



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Marion HAHUSSEAU

Née le 06 Octobre 1988 à Blois (41)

Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ?

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Hubert Lardy, Chirurgie infantile, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Alexandra BADEY-MEURISSE, Médecine Générale - Tours

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine - Tours

RESUME

Contexte : Depuis 1997, les internes de médecine générale doivent effectuer un semestre ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé maître de stage des universités (MSU).

Objectif : Explorer l'influence ressentie par les MSU de la présence d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes agréés MSU, dans le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, et analyse thématique du contenu.

Résultats : Le regard de l'interne, souvent craint initialement, permettait aux MSU d'être évalués et plus rigoureux. Ils avaient un sentiment positif vis-à-vis de la relation triangulaire interne-médecin-patient. La relation avec l'interne était source de plaisir. La relation avec le patient était améliorée. Les MSU essayaient de se mettre en retrait pour laisser faire l'interne. Ils effectuaient quelques modifications dans leurs consultations, ils étaient notamment plus vigilants. L'enseignement à un interne était l'occasion d'améliorer la tenue du dossier médical. La contrainte du temps était unanime, cependant les MSU trouvaient des techniques pour y pallier. Accueillir des internes était source de formation continue car les MSU remettaient en question leur pratique, effectuaient des recherches, se formaient davantage, et l'interne leur apportait des connaissances actualisées.

Conclusion : Les MSU percevaient une influence de l'interne sur le relationnel, l'organisation des consultations et du temps de travail, et sur leur formation. Hormis la contrainte du temps, le ressenti global était positif, avec une amélioration de leur pratique.

Mots-clés : maître de stage, interne, stage de niveau 1, pratique

ABSTRACT

Do residents influence their general practitioners supervisors' professional practice?

Background: Since 1997, residents in general practice have to perform a semester with one to three approved general practitioners (GPs) supervisors.

Objective: Investigate general practitioners' feeling about resident's influence on their professional practice.

Method: Qualitative study based on semi-structured interviews with general practitioners from Loir-et-Cher and Indre-et-Loire. Interviews were audio recorded, fully transcribed, and a thematic analysis was performed.

Results: The resident's point of view, often initially feared, enabled GPs to be evaluated and more rigorous. Doctors' feeling about the triangle relationship resident-doctor-patient was positive. The relationship with the resident was a pleasing experience. The relationship with the patient was improved. GPs tried to take a step back to let residents practice. They made changes during their consultations, they were particularly more attentive. Teaching was the opportunity to improve the keeping of medical records. Time constraint was unanimous, however GPs found solutions to deal with it. Residents' supervision was like a continuous training because GPs questioned their practice, conducted research, undertook further training, and the resident provided updated knowledge.

Conclusion: GPs perceived resident's influence on relationship, organization of consultations and working time, and on training. Apart from time constraint, doctors' feeling was positive, with a practice improvement.

Keywords: general practitioner, resident, training, practice

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile

LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie || BARBIER Louise | Chirurgie digestive |
| BERNARD-BRUNET Anne | Cardiologie |

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Cécile Renoux, ma directrice de thèse, merci pour votre aide et votre disponibilité remarquable tout au long de ce travail de thèse.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lebeau et Monsieur le Professeur Lardy, pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Soyez assurés de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Alexandra Badey-Meurisse, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Merci de m'avoir fait découvrir l'exercice de la médecine générale.

Aux médecins que j'ai interviewés, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Merci pour ce temps accordé.

A Messieurs les Docteurs Gueraud, Gentillet, Breton, et Madame le Docteur Bon Menet, pour la transmission de votre savoir et votre gentillesse.

A tous ceux qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine.

A mes parents, pour votre confiance en moi, vos encouragements permanents, votre soutien inconditionnel, et votre amour. Je vous remercie infiniment.

A ma sœur jumelle Anaïs, pour ta présence si précieuse, ton soutien au quotidien, ton aide, et tous ces moments partagés ensemble. Merci de tout cœur.

A ma grande sœur Aurélie, pour m'avoir toujours encouragée, et pour ta confiance en moi dans mon futur rôle de médecin. Merci d'être là.

A mes neveux, Lohan et Timéo. Vous participez au bonheur de votre tata médecin.

A mes grands-parents et toute ma famille.

A mes amis.

A toi.

TABLE DES MATIERES

PAGES LIMINAIRES.....	2
TABLE DES MATIERES.....	10
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET TABLE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
MATERIEL ET METHODE.....	15
1. Population.....	15
2. Recrutement.....	15
3. Entretiens.....	15
4. Analyse et interprétation.....	15
RESULTATS.....	17
1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.....	17
2. Une relation triangulaire.....	18
2.1. Un nouveau regard.....	18
2.2. Une relation à trois.....	19
2.3. Une relation médecin-interne.....	20
2.4. Une relation interne-patient.....	21
2.5. Une relation médecin-patient.....	22
3. L'organisation des consultations.....	22
3.1. Les différentes phases.....	22
3.2. Place du médecin en consultation.....	23
3.3. La consultation par le médecin.....	23
3.4. Gestion du dossier médical.....	24
4. L'organisation du temps de travail.....	25
4.1. Les consultations par l'interne.....	25
4.2. Le temps de débriefing.....	26
4.3. La contrainte du temps.....	26
4.4. La gestion du temps et du planning.....	27
5. La formation réciproque.....	28
5.1. Remise en question du médecin.....	28
5.2. Les recherches et traces d'apprentissage.....	29
5.3. Le rôle du médecin.....	29
5.4. Le rôle de l'interne.....	30
5.5. La formation continue et la formation à double sens.....	31
6. Synthèse.....	32
DISCUSSION.....	33
1. A propos de la méthode.....	33
2. A propos des résultats.....	34
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
ANNEXES.....	40
1. Annexe 1 : Glossaire.....	40
2. Annexe 2 : Trame d'entretien.....	42

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : résumé des caractéristiques de la population étudiée.....	17
Tableau 2 : durée des entretiens.....	18
Encadré 1 : synthèse interprétative des résultats.....	32

TABLE DES ABREVIATIONS

DES : diplôme d'études spécialisées
MSU : maître de stage des universités
MG : médecin généraliste
DPC : développement professionnel continu

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

INTRODUCTION

La médecine générale est devenue une spécialité médicale en 2004. Suite à l'arrêté du 22 septembre 2004, la validation du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale nécessite d'effectuer trois années d'internat selon une maquette composée de six stages (1). Parmi ces stages, les internes doivent effectuer un semestre ambulatoire auprès d'un médecin généraliste, le stage de niveau 1, obligatoire depuis 1997 (2).

Ce stage s'effectue auprès de un à trois médecins généralistes, praticiens agréés maîtres de stage des universités (MSU). Les médecins partagent alors de façon intermittente au cours des six mois leur exercice avec l'interne. Ce stage est primordial, permettant à l'interne d'apprendre véritablement son métier de médecin généraliste et a pour objectif de mettre en autonomie l'interne de façon progressive. Le maître de stage doit alors mettre en œuvre trois phases pédagogiques successives au cours du stage. La phase d'observation, pendant laquelle l'interne se familiarise aux consultations en observant l'action réalisée par le MSU. La phase de supervision directe, au cours de laquelle l'interne réalise les consultations en présence du maître de stage. La phase de supervision indirecte, pendant laquelle l'interne est en autonomie, réalisant les consultations seul, le médecin pouvant intervenir si besoin (3). Chaque phase est l'occasion d'une réflexion après la consultation sur le contenu, le déroulé, les enjeux, dans l'objectif d'améliorer la réflexivité et les compétences de l'interne.

Le stage de niveau 1 implique donc la présence de stagiaires lors des consultations dans les cabinets des maîtres de stage.

Plusieurs études ont exploré le ressenti des patients concernant la présence d'un interne de niveau 1 en consultation. Les résultats des études qualitatives et quantitatives concordent.

La plupart des patients étaient satisfaits de la présence de l'interne au cabinet de leur médecin, il était globalement bien accepté (4–6). Il était d'autant mieux accepté que les patients avaient été bien informés de sa présence, qu'ils étaient habitués à la présence d'un interne, et que le motif de consultation était simple (7). La présence de l'interne n'influait pas la relation médecin patient, et la consultation était inchangée, selon une majorité des patients (4,5,7).

Les patients étaient gênés pour certains motifs de consultation, notamment les problèmes familiaux, psychologiques, sociaux, et gynécologiques (5–8), ou quand l'interne était de sexe opposé (7,8).

Les patients considéraient ce stage indispensable à la formation des internes (4,5,7,8). Ils appréciaient le fait que l'interne puisse apporter un deuxième avis médical (4,6–8), et de profiter des échanges médicaux entre l'interne et le médecin.

Le statut de formateur valorisait le médecin et augmentait la confiance des patients en leur médecin traitant (4–8).

Du côté des médecins généralistes, des travaux ont aussi été effectués à propos de l'influence de la présence de ces internes sur leur exercice professionnel. En 2011, Anna Jarno-Josse a réalisé une revue méthodique et systématique de la littérature (9), à propos de l'influence de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage. La maîtrise de stage semblait avoir une influence globalement positive sur le médecin généraliste, qui percevait une amélioration globale de sa pratique professionnelle malgré la modification de son organisation de travail (10) : plaisir et enthousiasme à transmettre et à exercer, valorisation du métier, relation améliorée avec le patient, motivation pour son propre développement professionnel, modification de l'organisation professionnelle, allongement du temps de

travail. Ces résultats étant issus de travaux majoritairement quantitatifs, ils méritaient d'être approfondis par un travail qualitatif pour en comprendre les éléments sous-jacents.

L'objectif de cette étude était d'explorer l'influence ressentie par les MSU de la présence d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle. Le mot « pratique », dans ce travail, regroupait les notions d'organisation du temps de travail, de tenue du dossier médical, du déroulement des consultations, des recherches personnelles et de la formation continue.

MATERIEL ET METHODE

Une enquête qualitative* par entretiens semi-dirigés individuels* de médecins généralistes a été réalisée.

1. Population

La population étudiée était celle des médecins généralistes agréés MSU dans les départements du Loir-et-Cher et de l'Indre-et-Loire.

Pour être inclus, les MSU devaient avoir accueilli plus de 3 internes mais exercé leurs fonctions depuis moins de 10 ans. Cette durée de 10 ans a été choisie de manière à limiter un possible biais de mémorisation.

2. Recrutement

Le recrutement des médecins a été réalisé à partir des listes de trinômes de MSU d'internes de niveau 1 des semestres novembre 2015 à mai 2016 et mai 2016 à novembre 2016.

Les médecins ont été contactés par appel téléphonique ou mail s'il était impossible de les joindre par téléphone. Une explication brève sur le thème de la thèse et les modalités de l'entretien a été donnée, à savoir un entretien individuel au cabinet du médecin enregistré et anonyme, en prévoyant un créneau de trente à quarante minutes. Un rendez-vous a ensuite été fixé à la date et l'horaire qui convenaient au médecin. L'enquêteur a choisi les premiers interviewés de par leur proximité de son lieu d'habitation, puis le reste de l'échantillon a été raisonné* selon le sexe, l'âge, le mode d'exercice, le département, le nombre d'internes de niveau 1 accueillis, et la durée de leur fonction de MSU d'internes de niveau 1.

3. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin.

La trame d'entretien* (annexe 2) a été utilisée par un unique enquêteur (interne en sixième semestre puis devenue médecin remplaçant). Elle se composait de questions ouvertes et de relances. Cette trame a été modifiée après le premier entretien : une nouvelle question brise-glace a été ajoutée afin de mettre à l'aise les MSU pour qu'ils se livrent plus facilement, et certaines relances ont été ajoutées ou ajustées afin d'approfondir les réponses.

Il était prévu de se référer à la trame d'entretien tout en se laissant une certaine marge de manœuvre pour orienter et adapter l'entretien selon les réponses de l'interviewé.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique, après accord oral des interviewés, intégralement retranscrits*, et anonymisés. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données*.

4. Analyse et interprétation

Une analyse thématique de contenu* a été réalisée dans une perspective de théorisation ancrée*.

L'analyse des données a été réalisée par un unique chercheur.

Une analyse thématique du contenu de chaque entretien était effectuée. Dans chaque entretien, le chercheur repérait les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant

un code*. Les codes similaires ou apparentés étaient catégorisés* en thèmes. Ces thèmes étaient ensuite articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans un arbre thématique. Le chercheur a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et enrichi au fur et à mesure son arbre thématique. Dans cette étude, la thématisation était continue, c'est-à-dire que chacun des entretiens était analysé linéairement, du début à la fin, pour permettre une identification progressive et exhaustive des thèmes.

Le codage était ouvert* car les chercheurs n'avaient pas d'hypothèse préalable sur le contenu thématique, dans une optique de théorisation ancrée avec émergence d'une théorie.

Le codage et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Aucune triangulation* supplémentaire ni de validation* ultérieure par les interviewés n'était prévue.

Une déclaration à la CNIL a été faite, N° 1969406 v 0. S'agissant d'une étude observationnelle auprès de médecins, l'avis éthique n'était pas obligatoire, au vue de la réglementation de 2016.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Au total, 14 entretiens ont été organisés, avec 7 hommes et 7 femmes, médecins généralistes agréés MSU pour l'accueil d'internes en niveau 1 dans l'Indre-et-Loire ou le Loir-et-Cher.

L'âge moyen des médecins était de 51 ans, variant de 34 à 64 ans. 8 médecins venaient de l'Indre-et-Loire et les 6 autres du Loir-et-Cher.

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : résumé des caractéristiques de la population étudiée

N°	Sexe	Age	Date installé	Exercice	Groupe MSP	Nombre MG	Nombre MSU	Nombre internes niveau 1	MSU depuis	FMC DPC	Reuves
1	F	50	2007	Urbain 37	Groupe	5	1	4	3 ans	OGDPC FMC faculté	
2	F	38	2010	Semi-rural 37	MSP	5	3	8	5 ans	MGFORM	Prescrire
3	F	54	1992	Rural 37	Groupe	10	1	7	6 ans	MGFORM	Prescrire
4	F	37	2011	Semi-rural 37	Groupe	2	1	9	4 ans ½	MGFORM	Prescrire Exercer
5	H	59	1989	Urbain 37	Groupe	2	1	7	3 ans ½	OGDPC	
6	F	34	2011	Urbain 37	Groupe	4	3	3	2 ans	MGFORM CNGE	Exercer
7	H	57	1994	Semi-rural 37	Groupe	6	3	3	2 ans ½	MGFORM	Prescrire
8	H	62	1985	Urbain 37	MSP	2	1	10	8 ans	FMC pédiatrie Jeudis MG	
9	H	62	1983	Semi-rural 41	MSP	7	6	11	6 ans	MGFORM Jeudis du MG	Exercer
10	F	64	1989	Urbain 41	Groupe	2	1	6	3ans	MGFORM UNAFORMEC	Prescrire Médecine
11	H	39	2008	Semi-rural 41	MSP	7	6	11	6 ans	DU	Concours médical
12	H	59	1986	Semi-rural 41	MSP	7	6	3	1 an ½	MGFORM UNAFORMEC DU	Prescrire Revue du praticien
13	F	44	2005	Urbain 41	Groupe	4	1	9	9 ans	SFMG UNAFORMEC	Prescrire Médecine
14	H	50	1997	Rural 41	Groupe	2	1	15	7 ans	Internet Blois	Prescrire

MSP : maison de santé pluridisciplinaire. MG : médecin généraliste. MSU : maître de stage des universités. FMC : formation médicale continue. DPC : développement professionnel continu. OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu. MGFORM : association de DPC. CNGE : collège national des généralistes enseignants. UNAFORMEC : union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues. DU : diplôme universitaire SFMG : société française de médecine générale. CH : centre hospitalier.

Les interviews ont été réalisées entre juillet et novembre 2016, de visu au cabinet de chaque médecin.

La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes, avec des extrêmes de 10 à 57 minutes. Les durées des entretiens figurent dans le tableau 2.

Tableau 2 : durée des entretiens

Entretien N°	Durée (en minutes)
1	10
2	38
3	30
4	57
5	35
6	22
7	32
8	35
9	42
10	27
11	23
12	32
13	27
14	24

A la fin du quatrième entretien, un échange informel entre l'enquêteur et l'interviewé a finalement été codé car l'interviewé y évoquait des nouvelles idées.

La saturation des données a été atteinte au douzième entretien, et confirmée par le codage des deux suivants.

2. Une relation triangulaire

2.1. Un nouveau regard

L'accueil d'un interne de niveau 1 au cabinet était synonyme d'un nouveau regard sur la consultation en binôme médecin-patient. Il était en général difficile pour les médecins généralistes d'accepter ce nouveau regard : « *c'est pas facile d'avoir quelqu'un à côté de soi, d'avoir un regard à côté de soi ça c'est sûr.* » (E1).

Les médecins généralistes exprimaient à la fois la crainte du regard, mais aussi du jugement de l'interne : « *t'es obligé d'accepter le regard de l'autre. Quand t'as travaillé 34 ans tout seul, qu'il y a quelqu'un qui vient, qui a des notions plus récentes, même si tu continues à te former, t'as une certaine appréhension quand même, d'être regardé, d'être critiqué* » (E9).

Cette crainte se manifestait notamment dans les premiers temps, au début de l'accueil de l'interne : « *paradoxalement au début le regard extérieur de l'interne me gênait, c'était mon premier frein avant d'accueillir des internes, c'était de savoir si j'allais continuer à être naturelle.* » (E3), « *Voilà ma difficulté elle est là-dessus (...) de travailler sous le regard de*

l'interne en tout début du stage. C'est vrai que c'était un petit peu difficile au tout début, le premier stage, d'avoir quelqu'un qui vous regarde bosser alors que d'habitude il y a que le patient ! » (E7).

Dans cette appréhension du jugement, les médecins avaient surtout la peur de ne pas être à jour : *« c'est pas facile d'avoir quelqu'un à côté de soi donc si effectivement on n'est pas à jour c'est je pense encore plus difficile » (E1), « Avoir quelqu'un qui regarde ma façon de faire, (...) moi ça m'impressionnait, de voir des jeunes qui sortaient de l'ECN qui savaient tout sur tout, qui étaient super calés partout, arriver auprès d'un médecin généraliste qui exerce depuis vingt ans, qui n'est pas forcément au top » (E3).*

C'est pourquoi les médecins essayaient d'être plus vigilants sous le regard de l'interne : *« je sais qu'on me regarde, donc je fais plus attention à plein de choses, je fais attention, je vais faire plus attention à mes gestes, je vais plus argumenter mes prises de décision, ce que j'aurais fait sans me poser de questions. » (E6).*

Cependant, cette crainte du regard et du jugement s'effaçait rapidement pour la majorité des médecins : *« Le regard extérieur ça a été l'espace de même pas un mois, ça a été très rapide. J'ai vite compris que c'était pas comme ça que ça fonctionnait, que c'était juste un échange et un partage. » (E3), « en faisant au bout d'un moment, plus on est ensemble, et plus on commence à se connaître avec l'interne, on est moins dans cette crainte en fait. » (E13).*

Parfois même chez certains médecins cette crainte initiale était inexistante : *« Moi ça me dérange pas d'être jugé sur... si je fais mal, je fais mal, qu'ils me le disent. » (E5), « Ah bah moi ça me gêne pas l'interne ! Non il y a pas de difficulté. » (E14).*

Et quelques médecins appréciaient même le regard de l'interne et souhaitaient être évalués : *« je le fais parfois, c'est demander à l'interne ce qu'il en pense, comment il a vu la consultation. (...) comment il a pu avoir ce regard, comment il m'a senti pendant la consultation, voilà ce que nous on observe de l'extérieur mais dans le sens inverse » (E12).*

Le regard de l'interne, souvent craint initialement, et qui s'oubliait rapidement, était parfois même jugé nécessaire par les médecins. L'arrivée d'une tierce-personne en consultation leur semblait importante : *« je trouve ça très intéressant que la consultation elle soit pas fermée entre le patient et le médecin, et que personne ne regarde jamais ce qui s'y passe » (E4), « on pense qu'on sait tout, qu'on sait bien, qu'on fait bien, on est tout seuls, on n'a pas de regard critique pendant des années, on a nos petits moments pépères où on fait à notre façon, mais on fait pas forcément bien. » (E9).*

2.2. Une relation à trois

La présence de l'interne créait une nouvelle relation à trois, où chacun devait trouver sa place : *« Mais du coup la relation est triangulaire, donc forcément l'interne est pas derrière en observation, il est à côté de moi, ou moi je suis là à côté et c'est lui qui est au poste. Les patients regardent alternativement l'un, l'autre, donc ça c'est la seule chose qui est différente. » (E4).* Les médecins qui accueillait l'interne ne savaient pas forcément comment bien intégrer ce nouvel arrivant dans la consultation : *« Ça, ça a été un point, quand j'ai commencé, c'était ce qui m'inquiétait le plus, c'était comment intégrer l'interne dans la consultation, est-ce que le patient va bien le prendre, est-ce que je vais... Et ça c'était le gros point qui m'inquiétait » (E4).* Au final, on retrouvait chez la plupart des médecins une part importante de la position dans le bureau pour s'effacer au maximum, afin de laisser le binôme interne-patient s'établir : *« Moi je reste en retrait donc sur la petite chaise qui est derrière, j'essaie de faire le moins de bruit possible (rire), de façon à laisser le binôme s'établir. » (E3), « alors c'est vrai que soit parfois je me décale, physiquement je peux être amené à me décaler pour pas que le patient cherche toujours mon regard, parce que j'essaie que la*

relation reste entre le patient et l'interne, donc j'essaie de me mettre en retrait. » (E12). Leur positionnement dans le bureau leur paraissait important, notamment pour que l'interne puisse aussi trouver sa place dans le trinôme : « au début c'est vrai on sent bien les hésitations, comment l'interne doit se placer dans la consultation, il faut qu'on trouve chacun nos marques » (E12).

