un emploi du temps plus souple.....	33
3.3.5	L'apport de l'interaction avec des professionnels d'une même structure .....	33
3.3.6	La formation ambulatoire plus appropriée que l'hospitalière ?.....	34
3.3.7	La fréquence plus élevée de situations emblématiques de prévention et gestes techniques par rapport à la médecine générale .....	34
3.3.8	Accéder aux différentes structures de soins ambulatoires.....	35
<b>3.4</b>	<b>COMPLETER LES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE PAR LES STAGES COMPLEMENTAIRES.....</b>	<b>36</b>
3.4.1	Approfondir les connaissances pour une mise en confiance dans la pratique.....	36
3.4.2	Connaître la place du médecin généraliste au sein des « soins ambulatoires ».....	38
3.4.3	Perfectionner la relation avec les patients.....	38
3.4.4	Approfondir ou apprendre la coordination des soins ambulatoires .....	39
3.4.5	Acquérir de l'autonomie pour mieux aborder la profession de remplaçant.....	40
3.4.6	Des stages complémentaires plus formateurs que d'autres ?.....	41

3.4.7	Percevoir une absence d'utilisation des connaissances de la médecine générale.....	41
3.4.8	Place du stage complémentaire dans la formation : diminution du temps de formation ?.....	42
3.4.9	Compléter sa formation en ambulatoire en post internat dans des situations spécifiques.....	43
<b>3.5</b>	<b>AVOIR UNE PRATIQUE DIVERSIFIEE PENDANT SA FORMATION ET SA VIE PROFESSIONNELLE : UN MOYEN D'EVITER LE BURN OUT ? .....</b>	<b>43</b>
3.5.1	Volonté confirmée d'être médecin généraliste .....	43
3.5.2	Orienter sa pratique et sa patientèle tout en restant médecin généraliste : le champ large de la médecine générale .....	44
3.5.3	Découvrir les structures ambulatoires pour une éventuelle activité mixte ? .....	44
3.5.4	Avoir du temps pour des activités annexes lors du SASPAS .....	46
3.5.5	Opportunité de découvrir d'autres pratiques.....	46
3.5.6	Diversifier les stages complémentaires et adapter leur durée pour élargir la formation .....	46
3.5.7	Intérêt de varier les activités au sein du SASPAS.....	47
<b>3.6</b>	<b>ETUDIANT ET MEDECIN, TROUVER SA PLACE DE PROFESSIONNEL .....</b>	<b>47</b>
3.6.1	Le SASPAS, un remplacement déguisé ?.....	47
3.6.2	Ambiguïté sur l'envie de responsabilités.....	48
3.6.3	Choix des stages, le faire ou laisser faire ?.....	49
3.6.4	Accéder à des stages en fonction de l'orientation de sa pratique .....	49
3.6.5	Accéder à des stages en fonction de ses lacunes dans la formation.....	50
3.6.6	Accéder à d'autres stages complémentaires au cours du DES.....	50
<b>3.7</b>	<b>OUVERTURE D'ESPRIT.....</b>	<b>51</b>
3.7.1	La volonté d'être médecin généraliste.....	51
3.7.2	Dépasser les a priori .....	51
3.7.3	Développer sa culture médicale.....	52
3.7.4	Changement de la vision de la médecine .....	53
3.7.5	L'apport personnel .....	54
3.7.6	La place de l'argent.....	54
3.7.7	Rencontrer des « modèles » professionnels.....	55
3.7.8	Le développement d'une posture militante, engagée.....	56
<b>4</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1</b>	<b>PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS ET MODELISATION .....</b>	<b>57</b>
<b>4.2</b>	<b>COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE .....</b>	<b>58</b>
4.2.1	Ce qui a été dit des stages complémentaires.....	58

4.2.1.1	Des MSU encourageant les stages complémentaires.....	59
4.2.1.2	Elargir les stages complémentaires .....	59
4.2.1.3	Des stages complémentaires dès le niveau 1 .....	60
4.2.2	L'expérimentation des stages ambulatoires en gynécologie et pédiatrie.....	60
4.2.2.1	Un stage ambulatoire de gynécologie et pédiatrie à Lyon .....	60
4.2.2.2	Un SASPAS avec des vacances orientées en gynécologie et pédiatrie à Angers .....	61
4.2.3	Acquisition des compétences du médecin généraliste .....	62
4.2.3.1	Compléter ces compétences par le stage complémentaire.....	62
4.2.3.2	Les internes savent ils s'auto évaluer ? .....	63
4.2.3.3	Le stress au cours du DES.....	65
4.2.4	L'autonomisation, l'intégration du paradigme d'apprentissage.....	65
4.2.4.1	Du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage.....	65
4.2.4.2	... A l'autonomisation de futurs professionnels .....	67
<b>4.3</b>	<b>VALIDITE DE L'ETUDE .....</b>	<b>68</b>
4.3.1	Forces .....	68
4.3.2	Faiblesses.....	69
<b>4.4</b>	<b>PERSPECTIVES.....</b>	<b>70</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>76</b>
<b>7.1</b>	<b>LES GUIDES D'ENTRETIEN.....</b>	<b>76</b>
7.1.1	Guide d'entretien commun sur l'interne et le SASPAS.....	76
7.1.2	Première version du guide d'entretien autour du stage complémentaire .....	78
7.1.3	Questions ajoutées dans le guide d'entretien autour du stage complémentaire au fur et à mesure des entretiens .....	79
7.1.4	Guide d'entretien SASPAS sans stage complémentaire .....	79
<b>7.2</b>	<b>VERBATIM D'ENTRETIEN .....</b>	<b>80</b>
7.2.1	Entretien N°2 .....	80
7.2.2	Entretien N°10 .....	88
7.2.3	Entretien N°14.....	98
<b>7.3</b>	<b>JOURNAL DE BORD.....</b>	<b>108</b>

# 1 INTRODUCTION

Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) est le second stage ambulatoire pouvant être réalisé dans la maquette du D.E.S. de médecine générale. Il est spécifié dans la circulaire DGS/DES/2004 n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS que « 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. [...] D'autres stages répondant à un projet personnel d'un résident ou d'un interne de médecine générale peuvent être envisagés : PMI, médecine scolaire, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire... ». Il s'agit des stages complémentaires. (1)

Les internes de médecine générale d'Ile de France ont la particularité d'être répartis dans sept facultés, Paris Descartes, UPMC Pierre et Marie Curie, Paris Diderot, université Paris 12 Val de Marne, Université Paris 13 Nord, Paris Sud 11, Paris Ile de France Ouest. L'organisation des stages hospitaliers est gérée par l'ARS Ile de France. Les stages ambulatoires de niveaux 1 et 2 sont gérés par chaque département de médecine générale, sous la supervision de la coordination du D.E.S. de médecine générale. (2)

De nombreuses thèses autour du SASPAS ont été réalisées depuis sa création au sein de la maquette de D.E.S. de médecine générale en 2004. Le SASPAS a été un stage très formateur permettant aux internes de se retrouver dans des situations authentiques représentatives de l'activité en médecine générale et les préparant ainsi à leur future pratique. (3) Le SASPAS a permis aux internes de mieux définir leur projet professionnel et de diminuer les craintes face à leur futur exercice. (4) Les internes ont sollicité leurs MSU dans l'objectif de progresser dans leurs compétences de médecine générale particulièrement sur la gestion de l'incertitude, les situations cliniques limites, hors cadre nosologique, ou possiblement graves ou urgentes. (5) Ceux qui ont eu une supervision de mauvaise qualité ont eu l'impression d'avoir fait un remplacement déguisé. (6) Les patients interrogés se sont déclarés satisfaits des consultations et se sont dit prêts à revoir l'interne si besoin. (7) Les MSU ont vu dans le SASPAS un moyen de progresser dans leur pratique médicale. (8) Le SASPAS a été choisi par des internes qui se projetaient dans une activité de médecine générale ambulatoire avec un refus de travailler dans une structure hospitalière. Les formations complémentaires au cours de

l'internat ont été choisies pour effectuer un cursus différent de la médecine générale ou par certains qui souhaitaient une activité mixte. (9) Un quart des internes ont jugé leur formation trop hospitalo-universitaire avec un manque de formation dans le secteur ambulatoire et une dévalorisation de la médecine générale. (10) Des internes ont souligné que leur pratique ambulatoire était très influencée par leur formation antérieure, majoritairement hospitalo-universitaire. Ils ont dû déconstruire cette pratique lors de leur expérience ambulatoire pour construire une pratique ambulatoire. (5)

Des groupes de pairs sont régulièrement organisés au sein des stages de médecine générale à l'UPMC. Des échanges riches à propos des stages complémentaires ont été à l'origine d'une réflexion plus globale sur la place et l'intérêt de ces stages, certains apparaissant plus formateurs que d'autres, ou modifiant éventuellement les projets professionnels. Un questionnaire avait été réalisé initialement avant que l'étude qualitative apparaisse comme une meilleure approche.

Une réforme du troisième cycle des études médicales est prévue pour 2017. LE CNGE est en cours de réflexion sur l'adaptation des conditions de formation, « une nouvelle organisation de la formation avec une augmentation de la part ambulatoire dans le D.E.S. de médecine générale.» (11)

Notre objectif était donc d'étudier la place des stages complémentaires selon les internes de médecine générale au sein du SASPAS dans leur formation en médecine générale.

## 2 MATERIELS ET METHODES

### 2.1 LE CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

#### 2.1.1 Les différents types d'approches

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Elle a d'abord été utilisée dans les sciences sociales et humaines avant que les chercheurs en santé ne s'approprient ces méthodes. La démarche est interprétative, tandis que dans la recherche quantitative on cherche à quantifier, mesurer. (12)

Il existe plusieurs types d'approche analytique dans l'étude qualitative : la méthode par théorisation ancrée, par phénoménologie interprétative, ethnographique, par analyse de discours. Les deux premières sont fréquemment utilisées en médecine, l'ethnographie est plus utilisée en sociologie et en anthropologie.

La théorisation ancrée (grounded theory) a pour but d'étudier les perceptions, représentations, opinions, et schématise l'interaction entre les acteurs, l'étude d'un processus social dans un contexte donné. Il s'agit d'une méthode inductive pure.

Dans l'analyse par phénoménologie interprétative (IPA), l'objectif est d'étudier des phénomènes sur une population donnée, de comprendre l'essence de l'expérience des personnes et des phénomènes, en étant centrée sur l'individu.

La méthode ethnographique étudie l'individu au sein de sa culture. L'objectif est de décrire et d'analyser sur le terrain certains éléments socio-culturels (les liens sociaux, les normes, les représentations, les croyances, et les conduites) d'un groupe à partir du point de vue des membres de ce groupe identifié par des us et coutumes. La visée descriptive est importante.

L'analyse de discours permet d'explorer les concepts et l'organisation narrative des discours oraux et écrits, de la façon dont les acteurs construisent leur discours à propos d'un phénomène.

### 2.1.2 Le choix de l'analyse par IPA

Un questionnaire avait été réalisé initialement avant que l'étude qualitative n'apparaisse comme une meilleure approche.

En effet, l'objectif initial était d'étudier les apports pour les internes de médecine générale des stages complémentaires au sein du SASPAS. En les abordant sur leur expérience de ces stages, ces médecins ont pu tenter de donner du sens à cette expérience. Aux chercheurs ensuite de donner du sens à la façon dont les participants donnent du sens à leur expérience (principe de la double herméneutique). (13)

Au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse, l'objectif a évolué. En effet, les jeunes médecins qui ont été interrogés, ont parlé de leur formation mais également de leur travail de généraliste, pas uniquement de leur vision d'interne. Doit on parler des apports pour la pratique de la médecine générale ? Le terme de médecine générale est apparu trop vaste. D'apport pour la pratique des jeunes médecins généralistes ? Le volet formation n'apparaissait pas. La place dans la formation des internes ? Ils ont parlé au delà de leur internat de leur vision de la médecine générale.

L'objectif méthodologique était bien de se centrer sur le vécu de leur formation et l'interaction entre ce stage complémentaire et la formation de médecine générale, d'où le choix de l'IPA comme approche analytique. (14)

Le carnet de bord a été un support pour permettre d'avancer lors des entretiens, de déconstruire les a priori, de faire évoluer la réflexion.

La grille internationale COREQ (COnsolitated criteria for REporting Qualitative Research) a été utilisée comme ligne directrice afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative. (15)

## 2.2 L'ECHANTILLONAGE

Dans la recherche qualitative, on ne cherche pas la représentativité mais l'exemplarité au sein de la population étudiée sur le thème étudié. « La constitution du corpus diversifié subit une double contrainte et résulte, en règle générale, du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives. Diversifier mais non disperser ». (16)

Il s'agit de maximiser l'expression de la diversité au sein de l'échantillonnage. Le nombre final d'entretien n'a pas été défini à l'avance. Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données, c'est à dire lorsque aucun nouvel élément n'a été apporté à l'analyse du matériel. Le quinzième et dernier entretien a été réalisé auprès d'un interne n'ayant pas fait de stage complémentaire. Il a semblé en effet intéressant d'avoir un avis sur certaines réflexions faites par des internes y aillant eu accès.

Les interviewés ont été recrutés par différentes méthodes.

- La coordination d'Ile de France a été contactée pour diffuser le projet aux différentes facultés via le dispositif Harmothèse. Les MSU et anciens internes des facultés Paris 6 et Paris 7 ont été particulièrement réactifs.
- Des anciens co-internes ainsi que le bouche à oreille ont permis de diversifier les stages ainsi que les facultés. On appelle cela un échantillonnage par « effet boule de neige ».

Toutes les facultés ont été représentées par au moins un entretien sauf Paris Sud 11 qui n'a pas répondu aux différentes sollicitations. Les internes ont effectué leur SASPAS entre le semestre d'hiver 2013 et le semestre d'hiver 2015.

### 2.3 LE MODE DE RECUEIL DES DONNEES : L'ENTRETIEN QUALITATIF

Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien. Ils ont été réalisés entre octobre 2015 et avril 2016.

A la convenance des interviewés, l'intervieweuse a accueilli certains à son domicile. Elle s'est également déplacée chez eux ainsi que dans un département de médecine générale, au siège d'un réseau de soins palliatifs et dans un café. Tous ont été réalisés en face à face. Les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été relevées afin d'en tenir compte dans l'analyse.

A chaque début d'entretien, il était expliqué le cheminement du sujet de thèse ainsi que la posture de chercheur et d'interne ayant fait un SASPAS. L'enregistrement était effectué après accord et il était bien spécifié qu'il était anonyme. Il était précisé à la fin de l'entretien que la retranscription ainsi que les résultats de la thèse leur seraient communiqués s'ils le souhaitaient.

Le guide d'entretien était constitué de questions sur l'interne et ensuite de questions ouvertes sur l'expérience du SASPAS et du stage complémentaire. Des questions ont été ajoutées après les premiers entretiens à partir de réflexions faites par les interviewés et les premières analyses. Il a été difficile au début d'avoir la souplesse de sortir du canevas. A chaque entretien, il fallait s'adapter à l'interlocuteur. Certains développaient facilement leurs propos, abordant spontanément les sujets à explorer. D'autres avaient besoin des questions, d'être relancé pour explorer plus profondément leurs réflexions. « C'est en effet l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. C'est en ce sens que l'entretien est une rencontre. S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, quel l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement un prélèvement d'information ». (16)

Un deuxième guide d'entretien a été réalisé pour interroger un ancien interne qui n'avait pas effectué de stage complémentaire au sein de la faculté Paris XII.

La thésarde étant elle-même interne, ayant effectué un stage complémentaire, il était important qu'elle déconstruise ses a priori.

Les impressions post-entretien ont été notées dans un carnet de bord et ont permis à la thésarde d'évoluer avec le travail.

Des écoutes avec critiques du directeur de thèse ont permis de perfectionner la technique d'entretien, de laisser plus de place aux silences, d'éviter les questions trop fermées, de reformuler pour permettre des relances pertinentes.

## 2.4 LA METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

### 2.4.1 La retranscription

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, mot à mot, sur Microsoft Word®. Ils avaient été enregistrés sur deux supports différents, dictaphone numérique et application enregistrements sur Mac®.

### 2.4.2 Le codage

Chaque entretien a été analysé indépendamment.

Il existe trois niveaux d'analyse en IPA : le codage descriptif, thématique, et la construction d'un modèle explicatif.

Le premier niveau est le codage descriptif dit ouvert, qui permet de décrire, résumer, rassembler. « L'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut analyser ».

(16)

Le deuxième est thématique, axial, dont le but est d'identifier les thèmes, de structurer. « Alors que le découpage de l'analyse par entretien parcourt les thèmes de l'entretien pour en rebâtir l'architecture singulière, l'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et recherche une cohérence thématique inter-entretiens. ». (16)

Et enfin la construction d'un modèle dont l'objectif est d'expliquer, de cadrer, de chercher les connections entre les thèmes émergents, afin d'explorer le sens commun à tous dans l'expérience vécue par les participants.

Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données, c'est à dire quand il n'y avait plus de nouvelle donnée, les entretiens ne fournissant pas de nouvel élément à la recherche. Dans l'étude, elle a semblé apparaître au bout du 13ème entretien et a été vérifiée par un entretien supplémentaire.

La validité interne consistait à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Pour cela, la technique de triangulation des données a été retenue.

Les codages des entretiens ont été réalisés par deux chercheurs d'expérience différente la thésarde et le directeur de thèse. Il s'agit de la triangulation des chercheurs.

En effectuant des entretiens dans différents lieux et différents moments, une triangulation des terrains a été réalisée. (17)

Différents internes ont été interrogés sur leur expérience de stage en planning familial, CMP, médecine scolaire, réseaux de soins palliatifs et gériatrique. Il s'agit d'une triangulation des sources.

### 3 RESULTATS

#### 3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les entretiens ont été effectués entre octobre 2015 et avril 2016.

Les entretiens ont duré entre 19 minutes et 1 heure 17 minutes, avec une moyenne de 35 minutes.

Huit entretiens ont été réalisés auprès d'anciens internes de la faculté Paris VII, trois étaient issus de Paris VI. Un seul entretien a pu être effectué auprès des anciens internes de Paris V, Paris XII, Paris XIII et PIFO. Aucun n'a pu être fait auprès de la faculté Paris XI.

Les quinze médecins interrogés avaient entre 27 et 30 ans, avec une majorité de femmes et quatre hommes. Huit étaient en couple, quatre étaient célibataires, un était fiancé et deux sont mariées avec un et deux enfants.

Ils avaient réalisé leur SASPAS entre les semestres d'hiver 2013 et d'hiver 2015, en cinquième semestre pour sept d'entre eux, en sixième semestre également pour six et deux en septième semestre. Un seul était en fin de SASPAS lors de l'entretien. Quatre ont effectué leur SASPAS après une disponibilité, dont deux après leur accouchement.

Aucun n'avait effectué de DESC sauf une qui voulait initialement être réanimatrice et avait débuté le DESC d'urgence-réanimation.

L'interne ayant effectué son stage à Médecins du monde a fait le D.U. de médecine tropicale et des voyageurs. Les autres n'ont pas effectué de D.U. au cours de leur internat. Quatre s'étaient inscrites après leur internat. Deux avaient effectué leur stage complémentaire dans le même domaine, gynécologie et soins palliatifs.

Sept internes avaient leur thèse à travailler pendant la durée du SASPAS. Une interne avait également une thèse à diriger. Une interne a effectué sa thèse en lien avec son stage complémentaire, Médecins du monde.

Dix internes ont effectué un seul stage complémentaire, trois en ont eu deux, une en a eu trois et un n'en a pas eu.

Les terrains de stage étaient diversifiés. Trois entretiens à propos de la médecine scolaire, trois sur le planning familial et un sur une gynécologue libérale, un sur un Centre de Dépistage Anonyme et gratuit (CDAG), deux sur des réseaux gériatriques, deux sur des réseaux de soins palliatifs, trois sur des CMP, une sur une EPHAD, un sur Médecins du monde, un sur la PMI, un sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Tous les interrogés souhaitaient faire la médecine générale en ambulatoire sauf une. Elle voulait être réanimatrice, s'était inscrite au DESC d'urgence-réanimation et orienté sa maquette de D.E.S. dans ce sens. Après une mauvaise expérience du niveau 1, elle s'est laissée convaincre de faire un SASPAS en se disant que ça la conforterait dans le choix de ne pas être médecin généraliste.

Ils n'avaient pas une idée précise de leur mode d'exercice. Cinq envisageaient déjà avant le SASPAS une activité mixte. Une interne savait déjà qu'elle voulait être chef de clinique de médecine générale.

	Stage complémentaire	Sexe	Age	Situation personnelle	Faculté	Semestre du SASPAS
1	médecine scolaire	F	28	en couple	7	6e
2	gynécologue libérale	F	28	en couple	6	5e
3	CDAG	H	28	en couple	7	6e
4	réseau gériatrique	F	30	mariée 1 enfant	6	7 <sup>e</sup>
5	médecine scolaire	H	27	célibataire	7	5e
6	planning familial	F	29	célibataire	6	5e
7	planning familial	F	27	célibataire	5	6e
8	réseau soins palliatifs médecine scolaire	F	29	mariée 2 enfants	7	6 <sup>e</sup>
9	CMP	F	28	en couple	7	6e
10	CMP EPHAD	F	28	en couple	7	5e
11	CMP Planning familial ENMR	F	28	en couple	7	5 <sup>e</sup>
12	réseaux soins palliatifs réseau gériatrique	F	28	en couple	13	6e
13	Médecins du monde	F	29	en couple	7	5e
14	PMI	H	28	célibataire	12	7e
15	pas de stage	H	28	fiancé	12	5e

	DESC	DU	Organisation du SASPAS	Durée	Lieu de l'entretien
1	urgences-réanimation	Non	démarché pour généralistes et imposé pour complémentaire	54'	DMG Bichat
2	Non	En post internat médecine du voyage	démarché pour généraliste et imposé pour complémentaire	21'	Domicile
3	non	non	imposé pour les 2	19'	domicile
4	Non	Non	démarché pour les généralistes et proposé pour le complémentaire	43'	chez moi
5	non	non	imposé pour les 2	58'	chez moi
6	Non	en post internat médecine du voyage et médecine tropicale	Démarché	24'	Domicile
7	non	non	démarché	21'	domicile
8	non	en post internat en soins palliatifs	Imposé	35'	Domicile
9	non	Non	imposé	25'	café
10	non	Non	imposé	25'	domicile
11	Non	en post internat gynécologie	Imposé	29'	DMG Bichat
12	Non	Non	maquette choisie par ordre de classement ECN	1h17	au réseau
13	non	pendant internat médecine tropicale et des voyageurs	Imposé	48'	chez moi 3.1.1.1.1.1
14	non	Non	maquette choisie par ordre de classement	28'	Domicile
15	non	non		20'	chez moi

### 3.2 LES MODALITES DU CHOIX DU SASPAS ET DES STAGES COMPLEMENTAIRES AU SEIN DES DIFFERENTES FACULTES

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. C'est eux qui 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. Ce fut le cas pour l'interne que nous avons interrogé.

Au sein du département de médecine générale de Paris VI, il faut également démarcher les maîtres de stages généralistes 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. Certains stages complémentaires sont liés aux MSU généralistes, ce qui a été le cas pour une des internes.

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. Le médecin interrogé lors du premier entretien avait réussi à choisir ses MSU généralistes mais pas son stage complémentaire. Deux autres ont réussi à faire modifier par la suite leur maquette mais sans avoir le choix sur le stage complémentaire changé. 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 1, 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.

### 3.3 FUIR L'HOPITAL POUR DES FUTURS PROFESSIONNELS AMBULATOIRES

#### 3.3.1 Volonté de ne pas effectuer de stage hospitalier

Pour beaucoup d'internes, effectuer un semestre de plus à l'hôpital n'était pas envisageable. (E2, E5, E6, E11, E12)

E11 « *J'avais pas envie de retourner à l'hôpital comme tout le monde* »

#### 3.3.2 Volonté de faire un SASPAS

Ils avaient quasiment tous la volonté de faire un SASPAS. (E4, E6, E11, E12, E15)

E11 « *en fait pour moi la question ne s'est même pas posée. (...) j'avais envie de faire un deuxième stage en ville (...) J'avais envie d'avoir une deuxième expérience en ville* »

Exceptée la première médecin interrogée qui avait commencé le DESC d'urgences réanimation.

