



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marie BOUTTEYRE

Né(e) le 06/01/1995 à Montereau-Fault-Yonne (77)

**Quels sont les freins pour les médecins généralistes loirétains à l'accueil
d'un interne en consultation ?**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement le 24/04/2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine -Tours

Membre du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Directeurs de thèse : Docteur Zeliha KOÇAK, Médecine Générale – Tours

Docteur Benoît CHAUMONT, Médecine Générale - Tours

Remerciements

Merci aux membres du jury d'avoir lu et jugé mon travail.

Merci à Zeliha, pour ta patience, ta relecture acharnée et tes conseils.

Merci à Benoît, pour ton aide et les nœuds aux cerveaux pour récupérer les données.

Merci à mes MSU, qui m'ont donné le goût de la médecine générale et l'envie de transmettre à mon tour.

Merci aux confrères qui m'ont apporté leur aide dans la réalisation de cette thèse, spécialement à Boutheina pour son aide précieuse.

Merci à Papa et Muriel, pour votre indéfectible soutien dans les pleurs parfois et dans la joie surtout. Je vous aime.

Merci à Maman, j'espère te rendre fière.

Merci à Nounou, tu m'as appris la rigueur et le travail bien fait, dans l'amour et la bienveillance. Sans toi je n'aurais peut-être pas été capable de faire ces études difficiles.

Merci à mes sœurs, Karine, Clarisse, Séverine de partager ces moments avec moi.

Merci à Charles, mon chéri, pour ton amour au quotidien et ton soutien. J'ai hâte de vivre ma vie à tes côtés.

Merci à toute ma famille, qui m'a toujours soutenue. Merci à Mathilde pour ton soutien et ta relecture.

Merci aux Guys, pour tous ces bons moments en votre compagnie, que l'on a passés et que l'on passera encore, malgré la distance.

Merci spécial à Marie, pour avoir été là dans mon désespoir de thèse !

Merci à Elo, avec qui j'ai partagé les meilleurs tradichoc devant les affreux QCM d'ECN.
Merci d'être toujours là pour moi.

Merci à Tiphaine, sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Tu es un rayon de soleil.

Merci aux copains des Highlands et particulièrement à Jérôme pour tes conseils avisés.

Merci à mes co-internes, avec qui j'ai partagé les joies et les difficultés de ces stages. Hassan, merci pour cette super coloc' qui nous a fait passer le meilleur confinement possible ! Merci à Edouard, pour ta bonne humeur, tes blagues et les vacances entre copains qui nous manquent.

Merci à GRACE-IMG et l'ISNAR-IMG, qui m'ont permis de découvrir un tout autre monde.
Vous m'avez fait grandir.

Résumé en français

Introduction : Les stages ambulatoires sont une partie essentielle de la formation des internes de médecine générale. Le nombre d'internes de médecine générale à former a augmenté et cela continuera avec la quatrième année de médecine générale. De plus, l'ouverture de la faculté de médecine d'Orléans va nécessiter un besoin de formation accru sur le département. L'objectif de ma thèse était d'explorer les causes du refus à s'engager dans la maîtrise de stage du point de vue des médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes .

Méthode : L'étude qualitative qui a été réalisée est inspirée de la théorisation ancrée. Le recrutement s'est fait dans une population de médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes au cabinet. La sélection des participants s'est faite par une approche d'échantillonnage raisonné théorique. Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés individuels.

Résultats : L'étude a révélé que la surcharge du quotidien des médecins, la crainte de déstabiliser leur entreprise libérale, l'ajout d'une nouvelle charge mentale, le rôle du milieu professionnel sur la réticence des médecins, la projection difficile dans la maîtrise de stage et la perception de ce statut comme trop exigeant étaient des freins, souvent connectés entre eux, expliquant les réticences des médecins.