Les patients ne facilitaient pas la tâche aux maîtres de stage, car malgré leur mise en retrait, les patients cherchaient leur médecin du regard : « moi je suis là, et elle est là, et souvent quand je suis là, et bah ils me regardent » (E10), « c'est vrai que les patients ont souvent tendance à me regarder, alors je dis bah non vous parlez avec votre interne, c'est lui qui prend la consultation en charge » (E14). Parfois même, ils occultaient l'interne : « il y a des patients qui vont complètement occulter, c'est rare, mais qui vont complètement occulter l'interne, qui vont pas du tout lui parler » (E6). Dans ces cas, les maîtres de stage pouvaient ressentir une certaine gêne mais privilégiaient cependant la relation avec leur patient : « je chasse pas le patient en fait, il me parle il me parle, après... Si on avait convenu que c'était l'interne qui faisait la consultation, des fois je la regarde pour essayer de dire pose-lui la question suivante ! Mais ça fait un espèce de...triangle. » (E13).

Cependant, les maîtres de stage ressentaient que l'adaptation à cette relation à trois se faisait facilement : « Donc on s'adapte facilement au médecin on s'adapte facilement aux patients, et on s'adapte facilement à l'interne. » (E5), « je crois que ça se fait assez bien tout seul en fait. Je crois que si voilà, si nous on se sent légitime, qu'on sent que la place de l'interne est légitime, enfin ça se fait bien. » (E4). Cette relation à trois devenait une relation d'interaction : « Au niveau relationnel on essaie d'avoir des relations d'interaction plutôt que d'observation, j'aime bien quand l'interne il consulte pas seul, j'aime bien quand il intervient, j'aime bien quand ça interagit un petit peu » (E7).

2.3. Une relation médecin-interne

La relation entre l'interne et le maître de stage s'apparentait à une relation de collègues, c'était d'ailleurs ainsi que l'interne était présenté aux patients, afin de faciliter sa présence : « présenter l'interne, moi souvent je dis que c'est ma collègue, le mot interne je le laisse un peu de côté j'en parle pas, pour qu'on sente bien que c'est un médecin qui est à côté. » (E12).

Les maîtres de stage appréciaient cette présence, qui rompait la solitude de leur exercice : « je m'ennuyais un petit peu, dans ma pratique de médecin généraliste solitaire. » (E10), « c'est sympa de pas être seule, d'avoir quelqu'un, de discuter, d'échanger sur la médecine » (E4). Ils s'habituèrent vite à être deux et le retour à un exercice solitaire était parfois difficile : « Entre les étudiants, la chaise à côté elle part pas souvent, parce qu'en fait j'arrive pas à la ranger ! La première fois (...) j'étais triste quand il est parti de me trouver toute seule. » (E6), « il y a même des semaines où t'as pas de niveau 1 tu te dis zut je vais m'ennuyer ! Enfin pas complètement mais j'aime bien, j'aime bien quand il y a un échange, quand il y a un partage, quand je leur montre des choses » (E11).

Les médecins étaient ravis d'accueillir les internes de niveau 1, et ils manifestaient unanimement leur plaisir : « les internes de niveau 1, vraiment particulièrement, j'y prends beaucoup de plaisir (...) moi j'adore ça je trouve ça génial ! » (E6), « Si je devais résumer le mot interne c'est pas de difficulté, c'est plutôt plaisir, intérêt, échange...globalement ! » (E4). Les affinités se créaient et les échanges se faisaient facilement : « on s'apprécie, il y a pas de problèmes. Je trouve qu'on s'entend bien, et on communique bien, ça va, ça va bien. » (E2),

« on discute de plein de choses. De leur vie, de leurs choix, de leurs références, de ce qu'ils font par ailleurs le week-end, de plein de choses. » (E10).

Dans de très rares cas, il pouvait arriver que la relation se passe moins bien : « c'est parfois des grosses prises de bec, voilà, c'est des relations humaines » (E5), mais sans réel conflit « Sinon pour le moment j'ai eu des relationnels plus agréables avec certains internes et moins agréables avec d'autres (...), le premier interne qui était difficile, ça a été difficile mais ça m'a appris justement à contourner ces difficultés. » (E10).

Aucun médecin ne regrettait d'accueillir des internes de niveau 1 : « voilà je me suis lancée, je suis très contente, je regrette de pas l'avoir fait plus tôt. » (E4), cela devenait comme une évidence parfois même une dépendance : « je crois que c'est une addiction. Maintenant ça devient un besoin, je me verrais pas travailler sans. » (E10). Leurs bonnes expériences les incitaient à continuer à en recevoir : « Je continue à en recevoir parce que ça se passe bien » (E1).

2.4. Une relation interne-patient

La relation était facilitée par le fait que les patients étaient en général habitués à la présence d'étudiants au cabinet : « Les patients sont habitués parce que ça fait quand même un moment que je suis maître de stage, euh, et ils savent que c'est comme ça dans mon cabinet » (E2), « maintenant ça fait tellement longtemps qu'on a des internes de niveau 1 au cabinet, ça doit faire cinq ou six ans, que les patients ont pris cette habitude (...) globalement ils ont pris l'habitude qu'il y ait régulièrement des internes » (E11).

Cependant, les maîtres de stage ne souhaitaient pas que leurs patients se sentent obligés d'accueillir l'interne, ils leur laissaient toujours le choix : « Au départ j'avais très peur quand j'ai pris des internes que ça allait pas être facile, et maintenant c'est facile. Et puis maintenant c'est très clair, je suis très ferme et très clair, si ils veulent pas que l'interne soit là, il faut qu'on le dise haut et fort. » (E10).

Les patients acceptaient en fait volontiers la présence des étudiants : « les patients acceptent tout à fait que l'interne soit là, et que l'interne fasse la consultation, et moi je suis sur la chaise à côté et je dis rien, je ne fais rien. Et ça ne pose aucun problème. » (E2).

Cependant, dans de rares cas, les patients refusaient catégoriquement que l'interne soit présent : « j'ai une patiente dans tous mes patients, qui est opposée au fait qu'on soit deux médecins lors de la consultation (...) elle ne veut voir que son médecin tout seul, donc c'est comme ça, l'interne participe pas à la consultation » (E11), « j'en ai eu une, une fois, a pas voulu que le stagiaire y aille, c'est dingue j'étais là, j'ai eu beau lui expliquer qu'il se formait, tout ça, elle a dit « j'ai rendez-vous avec le Dr X ! », c'est rare, c'est un cas sur... » (E8).

Dans quelques situations particulières, les médecins décrivaient une gêne éprouvée par les patients, en présence de l'étudiant : « ça dépend des gens, mais il y a des sujets qui restent... les gens n'osent pas certains sujets qui touchent l'intime je dirais que ce soit la psychologie, l'addiction, la sexualité. » (E9). On retrouvait fréquemment les problèmes psychologiques : « Et puis les problèmes anxio-dépressifs où c'est vrai que il y a des trucs quand même un peu lourds. Les patients ont pas toujours envie de se ré-étaler par rapport à cette histoire. » (E8), et les problèmes de sexualité et gynécologie notamment quand il s'agissait d'un interne de sexe masculin : « le premier interne que j'ai eu en plus c'était un Monsieur, c'était un homme, et quelque part ça a été un petit peu plus compliqué, parce que les examens gynéco elles voulaient pas. Il est sorti beaucoup le pauvre. » (E3).

Malgré ces quelques réticences, les médecins répondaient que leurs patients étaient très contents : « je trouve que c'est plutôt agréable, les gens dans la grand majorité sont très

bienveillants et sont plutôt contents qu'il y ait un étudiant. » (E6). Les patients se sentaient à l'aise et parfois même, il y avait comme une parole qui s'ouvrait en présence de l'interne, et les patients apportaient alors de nouvelles informations au médecin : « je trouve ça intéressant, ça permet aussi dans le temps des consultations de voir un peu des patients des fois différemment. Ils disent des choses de façon étonnante aux internes de niveau 1 qu'ils vont pas nous dire à nous, c'est terrible ! » (E7), « il y a des fois des trucs qu'on apprend, quand il va examiner les patients, qu'ils lui disent là-bas et que moi j'étais pas au courant, on découvre des trucs c'est marrant (...) il y a une espèce de parole qui s'ouvre quand il y a un stagiaire aussi, ils lui disent des trucs c'est assez marrant. » (E8).

2.5. Une relation médecin-patient

Dans la relation triangulaire, on retrouvait malgré tout une relation privilégiée entre le patient et son médecin. Les patients montraient qu'ils étaient attachés à leur médecin : « *il y a quelques patients qui ne jurent que par moi et qui sont embêtés quand c'est quelqu'un d'autre. Voilà, faut faire avec, on sait qu'il y a des personnalités* » (E2).

Les médecins aimaient aussi conserver leur relation personnelle avec leurs patients : « *Par exemple, moi je discute beaucoup avec les gens (...) et je me suis dit qu'au départ avec mes internes j'allais pas pouvoir faire ça, et que c'était un petit peu difficile. Et puis finalement je me suis dit que moi j'étais comme ça, et bien je discute toujours de plein de choses avec eux.* » (E10).

Même si les maîtres de stage souhaitaient intégrer l'interne au mieux, ils souhaitaient prendre soin de leurs patients : « *j'essaie au maximum de poser clairement les choses pour que (...) les patients se sentent pas maltraités parce qu'autrement ils vont plus accepter* » (E6), pour qu'ils n'aient pas l'impression d'être abandonnés par leur médecin : « *je fais plus attention, à faire éventuellement l'examen moi-même si je sens que c'est important pour le patient (...), pour prendre soin du patient, qu'il se sente pas mal pris en charge et que du coup il veuille plus de l'interne, parce que après il va dire elle s'occupe pas de moi* ». (E13).

En formant des internes à leur cabinet, les maîtres de stage paraissaient plus crédibles et compétents aux yeux de leurs patients, leur statut était valorisé : « *je pense que même vis-à-vis des patients ça nous donne aussi, peut-être un petit peu plus de crédibilité qu'euh...qu'on s'encroûte pas dans notre activité de train-train* » (E2), « *ils sont plutôt contents de notre statut de maître de stage, parce que pour eux c'est un gage de sérieux (...) enfin ils vivent ça comme un gage de sécurité de l'avenir de la médecine générale.* » (E3).

3. L'organisation des consultations

3.1. Les différentes phases

On retrouvait en interrogeant les MSU, les trois différentes phases décrites pour le stage de niveau 1.

Les médecins décrivaient d'abord une phase d'observation pendant laquelle ils travaillaient sous le regard de l'interne : « *Alors en général les consultations, au début donc ils sont en visionnage, je travaille et ils me regardent faire.* » (E10). Cette phase était très courte : « *les internes restent très très peu en observation.* » (E3).

Ils parlaient ensuite de la phase de supervision directe, lorsque l'interne participait à la consultation en présence du médecin : « *Et puis après facilement je laisse la main, mais je suis dans le bureau.* » (E11), « *ce que je fais c'est que j'accueille le patient avec l'interne, et*

puis je vais me mettre derrière pendant l'interrogatoire, et après pendant l'examen je repasse ici, j'essaie d'être neutre. » (E14). Le plus difficile pour les MSU était de s'effacer pendant cette phase : « J'ai du mal à me faire discret pendant la consultation, ça a été des efforts, et je suis pas sûr que j'ai réussi à être suffisamment effacé pendant la phase de supervision directe. » (E7).