E1 « *ils m'ont tous dit tu devrais faire un SASPAS. Tu ne peux pas rester sur cette expérience, il faut que tu fasses un SASPAS. Et moi je trouvais ça absurde ce truc là parce que j'avais vécu un enfer et la médecine générale c'était foutu pour moi, c'était vraiment, je voulais pas faire ça, j'ai testé l'hypothèse, j'ai conclu qu'en effet je ne voulais pas faire ça* »

### 3.3.3 Une formation trop hospitalo-centrée

La plupart des médecins se sont plaints d'une formation trop hospitalière, d'un manque de stage ambulatoire. (E2, E4, E6, E8, E12, E14, E15)

E8 « *l'idée aussi de sortir du modèle hospitalier, parce que notre formation est quand même très accès hôpital (...) on passe sous silence beaucoup de choses, de ce qui se passe en ville malgré la bonne volonté je pense des formateurs en médecine générale, de l'internat de médecine générale (...) On ignore tout ce qui se passe en ville* »

E15 « *les seuls stages qui sont proposés en gynécologie et en pédiatrie sont des stages hospitaliers donc voilà si on a l'occasion de faire des consultations de gynécologie ambulatoire en autonomie, des consultations de pédiatrie en ambulatoire en autonomie, si c'est pendant le SASPAS et bien autant prendre ça quoi. »*

### 3.3.4 Ambulatoire versus hôpital : un emploi du temps plus souple

Les médecins ont fait remarquer que la différence de rythme de travail entre l'hôpital et l'ambulatoire était un des arguments de faire le choix d'un SASPAS. (E2, E8, E9, E10, E12, E13, E15)

E2 « *je voulais avoir du temps (...) avoir un peu plus de souplesse au niveau de l'emploi du temps contrairement à un stage hospitalier »*

E8 « *une autre des motivations clairement c'était que j'avais deux enfants et un stage hospitalier en plus avec des gardes, je n'étais pas motivée pour une reprise après mon deuxième »*

### 3.3.5 L'apport de l'interaction avec des professionnels d'une même structure

Les interactions avec d'autres professionnels de santé ainsi que le travail en équipe ont été mis en avant. (E4, E7, E11, E12, E13, E14)

E11 « *j'ai passé 2-3 matinées avec les kinés donc ça c'était sympa parce que ça permet de rencontrer les équipes, de voir comment les autres bossent (...) de travailler avec des paramédicaux, c'est toujours sympa, ça manque dans le lien entre les médecins et les autres* »

E14 « *On travaille un peu plus en équipe en PMI donc ça c'est assez sympa (...) il y a du dialogue, de la discussion, c'est vraiment... et quand tu bosses avec les bonnes personnes c'est vraiment très agréable (...) on travaille un peu en collaboration.* »

Un médecin a considéré qu'il faudrait travailler avec nos confrères.

E8 « *notre génération si on veut tenir en ville il faut qu'on ait vraiment la sensation de travailler en équipe, même si on est seul dans un cabinet. Et que c'est important bien voilà aussi de connaître ses confrères* »

### 3.3.6 La formation ambulatoire plus appropriée que l'hospitalière ?

La formation ambulatoire leur paraissait plus appropriée que l'hospitalière pour leur pratique de médecin généraliste. (E2, E4, E6)

E2 « *vraiment super c'est que c'est des consult de gynéco ambulatoire de ville et donc qui ressemblait vraiment à 100% à ce que nous on verrait en médecine générale dans nos consultations (...) les stages de gynéco imposés ne sont qu'hospitaliers donc on ne voit pas du tout toujours la même chose donc c'est vrai que de tout façon il aura été beaucoup plus formateur que celui de l'hôpital* »

E4 « *Parce que c'est vrai qu'à l'hôpital on t'apprend les choses qu'on fait à l'hôpital, aux urgences pédiatriques à gérer les urgences, (...) mais t'as pas vraiment les choses de routine et ça me manquait vraiment beaucoup donc je voulais faire ça* »

Un médecin avait à l'idée malgré tout d'avoir une meilleure formation à l'hôpital.

E13 « *Avec la petite idée que t'es toujours mieux formé en prenant cher à l'hôpital qu'en ville avec des horaires plus restreints et en étant plus autonome* »

### 3.3.7 La fréquence plus élevée de situations emblématiques de prévention et gestes techniques par rapport à la médecine générale

Certaines situations plus fréquentes dans des stages complémentaires ambulatoires orientés par rapport au praticien paraissaient apporter une meilleure formation. (E7, E13, E14)

E7 « enfin dans le stage chez le généraliste on voit plein plein de trucs, enfin on voit de tout (...) Mais chacun en tant qu'interne on a des lacunes dans un domaine ou dans un autre et le fait de faire ça à côté je pense que justement ça nous permet de combler (...) ça peut que être un plus justement pour renforcer les connaissances de base »

E13 « c'est l'occasion de voir plein d'autres pratiques et en plus un petit plus axé à chaque fois plus pédiatrie, plus gynéco, je pense que c'est là où on apprend le plus en fait (...) J'imagine que le planning familial bon ben après en gynéco on est super rodé. En PMI, vaccinations, prise en charge, développement de l'enfant tout, je pense que c'est hyper formateur. Plus que chez le praticien »

E14 « pour la pédiatrie c'est vachement bien parce que aux urgences on voit le versant pathologique, en PMI on voit le versant préventif. Et c'est vraiment, tout ce qu'on fait on peut le faire en cabinet. (...) on est vachement bien formé à des choses qu'on voit pas ailleurs, y compris en cabinet de médecine générale alors que c'est des choses qu'on pourrait faire. »

### 3.3.8 Accéder aux différentes structures de soins ambulatoires

Certains internes avaient effectué leur stage de niveau 1 en médecine générale libérale ou salarié, dans des structures allant du médecin seul au pluri professionnel et souhaitaient par ce second stage ambulatoire accéder à d'autres structures. (E2, E12)

E2 « tout le monde parlait des centres de santé, donc ça me tentait bien de voir »

Certains internes savaient déjà au moment de choisir le SASPAS qu'ils pourraient accéder à des stages complémentaires ambulatoires et c'était un des critères de choix. (E9, E10, E11, E14)

E9 « je voulais faire des stages autres que cabinet, plutôt en PMI, gynéco, planning (...) Parce que à la base j'ai vraiment pris pour le stage, enfin entre autres, enfin à 80% je l'ai pris pour le stage complémentaire »

Certains internes ont fait des stages complémentaires sans vraiment savoir que cela faisait parti des maquettes de SASPAS. (E1, E12)

E1 « j'avais identifié qu'on était obligé d'avoir un stage complémentaire et du coup en fait j'avais très peu de représentations, c'est à dire que je crois que je m'imaginai qu'il y avait

*que la PMI et le planning (...) Quand j'ai vu que j'allais en médecine scolaire, je savais même pas que c'était un terrain de stage complémentaire »*

### 3.4 COMPLETER LES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE PAR LES STAGES COMPLEMENTAIRES

#### 3.4.1 Approfondir les connaissances pour une mise en confiance dans la pratique

Le ressenti positif était unanime pour ceux qui avaient effectué des stages de gynécologie. Ils avaient besoin de compléter leur formation. (E2, E6, E7, E11)

*E6 « de pouvoir faire de la gynéco parce que je trouvais que c'était quelque chose qui me manquait dans ma pratique. (...) Je pense que quand on est une femme jeune on va forcément avoir de la gynéco (...) je savais vraiment que sur le papier et que c'est vraiment différent quand tu le prescris. Sur...être plus à l'aise dans la consultation »*

Le stage en CDAG pour la prévention et la prise en charge des patients des patients atteints d'IST.

*E3 « je le mets en œuvre dans mon exercice quotidien sans aller forcément chercher à soigner des MST ... maintenant je sais complètement le prendre en charge alors qu'avant je pense que j'aurais été un peu paumé»*

La médecine scolaire et la PMI apportaient dans la pratique auprès des enfants. (E5, E8, E14)

*E8 « je pense que ça a eu un apport sur ma pratique auprès des enfants (...) Savoir quels sont les petits tests qu'on peut avoir à faire pour dépister un peu les enfants. (...) d'être plus à l'aise pour justement pour aborder un enfant, un adolescent surtout...c'est pas inné »*

Le CMP permettait de mieux appréhender les patients ayant un suivi psychiatrique. (E9, E10, E11)

*E9 « point positif quand même du coup j'ai pu voir des patients en consultation, j'ai vu des patients qui on évolué au fil des 6 mois (...) c'était assez intéressant, parce qu'elle*

*m'expliquait les signes (...) Je pense que peut être ça m'a déstressé de voir un patient décompenser»*

Le réseau gériatrique permettait d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. (E4, E12)

*E12 « tout ce qui est APA machin parce que c'est ça en fait. (...) on a pas forcément eu de cours quoi. (...) Malgré tout ce qu'on apprend ben les trucs comme ça, l'APA, les SSIAD, oui on en a entendu parler mais concrètement comment ça se met en place (...) Les tutelles, les mises sous protection. Et puis moi je connais pas tout ça »*

Le réseau de soins palliatifs apportait une meilleure gestion des antalgiques. (E8, E12)

*E8 « être plus à l'aise sur la manipulation des médicaments anti douleurs (...) on se familiarise, on s'habitue et voilà on devient à l'aise avec les pratiques de prescriptions »*

Certains ont déploré un manque d'approfondissement. (E10, E11)

*E10 « Et on rentrait pas autant dans l'aspect psy que j'aurais aimé même si l'aspect psy ne m'intéresse pas fondamentalement, mais au moins là où j'aurais pu décortiquer les pathologies, les termes psychiatriques plus que sur la qualité de vie même si c'est sûr que c'est important. Mais j'aurais aimé plus creuser dans le psychiatrique. »*

Pour le médecin n'ayant pas effectué de stage complémentaire, il sentait que c'était un manque pour sa pratique.

*E15 « Parce que maintenant par exemple je fais des remplacements, je fais pas de gynéco parce que j'ai l'impression, enfin je me suis pas assez formé, j'ai pas assez d'expérience là dedans et je peux pas le faire. Donc oui je pense que ça aurait pu être pas mal de faire, de s'entraîner à la gynécologie et à la pédiatrie avec plus d'autonomie »*

Une médecin a reconnu ne pas utiliser dans sa pratique les compétences qu'elle aurait acquises en médecine scolaire.

*E1 « Donc en théorie oui, j'arrive à mieux comprendre le parcours de soins mais transposé en milieu scolaire. En pratique ça fait 9 mois que je suis au centre de santé, il n'y a pas une seule fois je crois où j'ai utilisé les compétences que j'aurais acquises en médecine scolaire... »*

### 3.4.2 Connaître la place du médecin généraliste au sein des « soins ambulatoires »

Les médecins se rendaient compte du besoin d'autres structures ambulatoires pour leur pratique, de la nécessité de coordination des soins pour leur patient. (E1, E4, E7, E8, E10, E12, E13)

E8 (réseaux de soins palliatifs) *« C'est quand même des prises en charge...très chronophage. (...) Je pense qu'il y a des médecins généralistes plus anciens qui sont assez enfermés justement dans cette sensation d'être seuls au monde et que nous, notre génération, si on veut tenir en ville il faut qu'on ait vraiment la sensation de travailler en équipe, même si on est seul dans un cabinet (...) qu'il existe vraiment des personnes qui sont là pour accompagner, voilà, qui sont là pour étayer la prise en charge des généralistes parce qu'on peut pas tout faire. (...) ) Savoir l'étendue des compétences des autres professionnels ça peut permettre de dire bon si on a des limites sur certains trucs c'est bon, ils seront bien pris en charge si je les envoie par là »*

### 3.4.3 Perfectionner la relation avec les patients

La mise en contact avec des populations particulières a permis à certains médecins de perfectionner la relation qu'ils peuvent avoir avec les patients. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E10, E11, E12, E15)

E2 *« je pense aussi que ça sera un gros plus pour la relation médecin patient parce que ça va permettre aux femmes aussi d'être plus en confiance (...) se dire que ton médecin gé connaît tous tes problèmes, y compris les problèmes gynécos, c'est une force dans la relation et qu'on pourra utiliser. »*

E3 *« Les capacités de communiquer avec les patients sur ça puisque quand tu vas au CDAG tu annonces tes risques donc tu parles de sexualité mais sans aucune difficulté parce que tu es là pour ça et du coup le médecin apprend à parler de ça et au cabinet du coup tu as plus de facilité »*

E10 (CMP) *« Maintenant je sais comment c'est, donc je peux les rassurer, leur expliquer tout le fonctionnement, toute l'importance que ça peut avoir dans le suivi »*

Certains ont comparé la prise en charge différente des patients entre le médecin solaire et le médecin généraliste. (E1, E5)

E1 « *C'était plus en fait un travail de coordination qu'autre chose. Nous en tant que médecin individuel on avait aucune relation particulière avec les gens (...) on était utilisé comme ça pour dépister une situation complexe (...) et puis après mettre les gens en lien entre eux. Mais aucune relation thérapeutique avec les gens (...) je crois que c'est pas un métier où on peut avoir une relation intime avec les gens. Il y a trop de monde à voir (...) Ce que je considère un peu différent de la médecine générale où on screene pas les gens pour extraire ce qui va pas et pour se focaliser là dessus. On reçoit tout ce que nous disent les gens et on se centre sur eux... et il y a une relation thérapeutique qui se crée »*

Un interne a souligné l'importance pour lui des groupes Balint et d'échanges de pratiques.

E15 « *j'adore aussi c'est les groupes Balint où on parle de la relation avec le patient, bon c'est un peu de la psychothérapie de groupe (...) je trouvais ça assez génial (...) »*

#### 3.4.4 Approfondir ou apprendre la coordination des soins ambulatoires

La plupart des médecins ont souligné l'importance d'apprendre à connaître les différents réseaux de soins, la coordination en médecine ambulatoire. (E1, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15)

E4 « *ça m'a appris une connaissance sur un truc qu'on apprend nul part, le réseau de gériatrie et puis les réseaux de soins qui sont vraiment comme des pôles de santé en développement avec l'ARS (...) Mais j'ai déjà eu besoin d'appeler des réseaux de diabète ou de soins palliatifs pour des patients et voilà, sans ce stage, je pense que j'aurais une moins bonne connaissance parce que, parce qu'on voit toujours ça d'un peu loin et tant qu'on n'a pas vraiment compris ce qu'ils faisaient et comment ils fonctionnaient c'est dur d'y faire appel. »*

E8 « *connaître les acteurs qui peuvent être des supports pour la prise en charge de ces patients là en ville. (...) De savoir comment ça fonctionne, de connaître le fonctionnement des acteurs, je pense que ça améliore la prise en charge du patient par le médecin généraliste. »*

E13 « *je pense qu'un généraliste ne travaille pas de la même façon en sachant comment le réseau fonctionne autour que en sachant pas. On adresse moins les gens si besoin à tel tel*

*tel endroit si on connaît pas le fonctionnement (...) Enfin il y a plein de réseau qu'on gagnerait à connaître. »*

### 3.4.5 Acquérir de l'autonomie pour mieux aborder la profession de remplaçant

Pour certains, le stage de niveau 1 avait été insuffisant ou fait dans de mauvaises conditions. Ils souhaitent par le SASPAS compléter leur formation. (E1, E2, E6)

E6 « *Après je trouvais que 6 mois le niveau 1 c'était pas suffisant Surtout que moi il y avait un maitre de stage avec qui ça c'était pas bien passé »*

Les internes avaient tous, sauf une, la volonté de faire de la médecine générale en ambulatoire après leur internat. La formation en ambulatoire leur paraissait plus adaptée à leur activité future. Un seul stage en ambulatoire semblait insuffisant dans leur cursus. (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14)

E9 « *Prendre confiance en moi (...) acquérir de l'autonomie. »*

E14 « *ça me semblait évident pour faire de la médecine générale, faut apprendre déjà. Un stage en SP1, tout le monde le dit, ça va paraître une évidence mais c'est pas assez. (...) Tous les autres internes, tous les autres DES ce serait pas concevable de faire un seul semestre obligatoire dans sa spécialité »*

Le SASPAS leur permettait également pour certains de mieux aborder les remplacements. Les internes étaient tous en dernière année d'internat. La plupart allaient commencer leur post internat par des remplacements et ne l'envisageait pas sans acquérir plus d'autonomie par le SASPAS. (E4, E7, E13)

E7 « *Sauf qu'à la fin du niveau 1 je me sentais pas assez autonome, pas assez prête et je me voyais pas débiter les remplacements sans faire un stage SASPAS (...) j'avais besoin de vraiment faire un SASPAS pour me remettre dans les conditions, acquérir de l'autonomie etc pour que ben après l'enchaînement avec les remplacements se passe mieux. »*

### 3.4.6 Des stages complémentaires plus formateurs que d'autres ?

Plusieurs internes n'ayant pas fait de stages complémentaires en PMI et planning estimaient que ces stages auraient été plus formateurs que ceux qu'ils avaient effectué. (E4, E5, E9, E13)

E4 « *je pense que pour la pratique quotidienne c'est plus utile d'avoir fait du planning ou de la PMI* »

### 3.4.7 Percevoir une absence d'utilisation des connaissances de la médecine générale

En réseau gériatrique, EPHAD et CMP, les médecins ont déploré un manque de clinique. (E4, E10, E12)

E10 « *j'ai eu l'impression d'être assez loin de la médecine classique que j'apprécie, où on examine le patient et on parle avec eux. (...) C'était assez peu clinique donc ça c'est un peu dommage* »

En soins palliatifs et chez Médecins du monde, les pratiques sont plus éloignées de celles d'un médecin généraliste. (E12, E13)

E12 « *Tu sais les recos tu les oublies vite. Ici t'en as pas besoin (...) il faut absolument que je me maintienne dans la mouvance de ce qui se passe parce que sinon je vais être... Je pense pas faire ça toute ma vie. Je vais être larguée tu vois* »

E13 « *Après c'est vrai que pour un interne qui faisait que ça il finirait peut être par oublier les recommandations de médecine (...) je pense qu'aussi au bout d'un moment en faisant que ça on perd question pratique médicale, technique parce que le raisonnement il est inversé en fait là bas. (...) c'est frustrant de, enfin voilà ça veut dire que t'as plus aucun résultat IRM, de bio détaillée, t'as plus aucun avis spécialiste, t'as plus...c'est quand même restreint. Les patients de médecins du monde, dès que ça part trop compliqué, on les adresse à la PASS et donc après on a pas l'accès dessus. Donc les connaissances médicales peuvent régresser* »

### 3.4.8 Place du stage complémentaire dans la formation : diminution du temps de formation ?

Un médecin, qui avait pourtant démarché pour un stage complémentaire et apprécié son stage en planning familial, estimait qu'il lui avait diminué son temps de formation en médecine générale.

E6 « *Enfin et que ça diminue un peu le jour de SASPAS. On fait déjà pas beaucoup d'ambulatoire (...) j'aimerais bien qu'il y ait plus de ville et donc quelque part en faisant ça ça diminue un peu le temps de consultation qu'on a sur la semaine (...) Bon c'est pas mal mais en fait ce qui me dérange un peu dans... là dedans c'est que...ce stage complémentaire c'est top mais ça m'énerve un peu que ce soit pris sur le temps du SASPAS. J'aurais envie d'être plus dans les cabinets de médecine générale. Je préférerais que ce soit pris sur mon temps d'hôpital »*

Pour d'autres, le stage complémentaire avait une place importante dans le SASPAS. (E3, E4, E8, E10, E11, E14)

E4 « *Enfin je trouve que pour la formation des internes, le but c'est de voir en 3 ans le plus de choses possibles avant d'entrer dans la routine du remplacement et de l'installation et de la pratique en libéral donc non, je pense que ce serait vraiment dommage de le supprimer. (...) Je pense que c'est très formateur au fond. Mais quelque soit le lieu de stage finalement. C'est toujours formateur de voir ce que l'on peut faire ailleurs et autrement. »*

E11 « *Moi j'ai pas du tout l'impression qu'on m'a retiré du temps de formation parce que j'avais quand même deux journées en cabinet (...) tu peux remplacer pendant X années donc tu vas te former aussi (...) La médecine générale tu vas en faire toute ta vie »*

Un médecin a même regretté de ne pas avoir plus de stages complémentaires.

E13 « *j'étais déçue de perdre entre guillemets deux journées par semaine chez le généraliste alors que j'aurais pu voir plein de choses quoi. »*

Le médecin qui n'avait pas réalisé de stage complémentaire estimait que le stage chez les praticiens devait bien rester la priorité par rapport aux stages complémentaires.

E15 « *l'intérêt du SASPAS c'est pas forcément d'apprendre à connaître les réseaux, c'est pas forcément de faire des exercices qui sont plus spécialisés dans certains endroits, c'est à*

*la base aussi d'apprendre le soin primaire ambulatoire et donc la consultation de médecine générale (...) je pense que la priorité ça doit quand même être la consultation de médecine générale et puis après effectivement si on a l'occasion de faire autre chose ça peut être intéressant (...) je pense qu'il faut conserver aussi le stage centré sur la médecine générale. »*

#### 3.4.9 Compléter sa formation en ambulatoire en post internat dans des situations spécifiques

Certains avaient la volonté de démarcher les structures ambulatoires afin de compléter leur formation en post internat. Ils avaient conscience que ces structures seraient moins facilement accessibles hors stage d'interne. (E4, E10, E11, E13, E15)

E4 « *Mais j'y pense encore, je me dis qu'il faudrait que j'aille démarcher si j'ai du temps leur demander si je pourrais venir une journée de temps en temps juste pour voir comment c'est de la pédiatrie de l'enfant pas très malade »*

E11 « *c'est quand même vachement plus compliqué d'aller voir comment ça fonctionne dans un CMP une fois que t'es plus interne. Comment ça fonctionne dans les différents trucs. Donc moi je pense que plus on va faire de l'expérience, meilleur c'est (...) c'est bien de voir le plus de choses possibles avant de finir l'internat »*

### 3.5 AVOIR UNE PRATIQUE DIVERSIFIEE PENDANT SA FORMATION ET SA VIE PROFESSIONNELLE : UN MOYEN D'EVITER LE BURN OUT ?

#### 3.5.1 Volonté confirmée d'être médecin généraliste

Les stages chez les généralistes et en stage complémentaire ont permis aux médecins de confirmer leur volonté d'être généraliste. (E2, E6, E8, E10, E11, E14)

E6 « *Et que j'avais vraiment eu envie de faire...ça m'avait conforté dans mon choix et j'avais envie de continuer à exercer la médecine générale »*

E14 « *je suis orienté médecine de la femme et de l'enfant (...) mais je voudrais le pratiquer en faisant de la médecine générale pas en faisant, pas en faisant...pas de la PMI par*

*exemple (...). Et en parallèle je suis en médecine générale et je vois tous les trucs qu'on fait donc je sais que c'est ça que je veux faire.»*

### 3.5.2 Orienter sa pratique et sa patientèle tout en restant médecin généraliste : le champ large de la médecine générale

Pour beaucoup, les stages complémentaires apportaient des connaissances plus spécifiques dans certains domaines sans les considérer comme faisant parties du champ de spécialistes. Pour certains, c'était un moyen d'approfondissement dans l'optique d'orienter un peu leur patientèle dans le cadre de la médecine générale. (E2, E5, E6, E7, E8, E12, E13, E14)

E2 « *le stage complémentaire dans ton internat n'est que bonus pour te former de manière beaucoup plus subtile sur un des nombreux territoires et domaines de la médecine générale. (...) Moi je pense que vraiment ce qu'il faut faire plus de stage en ambulatoire pour nous (...) d'autres spécificités d'exercice mais qui se raccordent quand même à la médecine générale.»*

E7 « *moi je considère que ça reste de la médecine générale parce que pour moi faire de la gynéco en médecine générale je m'arrête à un niveau (...) Parce qu'on en fait quand même de plus en plus en tant que médecin gé. »*

E8 « *de bien connaître aussi tout ce qui se passe en fin de vie et toute la prise en charge concrète de ces patients là, ça relève pas exclusivement du soin palliatif »*

E14 (PMI) « *Tous les généralistes ne font pas de gynéco ou le suivi de l'enfant donc c'est vraiment, c'est, moi je dis c'est indispensable si on veut s'orienter vers cette activité là (...) quand je vois des gamins en cabinet, je fais exactement la même chose »*

### 3.5.3 Découvrir les structures ambulatoires pour une éventuelle activité mixte ?

Pour certains, le stage complémentaire était une opportunité de découvrir une structure dans laquelle ils pourraient éventuellement travailler, conjointement à la médecine générale. (E4, E6, E7, E8, E13)

E4 « *mon tuteur à la fac m'a dit dès le premier jour de mon premier jour d'internat, il faut faire plein de choses et il faut surtout pas faire toujours la même chose. Il faut varier les*

*activités parce que sinon vous allez être en burn out et que on ne peut pas consulter 5 jours ½ par semaine au même endroit parce que c'est complètement inintéressant (...) je me suis toujours dit que quand je serai installée, il faudrait que je fasse une part de libéral et puis que je me trouve une activité alors qui soit médicale ou pas médicale mais un jour par semaine où je fais autre chose que mon cabinet. Donc soit un truc à côté PMI, planning familial, soit complètement autre chose. Ou de l'enseignement un truc dans le genre »*

*E6 « je crois que je me suis vraiment dit que j'avais envie d'avoir une pratique mixte, peut être pas forcément dans un planning mais d'avoir une activité autre que du libéral donc soit planning, PMI, soit médecins du monde, ce genre de chose, soit des consultations des voyages. (...) ce que je trouve vraiment bien c'est que ça donne un ouverture de la médecine générale à une pratique qui est mixte, en se disant que ben on peut aussi travailler une journée dans une PMI ou en planning, alors que ben naturellement on va pas y penser. »*

*E8 « Et j'avais dans l'idée quand même de faire de la médecine générale et à un moment ou un autre de faire du soin palliatif »*

Une médecin s'est vu proposer un poste à mi temps au sein du réseau de soins palliatifs dans lequel elle a effectué son stage complémentaire. Elle effectuait parallèlement des remplacements en cabinet de médecine générale.