Discussion : Une étude quantitative pourrait mesurer les freins des médecins généralistes de la région. Pour s'adapter à la charge de travail des médecins, il serait intéressant de pouvoir proposer d'accueillir des internes sur un semestre d'été préférentiellement. La formation MSU pourrait être réalisée en partie en distanciel afin d'alléger l'organisation des médecins. Le rôle important de l'exemple des MSU sur leurs collègues suggère d'en faire des "role-model". Les collègues participant à la formation de l'interne au sein d'un cabinet pourrait bénéficier d'un statut particulier. Les internes pourraient également occuper un rôle à part entière dans le recrutement, peut-être sous forme de GEAP.

Mots-clés : Maîtrise de stage Universitaire / Interne / Médecine Générale / Freins

Résumé en anglais

What are the barriers for general practitioners in the Loiret to host a medical intern in consultations? A qualitative study through semi-structured interviews.

Introduction: Ambulatory internships are an essential part of training for general medicine residents. The number of general medicine residents has increased, and this will continue into the fourth year of general practice. Additionally, the opening of the medical faculty of Orléans will require an increased need for training in the department. The objective of my thesis was to explore the reasons why general practitioners in Loiret who do not host residents are reluctant to engage in the role of stage supervisor.

Method: The qualitative study conducted is based on grounded theory. Recruitment took place within a population of general practitioners in Loiret who do not host residents in their practice. Participants were selected using theoretical purposeful sampling. Data collection was carried out through semi-structured individual interviews.

Results: The study found that the overload of the daily life of doctors, the fear of destabilizing their liberal enterprise, the addition of a new mental load, the role of the professional environment on doctor's reluctance, the difficult projection in the stage supervisor's status and the perception of this status as too demanding were barriers, often connected with each other, explaining the reluctance of general practitioners.

Discussion: A quantitative study could measure the barriers of general practitioners in the region. To better adapt to doctors' workload, it would be interesting to propose hosting residents during a summer semester. The stage supervisor's training could be partly conducted on a distantial basis in order to lighten the organization of doctors. The important role of the stage supervisor's example on their colleagues suggests that they should be a "role model". Colleagues participating in the intern's training within their practice could benefit from a special status. Interns could also play a full role in recruitment, perhaps as a university's group of practice.

Keywords: University Stage Supervision / Resident / General Medicine / Barriers

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
 CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
 HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
 IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
 SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Abréviations :

MSU : Maître(s) de Stage Universitaire(s)

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

ARS : Agence Régionale de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

E1 ; E2 ; ... : Entretien 1 ; Entretien 2 ...

GEAP : Groupe d'échange et d'analyse des pratiques

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

Table des matières

I- Introduction	14
II- Méthode.....	16
A- Type d'étude.....	16
B- Population cible	16
C- Recueil des données.....	17
D- Analyse des données.....	17
E- Aspects éthiques et réglementaires.....	18
III- Résultats	19
A- Population étudiée	19
B- Présentation des données.....	21
1- La crainte de surcharger un quotidien déjà intense	21
a- Une charge de travail incompressible.....	21
b- Les conséquences de l'accueil d'un interne sur le travail.....	22
2- La crainte de déstabiliser la gestion d'une entreprise libérale en cabinet	23
a- Les contraintes d'être chef d'entreprise.....	23
b- La maîtrise de stage, une entrave à la rentabilité.....	23
3- L'ajout d'une nouvelle charge mentale, l'effort de trop dans un contexte d'épuisement.....	24
a- Le découragement des médecins généralistes libéraux.....	24
b- Le refus d'empiéter sur sa vie personnelle.....	25
c- L'inconfort de bousculer le statu quo.....	26
4- Le rôle du milieu professionnel sur la réticence à devenir MSU.....	26
5- Une projection difficile dans la maîtrise de stage.....	27
a- L'accès à la formation difficile à surmonter.....	27
b- Une information jugée inadaptée.....	28
6- La perception du statut de MSU comme trop exigeant	29
a- Un devoir de trop pour les médecins.....	29
b- Peur de ne pas être au niveau.....	30
c- L'inflexibilité des locaux de formation.....	31
7- Schéma.....	32
IV- Discussion.....	34
A- Comparaison à la littérature.....	34
B- Forces et limites.....	36
C- Perspectives.....	37
V- Conclusion.....	38
Références.....	40
Annexes.....	42
Formulaire d'information et de consentement	42
Guide d'entretien.....	44