Ils parlaient enfin de la dernière phase, de supervision indirecte, phase d'autonomie pour l'interne : *« j'essaie aussi assez rapidement sur quelques consultations, des petits créneaux, de les laisser tout seuls. C'est la meilleure façon je crois, de s'y mettre, à l'outil de travail, voilà, penser à tout faire dans la consultation, les papiers... » (E4).*

3.2. Place du médecin en consultation

Souvent, les médecins jugeaient que leur intervention lorsque l'interne consultait était nécessaire, notamment au début du stage : *« Alors que plusieurs fois il a fallu quand même au départ que j'intervienne parce que j'étais pas d'accord avec la façon de proposer la thérapeutique ou les examens complémentaires, donc je me permettais au cours de la consultation. » (E2), « quand j'ai l'impression qu'il y a des questions qui avaient pas été posées ou un geste qui avait pas été fait, en général je suis intervenu. » (E7).*

Cependant, ils trouvaient parfois que leurs interventions étaient trop fréquentes : *« c'est vrai que quand c'est elle qui est en supervision directe, il faut toujours que j'intervienne parce que j'arrive pas à faire autrement, c'est un peu terrible. » (E10).*

Ils estimaient qu'il était nécessaire de laisser faire l'interne afin qu'il se sente à l'aise dans la consultation : *« les quelques premières consultations je les fais seul, et puis ensuite dans ma consultation on inverse, je commence l'entretien, et puis ensuite je laisse faire l'interne et on pivote de chaise. Je trouve que tout de suite on rentre dans le binôme » (E12).*

Pour laisser faire l'interne, on retrouvait cette notion de position du médecin dans le bureau, position de retrait pour essayer de s'effacer : *« les patients se tournent des fois vers moi, et il faut que j'arrive à me... des fois je fais le geste tu vois je recule un peu la chaise en me disant je laisse faire ! » (E4).*

Souvent, on retrouvait chez les MSU une difficulté à être en position passive dans la consultation : *« Je peux pas être face à un patient et rester complètement passif, laisser faire les choses (...) il y a vraiment un temps à rester en observateur qui est difficile, c'est comme ça, c'est une question de personnalité. » (E7).*

Dans de rares cas, cette difficulté à laisser faire était liée à un manque de confiance en l'interne : *« comment mettre en autonomie une interne en qui on n'a pas une grande confiance. La mise en autonomie est devenue difficile, c'est surtout ça en fait. » (E3).*

3.3. La consultation par le médecin

La présence d'un interne en consultation amenait la plupart des médecins à modifier d'une manière ou d'une autre leur consultation : *« Avec et sans l'interne c'est pas pareil, on peut pas dire il est là ça change rien. » (E4)*

Tout d'abord, certains maîtres de stage remarquaient qu'ils modifiaient leur comportement. Ils utilisaient d'avantage les techniques de communication : *« Au niveau de l'écoute par exemple, j'ai modifié un petit peu les choses, je suis un petit peu moins dans le speed pour gagner du temps (...) Donc un petit plus d'écoute active. » (E7), « Je pense que inconsciemment on est plus vigilants (...) on va faire plus attention à utiliser questions ouvertes questions fermées, pas dire des 'ne', à essayer d'être dans le non-verbal, dans l'empathie, encore plus que d'habitude. » (E3).*

Aussi, on notait que le relationnel avec les patients était modifié grâce à l'interne : « *Moi je pense que ça a beaucoup joué dans ma relation avec mes patients. Surtout sur le plan bah de savoir mieux négocier avec eux, c'est surtout ça. Donc je trouve que c'est important pour ça.* » (E10), « *j'ai peut-être modifié des choses dans le relationnel. Parce que je suis parfois un peu agressive dans ma façon de dire les choses. C'est en discutant avec les internes que je m'en suis rendue compte et je fais beaucoup plus attention à ça* » (E1).

Quelques médecins remarquaient qu'ils pouvaient changer un peu leur manière d'interroger leurs patients : « *Recadrer... mieux gérer mes interrogatoires* » (E9), « *en interrogatoire on a modifié forcément puisqu'on s'adapte aux personnes avec lesquelles on est* » (E5).

Ils expliquaient aussi être plus vigilants au niveau de l'examen physique : « *Par rapport à l'examen physique, probablement que je m'astreins d'avantage à faire déshabiller les patients pour les examiner, parce que bah on a à avoir un peu d'exemplarité, si on leur dit qu'il faut les déshabiller et que nous on le fait pas, c'est pas crédible, c'est idiot* » (E2), « *je suis plus attentif à l'examen clinique par souci de transmission, pour montrer effectivement* » (E11).

On retrouvait parfois une modification des prescriptions par les maîtres de stage : « *c'est ce que ça m'apporte, la remise en cause de mes ordonnances ou la révision de mes prescriptions, c'est-à-dire l'indication de mes prescriptions, ça c'est clair* » (E9), « *Donc ils utilisent des médicaments qui sont parfois plus modernes, il y a effectivement une modification de prescription, essentiellement liée à des nouveautés qu'ils ont appris en stage.* » (E5).

Ces modifications de la consultation par le médecin pouvaient être nuancées : « *autrement quand je fais tout de A à Z et que l'interne est juste en observation, j'ai pas l'impression de changer des choses. Mais je pense que c'est obligé que ça en change.* » (E6). Effectivement, certains médecins avaient le sentiment de ne pas vraiment modifier leur consultation : « *Mais sinon sincèrement sur mes façons d'examiner, d'interroger, des prescriptions, je suis pas sûre d'avoir changé beaucoup, je suis pas sûre d'avoir trop changé...* » (E4), « *Moi j'ai plus changé des choses par rapport à l'évolution du temps, par rapport à moi-même, mais je suis pas sûre que ce soit par rapport aux internes.* » (E13).

3.4. Gestion du dossier médical

Pour la gestion du dossier médical, les réponses des MSU permettaient de les classer en deux catégories.

La première, celle des médecins qui pensaient que leurs dossiers étaient déjà bien à jour : « *moi le dossier patient il est en général bien tenu et bien mis à jour pour moi-même, parce que j'ai pas envie de reposer toutes les questions à chaque fois.* » (E6).

Chez ces médecins, la présence de l'interne n'influaient pas sur la gestion de leurs dossiers, c'était même eux qui indiquaient aux internes comment bien tenir le dossier : « *je le fais surtout pour moi en fait la tenue du dossier, et pour le suivi du patient pour me faciliter les choses, les rappels... Donc je demande à l'interne de le faire, et je lui montre, je dirais pas que c'est la présence de l'interne qui change ça, c'est que moi je lui montre que c'est important de le faire.* » (E4), « *C'est moi qui essaie d'expliquer comment je vois les choses. L'interne pour moi ça change rien. Moi j'aime bien que les dossiers soient bien tenus, bien classés, j'explique que c'est important.* » (E14).

L'enseignement du dossier à l'interne était particulièrement marqué chez les médecins perfectionnistes : « *je suis très chiant et névrotique sur la tenue des dossiers. Donc je suis assez pointilleux là-dessus (...), insister pour que les internes vérifient bien les points*

systématiques. Donc ça a pas changé grand-chose parce que je suis déjà très carré sur la tenue du dossier. » (E7)

La deuxième catégorie, celle des médecins qui savaient que leurs dossiers n'étaient pas parfaitement à jour, et qui souhaitaient l'améliorer pour faire bonne impression et faciliter la tâche à l'interne : *« grâce à lui, j'essaie de faire en sorte que le dossier soit mieux tenu (...) Mes dossiers sont pas très bien remplis. C'est-à-dire que je vois que il y a des consultations où il y a rien, c'est un peu gênant » (E10), « voilà tous mes dossiers ne sont pas parfaits. Moi ça m'a beaucoup inquiété pour l'interne parce que des fois il manquait des données importantes » (E12).*

La présence de l'interne donnait l'occasion aux médecins de remettre à jour leurs dossiers : *« Les antécédents on les remet à jour. Comme normalement on est censés apprendre à l'interne la tenue du dossier, on fait attention que le dossier soit à peu près bien tenu, beaucoup mieux qu'avant » (E3).* Les médecins profitaient du moment où l'interne consultait pour compléter son dossier : *« je profite des fois que l'interne est en train d'examiner le patient pour peaufiner la mise à jour du dossier » (E2).*

Les médecins rapportaient aussi que l'interne était une aide dans le perfectionnement du dossier, car il le remplissait bien : *« Et puis quand ils font une observation, elle est bien faite. Donc ça a eu un impact oui, positif. » (E10), « Je pense que c'est vraiment du positif, la tenue du dossier est mieux, c'est sûr ! » (E3).*

Dans les deux catégories, quelques médecins trouvaient que l'interne avait un impact un peu négatif sur la tenue du dossier, sans conséquence majeure : *« ça c'est un point négatif vous avez de plus en plus d'abréviations, BHA j'ai mis un moment avant de comprendre ce que ça voulait dire. Vous écrivez de plus en plus en script alors quand on n'a pas le lexique... » (E9), « Ils écrivent beaucoup, les observations sont très détaillées, mais bon c'est pas grave » (E4).*

4. L'organisation du temps de travail

4.1. Les consultations par l'interne

Au début du stage, les MSU essayaient de laisser un temps d'adaptation à l'interne, pour qu'il puisse prendre ses marques dans le cabinet : *« c'est vrai qu'au départ on est plus dans tout ce qui est environnement, logiciel, pour vraiment sécuriser, que l'interne se sente bien à l'aise » (E12), « au début on fait aussi les consult un peu tu sais partagées, où je fais un peu l'interrogatoire t'examines, voilà pour que vous vous glissiez dedans aussi, vous cherchez au début un peu le matériel et tout ça. » (E4).* Mais en général, les médecins trouvaient que les internes s'adaptaient rapidement : *« c'est vrai qu'ils d'adaptent assez vite à notre mode de fonctionnement, ils s'adaptent quand même assez facilement. » (E11).*

L'adaptation facile des internes en stage faisait qu'ils consultaient rapidement : *« Très vite je les passe en acteur, donc d'emblée ils font leur examen clinique ça c'est le b.a.-ba, et après très vite ils passent à l'interrogatoire » (E3).*

Cependant, les médecins nuançaient tout de même cette adaptation rapide chez les internes plus jeunes, avec une nette différence entre les jeunes et les vieux semestres : *« ça dépend de la personnalité de l'interne (...) mais comme on les a de plus en plus jeunes, je trouve qu'on est obligés de les pousser un peu, ils n'osent pas » (E9), « j'ai un niveau 1 ce semestre là, mais c'est son dernier stage, et c'est vrai que ça change tout. Par rapport à un niveau 1 qui*

est en premier ou deuxième semestre, on sent que c'est différent, qu'il a plus de bouteille. » (E1).