*E12 « c'est elle qui m'a proposé le poste (...) Et puis, moi je me vois pas en faire pendant 20 ans (...) je pense que j'y resterai un jour ou un jour ½ si tu veux. Même en étant en libéral, parce que ça m'intéresse et je trouve que c'est intéressant, ça t'apprend quand même plein de choses mais je pense pas que j'en viendrai à faire du plein temps »*

Un d'eux a changé d'avis après son stage en PMI. Il souhait orienter sa patientèle vers la médecine de la femme et de l'enfant mais dans une activité uniquement de médecin généraliste.

*E14 « Moi j'y étais allé en me disant ça se trouve, j'étais déjà porté sur la médecine de la femme et de l'enfant, ça se trouve j'aurais envie de faire de la PMI. Et en fait assez vite je me suis rendu compte que non parce que c'est vraiment tout le temps la même chose (...) moi ça me suffirait pas dans ma pratique. Et en parallèle je suis en médecine générale et je vois tous les trucs qu'on fait donc je sais que c'est ça que je veux faire. »*

### 3.5.4 Avoir du temps pour des activités annexes lors du SASPAS

Plusieurs internes avaient déjà leur thèse en cours lors de leur SASPAS et savaient qu'ils auraient plus de temps pour s'y consacrer qu'en étant en stage hospitalier. (E1, E2, E8, E12, E13)

*E8 « on a un jour dédié à la thèse donc c'était important »*

Le temps également pour participer à des congrès était un autre argument.

*E2 « en fait le semestre d'hiver c'est là où t'as tous les congrès, donc je voulais avoir du temps pour pouvoir y aller, pour pouvoir présenter ma thèse et ça a été le cas. »*

### 3.5.5 Opportunité de découvrir d'autres pratiques

Les médecins ont vu dans les stages complémentaires l'occasion de découvrir d'autres pratiques médicales. (E2, E8, E9, E10, E11)

*E2 « c'est justement aussi l'occasion de ces stages durant notre formation d'interne de découvrir vraiment d'autres pratiques qui t'orienteraient ou pas vers des pratiques futures ou juste donner une connaissance générale médicale. »*

*E9 « Je trouve ça sympa de faire ça à côté, de voir d'autres choses, enfin justement de pouvoir accéder à des terrains de stage, des réseaux, des structures auxquels on accède pas du tout sinon. C'est une super chance de pouvoir faire ça. »*

### 3.5.6 Diversifier les stages complémentaires et adapter leur durée pour élargir la formation

Pour beaucoup les stages complémentaires devaient être adaptés. Ils souhaitaient réduire les durées de stages pour accéder à plus. (E2, E4, E5, E6, E8, E10)

*E10 (CMP et EPHAD) « Maintenant je trouvais que ça faisait un peu long six mois. J'aurais préféré que ce soit plus court. Je pense que 3 mois ça aurait été suffisant Peut être faire autre chose. Plus de stages complémentaires si c'était possible de tourner avec d'autres internes. »*

### 3.5.7 Intérêt de varier les activités au sein du SASPAS

Certains médecins ont apprécié de pouvoir changer d'activités au cours du SASPAS. (E4, E6)

E4 « *c'était que 1 jour ½ par semaine je faisais complètement autre chose. Ca me changeait les idées. J'étais pas à faire de la consultation, 20 min par patient, tac tac tac enfin etc. Donc c'était vraiment un autre euh....une sorte d'aération. Je sais pas si on peut dire ça. Enfin bref, je me changeais les idées, je faisais autre chose. »*

Et d'autres ont regretté le caractère trop routinier de certains stages. (E2, E4)

E2 « *Mais voilà au bout d'un moment j'en avais marre que ce soit répétitif. Et c'est l'inconvénient de son avantage, ça veut dire de voir plein de trucs et d'être hyper calée du coup sur le domaine et d'apprendre bien mais je préfèrerai pas faire ça. »*

## 3.6 ETUDIANT ET MEDECIN, TROUVER SA PLACE DE PROFESSIONNEL

### 3.6.1 Le SASPAS, un remplacement déguisé ?

Une médecin avait l'impression que le SASPAS était un remplacement déguisé puis a changé d'avis.

E8 « *Alors à la base j'étais assez anti SASPAS parce que je trouvais que ça faisait remplacement déguisé. Donc au début je voulais pas en faire (...) je suis un peu revenue sur ça parce que en fait un stage de ville c'est pas suffisant pour vraiment être à l'aise dans l'exercice. (...) Le SASPAS est un très bon tremplin je trouve pour aller faire des remplacements après, limite je trouve qu'il est indispensable en fait. »*

Une autre médecin n'a pas vu de vraie différence entre ses stages de SASPAS et les remplacements.

E13 « *Je crois que c'était pas le pire mais pour moi entre ça et un remplacement c'est vraiment pas, la frontière elle est pas évidente du tout. Et avec un sentiment, bon moi c'est mon avis mais très désagréable de plus ou moins se faire exploiter (... ) Enfin je pense autant faire des remplacements directement. Ou alors refaire un niveau 1. (...) je sais que c'est pas la place du SASPAS mais je pense que c'est intéressant pour nous et*

que si on a pas de contact proche avec les généralistes qu'on a en SASPAS c'est un peu stérile quoi. C'est comme un remplacement.»

### 3.6.2 Ambiguïté sur l'envie de responsabilités

Les médecins avaient plus ou moins envie d'être en autonomie. (E2, E3, E4, E5, E9, E12)

E2 *« j'ai fait 6 mois à coté donc de temps en temps je prenais un peu les manettes et je faisais la consult avec la gynéco à coté mais non je l'avais pas fait mais j'aurais pu le faire. Celui là c'était un peu particulier, c'était plus laissé à ta convenance personnelle et comment tu te sentais (...) moi je me suis pas sentie donc j'ai pas voulu me lancer. Je trouvais ça super intéressant d'être assise et d'apprendre, d'écouter et de faire les gestes, parce qu'elle me laissait faire tous les gestes techniques toute seule en étant à coté. »*

E4 *« Le médecin avec qui j'étais, était un peu paternaliste (...) je manquais vraiment d'autonomie sauf à la fin où il a compris. (...) ça m'a manqué les responsabilités. Ca m'a manqué et puis d'un autre côté ça m'a détendue (...) au début j'étais complètement épuisée par la concentration qu'il me fallait pour dire voilà, et donc là ça me reposait d'une certaine façon de pas avoir à prendre de décision mais ça me manquait aussi enfin puisque je pense que faire de la médecine c'est apprendre à décider et là on m'apprenait pas à décider »*

Pour certains, la volonté d'autonomie était limitée par la place de l'interne. (E4, E8)

E4 *« Et j'ai eu l'impression comme la plupart des autres internes en SASPAS, que ce soit en PMI ou ailleurs, ils avaient le même problème. Enfin le même problème, voilà on les attendaient pas pour travailler »*

E8 *« c'est plus compliqué quand on est là qu'un jour par semaine de refaire un lien, d'organiser des choses, de faire du travail de coordination (...) le fait d'être présent un jour par semaine c'était compliqué pour rentrer dans cette démarche de coordination et donc d'être pleinement autonome »*

Avec parfois l'impression de retourner au statut d'étudiant observateur du début des études de médecine. (E4, E8, E9, E11)

E8 *« questions d'organisation mais on garde un peu le statut interne débutant et ça bon en fin d'internat c'est parfois un peu pénible »*

E11 « *j'assistais à ses consultations comme un externe. (...) enfin en 5<sup>e</sup> semestre être assis sur une chaise à écouter au bout d'un moment ça va quoi.* »

### 3.6.3 Choix des stages, le faire ou laisser faire ?

Les avis sont partagés sur le fait de démarcher ou de voir assigner une maquette de SASPAS. (E3, E4, E5, E7, E10, E13, E14)

E3 « *Après ce que je trouve dommage c'est qu'on ait pas pu la choisir. Bon en même temps si j'avais pu la choisir je sais pas si j'aurais choisi ça donc...* »

E7 « *le fait qu'il y ait des stages complémentaires libres je trouve ça super important, enfin comme dans mon cas c'est à dire pas des stages imposés mais que l'interne soit justement libre de choisir parce qu'on a pas tous les mêmes besoins* »

E10 « *je pense que c'est quand même plus facile de nous avoir imposé (...) je sais pas si j'aurais eu le courage de démarcher.* »

E13 « *je trouve que dans toutes les études de médecine on nous demande jamais d'avoir à trouver un endroit et de démarcher en étant vraiment motivé. (...) Je pense que le mieux ce serait qu'on démarche et que la fac nous offre la possibilité d'avoir une liste de contact, avec qui il y a déjà eu des stages.* »

E14 « *je suis un peu fainéant donc le fait que ce soit imposé et que ce soit déjà fait ça me convient bien* »

### 3.6.4 Accéder à des stages en fonction de l'orientation de sa pratique

Les stages devraient être orientés en fonction de l'orientation de la pratique que l'on veut avoir. (E1, E3, E4, E5, E8, E14)

E4 « *je le recommanderai à quelqu'un que la gériatrie intéresse, qui a des bonnes notions en gériatrie et qui a envie de voir ça. Mais pas à tout le monde.* »

E8 « *je pense que c'est important d'adapter aux souhaits d'exercice* »

E14 « *Tous les généralistes ne font pas de gynéco ou le suivi de l'enfant donc c'est vraiment, c'est, moi je dis c'est indispensable si on veut s'orienter vers cette activité là.* »

### 3.6.5 Accéder à des stages en fonction de ses lacunes dans la formation

Les médecins font le choix de certains stages complémentaires pour combler leurs lacunes. (E6, E7)

*E7 dans mon projet de je dois faire le SASPAS je voulais absolument avoir un truc orienté gynéco parce que pour moi j'avais des lacunes dans ce domaine là (...) Mais chacun en tant qu'interne on a des lacunes dans un domaine ou dans un autre et le fait de faire ça à côté je pense que justement ça nous permet de combler les...celui qui a pas fait de gériatrie, il travaille avec un réseau de gériatrie, celui qui a pas fait de péd comme j'ai dit il fait un peu de consultations PMI ça peu que être un plus justement pour renforcer les connaissances de base »*

### 3.6.6 Accéder à d'autres stages complémentaires au cours du DES

Certains ont fait des démarches pour accéder à des stages d'observation. (E11, E14)

*E11 « j'ai passé une journée en PMI parce que j'avais envie de voir. J'avais demandé. Et j'ai passé une journée avec un médecin du sport. »*

D'autres ont eu accès à des stages complémentaires dès leur niveau 1. (E9, E15)

*E9 « j'avais déjà fait de la médecine scolaire avec le niveau 1 (...) en niveau 1 on va que chez le prat et il se trouve que moi il faisait ça. C'était un petit plus. C'était agréable de voir, de découvrir »*

*E15 « En fait nous la PMI on fait sept vacations en PMI gynéco et en PMI avec un pédiatre en niveau 1 »*

A la faculté de Créteil, il n'y a pas de stage complémentaire dans les maquettes, mais les étudiants peuvent monter un projet pour en réaliser un.

*E15 « Il y a une option si on s'y prend à l'avance donc c'est un peu plus de six mois, presque un an à l'avance qu'il faut s'y prendre. On peut, ils sont ouverts au fait qu'on puisse faire des SASPAS organisés notamment en PMI ou en choses comme ça »*

## 3.7 OUVERTURE D'ESPRIT

### 3.7.1 La volonté d'être médecin généraliste

La plupart des médecins savaient qu'ils voulaient être généraliste au moment de choisir le SASPAS. Ils ne savaient pas forcément le type d'exercice qu'ils souhaitaient. (E3, E4, E5, E6, E8, E10, E12, E15)

E4 *« J'ai jamais voulu travailler à l'hôpital parce que j'ai jamais trop aimé ça (...) mon projet c'était soit être médecin salarié et faire équivalent du libéral soit être libéral pur, avoir mon cabinet de médecine générale »*

Une médecin avait la volonté d'avoir un activité universitaire.

E11 *« j'avais envie d'être chef de clinique à la fac donc j'étais déjà allée à des réunions. Mais sinon ben voilà d'être médecin généraliste »*

Une médecin était impliqué au niveau syndical.

E2 *« je m'étais embarquée dans le syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale »*

### 3.7.2 Dépasser les a priori

Certains ont utilisé l'expérience du stage pour se faire un avis au delà des a priori. (E1, E5, E10, E11, E12)

E5 *« on l'a tous l'a priori de la médecine scolaire étant donné qu'on a tous été étudiant, qu'on sait tous quand on veut voir le médecin scolaire il est pas là (...) Donc j'attendais de voir si j'allais être conforté dans mes a priori, de voir, en même temps j'étais disposé à pas du tout l'être et puis de voir si je pouvais en tirer après une, voilà, une connaissance plus en terme de réseau, en terme de communication. (...) finalement ça a conforté un peu, ça a pas détruit l'image que j'en avais et du coup c'est un regard un peu gris, c'est pas noir »*

E10 *« je me suis dit bon ça t'intéresse pas forcément mais tu vas découvrir. Et si ça se trouve ça te plaira »*

E12 « *J'ai pas choisi le réseau de soins palliatifs volontairement. Ça m'a pas déplu. Ça me posait pas de souci (...). J'avais pas de mauvais a priori. J'avais pas d'a priori du tout.* »

Parfois les a priori venaient des départements de médecine générale.

E12 « *ma maquette n'a pas été reprise et donc quand j'en ai parlé à mon maitre de stage qui travaille à la fac, du CMS. Oui mais ça c'est parce que c'est couplé aux soins palliatifs. (...) Je pense que la présentation du contenu du stage et de... je pense qu'elle n'est pas bien fait et qu'elle n'est pas relayé par les dirigeants de la fac on va dire. Ceux qui sont en mesure de présenter les choses on va dire et d'inciter les internes (...) Mais je pense même que ceux qui n'incitent pas ont une mauvaise représentation. Pour eux c'est pas essentiel. C'est à dire on voit autre chose avant de voir ça. Alors que ça peut s'imbriquer. (...) Il faudrait davantage inciter. Et puis c'est des généralistes qui travaillent, c'est pas des spécialistes* »

Pour une médecin, le SASPAS devait être l'occasion d'avoir une meilleure idée de la médecine générale après une mauvaise expérience en niveau 1.

E1 « *Donc je le faisais pour avoir une idée, pour que ma formation de médecine générale soit complète et de bonne qualité en me disant que au moins j'ai eu une idée de ce qu'est la bonne médecine générale mais c'est pas pour autant que je veux en faire. (...) Tu peux pas rester sur cette expérience, il faut que tu fasses un SASPAS. Et moi je trouvais ça absurde ce truc là parce que j'avais vécu un enfer et la médecine générale, c'était foutu pour moi, c'était vraiment je voulais pas faire ça, j'ai testé l'hypothèse, j'ai conclu que en effet je voulais pas faire ça* »

### 3.7.3 Développer sa culture médicale

Pour certains médecins, le stage complémentaire était l'occasion de développer leur culture médicale. (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12, E13 )

E2 « *donner une connaissance générale médicale. (...) je pense qu'à chaque fois qu'on va sur un terrain qu'on connaît pas, c'est l'intérêt des stages qu'on fait dans notre internat d'élargir un peu plus notre culture* »

E5 « *le stage complémentaire, je le prends comme une culture générale qu'il faut, enfin qui est utile, en plus pour l'exercice futur. De parfaire une sorte de j'appelle ça une culture*

*générale, un peu extra médicale du médecin généraliste (...) T'es un bon médecin généraliste quand tu as une bonne culture générale. Voilà, quand tu connais un peu ta société (...) le stage complémentaire ça permet d'étendre un peu plus son champ de connaissances empiriques, de connaissances expérimentales, ça c'est toujours bien »*

#### 3.7.4 Changement de la vision de la médecine

Le stage complémentaire a permis à certains de faire évoluer leur vision et leurs réflexions sur la médecine. (E1, E2, E4, E5, E13)

E1 « *Je crois que ça m'a fait reculer en fait de focus et cette capacité à reculer elle m'a contaminée dans mes autres stages, c'est à dire que ça m'a fait envisager la médecine d'une façon différente aussi parce que la médecine c'est pas juste ce que j'avais vu à l'hôpital. (...) j'aurais l'impression quand même que ce troisième stage complémentaire, il est important dans le sens où il montre la médecine sous une autre dimension et je crois que c'est important qu'on prenne conscience que on va devenir un professionnel de médecine générale et que il y a pas que la consultation qui se joue. (...) L'acquisition du professionnalisme on a besoin de comprendre la coordination, le parcours de soins, le système de soins français, le système de soins à l'étranger. Qu'elle est l'histoire politique en quelque sorte »*

E2 « *ça m'a ouvert un autre horizon professionnel et te dire qu'on peut faire plusieurs choses à la fois et donc c'est plus se dire que c'est inspirant de travailler dans les centres de santé, d'apprendre au contact de gens qui travaillent sur les santé des femmes. Et donc c'est quelque chose qui me plaisait déjà un peu et qui me plaît d'avantage. D'essayer aussi un peu d'orienter ma pratique sur ce que j'ai vu dans ce stage complémentaire parce que c'est une autre vision de la médecine. C'est toujours de la médecine générale en soi mais une autre façon d'exercer une médecine générale engagée, attentive aux femmes, de faire attention aux violences sexuelles, conjugales et tout ça et de voir tout un autre champ de la médecine générale vers lequel je ne serai pas forcément aller si j'étais pas passée par là. Ça va changer ma pratique, je vais être plus attentive aux femmes que si je n'y avais pas été, c'est sûr.*

E5 « *pour ma formation de généraliste (...) En tant que sujet de 27 ans qui découvre le monde du travail, qui découvre le monde enfin le versant scolaire ça m'a fait porter, c'était*

*un peu dur parce que ça m'a fait porter un regard extrêmement lourd et pesant et un peu pessimiste sur la société. »*

### 3.7.5 L'apport personnel

Certains aspects de leur stage ont eu un apport personnel pour des médecins. (E12, E13, E14)

E12 (soins palliatifs) « *Pour toi même aussi parce qu'on sera confronté malheureusement personnellement aussi. Et pour même ta philosophie de vie. (...) Personnellement ça te, moi ça me permet de relativiser »*

E13 (Médecins du monde) « *hyper fatiguant de voir des patients qui parlent pas un mot de français, qui comprennent pas. C'est hyper lourd de voir des situations (...) Mais c'est aussi ce que, enfin cette confrontation que je recherchais en allant là bas (...) c'est lourd psychologiquement»*

E14 « *je me dis que c'est dans ce genre de coin là que j'aimerai bosser plus tard. Je suis près de Rambouillet aussi en cabinet. Euh voilà, je je...je vois un petit peu, je découvre la région. Ça donne des idées on va dire. »*

### 3.7.6 La place de l'argent

Le rapport à l'argent en libéral a été mal vécu par une médecin.

E1 « *Et je voulais aussi voir ce que c'était la médecine salariée parce que j'avais très mal vécu le rapport à l'argent et le rapport à la consommation des soins quand j'étais en médecine générale, de devoir faire payer les gens à la fin de la (...) C'est pour ça que j'exerce en centre de santé, que je suis salariée d'un centre de santé parce que je revendique le fait qu'il n'y ait pas de rapport de consommation aux soins. Parce que je pense que la médecine libérale à l'acte c'est néfaste je pense pour le soin, que quand on est payé à l'acte et bien on fait moins de coordination. »*

Plusieurs médecins ont soulevé le problème des consultations longues, mal valorisées financièrement et par conséquent le besoin d'avoir des structures salariées en soutien. (E4, E8, E12)

E4 « *J'aime bien les personnes âgées mais en libéral c'est dur parce que c'est vraiment long et que ya un moment où tu te rends compte que si tu fais que des personnes de plus de 80 ans sur la journée au niveau financier, c'est pas gérable. (...) qu'il y a toujours cette question de la tarification à l'acte et que sur une visite à domicile (...) il y a toujours ces questions de rentabilité horrible (...) je pense qu'il y a un vrai besoin en ville de structure comme ça qui sont salariés et donc qui peuvent prendre beaucoup de temps pour des patients, temps qu'on a pas quand on est en cabinet »*

Une médecin a eu la sensation d'une mauvaise distribution financière avec une idée d'accessibilité aux soins.

E13 « *Et avec un sentiment, bon moi c'est mon avis mais très désagréable de plus ou moins se faire exploiter. Voilà ma maître de stage elle gagnait plus de 300€ par consultation le jeudi que je faisais, plus le salaire de la fac (...) Et à côté de ça Médecins du monde mon maitre de stage, les consultations c'est des gens précaires sans droit qui auraient pas d'accès à un médecin sans qu'ils soient là. Les médecins ils sont tous bénévoles et le salaire, enfin la petite somme reversée par la fac pour notre formation, ils la reversent à l'ONG. Donc ça permettait chaque jour où il y a un interne à combien... 12 patients d'être vus gratuitement. Donc forcément ça m'a influencé. Mais à côté quand je voyais ce que je faisais en libéral ça m'a un peu énervé »*

### 3.7.7 Rencontrer des « modèles » professionnels

Pour certains, la vision ou la prise en charge du maitre de stage avait impacté sur la vision du stage, en positif ou négatif. (E1, E2, E5, E9, E11)

E1 « *après j'étais à la place d'un médecin qui avait l'air d'être vraiment plus que limite sur le niveau relationnel donc forcément je vivais ce qu'elle avait aussi comme empreinte avec les gens. C'est à dire que si j'avais été avec un médecin scolaire qui était vachement dans le relationnel qui écoutait les gens et tout ça aurait été différent mais je crois que c'est pas un métier où on peut avoir une relation intime avec les gens. (...) Elle n'était pas du tout inspirante cette dame. Elle était désespérante sur la vision qu'elle avait de son métier, de sa fonction, sa discipline »*

E2 « *c'est plus se dire que c'est inspirant de travailler dans les centres de santé, d'apprendre au contact de gens qui travaillent sur les santé des femmes. »*

E11 « *Et donc je l'ai regardé mener ses entretiens psychiatriques avec ses patients et ça c'était vraiment hyper intéressant. Moi qui n'aime pas du tout la psychiatrie, quand tu as quelqu'un de doué en face de toi et que tu trouves bien, qui gère bien les entretiens du coup c'était très intéressant de la voir faire. Pour apprendre justement le savoir être.* »

Une médecin a reconnu les qualités de son maître de stage mais a regretté ne pas en avoir profité.