I- Introduction

Les stages ambulatoires sont une partie essentielle de la formation des internes de médecine générale. Ces stages, grâce à l'encadrement de Maîtres de Stage Universitaire (MSU), permettent aux internes de découvrir leur futur métier sous plusieurs prismes, tels que les spécificités de la médecine de premier recours, la relation de confiance avec le patient et même d'appréhender la gestion d'un cabinet libéral.

Au début des études de médecine, lors de l'externat, le stage en cabinet est court, ne donnant qu'un bref aperçu du métier de médecin généraliste.

Pour les internes spécialisés en médecine générale, en revanche, deux stages ambulatoires plus longs sont effectués en Centre-Val-de-Loire.

D'abord le stage niveau 1, qui permet une découverte de la médecine de ville. L'interne y acquiert les bases de la médecine générale. Plus tard dans le cursus, vient le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), dernier stage de médecine générale avant la fin de l'internat. Il permet à l'interne de gagner en indépendance et se perfectionner dans son art, toujours sous l'égide d'un maître de stage, qui lui donne les clés pour devenir un médecin généraliste autonome (1). Ces deux stages sont presque toujours composés d'un trinôme de MSU au sein de l'académie tourangelle, afin que l'étudiant puisse découvrir plusieurs façons de faire, se forger une plus grande expérience mais aussi alléger la charge de travail des MSU.

Les médecins qui forment les étudiants ont le statut de MSU. Ils suivent une formation spécifique au niveau de l'interne qu'ils souhaitent recevoir, leur permettant d'accueillir dans de bonnes conditions un étudiant. Ils doivent ensuite recevoir l'agrément de l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui est à renouveler tous les 5 ans (2).

Depuis 2018, le nombre d'internes de médecine générale à former en Centre-Val-de-Loire a fortement augmenté, passant de 84 postes en 2018 à 134 en 2024, ce qui a de facto augmenté les besoins de nouveaux MSU (3,4). Certains MSU accueillent d'ailleurs à la fois un interne de niveau 1 et un de SASPAS pour pallier ce manque.

Cette augmentation des effectifs de futurs généralistes reste insuffisante pour faire face aux besoins de soins primaires de la région Centre-Val-de-Loire. En effet, la région est le désert médical le plus important de France métropolitaine en 2023 d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), avec une densité de 115 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 147 en moyenne en métropole (5). Ce constat a mené à l'ouverture d'une deuxième faculté de médecine au sein de la région, dans la ville d'Orléans, qui a été annoncée par le Premier Ministre Jean Castex en février 2022, pour une ouverture en septembre 2022 (6). Cette nouvelle faculté a pour objectif la formation de 200 étudiants supplémentaires par an d'ici 2027 sur la région et donc le recrutement dans les années futures de nouveaux MSU (7).

Dans le même temps, la 4ème année de médecine générale, dont le décret a été publié le 9 août 2023 au Journal Officiel, sera effective en novembre 2026 (8) et prévoit un stage ambulatoire supplémentaire d'une durée d'un an. Ce stage se fera sous la direction d'un MSU

unique, avec le statut de Docteur Junior Ambulatoire. Cette mise en place nécessite une campagne spécifique de recrutement supplémentaire (9).

Le recrutement de MSU doit donc s'accélérer sur la région. Pour cela, les campagnes sont menées par plusieurs instances comme par exemple le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), mais aussi l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), le Conseil de l'Ordre etc... Elles prennent des formes variées afin de toucher un maximum de médecins : lettres, mails, présence de stands en congrès ou journées de formation, publicité dans des revues médicales etc...