Le temps où l'interne consultait pouvait parfois libérer un peu de temps aux médecins pour d'autres tâches : *« Et puis quand on n'est pas avec eux, bah on fait autre chose, on n'est pas loin mais ça nous permet de creuser certains dossiers, passer certains coups de fil que t'as pas eu le temps de passer, voilà. C'est aussi très agréable pour ça. »* (E11). Cependant, les médecins restaient toujours disponibles pour leur interne : *« je suis de l'autre côté dans le bureau de ma collègue, comme ça si il y a besoin ils appellent bien sûr »* (E4).

4.2. Le temps de débriefing

Quand on interrogeait les médecins sur le temps de débriefing, la majorité évoquaient un débriefing au fur et à mesure de la journée : *« il y a un débriefing aussi après chaque consultation. »* (E4), *« Le niveau 1 tu fais quasiment acte par acte quand tu travailles en doublon (...) souvent ça se fait après la consult »* (E9).

Cependant, les MSU remarquaient qu'il était difficile de trouver le temps de débriefer systématiquement après chaque consultation : *« c'est pas toujours évident de trouver le temps parce qu'on a des journées qui sont bien remplies »* (E11), *« en période d'épidémie hivernale particulièrement, c'est compliqué de réussir à trouver le temps pour débriefer. C'est vrai qu'il y aurait des choses à dire après chaque consultation, mais la pression des consultations fait que on peut pas forcément »* (E2).

Par conséquent, certains MSU complétaient ce débriefing en fin de demi-journée ou de journée : *« sinon on fait quand même en fin de chaque demi-journée on repasse vite fait avec l'agenda les choses, voir si il y a des questions »* (E4), *« un temps de débriefing, de la journée, sur les difficultés, sur les points qu'on n'avait pas eu le temps d'évoquer dans la journée. »* (E7).

Quant au contenu, le biomédical arrivait en première place : *« on débrieife après des difficultés de prescription, de diagnostic »* (E5), *« Souvent il y a beaucoup de demandes dans le domaine biomédical. »* (E7).

Aussi, les MSU accordaient une part importante au côté relationnel de la consultation : *« on parle beaucoup de leurs difficultés, tout ce qui est difficultés relationnelles, tout ce qui est ressenti, on essaie d'en parler beaucoup »* (E12).

Parfois, les médecins profitaient de ce moment de débriefing pour parler de tout autre chose, de la vie personnelle : *« on discute de plein de choses. De leur vie, de leurs choix, de leurs références, de ce qu'ils font par ailleurs le week-end, de plein de choses. »* (E10).

4.3. La contrainte du temps

De manière unanime, les médecins exprimaient une contrainte de temps : *« Si il y a une contrainte c'est la contrainte temps mais c'est vraiment la seule »* (E11), *« Ça me prend plus de temps, ça me prend beaucoup plus d'énergie »* (E5).

Ils expliquaient la prise de temps supplémentaire : *« D'un autre côté faut les laisser réfléchir, faire des trucs, et puis après des fois le patient est parti et puis il y a des questions, donc on discute c'est sympa, et en même temps la montre tourne ! »* (E13), *« Leur faire faire un petit peu de travail de recherche, sur certaines questions, discuter ensemble, se réunir avec les autres maîtres de stage plusieurs fois dans le semestre, faut caler ça dans la soirée, donc ça demande un petit peu de temps ouais »* (E4).

La présence d'un interne au cabinet était source de retard pour les MSU : « *il y a des fois effectivement où on se retrouve avec beaucoup de retard, plus de retard parce que effectivement on est deux et que ça a pris un peu plus de temps.* » (E1).

Aussi, cette prise de temps liée à la présence des internes prenait de l'énergie aux MSU et pouvait les fatiguer : « *c'est plus fatigant à la fin de la journée ; la concentration est pas la même, la fatigue est pas la même à la fin de la journée* » (E1), « *Ça c'est vrai que ça commence à devenir un petit peu difficile pour moi parce que les journées sont longues et ça pèse quand même dans ma fatigue.* » (E10).

La pression du temps était parfois tellement importante que les médecins ressentaient un besoin de faire une pause dans l'accueil des internes de niveau 1 : « *j'apprécie aussi d'être toute seule, à cause du temps (...) la pression du temps c'est difficile. Donc du coup quand je suis toute seule, je peux aller à mon rythme, avancer* » (E13), « *Donc parfois c'est un petit peu épuisant et on s'arrête* » (E2).

4.4. La gestion du temps et du planning

Presque tous les médecins rapportaient des consultations plus longues avec un interne de niveau 1 : « *C'est plus long, les consultations sont beaucoup plus longues.* » (E1), « *parfois les consultations se rallongent (...) parce que ça rallonge un petit peu les consult faut être honnête, ils sont pas toujours dans la rapidité du truc* » (E8).

Les MSU devaient donc s'adapter pour gérer le temps.

Soit ils étaient déjà habitués à avoir du retard, même en l'absence de l'interne : « *déjà les patients sont quand même habitués à ce que je sois relativement en retard déjà toute seule (...) enfin moi je pense que le retard vient pas que de l'interne, ça vient aussi de moi.* » (E3), « *je gère pas tellement mes temps, bon là j'avais une heure de retard, elle est pas là et j'avais une heure de retard. Et avec mon interne c'est un tout petit peu plus* » (E10). La prise de retard ne les dérangeait donc pas : « *le retard que ça peut me faire prendre malgré ce que j'essaie de prévoir, c'est pas une difficulté pour moi, c'est comme ça, ça me dérange pas* » (E6).

Pour d'autres, le retard n'était pas une habitude, dans ce cas, plusieurs techniques étaient décrites pour essayer de le gérer. Tout d'abord, les médecins essayaient d'apprendre à l'interne à ne pas prendre trop de retard. : « *j'essaie d'apprendre assez vite à l'interne à essayer d'avoir un œil quand même sur l'horloge pour pas dépasser, si c'est possible le temps.* » (E2), « *Mais ça c'est aussi notre rôle, c'est de vous aider à faire une consultation en vingt minutes au lieu de la faire en deux heures, surtout quand il y en a quinze dans l'après-midi.* » (E14). Aussi, quand le retard s'accumulait, la plupart des médecins reprenait la main sur les consultations : « *si vraiment on en prend, après je reprends la main sur les consultations et j'en fais moi quelques-unes d'affilée* » (E4), en allant parfois consulter en parallèle dans un autre bureau disponible : « *On a quand même un nombre de bureaux qui nous permet en cas de retard assez important, d'emprunter le bureau d'un collègue qui est pas là qui est en visite ou qui est absent, et facilement de récupérer le retard.* » (E11). Enfin certains types de consultations permettaient de rattraper un peu le retard : « *Le retard on peut toujours le rattraper en médecine générale, c'est à dire que si on a des vaccins, si on a des choses qui vont rapidement ça va* » (E5), « *On peut arriver à se récupérer un petit peu des fois, donc on n'a pas non plus une heure de retard, (...) l'avantage sur six mois c'est qu'il peut revoir des patients, quand il connaît déjà en renouvellement ça peut aller un peu plus vite* » (E8).

Quant au planning, les avis étaient partagés. On retrouvait ainsi trois types de réponses.

La première catégorie de médecins, ceux qui ne modifiaient pas du tout le planning en présence de l'interne : « *Je modifie pas mon planning, je m'adapte* » (E11), « *Je le modifie pas, parce que je prends déjà toutes les vingt minutes* » (E8).

La deuxième catégorie, celle des médecins qui essayaient de modifier le planning mais qui éprouvaient des difficultés, liées à la pression des demandes : « *J'ai essayé de le modifier, mais en fait... j'arrivais plus à voir tout le monde donc, j'avais des gens qui arrivaient pas à avoir de rendez-vous, donc en fait je suis revenue à mon planning* » (E1), « *on a quand même besoin de voir les gens et si on en voit moins sur la journée, bah on finit plus tard en fait pour en voir finalement autant parce que la demande elle est quand même là.* » (E2).

Enfin, les médecins qui modifiaient leur planning quand un interne de niveau 1 venait en stage. Ces maîtres de stage anticipaient : « *je sais quand ils viennent puisque c'est prévu dans le planning, donc je dimensionne quand même l'emploi du temps* » (E4), ils ajoutaient des pauses dans la journée : « *On peut demander à la secrétaire effectivement de mettre des plages horaires où on peut rattraper un petit peu* » (E5), « *quand j'ai des internes je prévois plus de pauses pour avoir plus de temps* » (E6).

5. La formation réciproque

5.1. Remise en question du médecin

Les maîtres de stage expliquaient que l'interne était à l'origine d'une remise en question : « *Je trouve que c'est fondamental, le plus important... oui ça permet d'avancer, d'évoluer, de se remettre en question.* » (E1), « *Ça oblige forcément à se remettre en cause par rapport à sa manière de travailler* » (E8).

Cette remise en question s'expliquait notamment par le fait de devoir expliquer et justifier aux stagiaires leur prise en charge : « *Après ça apporte la nécessité d'être rigoureux, parce lorsqu'on donne notre avis sur une conduite à tenir ou sur une façon d'avoir abordé une consultation, on se doit d'expliquer aux internes le pourquoi du comment, et en fait ça nous fait nous aussi réfléchir sur notre propre pratique.* » (E3), « *Ça oblige à se remettre en cause, à justifier toutes les prises en charge, les prescriptions, donc suivre les recommandations, avoir les idées claires.* » (E14).

La remise en question s'expliquait aussi par le simple regard de l'interne sur la pratique des médecins : « *Enfin on est tous à se remettre en question, savoir si ce qu'on fait habituellement, quotidiennement depuis longtemps, seul, semble valide au regard d'un autre.* » (E7). Ce regard remettait en cause la certitude des maîtres de stage quant à leur pratique : « *le regard de l'autre, la critique. T'es obligé, en tant que maître de stage d'être humble (...). Avec un interne tu reprends un petit peu d'incertitude, tu te remets un peu plus en cause, et en question, ça c'est certain* » (E9).

Le fait de se remettre en question semblait indispensable aux médecins afin d'éviter de rentrer dans des habitudes de consultation : « *Les échanges sont intéressants, ils nous remettent en question, moi je trouve que ça évite de s'endormir quand même, et c'est un bon garde-fou aussi, aux habitudes peut-être, au risque de la consultation en binôme comme ça.* » (E4), « *on continue de se remettre en question, c'est euh... je pense que même vis-à-vis des patients ça nous donne aussi, peut-être un petit peu plus de crédibilité qu'euh...qu'on s'encroûte pas dans notre activité de train-train, sans se remettre en question.* » (E2).