E13 « *Après le cabinet était génial et je pense que c'est une super médecin de niveau 1 mais en SASPAS ça m'a servi à pas grand chose* »

### 3.7.8 Le développement d'une posture militante, engagée

Pour certains, les stages effectués leur ont permis de réfléchir à un engagement à avoir en tant que médecin généraliste. (E1, E2, E5)

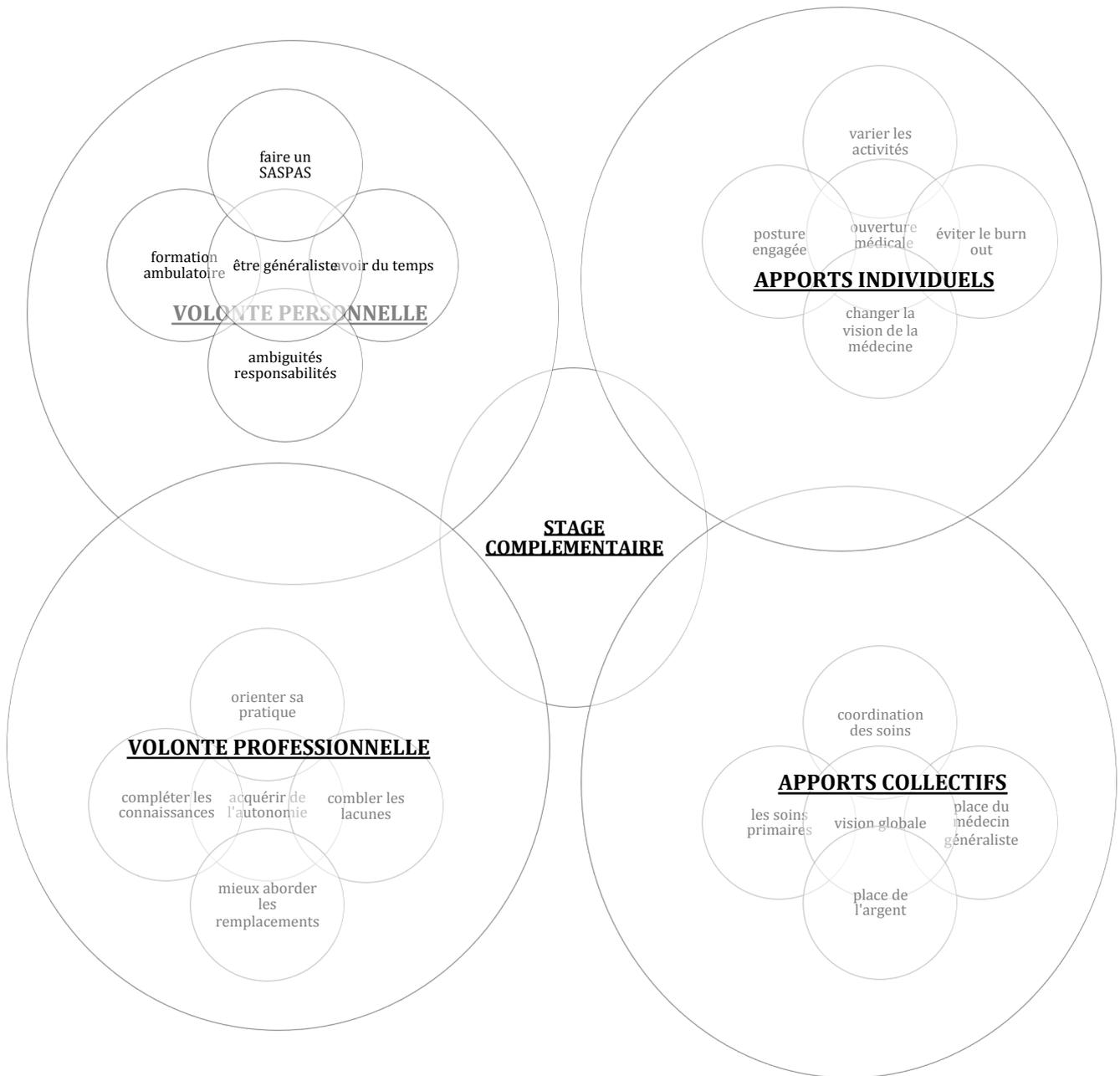
E1 « *je pense qu'il faut une sorte d'engagement à faire la médecine scolaire, c'est un peu croire encore à ce qu'il reste de la médecine scolaire qui est vouée à disparaître, il n'y a plus personne qui veut se lancer là dedans. C'est un peu comme les gens qui travaillent dans le milieu associatif. Pour moi c'est des milieux où on rencontre des gens qui vraiment sont engagés, qui incarnent ce qu'ils pensent etc et puis militant, une posture militante et je voyais absolument pas ça en elle (...) Moi j'aime bien l'idée qu'on ait une posture militante aussi dans ce domaine là. C'est pour ça que j'exerce en centre de santé, que je suis salariée d'un centre de santé* »

E2 « *je m'étais embarquée dans le syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (...) C'est toujours de la médecine générale en soi mais une autre façon d'exercer une médecine générale engagée, attentive aux femmes, de faire attention aux violences sexuelles, conjugales et tout ça et de voir tout un autre champ de la médecine générale vers lequel je ne serai pas forcément aller si j'étais pas passée par là. Ça va changer ma pratique, je vais être plus attentive aux femmes que si j'y avais pas été, c'est sûr.*»

E5 « *c'est une sorte de sensibilité que j'ai enfin ou aussi c'est moi et c'est pour ça que en tant que généraliste et je me dis que en tant que généraliste sachant que le médecin du travail, bon c'est la même chose pour le médecin du travail, sachant que le médecin scolaire, est un peu frileux, je pense que ma position de médecin généraliste en tant que médecin de famille aussi je me sentirai plus, comment dire, responsable* »

## 4 DISCUSSION

### 4.1 PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS ET MODELISATION



Dans leurs démarches personnelle et professionnelle, le stage complémentaire a semblé apporter aux médecins interrogés des éléments influençant leur place individuelle de médecin généraliste mais également leur place dans le collectif du système des soins primaires. Ils ont développé des réflexions à partir de leur volonté d'être médecin généraliste pour améliorer leur formation en l'orientant vers une part plus ambulatoire. Ils voulaient fuir une formation trop hospitalière en effectuant un SASPAS, avoir du temps plus souple pour pouvoir avoir des activités annexes. L'envie et le besoin de responsabilité étaient ambigües. Par ce stage, ils souhaitaient acquérir de l'autonomie, compléter leurs compétences de médecin généraliste, combler leurs lacunes pour être à l'aise dans leur pratique. Ils voulaient aborder les remplacements avec moins d'appréhension.

Le stage complémentaire leur a donné une ouverture d'esprit et une culture médicale. Leur vision de la médecine a évolué. La possibilité de varier les activités pendant leur formation les a fait réfléchir sur la nécessité de prévenir le burn out dans leur futur exercice. Ils ont développé une posture engagée de médecin généraliste. Ils ont apprécié de perfectionner leur relation avec certains types de patients.

Dans une vision plus globale, les médecins ont développé des réflexions sur les soins primaires, la place du médecin généraliste, la place de l'argent, la nécessité de coordination des soins et d'interdisciplinarité. Ils ont utilisé ces stages complémentaires dans le cadre de leur formation avec un objectif d'approfondir leur professionnalisme au sein des soins primaires ambulatoires.

## 4.2 COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

### 4.2.1 Ce qui a été dit des stages complémentaires

Bien qu'il n'y ait pas encore eu de thèse sur le sujet, les stages complémentaires ont été abordés au détour de certaines études.

#### 4.2.1.1 Des MSU encourageant les stages complémentaires

Dans la thèse de J. Troester réalisée en Lorraine, 8 internes sur les 25 SASPAS (soit 32%) ont eu accès à des vacances supplémentaires en HAD, réseau associatif de médecine générale Asalée 88, réseau gérontologique, Médecins du monde et dans un foyer ARS.

Un médecin MSU expliquait à propos de son interne « *Il va à l'ARS, au foyer où ce qui est intéressant c'est le côté transversal de la fonction de médecine, dans une équipe extra hospitalière, gérer les rapports entre les gens, favoriser le dialogue, que tout le monde ait son mot à dire dans les décisions, dans les réunions de synthèse où il y a les infirmières psychiatriques, les infirmières, les aides soignantes, cadre de santé, assistante sociale...* »

Un autre MSU expliquait qu'il emmenait ses stagiaires en PMI « *parce que cela a l'avantage de faire de la pédiatrie et surtout de voir du nourrisson, en voir une douzaine en 3h, faire exclusivement cela, en préventif, en médico-social et (...) aussi du curatif par la force des choses* ». Un groupe de maîtres de stage avait été choisi pour l'accessibilité à Médecins du monde. (8)

#### 4.2.1.2 Elargir les stages complémentaires

Dans son travail, S. Thomas a évoqué la PMI ou les consultations de gynécologie pour améliorer les compétences des étudiants concernant les pathologies gynécologiques et de combler la lacune de la non pratique du FCV. Il a proposé d'effectuer des demi journées par semaine en PMI ou chez le spécialiste (pédiatre, rhumatologue, gynécologue...) en fonction des souhaits et projets des internes. Les consultations de médecine générale devaient garder une place centrale mais l'accès à ces vacances avaient l'intérêt de diversifier les possibilités d'apprentissage. (18)

Dans son étude auprès d'internes ayant effectué un SASPAS et ceux n'en ayant pas effectué, C. Manjarres a mis en évidence que les éléments les plus formateurs pour l'exercice de la médecine générale en ambulatoire sont les stages ambulatoires dans les deux groupes (respectivement 70% et 48,7%). Ils ont suggéré une réorientation de la formation pratique vers la médecine ambulatoire. Certains internes de SASPAS ont

même évoqué d'ouvrir la formation chez des spécialistes libéraux, de diversifier les lieux de stage ambulatoire. Certains ont demandé d'avoir des enseignements sur la gestion et la coordination avec le réseau médical et paramédical. (19)

#### *4.2.1.3 Des stages complémentaires dès le niveau 1*

La faculté de Nantes propose dans le cadre du stage de niveau 1 des terrains orientés avec un des MSU « spécialiste ou spécialisé » comme un gynécologue, un pédiatre, un médecin de SUMPS, un médecin de SOS médecins. Pour A. Piveteau, ce serait une opportunité d'envisager une ouverture vers d'autres domaines dans le cadre du stage professionnalisant comme la gériatrie ou la prise en charge psycho-psychiatrique. (20)

### 4.2.2 L'expérimentation des stages ambulatoires en gynécologie et pédiatrie

#### *4.2.2.1 Un stage ambulatoire de gynécologie et pédiatrie à Lyon*

Depuis 2005, les internes de médecine générale de Lyon ont la possibilité d'effectuer un stage de gynécologie et pédiatrie en ambulatoire. Ces stages s'organisent auprès de MSU en cabinet de médecine générale ayant une orientation de la patientèle en gynécologie et pédiatrie. Ils accèdent également à la PMI et au CPEF.

V. Flory a réalisé quatorze entretiens auprès d'internes ayant réalisé ces stages entre novembre 2005 et novembre 2010. Les résultats ont montré que le ressenti des étudiants concernant l'acquisition des compétences en gynécologie et pédiatrie était satisfaisant. Le stage leur a semblé formateur et répondre à leurs objectifs. Comme dans notre étude, il s'agissait de médecins qui souhaitaient effectuer ce type de stage en ambulatoire car ils voulaient quitter l'hôpital et avoir une formation plus proche de leur exercice futur. Par ce stage, ils ont eu accès également aux deux orientations pédiatrie et gynécologie, ce que les stages hospitaliers ne permettaient pas. Ce stage leur a permis également de découvrir la médecine générale pour ceux qui accédaient à leur premier stage ambulatoire. Pour les autres, l'objectif était d'approfondir leur stage de niveau 1 et de développer les compétences de médecine générale. Certains ont déploré un

recrutement parfois insuffisant en gynécologie et pédiatrie chez leurs MSU généralistes. L'accès au stage en PMI et planning a été complémentaire au cabinet car cela leur a permis de cibler des situations cliniques de suivi, prévention et dépistage. Ils ont regretté le manque de stage accessible dans ces établissements. Dans notre étude, quelques médecins ont également regretté de ne pas avoir eu accès à ces stages. Ceux ayant effectué ces stages en ont été satisfaits par la répétition de situations cliniques plus importantes que chez le praticien.

Les médecins ont même proposé de diversifier les terrains de stage en participant à des consultations hospitalières de gynécologie et pédiatre, développer des partenariats avec de gynécologues et des pédiatres de ville, des sages femmes libérales. Pour compléter leur formation, ils souhaitaient intégrer des gardes d'urgences pédiatriques dans le stage ambulatoire mère enfant. (21)

#### *4.2.2.2 Un SASPAS avec des vacances orientées en gynécologie et pédiatrie à Angers*

Le D.M.G. d'Angers a créé en 2011 un SASPAS particulier avec des MSU référents garantissant et validant la formation en santé de la femme et de l'enfant.

La thèse de A. Piveteau a évalué cette expérimentation à 6 mois de sa mise en place. Les résultats ont concordé avec l'étude de V. Flory. Le choix avait été orienté avant tout pour le SASPAS mais la valence gynécologie obstétrique était vue comme une opportunité supplémentaire « d'approfondir le côté gynéco pédiatrie ». Les internes ayant déjà effectué un stage en gynécologie ou pédiatrie souhaitaient compléter leur formation dans l'autre valence. La formation ambulatoire a permis d'être confrontés à la gynécologie et à la pédiatrie selon la prévalence en soins primaires « la mise en situation devant des cas courants de médecine générale (M.S.T., pilule, suivi de grossesse...) ».

Pour certains MSU, ce stage était suffisant pour acquérir les compétences gynécologiques et pédiatriques du généraliste. Pour d'autres, le stage hospitalier permettait de rencontrer des situations importantes à connaître pour expliquer aux patients, de mieux leur répondre et de voir des situations rares qu'il faut savoir repérer.

La participation a des gardes hospitalières a été proposée afin d'avoir les deux visions, hospitalières et ambulatoires. Certains internes et MSU ont envisagé l'encadrement ambulatoire par des maitres de stages spécialistes de la discipline ou spécialisés comme en centre de planification ou en PMI afin d'optimiser le nombre de consultations. Certains MSU effectuant des vacations en CPEF ont permis aux internes d'accéder à ces consultations.

A partir de cette expérimentation plutôt positive selon le ressenti des internes quand à l'acquisition de compétences et d'autonomisation sur le santé de la femme et de l'enfant, A. Piveteau a évoqué la possibilité d'envisager une ouverture vers d'autres domaines dans le cadre du stage professionnalisant, comme la gériatrie ou la prise en charge psycho-psychiatrique. (20)

#### 4.2.3 Acquisition des compétences du médecin généraliste

##### 4.2.3.1 Compléter ces compétences par le stage complémentaire

Les internes doivent acquérir six compétences au cours de leur cursus de médecine générale. (22) L'étude a montré que les stages complémentaires permettaient de compléter ces compétences. Bien évidemment, ces stages s'intègrent au sein du SASPAS et ces acquisitions ne peuvent se conclure isolément.

Ils ont apprécié de pouvoir perfectionner la relation avec les patients en se sentant plus à l'aise par exemple sur des consultations de gynécologie ou abordant la sexualité et les risques. « *Les capacités de communiquer avec les patients sur ça puisque quand tu vas au CDAG tu annonces tes risques donc tu parles de sexualité mais sans aucune difficultés parce que tu es là pour ça et du coup le médecin apprend à parler de ça et au cabinet du coup tu as plus de facilité* » (E3).

Ils ont appris ou approfondi la communication et la coordination avec les autres professionnels de santé et médico sociaux. « *connaître les acteurs qui peuvent être des supports pour la prise en charge de ces patients là en ville. (...) De savoir comment ça*

*fonctionne, de connaître le fonctionnement des acteurs, je pense que ça améliore la prise en charge du patient par le médecin généraliste. » (E8).*

Ils ont développé une vision globale pour une prise en compte de la complexité du patient. *« se dire que ton médecin gé connaît tous tes problèmes, y compris les problèmes gynécos, c'est une force dans la relation et qu'on pourra utiliser. Il savent que je suis capable de prendre en charge de façon globale y compris d'autres domaines. » (E2).*

Ils ont senti une mise en confiance dans certaines prises en charge qui peuvent être du premier recours chez le médecin généraliste en pédiatrie et en gynécologie *« de pouvoir faire de la gynéco parce que je trouvais que c'était quelque chose qui me manquait dans ma pratique. Donc apprendre à poser des stérilets, des implants, à être plus à l'aise, à discuter des problèmes de contraception, de chose comme ça. Je pense que quand on est une femme jeune on va forcément avoir de la gynéco » (E6).*

La notion du professionnalisme a été développée. *« j'aurais l'impression quand même que ce troisième stage complémentaire, il est important dans le sens où il montre la médecine sous une autre dimension et je crois que c'est important qu'on prenne conscience qu'on va devenir un professionnel de médecine générale et qu'il n'y a pas que la consultation qui se joue. (...) l'acquisition du professionnalisme on a besoin de comprendre la coordination, le parcours de soins, le système de soins français » (E1).*

#### *4.2.3.2 Les internes savent ils s'auto évaluer ?*

Une étude portant sur les internes de Reims et de Caen réalisant leur 6e semestre a été effectuée par A. Hurtaud. Ils ont dû s'auto évaluer sur quinze compétences premier recours, coordination, déontologie, approche centrée patient, décision en soins primaires, gestion du temps et de l'incertitude, données de la sciences, urgences, gestes techniques, relation au patient, éducation et prévention, dépistage et santé publique, logiciels et comptabilité, formation professionnelle

Au cours du SASPAS, leur assurance a augmenté significativement pour sept compétences (coordination, gestion du temps et de l'incertitude, relation au patient,

éducation et prévention, dépistage et santé publique, logiciels et comptabilité, formation professionnelle). Les étudiants non SASPAS ont rapporté une diminution de six de leur compétences au cours du stage (déontologie, approche centrée patient, relation au patient, éducation et prévention, dépistage et santé publique, formation professionnelle). Ces compétences sont celles devant être acquises au cours du DES de médecine générale. Les internes effectuent la majorité de leur cursus en stage hospitalier qui selon ces résultats les éloigneraient de ces objectifs. (23)

Pour valider leur DES, les internes de médecine générale de Rouen sont évalués sur leur résultats à différents examens cliniques oraux standardisés (ECOS). L'interne est face à un patient simulé dans une situation clinique particulière et un observateur l'évalue suivant une grille d'évaluation. Chaque situation évalue une ou plusieurs compétences de démarche diagnostique de l'entretien, de l'examen clinique, paraclinique, les gestes techniques, la prise en charge thérapeutique, et la communication par l'information du patient et la relation médecin patient.

Dans l'étude de J. Secret de 2012 sur l'impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS, la moyenne des internes ayant réalisé deux stages (niveau 1 et SASPAS) était significativement plus élevée à 12,7/20 vs 12,2 ( $p < 0,01$ ). Ils avaient de meilleures performances en entretien clinique, démarche diagnostique paraclinique, thérapeutique, information du patient et relation médecin malade ( $p < 0,05$ ). La différence était significative mais faible. Dans l'analyse en détail des résultats, les internes de SASPAS étaient meilleurs dans les compétences de savoir faire. Les stages hospitaliers permettent également de développer des compétences nécessaires au futur généraliste. (24)

Ces deux études ont montré des différences sur l'auto-évaluation de leurs compétences par les internes et l'hétéro-évaluation au cours d'examens cliniques oraux standardisés. Est-ce dû au faible épanouissement à l'hôpital des internes souhaitant une activité de médecine générale ambulatoire ? Est-ce que les internes effectuant un SASPAS ont plus envie d'exercer en ambulatoire et ont ainsi une meilleure évaluation de leurs compétences ?

#### 4.2.3.3 *Le stress au cours du DES*

Par ailleurs, dans la thèse de A. Hurtaud, le score moyen de stress perçu a été significativement plus bas dans le groupe des internes ayant effectué un SASPAS par rapport au groupe non SASPAS, au début du stage et à la fin du stage. Le stress a diminué significativement entre le début et la fin du stage chez les internes en SASPAS.

Les médecins interrogés dans notre étude ont expliqué qu'une des raisons du choix de faire un SASPAS était un emploi du temps plus souple qu'à l'hôpital, de pouvoir avoir du temps pour des activités annexes. L'augmentation de la formation ambulatoire permettrait une amélioration de la mise en condition pour leur futur exercice mais également un meilleur épanouissement pour une assurance professionnelle plus élevée. La prévention du burn-out commencerait dès la période de formation du médecin généraliste. (23)

#### 4.2.4 L'autonomisation, l'intégration du paradigme d'apprentissage

##### 4.2.4.1 *Du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage...*

Le paradigme d'apprentissage s'oppose au paradigme d'enseignement prédominant dans le 2<sup>e</sup> cycle des études médicales. (25) Le paradigme d'apprentissage est devenu l'objectif pédagogique de la plupart des départements de médecine générale. Le concept du paradigme d'apprentissage peut être résumé ainsi. (26)

- Des enseignants centrés sur l'étudiant guident et facilitent les apprentissages en enchâssant l'enseignement et l'évaluation, fournissent une rétroaction à l'étudiant et illustrent qu'ils sont aussi des apprenants.
- Un étudiant qui apprend à partir de questions qu'il se pose devant des problèmes émergents ou persistants, de manière individuelle et interpersonnelle, en s'engageant activement dans un traitement de l'information en profondeur.
- Un étudiant qui apprend quelque chose de spécifique en ayant compris les caractéristiques d'un excellent travail, en intégrant les connaissances

disciplinaires spécifiques et les stratégies générales, en devenant un apprenant et un connaissant de plus en plus sophistiqué.

L'enseignement est centré sur les processus d'apprentissage des étudiants. Au cours du DES, ils doivent intégrer ce nouveau type de raisonnement en devenant moteur de leur propre formation dans un but de professionnalisation. La capacité d'adaptation à ce type de formation est différente selon les étudiants.

Les médecins interrogés étaient moteurs de leur formation. Ils désiraient accéder à certains stages complémentaires pour combler leurs lacunes de formation. Ils voulaient se confronter à certaines situations cliniques pour approfondir leurs connaissances et ainsi être plus à l'aise dans leur pratique. Cependant ils étaient encore à la croisée entre enseignement et apprentissage *« moi je me suis pas sentie donc j'ai pas voulu me lancer. Je trouvais ça super intéressant d'être assise et d'apprendre, d'écouter et de faire les gestes, parce qu'elle me laissait faire tous les gestes techniques toute seule en étant à côté. »* (E2, stage auprès d'une gynécologue en CMS). La finalité de l'apprentissage est la construction de l'identité professionnelle.

Dans le paradigme d'apprentissage, le savoir est conçu comme une construction individuelle de l'apprenant dont le développement est guidé par l'enseignant. Pour certains médecins, la rencontre avec des professionnels avait eu un bénéfice malgré l'attrait limité pour la spécialité *« je l'ai regardé mener ses entretiens psychiatriques avec ses patients et ça c'était vraiment hyper intéressant. Moi qui n'aime pas du tout la psychiatrie, quand tu as quelqu'un de doué en face de toi et que tu trouves bien, qui gère bien les entretiens du coup c'était très intéressant de la voir faire. Pour apprendre justement le savoir être. »* (E11). D'autres médecins ont regretté la vision négative de leur maître de stage qui les ont imprégné. *« j'étais à la place d'un médecin qui avait l'air d'être vraiment plus que limite sur le niveau relationnel donc forcément je vivais ce qu'elle avait aussi comme empreinte avec les gens. C'est à dire que si j'avais été avec un médecin scolaire qui était vachement dans le relationnel qui écoutait les gens et tout ça aurait été différent »* (E1). Ces rencontres avec des professionnels non généralistes leur ont permis de développer un regard critique pour faire évoluer leurs pratiques. *« sachant que le*

*médecin scolaire, est un peu frileux, je pense que ma position de médecin généraliste en tant que médecin de famille aussi je me sentirai plus, comment dire, responsable » (E5).*

#### 4.2.4.2 ... A l'autonomisation de futurs professionnels

De ces notions émergent le concept d'autonomisation. Les stages au cours du DES doivent être professionnalisants. Au cours du SASPAS, les internes sont en autonomie avec une supervision indirecte. Leur statut dans les stages complémentaires ont différé en fonction des maîtres de stage. *« j'ai quand même souvent l'impression de retourner à la place de l'externe voir de l'étudiant en 3<sup>e</sup> ou 2<sup>e</sup> année je sais plus, là à l'hôpital où on restait dans un coin à suivre le chef de service » (E4).* Dans l'étude de A. Piveteau, les internes interrogés ont abordé également la difficulté de trouver une place entre leur stage à orientation gynécologie et pédiatrie en supervision directe et leur consultation de médecine générale en supervision indirecte au sein du SASPAS. Ils ont reconnu la nécessité de supervision directe mais étaient en attente d'autonomie. (20)

Dans notre étude, les médecins souhaitent acquérir de l'autonomie pour mieux aborder la profession de remplaçant *« Sauf qu'à la fin du niveau 1 je me sentais pas assez autonome, pas assez prête et je me voyais pas débiter les remplacements sans faire un stage SASPAS (...) j'avais besoin de vraiment faire un SASPAS pour me remettre dans les conditions, acquérir de l'autonomie etc pour que ben après l'enchaînement avec les remplacements se passe mieux. » (E7).*

Dans sa définition de l'autonomie, R. Lafon lie ce concept avec celui de responsabilité. *« L'autonomie consiste à se faire soi-même sa loi et à disposer de soi dans les diverses situations pour une conduite en harmonie avec sa propre échelle de valeurs. Le Moi est un principe d'autonomie et on ne peut parler d'autonomie que lorsqu'il y a conscience de soi. Toutefois, l'autonomie n'est jamais complète et doit se reconquérir sans cesse parce que nous resterons toujours dépendants de notre affectivité, de notre tempérament et des exigences sociales. Autonomie ne saurait se confondre avec liberté absolue ni isolement ; être autonome c'est choisir entre les valeurs et courants d'opinion divers qui nous sont offerts et d'adhérer d'une manière lucide à telle ou telle de ses valeurs pour les faire siennes. Dans cet ordre d'idée l'autonomie est à entendre comme*

un des éléments fondateurs et constituants de la responsabilité. ». (27) Les médecins interrogés, bien qu'ayant une volonté d'autonomisation, étaient ambigües sur l'envie de responsabilités « *Le médecin avec qui j'étais, était un peu paternaliste (...) je manquais vraiment d'autonomie (...) ça m'a manqué les responsabilités. Ça m'a manqué et puis d'un autre côté ça m'a détendue (...) au début j'étais complètement épuisée par la concentration qu'il me fallait pour dire voilà, et donc là ça me reposait d'une certaine façon de pas avoir à prendre de décision mais ça me manquait aussi enfin puisque je pense que faire de la médecine c'est apprendre à décider et là on ne m'apprenait pas à décider »*

(E4, stage en réseau gériatrique).