Cependant, si l'on regarde de plus près, en 2021, seulement 20 % des médecins généralistes de Centre Val de Loire étaient MSU, contre 30.5% au niveau national (10). Malgré les augmentations successives du nombre de MSU ces dernières années (11), si l'on s'intéresse spécifiquement au Loiret, qui accueille la nouvelle faculté, on peut voir qu'en novembre 2024, 26% des médecins généralistes du territoire étaient MSU et 19.4% participent à l'accueil des internes (12,13), ce qui reste en dessous de la moyenne nationale.

Le recrutement chez les médecins généralistes de Centre-Val De Loire serait-il plus difficile que sur le reste du territoire français? Le Loiret, département concerné par la création de la nouvelle faculté et l'arrivée d'étudiants à former semblait central pour mener cette recherche. En effet, une mobilisation massive de la profession est nécessaire pour mener à bien les nouvelles exigences de formation.

Je me suis donc demandé quels étaient les freins des médecins généralistes loirétains installés à accueillir des internes au cabinet ? L'objectif de ma thèse était d'explorer les causes du refus à s'engager dans la maîtrise de stage, du point de vue des médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes.

II- Méthode

A- Type d'étude

L'étude qualitative qui a été réalisée est inspirée de la théorisation ancrée (14,15) afin de définir un modèle expliquant les freins que peuvent ressentir les médecins généralistes concernant la maîtrise de stage, en intégrant leur environnement psycho-social.

B- Population cible

La sélection des participants s'est faite par une approche d'échantillonnage raisonné théorique, avec un recrutement opportuniste continu jusqu'à atteindre la saturation des données. Le processus était guidé par l'émergence des théories.

Le recrutement s'est fait dans une population de médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes au cabinet. Les noms des médecins généralistes ont été obtenus par 2 moyens : via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et par recommandations de pairs.

Le premier contact s'est fait par téléphone, message ou email afin de choisir le lieu et la date de l'entretien.

Les critères d'inclusion: être médecin généraliste installé dans le Loiret.

Les critères d'exclusion: les médecins accueillant déjà des internes au cabinet et les médecins n'exerçant pas la médecine générale dans le Loiret.

Entretiens non réalisés :

Deux médecins ont été contactés mais n'ont pas donné suite à l'appel par manque de temps, sept n'ont pas répondu à mes relances. Deux médecins ont été contactés mais accueilleraient maintenant des internes.

C- Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés individuels, afin de permettre une discussion plus ouverte. Les entretiens ont été réalisés au moyen d'une grille d'entretien, préalablement définie contenant des questions ouvertes et évolutives en fonction des besoins de la recherche.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés au cabinet des médecins interrogés, à leur domicile, ou bien en visioconférence selon leur choix.

Ils ont été enregistrés et retranscrits intégralement avec anonymisation des données. Les retranscriptions ont été soumises aux participants selon leur volonté. Un participant a souhaité recevoir la transcription. Les enregistrements ont été effacés après retranscription.

Un recueil sociodémographique a été complété à chaque entretien.

Le recueil et l'analyse ont été effectués au fur et à mesure, dans une démarche itérative.

Le recueil des données s'est effectué sur une période du 06/09/2023 au 18/10/2024. La saturation théorique des données a été atteinte au onzième entretien. Afin de vérifier la saturation, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Un journal de bord a été complété en parallèle des entretiens.

D- Analyse des données

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation sur les deux premiers entretiens par moi-même (MB) et ma directrice de thèse (ZK) puis pour le reste des entretiens sur ses passages les plus complexes par confrontation des résultats avec une co-thésarde (TD), après avoir été préalablement anonymisés.

Les caractéristiques des participants ont été consignées dans un tableur Google Sheets.

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide de l'outil Google Sheets.

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées par moi-même (MB) d'abord à la main en version papier puis à l'aide du logiciel Google Drawings.

E- Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement libre et éclairé de chaque participant à l'étude a été recueilli à l'oral puis à l'écrit avec signature.

Dans le cadre du maintien de la confidentialité, les noms propres ont été supprimés, ainsi que tout élément paraissant trop reconnaissable. Les noms ont été remplacés par un code d'une lettre et un nombre.

La déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'avis éthique n'ont pas été nécessaires après avis du Dr GUYETANT Sophie, coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles".

III- Résultats

A- Population étudiée

La moyenne d'âge était de 47,62 ans.

Le sex-ratio était de 4 hommes pour 9 femmes.

La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes 54 secondes, avec un minimum de 16 minutes 01 seconde et un maximum de 55 minutes 33 secondes.

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10	M11	M12	M13
H/F	F	F	F	M	M	F	F	F	H	F	H	F	F
Age	52		33	72	40		37	44	45	61	54	52	47
Temps Installation (années)													49
Mode d'activité	Libéral	Libéral	Salariat	Libéral	Libéral	Exercice mixte	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral
Mode(s) d'exercice	Cabinet de groupe puis MSP puis cabinet de groupe	Seule en structure de groupe + Assistante médicale	Salariat communal 35h + salariat départemental	Cabinet de groupe puis MSP	MSP	MSP + hospitalier	Cabinet seule + secrétaire	Cabinet seule + Assistante médicale	Cabinet seul + secrétaire	Association puis MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Rural / semi urbain/ urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural
Combien de cs/ j	25 à 30			35-40		20 22 à 25		28	34	35	23	25 25 à 30	30
Nb de Cs/semaine	115		80			80 44 à 50		112	136	155 50 à 98	100	90	120
Jours travaillés/sem	4,25		4			4	2 4 + gardes		4	4,5	3	4,25	4,25
Semaines de vacances		7	12			5 6 à 8		7	8	10	7	7 à 8	7
Etudes	Kremlin-Bicêtre	Tours	Tours	Paris St Antoine	Tours	Tours	Etranger	Etranger	Etranger	Tours	Tours	Tours	Tours
Stage de MG durant les études	Oui, internat	Oui, internat et externe	Oui, internat et externe	Non	Oui, internat 1 stage	Oui, internat 1 stage niveau 1 et 2	Non	Non	Non	Oui	Oui, 1 stage	Oui, 2 stages	Oui, 1 stage externe et 1 internat
Comment s'est passé le stage MG internat ?	Pas de souvenir	Très bien !	Bien pour certains, très mal pour d'autre, rempla chez les MSU bien	x	Bien	Oui	X	x	x	Globalement bien	Bien	Bien	Bien
Choix pour la MG	Choix	Choix	Choix	Choix	Choix	Choix, mais besoin de faire autre chose	Choix	Choix	Choix	Choix	Aurait préféré spécialité	Choix	Choix
Famille	Divorcé, 2 enfants adultes	En couple, 2 enfants en bas âge	Divorcé, 1 enfant	Divorcé, remarié	Marié, 2 enfants en bas âge	Marié, 1 enfant bas âge	Marié, enfants	Marié, 3 enfants	Marié, enfants adultes	2 enfants adultes	Famille recomposée, 5 enfants ado/adultes	Marié, 3 enfants ado/adultes	2 enfants
Comment se sent	Las	Très heureux	Bien	Bien	Très heureux	Très heureux	Bien	Bien	Bien, beaucoup de travail	Déconsidéré	Mal, déconsidéré	Répond "bien, beaucoup de travail" mais gêne palpable	Maltraité par institution
Temps d'entretien	0:23:40	0:32:57	0:22:20	0:22:45	0:41:10	0:26:48	0:25:38	0:28:26	0:16:01	0:55:33	0:24:38	0:27:19	0:28:25

B- Présentation des données

Après analyse des données collectées, plusieurs freins sont ressortis des entretiens.