5.2. Les recherches et traces d'apprentissage

Les recherches et traces d'apprentissage que les internes en niveau 1 devaient effectuer étaient souvent une nouveauté pour les maîtres de stage : « *Ce qui est nouveau ça, c'est arrivé quand même assez récemment, toutes ces traces d'apprentissage, ça c'est quelque chose que moi je n'ai pas connu, que je n'ai pas eu à faire* » (E4). Certains médecins ne se sentaient pas forcément compétents dans ce domaine : « *j'essaie quand même que les recherches soient adaptées la pratique, mais je suis pas la plus apte dans le trinôme à lui donner ces compétences !* » (E3). Cependant ils font de leur mieux pour participer à ces recherches et traces : « *Après moi ça m'a poussé à me former (...) On reste dans la consultation, mais en même temps il faut qu'on soit dans l'enseignement (...) et il faut être au bon niveau.* » (E12)

Pour participer, les maîtres de stage essayaient de se libérer du temps : « *en dehors des consultations, je prévois un temps particulier pour débriefer du travail d'écrit* » (E6), « *Par moment on s'arrête, on s'est arrêtés pour voir les RSCA, on a pris une plage horaire, et on en reprendra la semaine prochaine* » (E12). Ils consacraient du temps pour motiver les internes : « *j'essaie de les motiver* » (E4), lire les recherches : « *j'en lis quelques-uns quand même des récits.* » (E10), et aider les internes « *Vous avez souvent des traces à faire, et que pour faire vos traces il faut aller chercher l'information, et on participe un petit peu à ça* » (E11).

Souvent les ressources utilisées par les internes étaient identiques aux maîtres de stage : « *On avait les mêmes ressources en général.* » (E6), mais parfois, les internes apportaient quelques nouvelles ressources, dont les médecins pouvaient se servir ensuite : « *Et puis un autre que j'ai découvert, PEDIADOC, j'ai bien aimé ça permet de bien réviser quand on a un doute* » (E9), « *Moi je connaissais pas le CRAT donc voilà j'ai appris. Après il y en a quelques-unes que j'utilise.* » (E12).

5.3. Le rôle du médecin

Les maîtres de stage prenaient leur rôle d'enseignant à cœur : « *je suis médecin je suis pas prof, mais en même temps on est obligés d'avoir quand même des notions de pédagogie pour euh... pour aider l'interne à progresser* » (E2). C'est pourquoi ils trouvaient important de se former, de transmettre à l'interne et de le stimuler.

Les maîtres de stage étaient des médecins qui se formaient beaucoup : « *Je vais quand même en formation régulièrement, je lis Prescrire, je fais les tests de lecture, les groupes de pairs, donc bon il y a quand même de toute façon en dehors de l'interne un flux, des choses qui permettent de garder un certain rythme* » (E4). Ils se formaient d'autant plus qu'ils recevaient des internes : « *j'ai dû faire deux ou trois formations avec le CNGE, pour être maître de stage, un petit côté sympa, toujours agréable de faire un weekend où on se retrouve entre nous et on fait des choses* » (E8), « *ce séminaire je l'ai fait aussi à cause, à cause ou grâce aux internes qui en avaient fait, sur la communication, j'avais fait un séminaire justement un peu poussé par des discussions avec des internes qui avaient travaillé un peu là-dessus.* » (E7).

On retrouvait chez les médecins cette envie de transmettre : « *le fait d'enseigner, de transmettre, c'est important, voilà, je pense que c'est hyper important de transmettre* » (E12). Parfois ce n'était pas une simple notion de transmission, mais une notion de compagnonnage : « *moi c'est ça, c'est vraiment le compagnonnage qui me plaît beaucoup dans la maîtrise de stage. (...) j'aime toujours transmettre, j'aime bien ça.* » (E11), « *c'est vraiment ça, c'est la*

transmission. Ouais, le compagnonnage, le terme que j'emploierais c'est le compagnonnage (...) on leur apprend nos petits trucs » (E9).

Parfois, cette envie était liée au fait qu'ils souhaitaient reproduire ce qu'on leur avait transmis : *« C'est le plaisir d'avoir eu ce stage, ce que ça m'avait donné, j'avais envie de redonner ce qu'on m'avait donné. » (E13).*

Les maîtres de stage avaient envie de transmettre leur savoir, leur savoir-être, leur savoir-faire : *« Moi ce qui m'intéresse c'est de transmettre aux internes la relation avec les gens » (E13), « transmettre ce que l'on sait, ou la façon dont on fait, c'est surtout des méthodes, et ça c'est important je pense. » (E5).* Ils avaient aussi l'envie de transmettre leur passion pour leur métier, pour promouvoir la médecine générale : *« j'avais envie de transmettre, j'aime mon boulot, j'aime beaucoup ce que je fais et je trouvais que transmettre cet amour de la médecine générale et cette façon d'exercer la médecine d'une manière générale, c'était pour moi important » (E3).*

Pour permettre à l'interne de bien se former, les médecins essayaient de le stimuler : *« Il y a des fois des devoirs du soir à faire. C'est pas obligatoirement à rendre pour le lendemain mais je dis tu devrais penser à regarder ça, essayer de s'auto-former aussi (...) On essaie de stimuler un peu les recherches » (E14), « Ils sont pas toujours très motivés pour faire ça ! J'essaie quand même de pousser à ça, que tout rentre bien, que tout soit fait en temps et en heure et que le cursus soit validé comme il faut. » (E4).*

5.4. Le rôle de l'interne

L'interne en stage avait aussi un rôle formateur important pour les maîtres de stage.

D'abord, les médecins rapportaient que leurs internes étaient investis : *« il est très présent très investi, il cherche » (E4),* et faisaient beaucoup de recherches, qu'ils partageaient ensemble : *« quand t'accueilles un interne, qui te pose des questions et que t'as pas forcément les réponses, c'est bien qu'ils aillent chercher, qu'on partage là-dessus, moi ça permet de mon côté quand j'ai un peu de temps de chercher » (E11).*

Aussi, les médecins appréciaient la présence des internes car cela les stimulait. La jeunesse des internes était source de motivation : *« Du peps dans la consultation, déjà, en général les jeunes sont plutôt enthousiastes, plein d'idées » (E3), « je pense ça te pousse, ça te permet de rester dynamique et jeune, ne nous le cachons pas, on travaille avec des jeunes qui sont de plus en plus jeunes » (E9).* Les médecins étaient donc motivés pour se former : *« garder une motivation à garder un certain niveau de formation et d'acquisition des connaissances ou mise à jour des connaissances. C'était le but recherché au tout départ, retrouver la niaque pour me motiver » (E7).*

Enfin, les médecins mentionnaient un rôle de transmission de la part des internes. Ils trouvaient qu'ils avaient de bonnes connaissances : *« ils m'apprennent, ils m'apprennent... On tombe sur des gens très intéressants. Généralement j'ai eu des internes extraordinaires, qui savaient plein de choses. » (E5).* En effet leurs connaissances étaient récentes étant donné qu'ils sortaient tout juste de la faculté : *« je trouve ça très intéressant d'avoir un tiers qui a des connaissances toutes fraîches » (E4).* Cela permettait aux maîtres de stage d'actualiser leurs connaissances : *« ça nous permet soit de rester bien à jour soit même de progresser puisqu'encore une fois ils arrivent avec leurs connaissances, il y a des choses qu'on a oubliées, ça nous rafraîchit ça nous remet en mémoire pas mal de choses » (E11).*

5.5. La formation continue et la formation à double sens

Les maîtres de stage avaient conscience que la formation n'était pas à sens unique, mais qu'il s'agissait d'une formation à double sens : « *C'est une relation donnant-donnant quand même, c'est pas une relation à sens unique.* » (E5), « *c'est une relation interactive en fait, on apporte à l'interne certainement, j'espère, c'est le but, mais ils nous apportent aussi* » (E9).

Cette formation à double sens était basée sur des échanges, qui semblaient nécessaires aux yeux des médecins : « *Moi ce que j'aime bien c'est tout ce qui est échange, parce qu'avoir un interne (...), je trouve qu'il y a une dimension d'échanges qui est extraordinaire* » (E12), « *J'aime échanger sur la pratique, je trouve que c'est vraiment, c'est un échange dans les deux sens, on s'apporte vraiment l'un l'autre, donc voilà.* » (E6).

Les médecins reconnaissaient que la présence d'un interne était un atout dans leur formation continue.

En accueillant des internes de niveau 1 en stage, les maîtres de stages se sentaient obligés d'être à jour : « *ça ramène un peu, pour pas s'enliser dans nos vieilles connaissances. Ça oblige quelque part à être à jour* » (E13). Ils faisaient ainsi parfois des recherches pour se maintenir à jour : « *Ça peut inciter à aller regarder, chercher de nouvelles choses pour améliorer la pratique* » (E14).

Aussi, les internes participaient à l'apport de connaissances actualisées : « *En plus, je pense que c'est la meilleure formation qui existe, c'est-à-dire que de se tenir à jour face à des jeunes qui sortent de la fac et qui en savent bien plus que nous au niveau biomédical* » (E3). Cela permettait aux médecins d'être plus vigilants par rapport aux nouvelles recommandations : « *les dernières reco sur la prise en charge de l'infection urinaire on les a revues parce qu'il les avait vues récemment* » (E1).

Enfin, les médecins participaient à des formations du fait de l'accueil d'un interne. Soit ils faisaient des formations de pédagogie : « *je fais des formations sur l'accueil aussi des internes, j'ai fait des formations de pédagogie, (...) pour justement, pour améliorer moi mes compétences de maître de stage. Ça joue dans ce cadre-là aussi, où moi aussi j'essaie de me former en pédagogie, de mon côté.* » (E6). Soit la présence de l'interne les stimulait à se former, afin d'être à la pointe de l'information : « *l'interne a un rôle dans notre stimulation à nous former, parce que c'est un peu couillon quand tu sais pas répondre à ton interne, il y a une certaine émulation et ça nous stimule l'un et l'autre* » (E11).

6. Synthèse

L'interprétation des résultats peut être résumée selon l'encadré N°1.

Encadré N° 1 : synthèse interprétative des résultats

La présence de l'interne de niveau 1

- ✓ Entraîne **une relation triangulaire**
 - Un nouveau regard : souvent vécu comme une crainte par les médecins généralistes (MG) au départ, qui s'oublie rapidement et qui est parfois même jugé nécessaire pour le binôme médecin-patient
 - Une relation à trois : où chacun doit trouver sa place, avec un MG qui doit essayer de s'effacer pour laisser le binôme interne-patient s'établir, pour finalement obtenir une relation à trois interactive
 - Une relation médecin-interne : relation d'échanges avec un collègue qui se passe bien
 - Une relation interne-patient : peu de refus de la part des patients souvent habitués, parfois la parole du patient se libérant apportant de nouvelles informations au MG
 - Une relation médecin-patient : qui reste une relation privilégiée, où le médecin est plus crédible et compétent pour le patient
- ✓ Dont les MG perçoivent une influence sur **l'organisation des consultations**
 - Le MG doit essayer de laisser faire l'interne pour qu'il évolue en différentes phases
 - Souvent le médecin modifie légèrement sa manière de réaliser la consultation
 - Souvent le dossier médical est déjà bien tenu, mais parfois la présence de l'interne permet une mise à jour et un perfectionnement
- ✓ Dont les MG perçoivent une influence sur **l'organisation du temps de travail**
 - L'interne s'adapte et consulte rapidement, libérant parfois du temps au MG pour d'autres tâches même s'il reste disponible pour l'interne
 - Un temps de débriefing qui s'ajoute
 - Une contrainte de temps unanime, avec prise de retard et d'énergie
 - Des consultations plus longues qui nécessitent une adaptation pour gérer le retard
- ✓ Qui permet **une formation réciproque**
 - Le MG se remet très souvent en question
 - Les recherches et traces d'apprentissage peuvent bénéficier au MG
 - Le MG et l'interne ont des rôles communs : se former, rechercher, transmettre à l'autre et le stimuler
 - Ce qui aboutit à une formation à double sens et une formation continue pour le MG

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer l'influence ressentie par les MSU de la présence d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle.