Les médecins interrogés étaient des professionnels en devenir, en cours d'intégration du paradigme d'apprentissage versus le paradigme d'enseignement. Ils avaient une volonté d'autonomie mais demandaient un encadrement dans les situations dans lesquelles ils n'étaient pas à l'aise pour acquérir une mise en confiance. Ils avaient choisi de faire un SASPAS pour accéder à un stage qui ressemblerait le plus à leur futur professionnel. Certains restaient malgré tout imprégné par la passivité vis à vis des choix de stage. « *je suis un peu fainéant donc le fait que ce soit imposé et que ce soit déjà fait ça me convient bien »* (E14). Quand d'autres regrettaient ce manque de responsabilisation pour leur choix de stage dans leur cursus « *je trouve que dans toutes les études de médecine on nous demande jamais d'avoir à trouver un endroit et de démarcher en étant vraiment motivé. (...) Je pense que le mieux ce serait qu'on démarche et que la fac nous offre la possibilité d'avoir une liste de contact, avec qui il y a déjà eu des stages. »*

## 4.3 VALIDITE DE L'ETUDE

### 4.3.1 Forces

A notre connaissance, il s'agissait de la première étude sur le sujet des stages complémentaires au sein du SASPAS. Ces stages sont parfois abordés dans les thèses faites autour du SASPAS mais sans que leurs place et apports dans le cursus des internes soient analysés.

La grille internationale COREQ a été utilisée comme ligne directrice afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative. (15) Certains items n'ont pas été respectés. Il n'y a pas eu de retour des médecins interrogés sur les retranscriptions ou les résultats pour un problème de temps. Cependant, le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens et des analyses pour savoir ce que pensaient certains médecins des propos de leurs collègues.

Les terrains de stage complémentaires sont diversifiés avec la médecine scolaire, le planning familial, la gynécologie en CMS, la PMI, les réseaux de soins gériatrique et palliatif, les ENMR, le CMP, l'EPHAD, Médecins du monde, le CDAG. Il aurait été intéressant d'avoir plusieurs avis sur tous les stages comme nous l'avons eu pour le planning familial, le CMP, les réseaux de soins gériatrique et palliatif, la médecine scolaire. Sur les particularités de chacun de ces stages, les médecins avaient des avis qui allaient plutôt dans le même sens.

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 avait elle même réalisé un SASPAS avec un stage complémentaire en PMI et en était satisfaite. Avant de débiter cette étude, le directeur de thèse pensait que les stages complémentaires n'apportaient pas grand chose pour la formation. Un relatif manque d'objectivité aurait pu être induit par ces deux visions. Cependant, chaque guide d'entretien a été rediscuté afin d'avoir des questions neutres.

Pour augmenter la validité de l'étude, nous avons eu recours à la triangulation des données et des chercheurs.

#### 4.3.2 Faiblesses

Les entretiens ont été réalisés par une interne qui expérimentait la recherche qualitative pour la première fois. Certains entretiens ont manqué probablement d'approfondissement des propos de l'interviewé par des difficultés de relance. Les techniques de relance et de reformulation qui ont pu laisser apparaître des éléments d'ordre interprétatif ont été corrigés au fur et à mesure des entretiens. La qualité des

entretiens s'est améliorée au fur et à mesure et grâce aux remarques du directeur de thèse, plus expérimenté.

L'échantillon des facultés n'a pas pu être autant diversifié que souhaité. En effet, nous n'avons qu'un entretien de Paris V, PIFO, Créteil et Bobigny. Malgré différentes relances, nous n'avons pu contacter un interne de Paris XI. Les facultés de Paris VI et Paris VII sont les plus représentées avec respectivement trois et huit entretiens. La commission Harmothèse de la coordination d'Ile de France avait accepté de diffuser l'information de notre étude aux différents DMG. Seuls Paris VI, Paris VII, Paris XI et PIFO avaient ensuite accepté de diffuser à leur MSU. Le DMG de Paris XI nous avait ensuite fait savoir que leurs internes n'avaient pas de stage complémentaire dans leur maquette de SASPAS. Nous pouvons regretter le manque d'interaction des différents DMG entre eux sur ce type de projet qui cherche à améliorer la formation des internes de médecine générale d'Ile de France.

#### 4.4 PERSPECTIVES

La maquette actuelle du DES de médecine générale comprend deux stages obligatoires hospitaliers aux urgences et en service de médecine adulte polyvalente. Un stage de gynécologie ou pédiatrie, le plus souvent hospitalier. Un stage obligatoire chez le praticien. Deux stages libres dont un préférentiellement en secteur ambulatoire (SASPAS). Le SASPAS étant plus ou moins accessibles en fonction des MSU pouvant accueillir les internes.

Dans le cadre de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle prévu pour 2017, le CNGE réfléchi a une nouvelle organisation de la formation avec une augmentation de la part ambulatoire dans le DES de médecine générale. Il serait nécessaire d'envisager une formation sur quatre ans, en l'alignant aux autres DES, avec au minimum un stage ambulatoire par année. L'interne pourrait réaliser en S1 ou S2 le niveau 1, en S5 ou S6 le SASPAS, un stage santé mère/enfant en ambulatoire et en dernière année à nouveau un stage en autonomie professionnalisant. (11)

C. Landry et T. Cathalan ont réalisé en 2014 une étude observationnelle transversale multicentrique par questionnaire adressé à tous les internes de médecine générale de France. La première s'intéressait à leurs opinions et leurs attentes vis à vis du DES actuel. La deuxième a analysé leurs opinions et leurs attentes vis à vis du DES de médecine générale « idéal ». Dans ces deux travaux, les internes montraient le souhait d'augmenter la formation ambulatoire. Deux profils d'étudiants ont été mis en évidence. Une majorité avait le projet d'exercer la médecine générale. Les autres avaient choisi médecine générale par choix contraint ou pour réaliser leur projet professionnel et n'avaient pas l'objectif d'être médecin généraliste. Les premiers considéraient les stages ambulatoires (niveau 1, SASPAS et pôle mère enfant ambulatoire) particulièrement nécessaires et demandaient la création d'un 3<sup>e</sup> stage ambulatoire et la généralisation du SASPAS. Ils souhaitaient augmenter la formation ambulatoire sans augmenter la durée du DES à 4 ans en y incluant le pôle mère enfant. Ils plébiscitaient les stages de médecine générale, pédiatrie, gynécologie, urgences et gériatrie. (28) (29)

Les différentes thèses réalisées autour des stages ambulatoires, niveau 1, SASPAS et pôle mère enfant les plébiscitent. Dans notre étude, les médecins pensaient que les stages complémentaires apportaient une valeur ajoutée à leur formation pour une vision plus globale de leur futur exercice. Tous ces travaux appuient l'objectif d'augmenter la formation ambulatoire dans le DES de médecine générale. La généralisation du pôle mère enfant en ambulatoire semble déjà être envisagé par le CNGE. L'accès aux structures de soins primaires tels que les réseaux de soins, les CMP, la PMI, le planning, la médecine humanitaire, l'HAD devrait être intégré dans cette volonté d'orientation vers une formation plus ambulatoire. L'hôpital ne doit pas être au centre de la formation et du système de soins mais les structures de soins primaires avec le médecin généraliste au centre.

## 5 CONCLUSION

Notre étude est la première à évaluer la place des stages complémentaires au sein du SASPAS auprès d'internes de médecine générale d'Ile de France.

Ces futurs professionnels ambulatoires voulaient fuir l'hôpital. Ils souhaitaient accéder aux différentes structures de soins ambulatoires dans une formation qui jugeaient trop hospitalière. Par ces stages complémentaires, ils avaient complété leurs compétences de médecin généraliste tant sur la relation avec les patients, sur l'approfondissement de leurs connaissances pour une mise en confiance que sur l'approfondissement de la coordination et de la place du médecin généraliste au sein des soins ambulatoires. Ces stages leur semblaient bénéfiques dans leur formation bien qu'il y ait des améliorations à apporter tant sur l'accessibilité à ces stages que sur leur durée et la place de l'interne. Ils avaient apprécié de diversifier leurs activités au cours de leur formation et réfléchissaient sur l'apport de cette diversification dans leur future pratique pour éviter le burn-out. Ils étaient médecin et étudiant et ces deux statuts étaient parfois compliqués à gérer. Ils appréhendaient leur futur métier différemment en développant une ouverture d'esprit, une culture médicale, des réflexions sur la nécessité d'interdisciplinarité et de coordination des soins. Même si certains stages ne sont pas à proprement parler du ressort du médecin généraliste, l'accès à ces stages en demeurait positif pour leurs apports dans une vision plus globale des soins primaires ambulatoires. Ces stages plébiscités devraient être généralisés. L'orientation de la formation des médecins généralistes plus ambulatoire doit être un objectif.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé [Internet]. avril, 2004. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/page/textes-reglementaires>
2. Site du DES de médecine générale d'Ile de France [Internet]. Disponible sur: [desmgidf.fr](http://desmgidf.fr)
3. Leray S. Etude épidémiologique descriptive de l'activité d'une interne en SASPAS chez trois médecins généralistes à la Baule, Pornichet et Saint-Nazaire de mai à octobre 2004 [Th. d'exercice]. Nantes ; 2007.
4. Rodin T. Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de médecine général. Enquête nationale prospective multicentrique [Th. d'exercice]. Paris Descartes ; 2010.
5. Bunel-de Farcy de Pontfarcy P. Motivations et réticences de l'interne en SASPAS à solliciter son maître de stage universitaire; enquête qualitative par focus group auprès des internes de médecine générale en SASPAS de novembre 2013 à avril 2014 [Th. d'exercice]. Angers ; 2014.
6. Blanchard-Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes [Th. d'exercice]. Nantes ; 2011.
7. Beaujouan X. Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007 [Th. d'exercice]. Créteil ; 2007.
8. Troester J. Bilan du SASPAS en Lorraine : Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires [Th. d'exercice]. Nancy ; 2013.
9. Constant G. Construction du projet professionnel des internes de médecine générale d'Ile de France [Th. d'exercice]. Créteil ; 2009.
10. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Etude descriptive menée à Dijon de

novembre 2003 à octobre 2011 [Th. d'exercice]. Dijon ; 2012.

11. CNGE. Communication janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/le\\_cnge/cnge\\_communication\\_janvier\\_2016/](http://www.cnge.fr/le_cnge/cnge_communication_janvier_2016/)
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imberte P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008 ; 19(84):142-5.
13. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013 ; 24(105).
14. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research. Reprint (21 mai 2009). SAGE Publications Ltd ; 232 p.
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015 ; 15(157):50-4.
16. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e éd. Armand Colin; 2015. 128 p. (128).
17. Huberman M. Analyse des données qualitatives. 2e éd. De Boeck; 2003. (Méthodes en Sciences Sociales).
18. Thomas S. Evaluation du semestre novembre 2004-avril 2005 des SASPAS de la région Ile-de-France [Th. d'exercice]. Créteil ; 2006.
19. Manjarres C. Influence du SASPAS sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. [Th. d'exercice]. Créteil ; 2012.
20. Piveteau A. Evaluation du premier semestre expérimental d'un stage ambulatoire en gynécologie et pédiatrie couplé au SASPAS, à la faculté d'Angers. Etude qualitative auprès des internes et des maîtres de stages universitaires, de novembre 2011 à mai 2012. [Th. d'exercice]. Angers ; 2012.
21. Flory V. Evaluation des stages pôles mère-enfant en ambulatoire à Lyon. Etude qualitative à partir de quatorze entretiens d'internes ayant réalisé le stage de novembre 2005 à novembre 2010. [Th. d'exercice]. Lyon ; 2012.

22. CNGE. concepts et principes pédagogiques [Internet]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques)
23. Hurtaud A, Rouillon F, Lorient M, Fritsch J-P. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2015 ; 26(120):182-90.
24. Secret J, Schuers M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013 ; 24(106 (suppl 2)):585-95.
25. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille? Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2010 ; 21(90):15-9.
26. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage? Pédagogie Médicale. août 2003 ; 4(3):163-75.
27. Lafon R. Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant. PUF ; 2010.
28. Landry C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel [Th. d'exercice]. Créteil ; 2015.
29. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal » [Th. d'exercice]. Créteil ; 2015.

## 7 ANNEXES

### 7.1 LES GUIDES D'ENTRETIEN

#### 7.1.1 Guide d'entretien commun sur l'interne et le SASPAS

##### 1) L'interne

- Sexe
- Quel âge as-tu ?
- Quelle est ta situation personnelle (en couple, enfants...) ?
- Dans quelle faculté es-tu ?
- Lors de quel semestre as-tu effectué le SASPAS ?
- Quand as-tu fini ton internat ?
- Quels stages avais-tu validé lors de la réalisation du SASPAS ?
  - Médecine polyvalente, lequel :
  - Gynécologie
  - Pédiatrie
  - Stage libre, lequel :
  - Stage chez le praticien niveau 1
  - Urgences adultes
- Es-tu inscrit à un DESC ?
- Es-tu inscrit à un DU ?
- As-tu un sujet de thèse ? Si oui lequel ?
- Quel était ton projet professionnel avant le SASPAS ?
  - Activité de médecine générale libérale
  - Activité de médecine générale salariée. Quelle structure ?
  - Activité mixte libérale et hospitalière. Quel service hospitalier ?
  - Ne sait pas
  - Autre :

- Tu avais déjà une idée d'orientation de patientèle ?

2) Quelles ont été les raisons de ton choix pour faire un SASPAS ?

- Approfondir le stage de niveau 1
- Prendre de l'assurance en cabinet
- Aide dans le choix du projet professionnel
- Avoir accès à un stage complémentaire
- Insatisfaction du niveau 1
- Temps disponible pour réaliser la thèse ou raisons personnelles

3) Quelles sont les modalités du SASPAS dans ta fac?

- Quelle est la méthode du choix des MSU et du référent du stage complémentaire au sein de ta fac ?

- choisis sur liste en fonction du classement
- imposés
- démarchés
- autre

- Comment s'est fait ton choix des MSU ?

- MSU imposés
- Zone géographique privilégiée
- Activité particulière d'un MSU
- Stage complémentaire associé priorisé
- Autre

- Comment s'est fait ton choix du stage complémentaire ?

- imposé. Quel stage complémentaire aurais-tu souhaité effectuer ?
- choisi

- Combien as-tu de MSU ?

- Existe t-il des enseignements spécifiques au sein du SASPAS (GEP, GRECO...) ?

- Existe t-il un réunion sur le SASPAS dans ta fac. Y as-tu participé ?

#### 7.1.2 Première version du guide d'entretien autour du stage complémentaire

4) Quelles ont été les raisons du choix du stage complémentaire (s'il a été choisi)?

- Il s'intègre à un projet personnel précis. Lequel ?
- Découvrir ce type de médecine
- Approfondir ses compétences pour mieux appréhender un type de patientèle en médecine générale
- Autre :

5) Quels étaient tes attentes initiales de ce stage complémentaire?

6) Comment s'est déroulé le stage complémentaire en pratique ?

- Combien de demi-journées par semaine en stage complémentaire travaillais-tu?

- Quels sont les types d'activités (consultation, visites...)?

- Existait il une supervision directe/indirecte ? Etais-tu en autonomie ?

- As-tu travaillé avec d'autres disciplines médicales/paramédicales ?

- Est-ce que des formations complémentaires t'ont été proposées ?

7) Quels ont été les points positifs de ce stage?

8) Quels ont été les points négatifs de ce stage?

9) Recommandes-tu ce stage complémentaire ? Est-ce que tu penses qu'il est intéressant dans ta formation de généraliste ?

10) Ce stage complémentaire a t-il fait évoluer ou changé ton projet professionnel ?

### 7.1.3 Questions ajoutées dans le guide d'entretien autour du stage complémentaire au fur et à mesure des entretiens

11) Quel est ton avis sur le fait que les SASPAS et les stages complémentaires soient imposés ou démarchés selon les facultés ?

12) et s'il n'y avait pas de stage complémentaire au sein du SASPAS ?

13) Lors d'un entretien, une interne a souligné le fait que le temps de stage complémentaire lui avait retiré du temps de formation de généraliste « pur ». Qu'en penses-tu ?

14) Les compétences acquises dans ce stage complémentaire te paraissent-elles dépendre du champ de compétence du généraliste ?

15) Y a t'il autre chose que tu voudrais soulever ou aborder ?

### 7.1.4 Guide d'entretien SASPAS sans stage complémentaire

4) Dans certaines facultés, tu peux avoir accès à des stages complémentaires type PMI, planning, réseaux de soins, médecine humanitaire...est ce que tu aurais souhaité faire ce type de stage ? Au cours de ton SASPAS ? Au cours de ta maquette de DES ? Quel stage complémentaire ?

5) lors d'un entretien, une interne a dit qu'elle aurait préféré faire un SASPAS uniquement chez des généralistes car elle avait eu l'impression que le stage complémentaire lui prenait de son temps de formation de généraliste. En revanche, elle souhaiterait qu'on ait accès à ces stages complémentaires ambulatoires en dehors du SASPAS, à la place de certains stages hospitaliers. Qu'en penses tu ?

6) Lors d'un entretien, une interne a dit qu'elle aurait préféré avoir accès à plusieurs stages complémentaires plutôt que de passer chez des généralistes lors du SASPAS. Qu'en penses tu ?

7) Dans plusieurs entretiens, ce qui ressort c'est que les stages complémentaires permettent de mieux connaître les interlocuteurs/partenaires ambulatoires. Qu'en penses-tu ?

8) Y a t'il autre chose que tu voudrais soulever ou aborder ?

## 7.2 VERBATIM D'ENTRETIEN

### 7.2.1 Entretien N°2

*Quel âge as tu ?*

J'ai 28 ans.

*Quelle est ta situation personnelle ?*

Je suis en couple sans enfant.

*Dans quelle faculté as tu fais ton internat ?*

Paris VI

*En quel semestre as tu effectué ton SASPAS ?*

5<sup>e</sup> semestre

*Où en es tu en ce moment niveau professionnel ?*

Je viens de finir l'internat il y a 15 jours, et je suis donc officiellement médecin généraliste diplômé. J'ai soutenu ma thèse le 3 juillet 2015 et le DES le 29 octobre 2015.

*Et ta thèse c'était sur quel sujet ?*

C'était proposition et évaluation d'une méthode de recrutement de maîtres de stage et la création d'un site internet pour le recrutement de maîtres de stage.

*Et tu avais trouvé ce sujet comment ? Tu l'as trouvé ? On te l'a proposé ?*

Alors moi c'était un peu particulier...J'ai fait mon externat à Marseille, arrivée sur Paris, je m'étais embarquée dans le syndicat représentatif parisien des

internes des médecine générale. Donc j'étais en contact avec les internes de médecine générale actif sur le plan associatif de la médecine générale et c'était un vieux semestre qui suite à une réunion sur les maîtres de stage avec l'URPS Ile de France et il avait dit « Ah j'ai un super sujet de thèse pour un jeune interne ». Moi j'étais en fin de premier semestre, en avril 2012, et voilà. Et donc je me suis lancée, enfin du coup j'ai...le sujet. J'ai quand même cogité pendant une année. Et au bout d'une année j'ai commencé à travailler sur le sujet, enfin c'était juillet 2013 au début et entre juillet et octobre 2013 j'ai commencé à lancer tout et puis je suis partie en dispo en novembre 2013 pendant une année. Et donc les 6 premiers mois, j'ai pas fait grand chose, j'ai dû relancer une ou deux fois vraiment de très très loin et les six derniers mois j'ai recommencé à récolter toutes les données et puis analyser et puis la mettre en place en grande partie. Voilà. Donc je l'ai finie à cheval sur mon cinquième et sixième semestre.

*Est ce que tu as fait un DU ?*

Non, je n'ai pas fait de DU pendant mon internat, par contre je me suis inscrite là à un DU sur la médecine des voyages mais pour cette année.

*D'accord. Tu as fait un DESC ?*

Non pas de DESC

*T'avais pas de projet initialement... ?*

Si, je voulais faire les urgences comme tout le monde et au bout d'un mois je me suis dit que c'était une très mauvaise idée, que ça me plairait pas du tout, que ça me correspondait pas du tout et que je voyais trop de choses inutiles et que ça ne représentait pas les urgences pour moi, voilà.

*Avant de faire le SASPAS, tu avais déjà une idée professionnelle ? De vouloir travailler à l'hôpital, en cabinet, d'avoir une orientation de patientèle...*

Alors au départ moi j'étais plus partie pour faire une capacité de gériatrie parce que j'aimais bien ça et je m'étais dit que je ferais de la médecine gé et aussi que je travaillerais un peu plus avec les personnes âgées, peut être dans des maisons de retraite enfin dans les EPHAD mais ça c'était mon projet avant le SASPAS. C'était un peu ce que je voulais faire parce que ça se collait un peu avec mon projet personnel qui était peut être de retourner vivre chez mon autre chez moi en Tunisie et que là bas il

fallait avoir une sur-spécialité en plus et que ça me suffirait pas et comme j'aimais bien la gériatrie, pourquoi pas. Et finalement c'est plus du tout vers quoi je suis partie après le SASPAS mais en tout cas avant non je savais pas vraiment où je voulais travailler. C'était sûr que je voulais travailler comme tout le monde dans un groupe pluri pro, enfin avec plusieurs professionnels de santé, pas du tout toute seule et voilà, c'était vraiment plus ça. Aucune idée sur les centres de santé, maisons de santé libérales, salariées. En tout cas pas d'hôpital mais voilà.

*Je vois pas pourquoi...*

Non, moi non plus, c'est arrivé comme une évidence à pas trop discuter !

*Quelles ont été tes raisons dans le choix de faire un SASPAS ?*

C'est horrible parce que c'est X qui est mon maître de stage. En vrai, X c'est un pote et je me suis dit je vais rentrer. Je me suis dit un, je vais quand même faire de la médecine gé parce que en fait mon stage de niveau 1 je l'ai fait en été, c'était mon quatrième semestre et j'ai eu beaucoup de vacances donc j'ai pas beaucoup vu de patients donc je me suis dit ça va pas me faire de mal. Ça déjà c'était une bonne idée. Mais je crois que les vraies raisons c'est un que X était maître de stage et que j'aurais bien

voulu découvrir sa pratique et le centre de santé et qu'il me l'avait proposé. Ensuite, tout le monde parlait des centres de santé donc ça me tentait bien de voir. En vrai aussi, je revenais d'une année de dispo et je voulais pas morfler à l'hôpital direct donc je voulais un truc cool. J'étais en train de préparer ma thèse et donc en fait le semestre d'hiver c'est là où t'as tous les congrès, donc je voulais avoir du temps pour pouvoir y aller, pour pouvoir présenter ma thèse et ça a été le cas. J'ai fait deux communications orales donc au CNGE 2014 et une au CMGF de 2015 et c'était assez utile pour ma thèse. Et voilà, sinon j'aurais pas pu faire ça. Et d'ailleurs un autre congrès international Vasco de Gama à Dublin en février 2015 mais j'ai pas présenté ma thèse mais bon voilà. C'était pour avoir un peu plus de souplesse au niveau de l'emploi du temps contrairement à un stage hospitalier.

*Quelles sont les modalités du SASPAS dans ta fac ? Comment se fait le choix ?*

Ben tu démarches. Il y a plusieurs SASPAS qui sont identifiés, en général je crois qu'ils sont 2 à 3 maîtres de stage et tu prends contact avec eux, tu vas les voir, tu vois en général le responsable, il te donne une validation ou pas, tu donnes une lettre de motivation, ton CV

mais tu expliques surtout pourquoi tu veux faire un SASPAS.

*Et pour le stage complémentaire c'est la même chose ?*

Alors c'est un package, il est déjà à l'intérieur donc quand tu choisis un forfait SASPAS tu prends le tout et y compris le stage complémentaire.

*Tu avais choisi toi les généralistes et on t'a attribué un stage complémentaire associé.*

Alors moi j'avais choisi X en centre de santé, médecin généraliste, il m'a dit ben écoute je suis avec un médecin généraliste libéral dans le 11<sup>e</sup> et avec une gynécologue dans le centre de santé où je suis, c'est assez intéressant. Il m'a expliqué leurs pratiques à chacune et je me suis dit que ça me plairait vraiment beaucoup et c'est comme ça que je suis partie quoi.