1. A propos de la méthode

La recherche qualitative était adaptée pour explorer ces données subjectives sur le ressenti des maîtres de stage. Elle permettait une approche exploratoire* sur ce sujet qui avait surtout fait l'objet d'études quantitatives. Ce mode de recherche permet d'explorer et de comprendre des phénomènes, sans chercher à quantifier ou à mesurer, et permet d'enrichir les données déjà produites par des études quantitatives.

Les entretiens semi-dirigés individuels ont été choisis pour permettre aux médecins d'exprimer leur ressenti plus facilement qu'en groupe. Le sujet exact de la thèse ne leur était pas communiqué avant l'entretien afin qu'ils se livrent de manière spontanée sans préparer leur réponses.

Les médecins interrogés exerçaient leur fonction de maître de stage depuis moins de 10 ans. Cette durée avait été fixée de manière empirique par l'enquêteur et le directeur de thèse, afin de limiter un éventuel biais de mémorisation.

La population était limitée aux départements de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher par souci de proximité pour l'enquêteur, elle aurait pu être répartie sur toute la région Centre. Cependant, l'échantillon a été raisonné pour être le plus diversifié possible.

La trame d'entretien comportait plusieurs questions ouvertes, avec plusieurs relances. Ces dernières ont aidé les médecins à comprendre plus facilement les questions, ce qui permettait d'approfondir les thèmes abordés. La trame d'entretien a été modifiée après la première interview pour améliorer la richesse des entretiens. Une question brise-glace faisant appel à l'évocation a été ajoutée afin de faire parler les interviewés, pour les mettre à l'aise et qu'ils se livrent plus facilement. Les relances ajoutées permettaient d'approfondir les thématiques abordées.

La durée du premier entretien était très courte, liée au manque d'expérience de l'enquêteur. Cependant les entretiens suivants ont eu une durée correcte. L'enquêteur a appris à respecter les silences, en faisant des pauses pour laisser le temps à l'interviewé de réfléchir. Il a fait attention à parler moins vite, avec une voix plus posée, pour donner l'impression d'avoir le temps et ne pas stresser les médecins. Des questions de relance ont été utilisées très facilement pour creuser chaque thématique. L'enquêteur a souvent essayé de remettre en situation les médecins avec leur interne, pour qu'ils puissent évoquer des souvenirs ou donner des exemples plus concrets.

Le travail a été réalisé par une seule personne, peu expérimentée. Ses hypothèses préalables ont pu transparaitre dans la formulation des questions entraînant un biais de suggestion, et influencer l'analyse des résultats. De même, la thématisation comprend une part de subjectivité de la part de l'enquêteur, pouvant entraîner un biais d'interprétation. La relecture

de l'entretien retranscrit n'a pas été soumise aux médecins. La validité* des résultats est critiquable. Cependant, le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative, a lu tous les entretiens, validé l'arbre thématique au fur et à mesure du travail de codage, source de triangulation des données dans l'étude. La saturation des données, atteinte au douzième entretien et confirmée au treizième et quatorzième rassurait sur la validité interne des résultats.

2. A propos des résultats

Le regard de l'interne, une crainte et un moteur

L'interne de niveau 1 s'immisce dans la consultation duelle entre le médecin et le patient et y pose son regard. Dans cette étude, les maîtres de stage craignaient ce nouveau regard et redoutaient le jugement de l'interne. Cette crainte a déjà été retrouvée comme frein pour les médecins généralistes à devenir maître de stage (11). Cependant, cette gêne était de courte durée, elle était souvent décrite à la partie initiale de l'accueil des internes, ce sentiment s'estompait très rapidement. On remarquait une ambivalence des médecins à ce sujet. En effet, certains médecins jugeaient nécessaire et appréciaient d'avoir un nouveau regard sur leurs consultations. Ils estimaient important que la consultation ne soit pas fermée entre le médecin et le patient, qu'une tierce personne puisse regarder, évaluer et remettre en cause leur pratique. Le regard extérieur leur imposait aussi une certaine rigueur, les obligeant à être plus vigilants. La thèse de Le Gallo retrouvait déjà cette notion de regard vecteur de performance (12).

La relation à trois équilibrée

Le stage de niveau 1 implique l'intrusion d'une tierce-personne, le stagiaire, dans le « colloque singulier » de la consultation médicale entre le médecin et le patient. Les consultations se déroulent alors dans une configuration triangulaire. Les relations à trois ne sont pas réputées les plus faciles (2). Dans cette étude, les maîtres de stage disaient qu'il fallait que chacun trouve sa place. Ce n'était pas aisé pour eux car ils étaient présents physiquement, dans la tête et dans le regard du patient, mais ils devaient essayer de se mettre en retrait pour faire une place à l'interne et au nouveau binôme interne-patient. Cependant, les médecins avaient un sentiment positif vis-à-vis de cette relation à trois, avec une adaptation qui se faisait plutôt facilement des trois côtés.

La relation médecin interne source de plaisir

La relation avec l'interne était décrite par les maîtres de stage avec des mots très positifs. Le plaisir d'accueillir des internes de niveau 1 était unanime, les médecins étaient enthousiastes lorsqu'ils parlaient de cette nouvelle relation. Ils appréciaient cette compagnie, ce qui leur permettait de lutter contre la solitude. Ces aspects psychoaffectifs étaient retrouvés fréquemment dans les différentes études déjà réalisées, dans la revue de la littérature de Jarno-Josse (10).

La relation du patient avec le médecin et avec l'interne

Plusieurs études ont étudié le ressenti des patients concernant la présence de l'interne en consultation. Le ressenti des médecins concordait avec celui des patients. La relation était facilitée par le fait que la patientèle était habituée à la présence de stagiaires (7). La présentation de l'interne comme un jeune collègue facilitait sa présence. Peu de refus étaient constatés, toutefois la gêne pour certains motifs de consultation était bien perçue par les maîtres de stage, notamment les motifs qui touchaient à l'intime, les problèmes

psychologiques, les problèmes de sexualité et gynécologie (5–8). Pour ce qui était de la relation entre les patients et les médecins, ces derniers avaient également un sentiment de relation inchangée (4,5,7), ils faisaient tout pour maintenir la relation privilégiée qu'ils avaient habituellement avec leurs patients. Dans les travaux explorant l'avis des patients, le statut de maître de stage semblait valoriser les médecins aux yeux des patients (4–8). Cet avis était partagé par les maîtres de stage, qui avaient le sentiment que le fait d'enseigner à des internes valorisait leur statut, que les patients vivaient cela comme un gage de sérieux. Un nouveau résultat est apparu dans cette étude, le fait que la présence de l'interne libérait la parole du patient, qui apportait alors de nouvelles informations, ce qui était bénéfique pour le médecin, enrichissant la consultation.

Laisser faire l'interne selon les phases pédagogiques

Pour l'organisation des consultations, on retrouvait bien les trois phases pédagogiques du stage de niveau 1 pour faire progresser l'interne jusqu'à l'autonomie (3). Progressivement, le maître de stage devait s'efforcer de jouer les absents pour laisser faire l'interne. Les médecins essayaient de s'effacer et se mettaient en position de retrait, physiquement, et verbalement. Cependant, certains exprimaient une difficulté à être passif et discret, et ne pouvaient s'empêcher d'intervenir. Ils estimaient leur intervention nécessaire souvent en début de stage, l'interne n'ayant pas encore eu le temps de prendre ses marques. Par la suite, leur intervention était souvent superflue mais non contrôlable.

Les modifications de consultation par le médecin

De nombreuses études ont montré une modification de la consultation du médecin généraliste en maîtrise de stage, par rapport aux consultations exercées seul (10), notamment une augmentation du temps consacré à l'entretien avec le patient, une meilleure organisation au cours des consultations et une meilleure gestion du patient.

Les principales modifications rapportées dans cette étude étaient en rapport avec la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, et le relationnel avec le patient. Quelques médecins notaient une plus grande vigilance dans l'interrogatoire, l'examen physique ou les prescriptions, surtout par souci de transmission.

L'enseignement à des internes était l'occasion pour certains maîtres de stage d'améliorer leurs dossiers et de mieux les tenir à jour. Soit ils les remplissaient eux-mêmes en profitant de la présence de l'interne, soit c'était ce dernier qui pouvait perfectionner le dossier.

La contrainte du temps unanime à laquelle les MSU essayaient de s'adapter

Il ressortait de manière unanime une contrainte, celle du temps. Cette contrainte était retrouvée dans les autres travaux (10–12). Elle était expliquée de façon plus précise par un allongement du temps de consultation et l'ajout du temps de débriefing. Le maître de stage devait notamment prendre du temps pour laisser faire l'interne, donner des explications, discuter, débriefing. Cette prise de temps était source de retard et de fatigue pour certains médecins, qui ressentaient parfois le besoin de faire une pause dans l'accueil de stagiaires. Néanmoins, les maîtres de stage essayaient de s'adapter et décrivaient plusieurs techniques pour pallier à cette prise de temps : apprendre à l'interne à gérer le temps, reprendre la main sur les consultations, consulter en parallèle dans un autre bureau, ou essayer de rattraper le retard avec des consultations plus simples. Certains anticipaient et modifiaient légèrement leur planning de consultations en ajoutant des créneaux de pause, tandis que les autres ne le modifiaient pas du tout ou avaient essayé mais la pression des demandes était telle qu'ils revenaient à leur planning habituel. Le travail de Jarno-Josse retrouvait que quand l'étudiant était en autonomie, la charge de travail du maître de stage diminuait (10). Cette étude montrait

que les maîtres de stage avaient le sentiment que l'interne s'adaptait vite, et lorsqu'il était autonome, le maître de stage gagnait du temps pour les tâches administratives.

Une formation réciproque avec un rôle de développement professionnel continu (DPC) pour le médecin

La thèse de Lopes (14) en 2014 avait démontré que la maîtrise de stage pouvait rentrer dans le cadre du DPC, en mettant en évidence l'importance de la démarche réflexive dans les activités des MSU au quotidien. La maîtrise de stage fait maintenant partie de la liste des méthodes utilisables dans le cadre du DPC (13). Cette étude vient le confirmer.

On retrouvait chez ces médecins enseignants, l'envie de transmettre, voire même la notion de compagnonnage. Ils aimaient transmettre leur savoir, participer à la promotion de la médecine générale, et donner en retour à la profession pour l'enseignement qu'ils avaient reçu eux-mêmes.

L'enseignement à des internes de niveau 1 entraînait une relation d'échanges, qui ne permettait pas seulement aux médecins de former les internes, mais une formation à double-sens, source de formation continue pour les maîtres de stage.

Tout d'abord, les maîtres de stage remettaient en question leur pratique, du fait du simple regard de l'interne qui remettait en cause leur certitude, mais aussi du fait de devoir justifier leur prise en charge au stagiaire.

Ensuite, ils effectuaient des recherches. Premièrement, parce qu'ils se sentaient obligés d'être à jour de leurs connaissances en accueillant un interne. Deuxièmement, ils participaient aux recherches que l'interne faisait pour réaliser ses traces d'apprentissage : le médecin était stimulé pour faire des recherches de son côté, pour apporter de l'aide à l'interne mais aussi être plus sûr des informations qu'il lui apportait.

La maîtrise de stage des internes de niveau 1 motivait les médecins à se former davantage. Soit ils faisaient des formations pédagogiques, pour améliorer leurs compétences en enseignement. Soit la présence des internes les stimulait à faire de nouvelles formations, afin de garder un bon niveau de connaissances.

Enfin, l'interne apportait des connaissances récentes au maître de stage, ce qui permettait à ce dernier de se maintenir au fait de l'actualité médicale.

Qu'en sera-t-il avec des internes novices, de premier et deuxième semestres ?

Les maîtres de stage remarquaient une nette différence dans les consultations selon l'ancienneté des internes. On remarquait une plus grande difficulté d'adaptation avec des jeunes semestres, avec une certaine appréhension de la part des maîtres de stage quant à l'accueil d'internes en premier semestre.

Le diplôme d'études spécialisées de médecine générale est en cours de réforme, avec des changements dans la maquette de stages. La première phase sera la phase socle, d'une durée de deux semestres, pendant laquelle l'interne devra réaliser le stage ambulatoire de niveau 1, et le stage dans un service d'urgences hospitalières (15). Les internes de niveau 1 seront donc des jeunes internes, en premier ou deuxième semestre. Il serait intéressant d'évaluer à nouveau l'influence de la présence de l'interne sur la pratique du médecin généraliste, avec ces internes novices.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a exploré l'influence ressentie par les maîtres de stage de la présence d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle.

Le regard de l'interne était souvent craint initialement par les MSU, mais paradoxalement ils le jugeaient nécessaire afin d'être évalués dans leur pratique et d'être plus rigoureux. Les médecins avaient un sentiment positif vis-à-vis de la relation triangulaire interne-médecin-patient, où chacun s'adaptait assez facilement. La relation avec l'interne était source de plaisir et leur permettait de lutter contre la solitude. Les MSU constataient peu de refus de la part des patients, qui étaient souvent habitués à la présence de stagiaires, cependant une gêne était perçue pour des motifs de consultation en rapport avec des problèmes psychologiques ou gynécologiques. La relation médecin-patient restait une relation privilégiée, qui était même améliorée. La parole des patients se libérait parfois en présence de l'interne, apportant de nouvelles informations au médecin. Le statut de MSU semblait valoriser les médecins.

Les MSU essayaient de se mettre en retrait physiquement et verbalement pour laisser faire l'interne. Certains éprouvaient une difficulté à être passif et ne pas intervenir. Ils pouvaient effectuer quelques modifications dans leur consultation, notamment en rapport avec la communication et le relationnel, ainsi qu'une plus grande vigilance dans l'examen et les prescriptions. L'enseignement à un interne était l'occasion pour les médecins d'améliorer leurs dossiers et de mieux les tenir à jour.

La contrainte du temps était unanime, expliquée surtout par des consultations plus longues et l'ajout du temps de débriefing, source de prise de retard et d'énergie. Cependant les MSU trouvaient des techniques pour y pallier : apprendre à l'interne à gérer le temps, reprendre la main sur les consultations, consulter en parallèle dans un autre bureau, ou essayer de rattraper le retard avec des consultations plus simples. Certains anticipaient et modifiaient légèrement leur planning de consultations en ajoutant des créneaux de pause. Lorsque l'interne était autonome, cela pouvait libérer du temps aux médecins pour des tâches administratives.

L'accueil d'internes de niveau 1 entraînait une relation d'échanges, qui permettait une formation à double-sens, source de formation continue pour les MSU. Les MSU remettaient en question leur pratique, du fait du regard de l'interne qui remettait en cause leur certitude, et du fait de devoir justifier leur prise en charge au stagiaire. Ils effectuaient des recherches, parce qu'ils se sentaient dans l'obligation d'être à jour, ou pour participer aux recherches de l'interne. La maîtrise de stage motivait les médecins à se former davantage. L'interne leur apportait des connaissances récentes, ce qui leur permettait de se maintenir au fait de l'actualité médicale.

Avec la réforme en cours du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, les internes seront amenés à réaliser leur stage de niveau 1 en premier ou deuxième semestre. Il serait intéressant d'évaluer à nouveau l'influence de l'interne sur la pratique du médecin généraliste, avec ces internes novices.

BIBLIOGRAPHIE

1. ISNAR-IMG. Troisième cycle des études médicales, propositions de l'ISNAR-IMG. 2014.
2. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Janv 2005*;(1):101-25.
3. ISNAR-IMG. Stages ambulatoires.
4. Jaglale-Letniowski. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle [Thèse de médecine]. Lille; 2009.
5. Rivière J-P. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien [Thèse de médecine]. Paris 7; 1998.
6. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? [Thèse de médecine]. Paris VI; 2002.
7. Sass M. La consultation, patient, médecin, interne, en stage niveau 1 de médecine générale : Etude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et internes - Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient. [Thèse de médecine]. Paris XI; 2013.
8. Lemerrier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie [Thèse de médecine]. Rouen; 2013.
9. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue systématique et méthodique de littérature. [Thèse de médecine]. Brest; 2011.
10. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires. *Exercer*. 2011;22(98):141-2.
11. Lefebvre S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014. [Thèse de médecine]. Lorraine; 2015.
12. Le Gallo AG. Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet : enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du Finistère. [Thèse de médecine]. Brest; 2012.
13. HAS. Développement professionnel continu Méthodes et modalités de DPC. 2015.
14. Lopes C. La maîtrise de stage : une démarche réflexive dans la dynamique du développement professionnel continu. [Thèse de médecine]. Nice; 2014.
15. CNGE. Propositions du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale.

16. Letriliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittié J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;20(87):74-9.
17. Letriliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittié J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à a recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;20(88):106-12.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Glossaire (16,17)

Analyse thématique (syn : thématisation) : méthode d'analyse de contenu qui consiste à repérer les unités sémantiques fondamentales, et à les catégoriser.

Catégorie : Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification.

Catégorisation : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories.

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

Codage ouvert : codage inductif, effectué lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée.

Échantillonnage raisonné : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

Entretien individuel : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

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

Etude qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Retranscription (syn : transcription) : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'appropriier progressivement les propos de l'interviewé.

Saturation des données : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et

l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

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

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

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

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

2. Annexe 2 : Trame d'entretien

- 1. Pouvez-vous me raconter comment cela se passe-t-il actuellement avec votre interne ? Ou comment cela s'est passé avec votre dernier interne ?** (*question brise-glace ajoutée après le premier entretien*)

Parlez-moi de votre relation avec l'interne.

Parlez-moi de la relation avec les patients en présence de l'interne.

Comment se passent les consultations ?

Est-ce que cela s'est déjà mal passé avec un interne ? (si oui comment avez-vous fait, qu'avez-vous changé)

- 2. Pourquoi avez-vous décidé d'accueillir des internes de niveau 1 au départ ?**

Quels sont les éléments qui vous ont incité à prendre un interne de niveau 1 ?

- 3. Pourquoi continuez-vous à en recevoir ?**

Quels sont les éléments qui vous ont incité à reprendre un interne en niveau 1 ?

- 4. Que vous apporte globalement la présence de votre interne ?**

De quoi discutez-vous lors du débriefing et en dehors des consultations ?

Parlez-vous de ses recherches ? De ses ressources ? Quelles sont ses ressources ?

Pouvez-vous me raconter un débriefing ou une discussion avec un interne qui vous a marqué ? (*relance ajoutée après le premier entretien*)

En quoi le fait d'avoir un interne joue dans votre formation médicale continue ? Expliquez-moi les raisons.

- 5. Quelles difficultés dans votre pratique rencontrez-vous du fait de la présence de l'interne ?**

En quoi la présence de l'interne modifie votre planning ?

(*Diriez-vous que globalement cela entraîne plutôt une perte ou un gain de temps ? Quelle est la durée moyenne d'une consultation avec l'interne ? Ces relances ont été supprimées et remplacées par les suivantes après le premier entretien*)

Comment gérez-vous le temps en présence de l'interne ?

Comment gérez-vous le retard ?

- 6. Qu'avez-vous modifié de manière générale dans votre pratique depuis que vous avez des internes de niveau 1 ?**

Avez-vous l'impression d'avoir modifié quelque chose dans votre consultation depuis que vous avez vu l'interne faire des consultations ?

Que pensez-vous avoir modifié dans votre interrogatoire, votre examen physique, vos prescriptions ?

Quelle est l'impact de l'interne sur la tenue et la mise à jour du dossier patient ? Pensez-vous avoir modifié la gestion du dossier médical depuis la présence d'internes ?

- 7. Que modifiez-vous dans votre pratique lorsque l'interne vous observe ?**

Avez-vous l'impression de modifier quelque chose dans votre consultation quand l'interne vous regarde ?

Que pensez-vous modifier dans votre interrogatoire, votre examen physique, vos prescriptions ?

8. Que souhaitez-vous ajouter sur cette thématique ?



HAHUSSEAU Marion

43 pages – 2 tableaux

Résumé :

Contexte : Depuis 1997, les internes de médecine générale doivent effectuer un semestre ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé maître de stage des universités (MSU).

Objectif : Explorer l'influence ressentie par les MSU de la présence d'un interne en stage de niveau 1 sur leur pratique professionnelle.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes agréés MSU, dans le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, et analyse thématique du contenu.

Résultats : Le regard de l'interne, souvent craint initialement, permettait aux MSU d'être évalués et plus rigoureux. Ils avaient un sentiment positif vis-à-vis de la relation triangulaire interne-médecin-patient. La relation avec l'interne était source de plaisir. La relation avec le patient était améliorée. Les MSU essayaient de se mettre en retrait pour laisser faire l'interne. Ils effectuaient quelques modifications dans leurs consultations, ils étaient notamment plus vigilants. L'enseignement à un interne était l'occasion d'améliorer la tenue du dossier médical. La contrainte du temps était unanime, cependant les MSU trouvaient des techniques pour y pallier. Accueillir des internes était source de formation continue car les MSU remettaient en question leur pratique, effectuaient des recherches, se formaient davantage, et l'interne leur apportait des connaissances actualisées.

Conclusion : Les MSU percevaient une influence de l'interne sur le relationnel, l'organisation des consultations et du temps de travail, et sur leur formation. Hormis la contrainte du temps, le ressenti global était positif, avec une amélioration de leur pratique.

Mots-clés : maître de stage, interne, stage de niveau 1, pratique

Jury :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX

Membres du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Professeur Hubert LARDY

Docteur Alexandra BADEY-MEURISSE

Date de soutenance : 29 juin 2017