*Initialement, quelles étaient tes attentes du stage complémentaire ? Donc pour toi c'est le stage en gynéco*

Alors en vrai je pense que gynéco c'était top parce que...D'abord ce qu'il faut dire c'est que dans notre maquette ya le stage pôle mère enfant et que malheureusement en Ile de France on ne peut pas faire les deux alors que dans certaines fac on peut faire 3 mois 3 mois donc déjà je me suis dit que j'étais très très mauvaise en pédiatrie et qu'il

faudrait quand même que je passe en pédiatrie et donc il me restait la part gynéco qui est assez importante dans la médecine gé et que je n'aurais pas du tout l'occasion de voir sur ma maquette d'interne donc je trouvais que c'était un plus de pouvoir le faire. Et la deuxième chose vraiment super c'est que c'est des consult de gynéco ambulatoire de ville et donc qui ressemblait vraiment à 100% à ce que nous on verrait en médecine générale dans nos consultations, que c'est vraiment les choses que moi je verrai, je devrais apprendre à faire, il y a avait beaucoup d'actes. Alors c'était un stage de gynéco couplé au CPEF, centre de planification et d'éducation familiale et donc ça c'était top parce que il y avait plein d'activités annexes qui ont été faites dans ce stage comme essayer de faire de l'éducation sexuelle aux ados, moi j'ai kiffé, c'est des cinquième, quatrième, ils sont en groupe de 15-20, donc la gynéco allait leur expliquer qu'est ce que c'était l'éducation sexuelle, les IST, comment on met un préservatif, qu'est ce que c'est la notion d'amour, de relations...Je trouvais ça intéressant et il faisait aussi autres choses comme les IVG médicamenteuses. Donc c'était très très large dans les indications gynéco voir familial donc c'était super intéressant et en plus beaucoup

beaucoup d'actes que je faisais systématiquement tout le temps donc l'examen clinique de gynéco, les frottis, les poses d'implants et leur retrait. Donc c'était super formateur, on apprend en en faisant plein plein

*Et tu étais seule en consultation ?*

Celui là c'était un peu particulier, c'était plus laissé à ta convenance personnelle et comment tu te sentais. Moi personnellement je me suis pas sentie parce que je trouvais que c'était un peu technique de switcher entre les contraceptions, de faire tout ces conseils généraux donc j'ai fait 6 mois à côté donc de temps en temps je prenais un peu les manettes et je faisais la consult avec la gynéco à côté mais non je l'avais pas fait mais j'aurais pu le faire. C'est juste que moi je me suis pas sentie donc j'ai pas voulu me lancer. Je trouvais ça super intéressant d'être assise et d'apprendre, d'écouter et de faire les gestes, parce qu'elle me laissait faire tous les gestes techniques toute seule en étant à coté.

*Et alors une journée type ça ressemblait à quoi ?*

Ça commençait 8h30-12h30, 13h30-18h, c'était des consultations de 20 minutes donc on arrivait, elle se mettait derrière son ordinateur et moi j'avais un siège à côté. Elle demandait

l'autorisation d'avoir une interne à coté, en général, vu que je suis une fille, ça passait très bien, je restais à écouter, on faisait le motif de la consult puis on passait à la salle d'examen. On demandait si ça gênait pas que ce soit moi qui fasse l'examen, en général il n'y avait pas de souci, donc c'est moi qui le faisait. Et puis après on revenait, elle faisait les prescriptions à la patiente et voilà c'est comme ça que ça se passait et parfois il y avait des petites journées comme c'était dans un centre de santé d'action publique auxquelles j'étais invitée comme par exemple le fait de faire des TROD pour le VIH le 1<sup>e</sup> décembre comme c'est la journée du SIDA, ces journées d'éducation sexuelle où on est allé au collège ou sinon ils venaient. Voilà donc c'était assez intéressant. Ou d'assister à des formations où elle aussi était conviée donc par exemple je suis allée à une formation sur les mutilations sexuelles faites aux femmes en Seine St Denis donc sur une journée entière super intéressant. J'ai appris vraiment beaucoup de trucs donc c'était super quoi. Et des choses qu'on utilisera en médecine générale surtout quoi.

*Et si tu n'avais pas eu ce stage de gynéco imposé, t'aurais de toute manière voulu*

*faire ça ou un autre stage complémentaire t'aurais tenté ?*

Je pense que les 2 m'auraient convenu. Je pense que ça aurait été super de le faire parce que c'est toujours des médecines ambulatoires et que les stages de gynéco imposés ne sont qu'hospitaliers donc on ne voit pas du tout toujours la même chose donc c'est vrai que de tout façon il aura été beaucoup plus formateur que celui de l'hôpital. Et si j'avais pas pu le faire je me serai contentée de mon stage de formation gynéco hospitalier et je serai plus partie découvrir un autre truc parce que c'est justement aussi l'occasion de ces stages durant notre formation d'interne de découvrir vraiment d'autres pratiques qui t'orienteraient ou pas vers des pratiques futures ou juste donner une connaissance générale médicale.

*Quels sont pour toi les points positifs de ce stage ? Qu'est ce que ça t'a apporté pour ta pratique ?*

Je n'ai vraiment plus peur des consultations gynéco, c'est comme mon semestre de péd, j'ai plus peur des consult de péd. J'ai plus peur des consult de gynéco et pourtant elles sont complexes et surtout je pense que je vais être d'une grande aide parce que je vais pouvoir faire beaucoup de gestes techniques comme frottis, toutes les

contraceptions sans avoir besoin de renvoyer et donc de leur faire perdre du temps, voilà. Et ça me permet de savoir quelles sont les choses de débrouillage que je peux vraiment gérer toute seule et c'est une aide supplémentaire aux patientes.

*Et tu te verrais au delà travailler comme le médecin que tu suivais dans un centre de planification ou tu resterais à faire de la gynéco au sein de ton cabinet ?*

Moi je vais travailler dans un centre de santé dans 2 mois, parce que l'expérience était sympa au centre. Donc du coup je serai pas en libéral. Alors malheureusement il y a des gynécos donc peut être qu'ils viendront moins pour des problèmes gynécos me voir mais par contre on essaie de mettre en place justement les actions d'éducatrices sexuelles aux enfants. Je l'avais proposé, le cadre de santé était prêt à se lancer. Je pense que ça va peut être être un peu compliqué parce qu'il y a d'autres structures qui le font mais j'ai envie de le monter et d'apporter mon expérience. C'est un centre de santé de la ville de Paris donc la politique de la ville veut qu'on mette en place les IVG médicamenteuses qui peuvent être gérées par les médecins gé. Je pense que j'aurais été flippée du feu de dieu avant ce stage alors que maintenant ça me

dérangera pas. J'en ai vu pas mal et j'ai géré les premières étapes de celles ci. Donc ça me tranquillise vraiment, tu sais où tu vas et que tu vas pouvoir prendre en charge correctement ces femmes sans être inquiète de la suite de la prise en charge même si la gynéco c'était pas vraiment ma passion non plus, mais parce que je ne connaissais pas et donc là je serai capable de gérer ça toute seule sans avoir cette appréhension, cette inquiétude sur ce domaine parce que j'en aurais tellement vu et j'aurais vu que tous les différents cas peuvent être gérés en grande partie et du coup ça me dédramatise. Et je pense que je vais pouvoir les prendre en charge en grande partie toute seule, sans avoir à basculer sur l'hôpital ou la gynéco. C'est hyper positif sur ma pratique, je pense aussi que ça sera un gros plus pour la relation médecin patient parce que ça va permettre aux femmes aussi d'être plus en confiance. En plus c'est une population dans le 18<sup>e</sup> assez défavorisée donc je pense qu'elles ne vont pas forcément aller voir le gynéco. Même si ya des gynécos dans le centre, se dire que ton médecin gé connaît tous tes problèmes, y compris les problèmes gynécos, c'est une force dans la relation et qu'on pourra utiliser. Il savent que je suis capable de prendre en charge de

façon globale y compris d'autres domaines.

*Et ce que tu as vu des points négatifs ? Qui t'ont déplu ?*

C'est l'inconvénient de son avantage, à un moment tout se répétait et ça devenait un peu lassant et en même temps c'est aussi comme ça qu'on apprend. Donc je sais que je ne ferai pas de gynéco exclusivement parce que au bout d'un moment moi ça m'ennuie et c'est aussi pour ça que je n'ai pas fait de spécialité d'organe. Je pense que c'était surtout ça la limite. Mais bon en même temps c'est qu'une journée sur les 6 mois donc il est lieu de pas trop trop s'ennuyer. Mais voilà au bout d'un moment j'en avais marre que ce soit répétitif. Et c'est l'inconvénient de son avantage, ça veut dire de voir plein de trucs et d'être hyper calée du coup sur le domaine et d'apprendre bien mais je préférerais pas faire ça.

*Est ce que ce stage complémentaire a un peu changé l'idée sur ta pratique de généraliste ? Sur ton projet ?*

J'ai envie de dire oui et non. Non dans le sens où je pensais pas faire de gynéco, ça c'est sur, donc c'est bien. Oui dans le sens où c'était en centre de santé et que j'étais avec une gynécologue incroyablement humaine, une très belle personne qui faisait plein d'autres

choses à côté. Ça m'a ouvert un autre horizon professionnel et te dire qu'on peut faire plusieurs choses à la fois et donc c'est plus se dire que c'est inspirant de travailler dans les centres de santé, d'apprendre au contact de gens qui travaillent sur la santé des femmes. Et donc c'est quelque chose qui me plaisait déjà un peu et qui me plaît davantage. D'essayer aussi un peu d'orienter ma pratique sur ce que j'ai vu dans ce stage complémentaire parce que c'est une autre vision de la médecine. C'est toujours de la médecine générale en soi mais une autre façon d'exercer une médecine générale engagée, attentive aux femmes, de faire attention aux violences sexuelles, conjugales et tout ça et de voir tout un autre champ de la médecine générale vers lequel je ne serai pas forcément aller si j'étais pas passée par là. Ça va changer ma pratique, je vais être plus attentive aux femmes que si j'y avais pas été, c'est sûr.

*Et ce que tu as d'autres choses auxquelles je n'aurais pas pensé à aborder ? A compléter ?*

Si la durée des stages complémentaires est suffisante ou pas. Je me dis encore une fois comme tout à l'heure, oui et non. Je pense que si j'avais eu deux stages complémentaires différents

j'aurais bien aimé, ça m'aurait permis peut être de découvrir autre chose.

*Après ça aurait peut être aussi empiété sur ton temps de médecine générale « pure »*

Non c'était plus si le temps des 6 mois complémentaires, enfin 6 mois de gynéco, est ce que ça aurait pas mérité d'être couplé avec autre chose ou faire par exemple que 3 mois chez elle et 3 mois en PMI ou truc comme ça pour apprendre la puériculture. Moi je pense que vraiment ce qu'il faut faire plus de stage en ambulatoire pour nous. Il faudrait un 3e au moins. Ce serait cool que ce soit un trinôme de 3 stages complémentaires, comme ça tu te dis qu'en un stage sur les 3 yen a 2 en centre de santé qui ont orienté mon activité professionnelle future, la gynéco qui m'a donné une grande assurance et une certaine sensibilité supplémentaire face aux femmes et je me dis c'est 2 maîtres de stage sur 3 du SASPAS qu'est ce que ça aurait été si j'avais pu en faire plus.

*Si tu avais eu l'opportunité de faire plus de rencontres de libéral et aussi plus de rencontre de stages complémentaires*

Oui c'est ça, d'autres spécificités d'exercice mais qui se raccordent quand même à la médecine générale

*De prendre en charge la complexité de chaque patient en ayant élargi ton approche par des stages*

Oui ben en fait je pense qu'à chaque fois qu'on va sur un terrain qu'on connaît pas, c'est l'intérêt des stages qu'on fait dans notre internat d'élargir un peu plus notre culture médicale et donc c'est vrai que ça pourrait être pertinent d'en faire un peu plus lors de notre internat de médecine générale parce que là on est déjà orienté vers la médecine générale donc une fois qu'on est bien dans la médecine générale et convaincu de ce qu'on fait, de ce qu'on a envie de faire dans le médecine gé, peut être de voir plusieurs autres horizons, voir si on a pas envie d'aller voir plus vers cela, d'avoir une sensibilité plus particulière, par exemple d'avoir fait le CSAPA, l'acupuncture ou quoi et de se dire est ce que c'est des choses que moi j'aimerais faire dans ma pratique de médecin généraliste en plus ou pas. Je pense que c'est des forces les stages complémentaires parce que ça te donne une culture générale un peu plus adaptée et plus ciblée parce que t'es déjà interne de médecine générale et tu sais déjà ce que c'est la médecine générale et le stage complémentaire dans ton internat n'est que bonus pour te former de manière beaucoup plus subtile sur un

des nombreux territoires et domaines

de la médecine générale. Voilà.

### 7.2.2 Entretien N°10

*Quel âge as-tu ?*

28 ans

*Quelle est ta situation personnelle ?*

En couple

*Quand est ce que tu as fini ton internat ?*

Novembre 2015

*Dans quelle fac es-tu ?*

Paris 7

*En quel semestre as-tu effectué ton SASPAS ?*

5<sup>e</sup> semestre

*Quelle maquette as-tu réalisé dans le DES ? Quels stages tu as fait ?*

Depuis le début

*Oui*

En premier j'ai fait un stage de médecine interne, en deuxième j'ai fait des urgences adultes, en 3<sup>e</sup> j'ai fait mon stage de niveau 1 chez un généraliste libéral, en quatrième j'ai fait un stage de gériatrie à Lariboisière, en cinquième j'ai fait mon SASPAS et en sixième j'ai fait la pédiatrie.

*Est ce que tu as été inscrite à un DESC ?*

Non

*A un DU ?*

Non

*Est ce que tu as un sujet de thèse ?*

Non. Enfin le début est en train de se formuler

*Ya une idée de départ*

Oui mais rien de concret

*Est ce que avant de commencer le SASPAS tu avais déjà un projet professionnel un peu précis, une patientèle vers laquelle tu voulais t'orienter*

Pas de patientèle particulière. Enfin je voulais pas par exemple faire de la gynéco des trucs comme ça. Ça m'intéressait pas. Je me voyais plus travailler dans une structure collective, pas toute seule dans un cabinet libéral comme j'avais pu faire en niveau 1. Plus un truc collectif. Je ne connaissais pas les centres de santé donc je ne pouvais pas savoir que ça m'intéressait mais c'était plus quelque chose...

*Activité de groupe que ce soit salarié ou libéral mais de groupe*

Oui plus que libéral

*Quelles ont été tes raisons pour faire un SASPAS ?*

Euh mon envie de faire de la vraie médecine générale, pour pouvoir avoir plus d'autonomie, apprendre, essayer de consulter toute seule, voir si ça me plaisait bien. Et pouvoir découvrir

d'autres choses aussi parce que en SASPAS on a d'autres postes que de la médecine générale.

*Tu savais déjà à ce moment là qu'il y avait des stages complémentaires qui étaient associés ?*

Oui

*Et ça faisait partis des arguments pour lesquels tu voulais faire un SASPAS ?*

Oui aussi. Pour découvrir autre chose que le cabinet classique.

*T'avais déjà une idée sur le stage complémentaire que tu avais envie de faire ?*

Ben en fait à la fac on nous a fait remplir une feuille, on avait plusieurs possibilités, on devait cocher ce qui nous intéressait ou pas, donc il y avait voilà la PMI, les centres de dépistage, EPHAD, tout ça, Médecins du monde. On cochait ce qui nous intéressait ou pas. Et puis en fonction de ça ils nous répartissaient donc moi je pense que j'avais coché peut être pas la PMI mais j'avais dû cocher EPHAD, je pense pas que j'avais coché le CMP, j'avais coché plusieurs choses mais je voulais pas faire de gynéco, pas de pédiatrie parce que j'avais pas encore commencé la pédiatrie. J'avais quelques idées.

*D'accord. T'avais quelques choses que tu voulais à tout pris pas*

Voilà

*Et les choses qui te plaisaient plutôt c'était*

Ben la maison de retraite. Je sortais de gériatrie, donc ça m'avait intéressée, je m'étais dit que j'aimerais bien voir la maison de retraite. Et puis d'autres choses, j'avais peut être coché Médecins du monde.

*D'accord, pas forcément sur un projet particulier mais plutôt sur une espèce de découverte*

Ouai, plus de la découverte

*Oui donc ça tu l'as déjà un peu dit sur les questionnaires à remplir. Tu avais combien de maîtres de stages au final ?*

En SASPAS ?

*Oui en généralistes et stages complémentaires*

J'avais un maître de stage pour le généraliste, un maître de stage pour le CMP et un maître de stage pour l'EPHAD. Donc trois.

*Donc en stage complémentaire tu as eu le CMP et l'EPHAD. L'EPHAD c'est un petit peu ce que tu avais demandé*

Oui

*Et le CMP tu avais dit je voulais à tout pris pas et finalement*

Ben je l'avais pas coché et puis ben on m'y a affecté. Après c'est difficile de changer au niveau de la fac. Faire des échanges et tout je me suis dit bon ça

t'intéresse pas forcément mais tu vas découvrir. Et si ça se trouve ça te plaira.

*D'accord. Quand on t'a dit EPHAD et CMP, quelles étaient tes attentes avant de commencer le stage ?*

EPHAD j'attendais de voir surtout comment ça se passait parce qu'on connaît pas du tout en fait le fonctionnement des maisons de retraite. Etant en gériatrie avant, on avait des patients qui venaient de maison de retraite mais on savait pas du tout comment ça se passait, quelle est la relation avec le médecin traitant, comment ça se passe à l'intérieur, tout ça. Donc c'était vraiment pour compléter mon approche de la gériatrie. CMP ben là ça m'a fait un peu peur. Je me suis dit olala j'avais peur de faire des entretiens toute seule, peur de consulter toute seule, de faire des entretiens psy. Et puis surtout c'était mon appréhension d'être toute seule face à des patients psy sans maîtriser les traitements, devoir les renouveler. C'était surtout mon appréhension.

*Comment en pratique se sont déroulés tes stages complémentaires ?*

Alors l'EPHAD j'y étais une journée par semaine, c'était à Colombes. Et donc j'étais avec la médecin coordinatrice de la maison de retraite, une jeune qui euh. Donc le matin on faisait, il y avait 80

patients je crois, 80 résidents du coup dedans. Et on faisait avec tous les lundis matins avec les infirmières, on faisait un tour sur table des patients très rapide en 2h, voir pour chacun s'il y avait différents problèmes, on devait contacter les médecins traitants s'il y avait des traitements à renouveler, on devait aussi assurer des formations pour le personnel, formation sur vaccination contre la grippe, formation sur la gastro, euh on faisait aussi beaucoup d'administratif, les papiers les admissions de patients, on devait faire les entretiens avec les famille tout ça. Et puis voilà, beaucoup des fois, d'administratif. On devait faire...un dossier de l'année avec tous les voilà les, je sais plus comment ça s'appelait mais les statistiques de l'établissement, combien de décès, combien d'entrées, combien de maladies, les changements, les chutes... Une étude un peu sur l'EPHAD. Ça c'était pour la maison de retraite.

*Il y avait pas du tout de clinique*

Non

*Si les patients n'allaient pas bien tout ça c'était appel au médecin traitant qu'il vienne le voir*

Ça c'était ma grande surprise parce que au final, en 6 mois je pense que j'ai du examiner une fois un patient. On allait

rarement dans les chambres des patients quasiment jamais. On ne faisait que les croiser dans les couloirs ou les salles communes. On examinait vraiment que s'il y avait un danger.

#### *Une urgence*

Mais en règle générale s'il y en avait qui avait la gastro quoi que ce soit, on prescrivait un traitement symptomatique et on appelait toujours le médecin traitant pour qu'il vienne l'examiner et confirmer ou infirmer le traitement. Mais en aucun cas on faisait la vraie prise en charge du patient.

*Vous ne passiez pas au delà du boulot du généraliste qui restait le médecin référent*  
Voilà. Sauf urgence, absence du médecin. Mycose toute bête oui bien sur on prescrivait ce qu'il fallait mais il fallait quand même que le médecin passe.

#### *D'accord. C'était plus un boulot de coordination*

Oui c'est exactement ça. C'était vraiment essayer de gérer, de transmettre les informations avec l'équipe soignante aussi parce que c'est les infirmières qui appelaient les médecins. C'est toujours les infirmières qui appelaient, qui se mettaient en relation. Nous on faisait que coordonner en gros, répartir les choses. Ça c'était à l'EPHAD. Et puis au CMP donc j'avais une journée, une journée et demi par semaine où c'était

au CMP de St Ouen du coup aussi. Et donc j'étais avec une psychiatre qui avait des matinées de consultations au CMP. Des consultations d'une demi heure auxquelles j'assistais. Donc là j'avais un rôle purement passif. Des patients qu'elle suit depuis très très longtemps donc elle connaît leur vie par cœur. Et donc elle faisait les entretiens auxquels j'assistais. Il y a certains patients qui refusaient que j'y assiste, ce que je peux comprendre donc je sortais. Et puis c'était des entretiens, ils discutaient, mais c'était souvent de la vie quotidienne, y'avait très peu d'analyse psychiatrique ou de choses comme on pouvait l'imaginer mais c'était surtout des discussions. Euh donc ça c'était les entretiens et puis on avait aussi des séances de thérapies familiales où c'est un système où il y a les patients d'un côté, toute une famille derrière une vitre sans teint, l'équipe soignante est de l'autre côté, un psychiatre dans la pièce qui discute avec les patients et puis le reste de l'équipe est de l'autre côté de la vitre sans teint et nous on peut intervenir par téléphone avec le psychiatre dedans, tiens pose lui la question pourquoi elle est comme ça ou elle fait tel geste est ce que ça montre quelque chose. Ça j'en ai fait quelques unes mais pareil c'était strictement

passif. Quelques visites de patients à domicile aussi qui ne pouvaient pas trop bouger. Et puis parfois des entretiens avec les infirmiers du CMP qui font comme le psychiatre des entretiens réguliers chaque semaine avec les patients qui n'ont pas forcément nécessité de traitement mais qui ont besoin d'un soutien psy on va dire.

*Et tu restais toujours avec la psychiatre, t'es pas allée faire des entretiens avec les infirmiers, avec d'autres personnels du CMP ?*

J'ai fait entretien avec la psychiatre 95%, une ou deux fois ou un peu plus avec des infirmiers, une fois avec le psychologue mais c'était un peu redondant avec ce que faisaient les autres.

*Et après il y avait un retour sur les patients, elle essayait de t'impliquer, alors qu'est ce que tu as pensé du patient, ton diagnostic, qu'est ce que tu ferais*

Alors après chaque patient on débriefait un peu mais c'était très sommaire. On rentrait parfois dans les côtés psychiatriques c'est à dire voilà quels éléments t'as pu voir, avec des termes purement psychiatriques mais souvent c'était plus commenté la vie d'untel, elle me racontait avant l'entretien d'ailleurs, elle me racontait souvent un petit peu, si je les connaissais pas, voilà ce patient, son histoire etc... mais le débriefing

c'était surtout alors qu'est ce que tu en as pensé, comment tu le trouves par rapport à la semaine dernière et ça c'est des choses, j'ai trouvé que c'était des entretiens surtout qu'elle faisait amicale voilà presque. Genre alors comment allez vous, comment va votre sœur, où est ce que vous en êtes du travail, bon je vous renouvelle le traitement tout ça mais ça restait très...très amicale. Donc le retour que j'en faisais c'était surtout sur ça.

*C'était des patients qui étaient équilibrés*

Oui voilà, un suivi systématique mensuel mais on changeait pas forcément le traitement. J'intervenais pas sur le traitement. Je posais des questions sur c'est quoi cette molécule, je connais pas, quand est ce qu'on l'utilise, dans quelle situation etc...

*Ca t'a permis de mieux connaître les traitements ?*

Oui un peu. Des molécules que je connaissais pas et quel emploi. Mais après moi que j'utiliserais pas en ville quoi.

*Qu'il faudrait éventuellement represcrire mais pas introduire.*

Oui voilà.

*Et pour revenir dans l'EPHAD, toi ton rôle ? Pareil tu étais observatrice ou tu as eu des missions un peu plus personnelles?*

Alors je remplissais pas mal, je mettais des mots dans l'ordinateur parce que chaque patient avait un dossier informatisé. Donc après le tour du matin avec l'équipe soignante je mettais un petit mot. Si y'avait eu des changements, des changements de traitement, des choses à faire pour l'équipe soignante parce que toutes les infirmières et aides soignantes ont accès au dossier donc elles pouvaient voir les mots que je laissais. J'ai du aussi préparer des formations pour le personnel. Donc des power point sur... j'ai dû faire l'épidémie de gastro quelque chose comme ça.

*T'as eu une implication ?*

Oui oui oui. Passer des coups de fils parfois aux médecins traitants. Une ou deux fois j'ai du aller voir les patients en chambre voir comment ils allaient...euh c'était essentiellement ça. Après je l'assistais, j'assistais beaucoup la médecin coordinatrice quand elle avait des papiers à remplir, des dossiers, des entretiens avec des résidents ou des futurs résidents, je remplissais les dossiers administratifs, les dossiers médicaux, les pathologies, les appareillages, les choses comme ça.

*Ok. Quels ont été pour toi les points positifs de ces stages ?*

Alors l'EPHAD ça a été de découvrir le rôle du médecin coordinateur, que je ne

connaissais pas du tout. J'ai découvert qu'en fait elle connaissait tous ses résidents, pas par cœur mais elle avait quand même une idée globalement du sujet. Donc ça c'était une découverte. J'ai découvert qu'on pouvait faire médecin généraliste puis ensuite coordinateur, c'est un DU ou un DESC. C'était une médecin généraliste d'ailleurs la médecin là bas. Découvrir le fonctionnement surtout de l'EPHAD et voir que le médecin traitant, ceux qui s'impliquent dans les EPHAD ont beaucoup de boulot. Parce que souvent ils prennent pas mal de patients, c'est assez lourd, ils doivent aller en chambre les voir, redescendre, faire les ordonnances, transmettre à l'équipe. Ça m'a permis de voir aussi dans le rôle du médecin coordinateur l'implication dans la formation. C'est que c'est un métier assez peu clinique mais surtout d'organisation, de formation, d'enseignement. Ça c'était pour l'EPHAD. Pour le CMP, ça m'a permis aussi de découvrir le fonctionnement du CMP. Et maintenant que je fais des remplacements de pouvoir expliquer aux patients comment ça se passe. De savoir que on peut avoir un rendez vous rapidement, qu'ils sont disponibles, que c'est gratuit, qu'il y a des rendez vous très réguliers. Le fonctionnement. De

savoir parler aussi aux patients psy entre guillemets, de pouvoir mieux les aborder, d'être plus à l'aise, trouver les bons mots, laisser le temps, savoir placer des silences quand il le faut...voilà pour les points positifs. Tu veux les points négatifs ?

*Oui les points négatifs ?*

Ben les points négatifs c'est ben l'EPHAD comme je le disais c'est assez peu clinique donc j'ai pas, très très peu examiné de patients pendant 6 mois donc je vais pas dire que j'ai perdu la main mais j'ai eu l'impression d'être assez loin de la médecine classique que j'apprécie, où on examine le patient et on parle avec eux. On est assez peu en contact avec les résidents. Beaucoup de travail, de paperasse, d'ordonnances à refaire sans avoir vu le patient. On était loin des résidents. Et puis au CMP les points négatifs euh...pareil pas de...d'ailleurs j'ai oublié quelque chose je sais pas si on pourra y revenir après. Au CMP plusieurs fois j'ai du examiner des patients. Notre rôle était parfois somatique. Quand les patients avaient une plaie ou un truc comme ça les infirmières m'appelaient, me demandaient de venir voir et puis je pouvais éventuellement prescrire. Ce que ne faisait pas le psychiatre parce qu'il avait certes une formation de

somatique mais qu'il ne l'applique pas donc quand il y avait un souci somatique je le prenais en charge. Et donc du coup en psychiatrie ya forcément moins de somatique donc ça je m'en suis très très peu occupé. C'était aussi un peu dommage de ne pas avoir à examiner de patient. Et puis ben...euh...j'ai moins aimé le côté voilà longueur des entretiens d'une demi heure, on parle de la vie du patient, des nouvelles de sa famille, des enfants, du travail, tout ça. Et on rentrait pas autant dans l'aspect psy que j'aurais aimé mais si l'aspect psy ne m'intéresse pas fondamentalement mais au moins. Là où j'aurais pu décortiquer les pathologies, les termes psychiatriques plus que sur la qualité de vie même si c'est sur que c'est important. Mais j'aurais aimé plus creuser dans le psychiatrique.

*Est ce que tu as trouvé que ces stages là ont été intéressant pour ta pratique de généraliste ?*

Oui. Pour découvrir et pouvoir mieux en parler aux patients. D'avoir une notion de ce que c'est que l'EPHAD, et puis les vieilles personnes quand elles ont peur, de pouvoir leur expliquer, les activités, qu'ils ne sont pas tout seuls, qu'ils sont entourés, qu'ils ne sont pas abandonnés. Et puis le CMP, leur expliquer le fonctionnement, je suis beaucoup plus à

l'aise. Avant je disais ben allez voir au CMP sans savoir ce qui s'y passait. Maintenant je sais comment c'est, donc je peux les rassurer, leur expliquer tout le fonctionnement, toute l'importance que ça peut avoir dans le suivi.

*Une première approche pour tes patients en tant que généraliste, de connaître ces réseaux là*

De pouvoir les adresser. Ben je suis à St Ouen, je connais certains du CMP donc je peux leur dire allez voir docteur untel, allez voir telle infirmière. Avoir un réseau aussi. Ça, c'est important.

*Surtout si tu restes dans le même endroit.*

Oui, je suis au même endroit

*Est ce que tu recommanderais ces stages complémentaires ?*

Oui pour une découverte. Maintenant je trouvais que ça faisait un peu long six mois. J'aurais préféré que ce soit plus court. Parce que au bout de 6 mois d'EPHAD j'ai eu l'impression de faire le tour. Je pense que 3 mois ça aurait été suffisant. Le CMP aussi. Peut être faire autre chose. Plus de stages complémentaires si c'était possible de tourner avec d'autres internes. Mais en règle générale pour une découverte oui.

*De garder ces stages qui t'intéressaient pas forcément initialement comme le CMP mais qui t'a permis de découvrir*

*quelque chose et puis ensuite de tourner sur quelque chose d'autre*

Oui voilà sur la PMI ou autre chose. Mais je pense qu'ils sont importants parce que les généralistes ont des liens avec le CMP. Les médecins généralistes peuvent être les médecins traitants de patients résidents donc il faut savoir comment ça se passe, les patients en EPHAD. Donc oui c'est important de découvrir, d'y être allé.

*Et t'as pas l'impression qu'on t'a retiré de ton temps de formation généraliste en allant comme ça deux jours par semaine dans des...ailleurs*

Ben j'avais deux jours en médecine classique. Mais c'est vrai que ça m'a retiré un petit peu de médecine générale plus classique. J'examinais pas de patient. Je discutais pas moi même forcément avec les patients. J'avais la moitié de la semaine classique, l'autre moitié moins classique. Ça reposait un peu l'esprit parce que c'était un travail facile. J'ai eu six mois quand même tranquille, on va dire niveau horaire, niveau rythme. Mais j'aurais aimé oui un jour de plus je pense en médecine générale.

*Quitte à ce qu'on t'enlève un stage complémentaire ?*

J'avais deux jours en... au final j'avais un jour off dans la semaine. J'aurais aimé

avoir, quitte à avoir un jour off en moins mais avoir trois jours de vraie médecine générale et garder les deux stages complémentaires. Je pense un jour par semaine c'était suffisant dans les établissements.

*Et s'il n'y avait pas de stage complémentaire au sein du SASPAS ? Si on faisait uniquement des stages chez les généralistes ?*

Ben j'étais contente d'être chez le généraliste mais je trouve que justement c'était une découverte, un petit plus, qui pouvait donner un peu de fun on va dire mais d'y voir autre chose, plus loin que la médecine classique sachant que c'était la seule occasion de ma vie d'en faire. Une fois qu'on a terminé l'internat, on peut plus retourner dans ce genre d'endroit, on peut pas découvrir. C'était maintenant ou jamais de s'ouvrir à autre chose, à un autre fonctionnement. Voir comment ça se passe ailleurs quoi.

*Même si c'est pas forcément des stages dont tu avais envie au début, en fait*

Oui j'ai été globalement satisfaite de ces découvertes et de ce que ça a pu m'apporter pour plus tard. Ça m'a peut être pas apporté sur le...médicalement mais ça a pu me donner des éléments pour orienter les patients, pour expliquer. C'est des bagages de connaissances pas médicales mais

pratiques sur le fonctionnement sur la médecine ambulatoire, les réseaux dont on a besoin en tant que généraliste.

*Et est ce que justement, toi on t'a, après des choix, mais imposé ces stages là, est ce que tu aurais préféré aller démarcher directement pour un stage complémentaire en particulier ?*

Ben je pense que c'est quand même plus facile de nous avoir imposé parce que chercher, téléphoner, envoyer des mails passer des entretiens c'est un peu fastidieux surtout qu'on l'a jamais fait pendant l'externat ni l'internat. On nous a laissé choisir nos stages. Donc je sais pas si j'aurais eu le courage de démarcher. Et puis là finalement de me l'avoir imposé... c'était à des endroits accessibles en transport, les équipes étaient très sympas donc certes on me l'a imposé, ya des choses que j'aurais pas choisi par exemple le CMP mais globalement je suis plutôt satisfaite. Et je pense que j'aurais pas aimé démarcher par moi même, trouver par moi même, ça aurait été trop compliqué je pense.

*Ca aurait été un frein de faire un SASPAS ?*

De faire des stages complémentaires oui. Autant trouver des généralistes peut être que c'est plus simple mais les stages complémentaires je pense que ça aurait été compliqué de débarquer comme ça

et de demander s'ils veulent bien me prendre.

*Est ce que ya autre chose que tu voulais soulever, que je n'ai pas abordé*

Non je pense qu'on a fait le tour. Voilà globalement ça m'a plu. C'était assez peu clinique donc ça c'est un peu dommage mais je pense que les deux jours par semaine où j'étais complètement toute seule en médecine générale, parfaitement autonome ont pu me suffire à me perfectionner vraiment et ça a été un petit plus, peut être plus que je me l'imaginai. J'ai peut être, dans ces stages complémentaires, plus retenu de leçons que je l'imaginai quand au fonctionnement et tout l'apport que ça peut avoir.

*Et là en rempla tu te sens suffisamment à l'aise par tes jours que tu as fait*

Oui. Les deux jours chez les généralistes. Et l'ouverture que ça m'a apporté. Et tous les jours ou quasiment je parle du CMP même si je connais pas celui de la ville dans lequel je remplace mais je connais le fonctionnement. Chaque fois

que j'ai des patients psy je les suis mais également je leur dit d'aller au CMP. Et beaucoup ne connaissent pas et je peux expliquer ce que c'est et pas seulement c'est un centre psy gratuit quoi. Je peux expliquer le fonctionnement, comment ça se passe...

*Sur ta pratique quotidienne*

Ça m'aide. L'EPHAD un peu moins parce que je suis peu de personnes âgées mais je sais à peu près comment ça se passe dedans et ça c'était une découverte totale. J'y avais jamais mis les pieds avant, ma famille ou quoi que ce soit donc ça c'était, c'était bien de découvrir ça.

*Et ça te donnerait des envies pour plus tard d'être médecin coordonnateur d'EPHAD ?*

Euh non c'est pas assez clinique. C'est intéressant, c'est des horaires plutôt souples mais pas...c'est pas assez clinique. Je pense quand on aime examiner et avoir un suivi c'est pas ce qu'on recherche.

*Ok ben merci beaucoup*

### 7.2.3 Entretien N°14

Quel âge as tu ?

28 ans

*Ta situation personnelle ?*

Euh dans quel ?

*Si tu es en couple, célibataire, avec des enfants ?*

Célibataire

*Dans quelle fac est ce que tu es ?*

Paris ouest

*Donc là tu n'as pas fini encore ton internat ?*

Non je finis dans 2 mois

*En quel semestre est ce que tu as effectué ton SASPAS ?*

Ben actuellement, je suis en 6<sup>e</sup> semestre

*Quels stages est ce que tu as validé dans la maquette du DES ?*

Euh les stages obligatoires ?

Oui

Tout. Urgences, médecine adulte j'étais en médecine interne, le SP1, la pédiatrie. J'ai fait un deuxième semestre de pédiatrie et j'ai fait un deuxième SP1 parce que j'avais pas validé le premier.

*Est ce que tu as été inscrit à un DESC ?*

Non

*A un DU ?*

Non

*Est ce que tu as un sujet de thèse ?*

Euh... alors ça dépend. J'ai un sujet sur lequel bosser. Mais...

*C'est sur quel sujet que tu aimerais*

Alors là j'avais déjà bossé sur un sujet mais tout ce que je voulais, tout avait déjà été fait. Là je suis parti sur un truc, les techniques de lavage de nez chez les nourrissons dans le cadre de la rhinopharyngite, chez les parents, chez les soignants, les explications, est ce qu'il y a une méthode mieux qu'une autre. Voilà.

*Ah oui c'est intéressant*

Mais oui mais oui c'est intéressant, moi ça m'intéresse

*Chacun fait à sa sauce*

Mais oui c'est ça. Mais est ce que c'est pas le mieux que chacun fasse à sa sauce. C'est ça que j'aimerais bien voir. Si ça n'a pas été fait.

*Avant de faire le SASPAS est ce que tu avais un projet professionnel particulier ?*

Euh...alors oui après l'internat c'était de dire enfin que je ferai très probablement de la médecine générale. Voilà. J'avais déjà ça en tête quoi.

*T'avais pas déjà une idée de patientèle particulière ?*

De patientèle ? Si moi je suis orienté médecine de la femme et de l'enfant. Moi c'est plutôt ça mon idée mais je voudrais le pratiquer en faisant de la médecine générale pas en faisant, pas en faisant...

pas de la PMI par exemple. Voilà. On en... tu reposeras les questions après mais voilà.

*Pas dans ce contexte là. Quelles ont été les raisons de ton choix pour faire un SASPAS ?*

Euh ben ça me semblait évident pour faire de la médecine générale, faut apprendre déjà. Et un stage en SP1, tout le monde le dit, ça va paraître une évidence mais c'est pas assez. Tous les autres internes, tous les autres DES ce serait pas concevable de faire un seul semestre obligatoire dans sa spécialité. Donc voilà. Et puis c'était vraiment ça qui m'attirait, vraiment ça que je voulais faire. Euh.... et puis retourner à l'hôpital bon ben voilà ça... accessoirement ça ça m'aurait gonflé.

*Quelles sont les modalités du choix du SASPAS dans ta fac ?*

Alors on choisi en fonction du... ah oui parce que c'est pas pareil dans les autres facs. Nous on choisit en fonction du rang de classement à l'internat comme pour les stages hospitaliers, et on choisit avant la date du stage hospitalier pour que ceux qui n'ont pas eu de SASPAS puissent se retourner et avoir un stage hospitalier. Voilà. Alors il me semble, j'ai souvenir que si tu envoies un mail avant tu es prioritaire par rapport aux autres

que ceux qui envoient pas un mail. Bon c'est...

*Ça faut le savoir*

Voilà mais bon c'est. Sachant qu'on a, enfin je sais pas si ça t'intéresse mais au niveau des choix c'est très variable. Ya pas beaucoup de SASPAS par rapport au nombre d'étudiants, il doit en avoir une douzaine. Ya des semestres où il reste des SASPAS, tous ne sont pas pris même quand ceux qui ont déjà fait un SASPAS le prennent, ils sont pas prioritaires, ils sont en dessous de la liste, même quand des gens d'autres facs voulaient un SASPAS et en prennent un dans notre fac ben il en reste des fois. Et puis des fois ben le semestre d'avant je voulais aller choisir et y'avait plus de SASPAS avec PMI. Alors que j'étais bien classé. Donc voilà c'est...c'est très étrange

*Et c'est des maquettes déjà toutes faites et tu choisies*

C'est un user en fait avec trois maîtres de stage en général et tu choisies. T'as le nom du maître de stage, là où il est, son numéro. Tu peux voir aussi sur le site du DES les appréciations qui sont pas très très bien toujours très remplies. Et qu'est ce que je voulais dire...et donc oui tu choisies un user. Alors des fois ya un maître de stage en PMI, enfin ya certains users où ya un maître de stage en PMI.

Voilà. Et certains non, c'est que des généralistes.

*Et en stage complémentaire vous avez uniquement PMI ?*

PMI oui

*C'est généralistes plus PMI ou généralistes seuls*

Oui. Sachant certains enfin ya des stages qui valident le pôle mère enfant. Je sais pas si c'est comme ça dans d'autres facs. Donc tous les stages où ya un maitre de stage de PMI et puis plus certains où ya que des généralistes mais qui font beaucoup, suffisamment d'actes de pédiatrie et de gynéco. Voilà. Et oui ya que la PMI en stage complémentaire. Alors si l'interne est en demande il peut faire des micro stages mais... ce que j'ai fait en SP1 moi, j'ai fait soins palliatifs mais c'est des trucs d'une journée chez certains spécialistes.

*D'accord tu passes comme ça en observateur mais c'est pas quelque chose qui rentre dans une maquette, c'est une démarche que toi tu dois faire*

Exactement, exactement

*Mais ya quand même cette possibilité là que la fac laisse*

Oui alors que la fac laisse mais tu, enfin tu vois avec ton maître de stage. Mais bon concrètement tu fais rien, tu observes.

*Combien est ce que tu avais de maîtres de stage au final ?*

Là sur ce semestre trois. Enfin officiellement trois, deux généralistes et un médecin de PMI qui fait la protection infantile. Mais moi j'avais pris de la PMI pour faire de la gynéco. Donc en fait j'ai trouvé, une semaine sur trois je fais une journée en planification avec une sage femme. Donc on est deux en consult et donc voilà. La sage femme n'est pas maître de stage officiellement mais je bosse avec elle, je fais tout avec elle.

*Et donc toi tu voulais dans la maquette avoir un stage en PMI*

Oui.

*C'était pas il reste ça je vais le prendre*

Non parce que la première fois c'est ce dont je te parlais. La dernière fois il restait des stages de SASPAS mais pas de PMI. Donc j'ai dit bon ben je le ferai au prochain semestre et puis bon je suis allé à l'hôpital refaire un semestre de pédiatrie parce que voilà normal.

*Est ce qu'il y avait des enseignements spécifiques pour les SASPAS au sein de la fac ?*

C'est à dire ? Ah des réunions

*Ben je sais pas des réunions, des cours, des groupes de pairs, des choses uniquement pour les SASPAS ?*

Non. Il y a des réunions à mi-stage, à chaque moitié de semestre pour ceux

qui sont en stage ambulatoire, donc SP1 et SASPAS confondus. Donc là on vient tous. Mais quelque chose de spécifique pour les SASPAS non il y a rien.

*Et donc quelles ont été les raisons pour toi du stage en PMI ? D'aller en PMI ?*

Essentiellement parce que je voulais me former à la gynéco. Tu parles avant le choix parce que après j'ai un peu révisé mon jugement.

*Oui oui*

Essentiellement me former en gynéco parce que j'avais déjà fait pas mal de péd en SP1 et de la péd hospitalière. Donc j'avais pas fait de gynéco, je voulais pas faire de stage hospitalier parce que ça, enfin ça, tous les échos que j'avais entendu ils étaient pas terribles pour se former à la médecine gé. Donc je voulais faire de la PMI pour faire de la gynéco. Et de la pédiatrie aussi accessoirement. Euh voilà. Alors il s'est trouvé que mon maître de stage est en protection infantile donc il fallait quand même que je fasse de la péd. J'ai réussi à faire de la plannif, une semaine sur trois c'est pas énorme mais c'est quand même bien, j'apprend plein de trucs. Surtout que j'ai rien fait depuis que je suis, depuis la D2 donc...depuis l'externat donc en gynéco. Et puis mais finalement pour la pédiatrie c'est vachement bien parce que aux urgences on voit le versant

pathologique, en PMI on voit le versant préventif. Et c'est vraiment, tout ce qu'on fait on peut le faire en cabinet. Donc c'est vraiment intéressant. Et moi j'aime, comme je t'ai dit je suis particulièrement porté sur médecine de la femme et de l'enfant donc voilà. Ça change après il paraît.

*Comment en pratique se déroule ton stage en PMI ?*

Que en PMI ?

*Oui uniquement en PMI*

Alors euh tous les mercredis je suis en PMI. Le mercredi après midi ya les consultations donc là c'est moi qui fait les consultations tout seul. Je débrieife à la fin de la journée avec mon maître de stage qui est là si jamais ya un souci. Mais elle elle fait pas, ya une seule salle de consult. Ya que moi qui les fait. Elle elle fait plein d'autres trucs de PMI. Et puis...et puis le mercredi matin ça dépend. Souvent j'ai des bilans des écoles. Et quand il n'y en a pas ou que c'est les vacances, je fais d'autres choses. Je vais en consult ailleurs en protection infantile aussi. Voilà. Sinon éventuellement, hier par exemple je suis venu à la PMI, yavait la permanence puéricultrice donc j'ai suivi l'infirmière. Bon on a vu un patient mais... et voilà. Et c'est tout. Je ne vois pas trop les autres

aspects de la PMI. C'est peut être un peu ce qui va me manquer c'est que je vois pas le côté ASE, voilà, le côté agrément. Bon. Mais je vais voir ça. Et puis donc un mardi sur trois. Alors deux mardi sur trois je suis au cabinet avec ma prat et donc un mardi sur trois je fais la journée en plannif. Donc avec une sage femme.

*Et là ça se passe comment ?*

Là on est tous les deux dans le bureau et puis ça m'arrive de faire des ordonnances mais normalement je dois pas les faire. Mais en gros c'est nous qui, on fait tout ensemble quoi. ça se passe plutôt bien donc... Elle me demande mon avis, donc on travaille un peu en collaboration, c'est pas mal.

*T'es pas uniquement en observation*

Non. Ah non pas du tout. Ah non j'examine les patientes. Souvent, oui c'est souvent oui je trouve que c'est souvent, ya quand même des patientes qui me demandent de sortir. Mais bon ça va c'est pas... par rapport à quand il y avait une consult de gynéco en médecine générale là pour le coup il fallait que je sorte. Donc là ça va c'est c'est, ça va. Il me manque un truc c'est que j'aimerais bien voir et faire la pose et l'ablation d'un stérilet, que je n'ai toujours pas fait.

*Il reste deux mois*

Oui mais une semaine sur trois, sachant que là ils sont en plein déménagement donc on sait pas trop, ben on sait pas trop où je vais aller donc ça se trouve je vais plus faire de plannif. Non mais je vais contacter un médecin. Ya un nouveau médecin qui vient d'arriver à la plannif qui avait des internes déjà, il était dans le 77. Et donc je vais voir avec lui.

*Et en consult infantile tu as tout de suite été jeté dans le bain de la consult ?*

Non. Non je l'ai pas dit mais j'ai d'abord fait supervision directe. Ça c'était bien passé donc elle me laissait vite la main. Ça se passait très bien donc...on a dit au bout de 1 ou 2 mois je sais plus on a dit bon ben je fais les consults tout seul. J'avais demandé à faire ½ heure au lieu de 20 minutes parce que ça...pour un gamin...Encore en médecin gé ça va, je suis passée à 20 minutes mais en PMI ça prend quand même plus de temps. Ne serait ce que parce qu'il y a la pesée avant. Donc voilà non non et puis voilà. Non ça se passe très bien. De temps en temps je l'appelle quand j'ai un problème d'ordre dermato, trucs comme ça surtout.

*Si besoin elle est là*

Oui si besoin, toujours.

*D'accord. Et vous débrieffez de tous les patients ensuite ?*

Oui oui.

*Tout ce que tu as vu, tout ce que tu as fait.*

*C'est une vraie supervision*

Oui oui. Ya pas grand chose à dire d'ailleurs en général mais voilà. Oui c'est intéressant. Ya toujours un truc à dire. Donc non non ça se passe très bien. Je fais les BCG. Voilà.

*Et donc là tu bosses avec la sage femme en plannif c'est ça ? T'as fait une journée avec la puer. Ya d'autres paramed avec qui tu as pu travailler ?*

Alors ya le bilan des écoles, ceux là maintenant je les fais tout seul, avec une puer aussi. Et je débrieife avec mon maître de stage ensuite aussi.

*Ça consiste en quoi ?*

Bilan des écoles ? On démarche toutes les écoles du département, la PMI démarche toutes les écoles du département et pour savoir, pour proposer un bilan de santé de tous les enfants qui sont en moyenne section. Donc quand l'école répond favorablement ben dans la matinée on fait 4 ou 5 enfants. On dit à l'école oui proposez aux parents de venir parce que c'est vrai que c'est plus enrichissant quand même quand les parents sont là et on fait, on se met dans une salle, on voit les élèves un par un et on fait dépistage auditif, dépistage visuel de loin, test du langage, motricité. Voilà. Et

puis quand les parents sont là j'examine le gamin sinon je l'examine pas. Mais voilà... donc 4 ou 5 enfants dans la matinée c'est pas mal.

*Est ce qu'on t'a proposé des formations complémentaires soit avec le planning soit avec la protection infantile ?*

Euh non non. Si peut être l'ASE mais bon ça ça...

*Et donc ça tu y as pas accès ? Les jours où tu y es*

Je pense que si je demandais peut être que je pourrais. Je sais plus ce qu'on s'est dit là dessus mais on en a parlé. Mais moi ça me... je préfère qu'on m'explique en quoi ça consiste, mais aller voir... je sais pas, ça me dit rien. Donc voilà. Je suis peut être pas assez ouvert d'esprit mais...mais non mais je trouve qu'on fait déjà pas mal de choses. Donc c'est vraiment très sympa. Ceci dit je trouve aussi, c'est mon opinion, c'est qu'on fait trop souvent la même chose... c'est paradoxal c'est que voilà, je trouve que c'est trop routinier.

*Justement on en arrivait sur les points positifs et négatifs*

Ah super

*Commence par ce que tu veux, les points positifs ou négatifs.*

Alors ben les points négatifs euh... oui justement c'est ça en fait. Le point négatif essentiel c'est que c'est très

routinier. Moi j'y étais allé en me disant ça se trouve, j'étais déjà porté sur la médecine de la femme et de l'enfant, ça se trouve j'aurais envie de faire de la PMI. Et en fait assez vite je me suis rendu compte que non parce que c'est vraiment tout le temps la même chose, c'est un peu tout le temps la même chose. Alors chaque situation, chaque patient est différent, ça c'est l'intérêt mais sur le plan médical on voit pas les pathologies. Bon en pratique on en voit un petit peu quand même parce que les parents nous posent toujours des questions. Mais euh voilà... moi ça me suffirait pas dans ma pratique. Et en parallèle je suis en médecine générale et je vois tous les trucs qu'on fait donc je sais que c'est ça que je veux faire. Euh ça c'est le point négatif. Après en plannif les patientes qui me demandent de sortir. Ya pas beaucoup de patientes le jour où j'y suis, ya pas beaucoup de consults, y'en a peut-être une dizaine donc si y'en a la moitié qui me disent de sortir pendant l'examen ça commence à faire léger. Euh et puis voilà... Sinon des gens très sympa. Voilà. Euh... non c'est tout pour les points négatifs c'est tout. Les points positifs c'est qu'on est vachement bien formé à des choses qu'on voit pas ailleurs, y compris en cabinet de médecine générale alors que c'est des

choses qu'on pourrait faire. Les dépistages chez les enfants ben je l'ai appris en PMI. Et quand je vois des gamins en cabinet je fais exactement la même chose. Je fais tout ce que je fais et c'est, c'est complètement adapté. Ce serait pareil pour la gynéco. Je vois pas beaucoup de gynéco mais, en cabinet, mais j'espère que je vais pratiquer et je pense que ce sera pareil donc voilà. Si je prescris, enfin, en cabinet j'essaie souvent d'aborder la contraception avec les femmes jeunes donc c'est quelque chose que je fais un peu plus souvent.

*Tu mets déjà en application ce que tu vois là en stage*

Oui oui. Sur la prescription de pilule c'est ce qu'il y a de plus fréquent, essentiellement. Après le reste... des frottis j'en ai fait quelques uns, mais j'en fais pas en cabinet. Mais c'est des choses que je vais faire en cabinet. Pareil pour la petite pathologie gynéco, les stérilets j'aimerais bien, euh... voilà. Donc euh non on apprend énormément de choses. On découvre ce que c'est que la PMI parce que même si on veut pas en faire c'est quand même bien de voir que ça existe et comment ça fonctionne, c'est un peu comme le CMP je trouve, c'est un truc un peu flou qu'on nous a vendu et en fait quand on y est on se rend compte de ce que c'est. Et ça change aussi des

populations qu'on voit pas forcément chez le généraliste. Des populations qui sont pas suivies ailleurs, ya alors ya tout le monde, ya de la population précaire. Bon là où je suis c'est pas trop la problématique mais bon. L'ouest parisien mais voilà. Donc voilà ça c'est les...très très formateur et très agréable parce que on voit des gamins qui vont bien. Et ça c'est cool. Moi je prends mon pied à la consult à examiner des gamins.

*Est ce que tu vois d'autres points positifs à rajouter ?*

Euh l'ambiance ça j'ai déjà dit. Euh... peut être un peu, ah ah oui c'est lié à l'ambiance. On travaille un peu plus en équipe en PMI donc ça c'est assez sympa. C'est le côté sympa de l'hôpital que je trouve c'était le travail en équipe. C'est vrai qu'on le fait un peu plus en PMI, ya du dialogue, de la discussion, c'est vraiment... et quand tu bosses avec les bonnes personnes c'est vraiment très agréable. Oui forcément. Mais moi je suis bien tombé donc. Vraiment moi je m'éclate dans mon semestre. Voilà c'est... bon c'est loin mais la route est facile, c'est plutôt mignon donc... c'est à Houdan, je sais pas si tu connais.

*Non*

C'est au fin fond des Yvelines. Donc personne n'y va donc je suis tout seul sur la route donc... donc c'est vraiment

sympa et je me dis que c'est dans ce genre de coin là que j'aimerais bosser plus tard. Je suis près de Rambouillet aussi en cabinet. Euh voilà, je je... je vois un petit peu, je découvre la région. Ça donne des idées on va dire.

*Est ce que tu penses que ça a été intéressant pour ta formation de généraliste de passer en PMI et aussi en planif ?*

Oui les deux. Ben c'est ce que je viens de dire en fait. C'est que oui on est formé à des choses que moi je voudrais faire quand je serai généraliste, le suivi de la femme et le suivi de l'enfant. Tous les généralistes ne font pas de gynéco ou le suivi de l'enfant donc c'est vraiment, c'est, moi je dis c'est indispensable si on veut s'orienter vers cette activité là.

*Est ce que tu recommanderais ce stage ?*

Oui. Complètement. Si tu veux faire, si tu veux faire de la gériatrie fait plutôt... mais voilà si t'es orienté femme et enfant oui.

*Et si yavait pas de stage complémentaire au sein du SASPAS ? Si tu passais uniquement chez les généralistes ? Qu'est ce que tu en penses ?*

Alors qu'est ce que je penserais du stage si j'avais que mes deux maîtres de stage ? C'est génial mais bon c'est juste que je le saurais pas mais il me manquerait quand même un peu au

niveau de la pédiatrie. Parce que bon je vois beaucoup de gamins, surtout pour des pathologies mais j'essaie de me ramener le gamin pour le suivi après. De faire le suivi mais je pense que c'est le stage en PMI qui m'aide à faire ça. Donc je pense qu'il me manquerait des trucs. Et puis la gynéco clairement j'en ai... ya que, je trouve que c'est vraiment un super endroit pour se former à la gynéco donc...

*C'est des pathologies de base de gynéco qu'on voit en cabinet ?*

Oui. Pour la prévention déjà. La mission de la plannif c'est la contraception chez les femmes jeunes. Euh c'est pas de faire les frottis normalement mais c'est fait quand même chez les femmes qui sont suivis. C'est pas, normalement on voit pas la pathologie. Mais comme ya des femmes qui viennent pour ça on le fait quand même et c'est quand même, non c'est intéressant. Et puis bon de savoir qu'il y a plein de femmes enfin qu'il y a une demande pour le suivi gynéco donc ça c'est aussi un plus.

*Dans certaines facs, les stages complémentaires il faut que tu démarches en fait, que tu ailles trouver et les généralistes et les stages complémentaires. Il faut que tu ailles voir les gens, tu choisis ce que tu veux. Est ce que tu penses que c'est mieux le fait que*

*ce soit imposé comme ça dans une maquette ou d'aller démarcher et du coup d'avoir la possibilité de faire autre chose que là ce qu'on te propose la PMI.*

Euh moi je suis un peu fainéant donc le fait que ce soit imposé et que ce soit déjà fait ça me convient bien. Sachant que comme je te l'ai dit c'est un peu à la demande de l'interne. Alors ya des maitres de stage qui font de la protection infantile, ya des maitres de stage qui font de la gynéco et ça on le sait pas en choisissant le stage donc ça c'est quand même un peu dommage. Faudrait qu'on le sache et qu'on sache où on est parce que l'endroit est pas toujours le bon. Parce que la PMI ben on se déplace quoi. Mais sinon mais...non comme c'est là ça me conviendrait bien mais je sais pas si on devait faire nous même la démarche, je sais pas, peut être que ce serait mieux, j'en sais rien. Mais non là tel que c'est là c'est bien. Euh... et puis ils s'adaptent quand même. Ils s'adaptent aux besoins, aux internes. Enfin moi dans mon stage. Donc c'est vraiment cool. Moi je trouve que c'est bien comme ça.

*Et vous dans la fac vous avez accès uniquement à la PMI, est ce que tu penses que ça peut être intéressant de voir autre chose ou...*

Moi oui je pense. Mais alors parce que tu viens de m'apprendre que y'en avait qui avait des stages complémentaires mais j'y avais jamais pensé. Oui moi je pense que c'est intéressant pour les gens que ça intéresse évidemment. Moi voilà c'est ce qu'ils disent dans mes deux stages. Laissez le SASPAS à ceux qui veulent faire de la médecine générale. Ceux qui font le DESC d'urgence ça leur plaît pas parce que y'en a pas assez. Et puis voilà faut faire de la PMI si on est intéressé par la femme et l'enfant. Et ce serait pareil pour le reste. Est ce que oui le stage complémentaire avec un, je sais pas un gériatre ou un médecin coordonnateur d'EPHAD, soins palliatifs, voilà qu'est ce qu'il y a d'autre... médecin de la sécu pourquoi pas. Non mais médecin de la sécu, médecin du travail, ceci dit c'est quelque chose que nous on ne fera pas mais je pense que ça peut être intéressant de voir un peu ce côté. Ben mon oncle il est médecin de la sécu à Bordeaux et lui il reçoit des

internes de médecine générale très régulièrement. En micro stages entre guillemets, ils viennent passer quelques jours mais oui de découverte un tout petit peu pourquoi pas. Et euh non je pense qu'il y a plein de possibilités quand on y réfléchit et il faudrait peut être approfondir ça. Mais déjà il y a pas assez de généralistes, enfin ya pas assez de terrain de stage de SASPAS chez le généraliste donc déjà il faudrait trouver...

*Oui mais il pourrait y avoir un stage affilié à chaque binôme ou trinôme de généralistes*

Oui mais y'en a déjà plein qui sont avec une PMI donc y'en a quelques un qui sont que avec des généralistes. Oui oui on pourrait faire ça mais voilà y'en a pas beaucoup.

*Est ce qu'il y a autre chose que tu voulais soulever sur la thèse, le sujet ?*

Je réfléchis... non écoute je pense que je t'ai tout dit...non c'est bon

*Et bien merci beaucoup*

### 7.3 JOURNAL DE BORD

16 avril 2015

Première rencontre avec mon directeur de thèse à qui j'ai proposé le sujet. L'idée a émergé alors que j'étais en SASPAS avec un stage complémentaire en PMI. J'avais apprécié ce stage qui m'avait permis d'être plus à l'aise avec les enfants, l'examen d'un enfant en bonne santé, les vaccinations, le développement psychomoteur. Cela m'avait permis également de découvrir la PMI et son organisation. Un ami était en médecine scolaire en stage complémentaire, ses retours étaient plutôt négatifs. J'ai fait un peu de bibliographie, pas de thèse encore faite sur le sujet. J'étais partie initialement sur une étude quantitative et j'avais fait un questionnaire dont je n'étais pas satisfaite. Les questions me semblaient trop larges. Après discussion, mon directeur me propose de faire plutôt une thèse qualitative. S'en suivent des mots incompréhensibles alors pour moi type, IPA, phénoménologie, herméneutique. J'ai du boulot mais les entretiens me paraissent plus adaptés.

1 juillet 2015

Clarifier mes a priori avant de me plonger dans le travail de fond.

Les stages apportent ? Tous les stages ? Personnellement ? Professionnellement ?

Pas suffisant de travailler avec un généraliste si on veut être généraliste ?

Acquisition de compétences qui ne dépendent plus du généraliste mais du spécialiste ?

Tous les stages pour tous les profils ?

Imposer ou faire démarcher ?

Stage complémentaire dès le niveau 1 pour élargir ?

15 octobre 2015

Premier entretien. Pas facile de diriger un entretien. Je sais que le guide d'entretien n'est qu'un support mais difficile de s'en éloigner. Un parcours personnel atypique. Elle parle beaucoup, de son histoire, de sa vision de la médecine qui a évolué au cours de son internat et du SASPAS. Quasiment 1h d'entretien, la retranscription me fait peur avant de la commencer, on m'a dit 1h pour 10 minutes d'entretien...

17 novembre 2015

Deuxième entretien. Je me sens déjà plus à l'aise, nous avons effectué le SASPAS ensemble. Elle me parle de ce que son stage a fait évoluer sur sa vision de la femme et de sa prise en charge. Ca me fait réfléchir sur ma pratique. Elle me propose d'envoyer un message à une de ses amies qui a effectué un SASPAS à Paris 5. Parfait, je n'ai pas encore de contact dans cette faculté.

24 novembre 2015

Troisième entretien. Je ne suis toujours pas une professionnelle de l'entretien. Il répond avec peu de mots, peu de phrases, j'ai du mal à le relancer. Il faut que je laisse plus de temps au silence. Après avoir coupé l'enregistrement, il revient sur des choses qu'il avait abordé mais j'ai l'impression qu'il ne voulait pas que ce soit enregistré.

Les entretiens précédents me paraissent plus informatifs car plus bavardes, plus propices à la réflexion et pas uniquement répondre à mes questions de manière un peu factuelle. Je n'ai pas réussi à lui faire parler de son ressenti.

1 décembre 2015

Quatrième entretien. Plutôt plus à l'aise car je la connaissais du SASPAS. Après l'enregistrement elle m'avoue qu'elle s'est demandée au début de l'entretien pourquoi toutes ces questions sur les stages. Puis finalement elle s'est dit que c'était un bon guide parce que ça permettait de mettre en perspective le parcours et de mieux réfléchir.

3 décembre 2015

Cinquième entretien. Entretien assez long, j'ai l'impression qu'il divague sur la place de l'enfant, les attentes des parents, pas besoin de relance. On en oublie même le sujet de la thèse dans certains passages.

4 décembre 2015

Sixième entretien. Encore un entretien court, compliqué car besoin de beaucoup de relances. Je remarque que les entretiens les plus courts ont été avec des gens que je ne connaissais pas. Est ce que je n'ai pas su les mettre suffisamment à l'aise ? Pourtant je me présente avant le début de l'entretien, comment j'en suis arrivée à trouver le sujet, depuis quand je travaille ma thèse. Dans les deux cas également, ils avaient des rendez

vous après l'entretien. Peut être que me voir était une forme de politesse mais qu'ils pensaient déjà à ce qu'ils devaient faire ensuite.

#### 16 décembre 2015

Septième entretien. Encore une qui est allée au planning familial, je vais commencer à tourner en rond, à arriver à saturation des données mais par manque de diversification. Entretien agréable mais court. J'ai eu du mal à la faire aller au delà des questions, pas de divagations. Je verrai pendant l'analyse mais je n'ai pas l'impression qu'elle m'ait apporté plus d'éléments que les deux entretiens précédents planning et gynécologue en libéral.

#### 5 janvier 2016

La coordination d'Ile de France a accepté de diffuser l'information de la thèse aux MSU des DMG de Paris 6, Paris 7, Paris 12 et PIFO. Cela va nous permettre de diversifier les facultés, je n'ai pas encore d'entretiens avec les deux dernières.

#### 15 janvier 2016

Nous sommes submergés de mails suite au transfert du projet aux facultés. Les MSU de Paris 6 et Paris 7 sont d'une réactivité incroyable. Une réponse de Créteil qui nous dit que leur SASPAS ne comporte pas de stage complémentaire. Je vais finir par faire une thèse sur Paris 6 et Paris 7. Des nouveaux stages apparaissent, CMP, ENMR, soins palliatifs, HAD.

#### 20 janvier 2016

Huitième entretien. Super bien accueillie, elle semble très intéressée, me pose ensuite des questions sur les entretiens que j'ai déjà réalisé, mes premières impressions. Elle insiste pour avoir un retour de ma thèse car trouve le sujet intéressant, ça fait plaisir. Intéressant de voir quelqu'un qui était contre le SASPAS finalement quasiment militer pour qu'on puisse tous en effectuer un. Elle remplace dans les territoires de ses anciens lieux de stages et apprécie de ce fait de connaître certains de ses interlocuteurs non généralistes.

21 janvier 2016

Neuvième entretien et premier dans un café. J'espère que la retranscription ne va pas être trop parasitée. Lors des échanges de mails avant l'entretien elle m'avait dit qu'elle ne savait pas si c'était intéressant car elle n'avait pas trop aimé son stage complémentaire en CMP. Mais justement je veux tous les avis. Je ne cherche pas à montrer que c'est bien ou pas mais à prendre en compte l'expérience des gens pour en sortir quelque chose. Au cours de l'entretien j'ai l'impression qu'elle balance entre non j'ai pas aimé ça m'a servi à rien et si quand même il y a des choses bien. Comme si l'entretien la faisait réfléchir sur son expérience qu'elle pensait que mauvaise et finalement lui fait tirer des réflexions plus profondes.

22 janvier 2016

Dixième entretien. Petit moment de panique au bout de 10 minutes, plus de place sur mon dictaphone de première année de médecin. Heureusement, j'ai doublé l'enregistrement sur l'ordinateur. Entretien plus fluide, elle a une position assez réfléchie sur les avantages et les inconvénients du SASPAS et du stage complémentaire. Par les entretiens j'ai l'impression d'apprendre comment sont gérés les réseaux, CMP, EPHAD et que ça m'apporte pour ma pratique personnelle.

24 janvier 2016

Les retranscriptions sont très intéressantes. Même sans analyse précise, il y a des thèmes qui ressortent régulièrement auxquels je n'avais pas pensé en débutant ce projet. Se faire de la culture médicale par le stage complémentaire, apprendre à examiner les enfants et les femmes, apprendre à connaître ses interlocuteurs ambulatoires, sortir d'une formation trop hospitalière, Leurs réflexions me font moi même réfléchir à ma vision de la place du médecine généraliste, de ma façon de prendre en charge les patients.

27 janvier 2016

Je suis un peu perdue. J'adore faire les entretiens, écouter les gens parler de leur expérience mais je ne sais pas quoi en faire après. Beaucoup plus complexe que je pensais l'étude qualitative et son analyse. Est ce que je peux me permettre d'analyser et de tenter d'expliquer l'expérience des gens ? Est ce que j'ai posé trop de questions,

intéressantes certes mais qui n'apportaient rien au sujet, et me rendent les choses encore plus floues? Est ce que je dois tout coder et ferait la sélection ensuite ou sélectionner ce que je pense avoir intérêt dès le codage descriptif? Il faut que j'aie en profondeur, que j'analyse tout l'entretien.

### 3 février 2016

Onzième entretien, avec une chef de clinique. Elle est détendue. Depuis quelques entretiens, je maîtrise bien mon guide. J'arrive à m'en éloigner. Les entretiens sont plus fluides j'ai l'impression car je laisse les gens diriger la discussion, les laisser poursuivre sur leurs idées et non sur ma question suivante.

### 4 février 2016

Rendez vous avec mon directeur. Nous rediscutons de la question de recherche qui était initialement « les apports pour la pratique de la médecine générale des stages complémentaires au sein du SASPAS ». Après les différents entretiens et analyse, le terme médecin générale me paraît trop vaste. Je réorienterais bien sur les jeunes médecins généralistes puisque c'est eux que j'interroge sur leurs pratiques, leur formation, leurs idées de la médecine générale.

Nous réécoutons quelques entretiens ensemble, il faut que je mette les gens plus à l'aise, cela leur permettra de plus s'étendre sur leurs propos. Laisser plus de silences, travailler les relances.

Nous décidons de ne pas utiliser le logiciel N vivo pour le codage.

### 5 février 2016

Douzième entretien, premier avec Paris 13 et premier de plus d'une heure. Nord sud est ouest parisien, centre et banlieue, la thèse m'aura fait voyager. Bonne impression, je me suis sentie à l'aise. Je pense avoir mis en application les retours sur les entretiens précédents avec mon directeur. J'ai laissé le temps au silence, relancé par des mots utilisés. Elle était assez bavarde et pas besoin de temps de relances. Je n'ai pas posé toutes les questions du guide car elle a balayé beaucoup de sujets d'elle même. Parfois j'ai eu du mal à savoir si elle parlait de son expérience en tant qu'interne ou maintenant qu'elle est médecin coordinateur au sein du réseau. J'ai l'impression que finalement ses tâches n'ont pas beaucoup changé.

1 mars 2016

Treizième entretien. Je la connaissais vaguement de l'externat. Plutôt bien passé, pas besoin de trop de relances. Elle repartait d'elle même lorsque je laissais des silences. Les stages chez les généralistes n'étaient pas à la hauteur de ses attentes et le stage complémentaire me paraît encore plus satisfaisant de ce fait. Première qui me dit qu'il faudrait presque que des stages complémentaires.

3 mars 2016

Quatorzième entretien et premier avec PIFO. Actuellement encore en SASPAS. Plutôt bon entretien. Il semble intéressé quand je lui explique que dans certaines facs, il y a accès à d'autres stages que uniquement la PMI, et qu'il faut parfois démarcher les médecins ou structures. Premier entretien sur la PMI que certains estiment comme un stage intéressant pour la formation mais auquel ils n'avaient pas eu accès. Donc important d'avoir un avis de quelqu'un qui y est passé. Je pense qu'on est arrivé à saturation des données.

6 avril 2016

Malgré les différentes relances, en s'adressant aux chef de cliniques, aux secrétariats, pas de réponse de certains départements de médecine générale. Entretiens pas très équilibrés entre 8 pour une fac et 0 pour une autre.

7 avril 2016

Des codages plus ou moins difficiles. Le premier codage est long, j'ai l'impression d'avoir trop d'informations. Dois-je tout coder même si certains points ne me paraissent pas en rapport avec le sujet ? D'autres me paraissent moins intéressants car j'ai pas réussi à les faire parler au delà du factuel des stages sur leurs ressentis.

15 avril 2016

Entretien avec un médecin qui n'a pas effectué de stage complémentaire à Créteil. J'ai parfois eu l'impression qu'il se contredisait selon la réflexion reprise d'un autre entretien et que je lui demandais son avis. A voir lors de l'analyse.

3 mai 2016

J'attends les codages de mon directeur pour trianguler les données. Je commence à rédiger matériels et méthodes.

23 mai 2016

Je passe au codage thématique. Chaque codage descriptif d'entretien fait entre 3 et 10 pages. Sans le logiciel N-vivo, d'un point de vue logistique c'est plus complexe. Je m'essaie à réaliser un livre de code unique, trop long, je me perds dedans. Je lis, relis les entretiens. Je note chaque thème, les verbatims de chaque entretien qui correspond.

27 mai 2016

Mes thèmes sont trop larges. Il faut que je fasse des sous thèmes plus précis. Impression de me perdre dans tous les codes.

20 juin 2016

Je domine cette masse d'informations. J'ai réussi à regrouper les codes en 5 grands thèmes : fuir l'hôpital, compléter les compétences de médecin généraliste, varier les pratiques pour éviter le burn out, place d'un professionnel en devenir, idées d'engagement de la médecin. Les titres sont encore à améliorer, pas complètement satisfaite.

5 juillet 2016

Rendez vous avec mon directeur. Nous discutons des thèmes et sous parties, de leur organisation.

15 juillet 2016

Je reprend les corrections de l'introduction, matériels et méthodes et population. Les résultats sont écrits. J'attends toutes les corrections des deux premières parties et je vais me lancer dans la discussion, grosse partie qui me fait peur.

30 juillet 2016

J'ai des difficultés pour la discussion. Le sujet n'ayant jamais été traité, j'ai peu de référence même s'il y en a plein sur le SASPAS. Je ne veux pas me perdre sur les conclusions à tirer sur le SASPAS mais bien sur les stages complémentaires.

J'ai du mal également à modéliser mes résultats.

14 août 2016

Pour la modélisation, j'ai repris l'idée des marguerites des compétences. Je trouve que les cercles qui s'entrecroisent montrent une continuité entre les différents éléments.

La discussion avance mais après la lecture d'articles d'orientation sociologique autour de l'autonomie, l'autonomisation, l'apprentissage, la responsabilité, j'ai du mal à prendre du recul pour comparer avec nos résultats.

16 août 2016

Enfin la première version de la thèse complète, toutes les parties mises bout à bout, émouvant. J'attends la validation de mon directeur pour démarrer les démarches administratives.