1- La crainte de surcharger un quotidien déjà intense

a- Une charge de travail incompressible

La **charge quotidienne de travail** était écrasante pour les médecins, tant en consultation qu'en administratif (E2 "*Parce que la journée elle est déjà tellement difficile de base, avec nos consult', notre administratif, euh après une fois que les patients, bah la journée est fini y'a tout le côté paperasse, tout, 'fin'*"). Cette charge était aggravée par un **emploi du temps souvent saturé**, (E9 "*Après ça oui y'a aussi le rythme, le rythme est assez soutenu.*"). Les médecins rapportaient l'incapacité de prendre des pauses, allant jusqu'à entraîner une **privation de leurs besoins fondamentaux**, comme boire, manger, ou aller aux toilettes (E11 "*Parfois le midi on a pas le temps de manger, on va manger un sandwich, euh parfois on a soif, on a le temps qu'en fin de journée pour boire... on compte les minutes quoi !*"))

Cette pression découlait de l'obligation, inhérente à la profession de médecin généraliste, de **répondre aux besoins immédiats et souvent urgents des patients** (E11 "*Moi il faut que je puisse donner une réponse au jour le jour, au maximum le lendemain.*"). Les médecins se trouvant dans l'incapacité de répondre à toutes ces demandes pouvaient en ressentir une **culpabilité** (E13 "*Alors en fait quand je dis que je suis feignante, euh, c'est que ouais je pense que je suis...En fait on a une charge de travail...*") et de la **frustration** de penser mal faire son travail (E5 "*Si je pouvais passer plus de temps avec mes patients, ça serait le top! Là tu es toujours... T'es au chrono. Tu es "ah bah là et puis j'ai ça aussi à vous dire - oui mais là j'ai pas le temps allez vas-y sauve toi et tu reviendras un autre jour."*).

Pour lutter contre cette pression, l'**organisation était optimisée** pour minimiser le temps perdu, par exemple en réalisant plusieurs petites tâches entre les consultations. La présence d'un **étudiant aux côtés du médecin aurait, selon eux, compliqué l'organisation** et la coordination de ces tâches (E3 "*moi je sais que ma journée elle est optimisée, qu'entre 2 patients je regarde mes bios, que j'lis mes courriers, que, j'appelle machin etc, voir même des fois 2 -3 choses perso et du coup je m'étais dis mince avec quelqu'un à côté de moi ça va être plus compliqué*").

La **complexité des consultations** (E10 "*Puis comme mes patients sont lourds. J'ai quand même beaucoup de gens, les gens âgés, multi pathologiques.*") et leur **imprévisibilité** (E5 "*Et en gros même avec ça bah des fois je me retrouve avec 5 - 10 minutes de, de battements parce que j'ai eu des consultes faciles et puis tout va bien. Et puis si tu retombes sur euh, bah un cancer, un dépressif et je sais pas quoi.*") entraînait des **retards** (E5 "*Et bah en fait malgré ça t'as 30 minutes de retard.*") qui étaient fréquents (E10 "*Bon j'ai souvent une demi-heure de retard.*"). Recevoir un **interne aurait risqué de majorer ces retards** du

fait de la supervision nécessaire (E11 *“les associés quand ils prenaient ça ils finissaient avec 1h30 de retard donc euh... vu qu'ils avaient l'interne , forcément !”*). Ces retards provoquaient une **anxiété** chez certains (E5 *“J'ai peur du chrono en fait.”*).

Les saisons jouaient un rôle clé dans l'intensification de la charge de travail. Les **périodes hivernales**, avec leur afflux de patients malades, augmentaient considérablement la demande de soins (E13 *“mais tu vois là sur un semestre d'hiver où tu cours après les rendez vous...”*). Les pathologies saisonnières, comme les infections respiratoires et la circulation des virus, imposaient un rythme supplémentaire aux médecins, qui se retrouvaient souvent dépassés par l'**augmentation de la charge de travail** (E11 *“c'est la demande, c'est la circulation des virus, c'est les pathologies qui, qui nous imposent leur rythme, c'est pas nous qui imposons le rythme au patient.”*).

De plus, la charge de travail intense avait **modifié les pratiques de formation** au cours des années. Autrefois, les médecins plus âgés et expérimentés qui diminuaient traditionnellement leur activité, pouvaient se permettre de prendre le temps de former des médecins. Dans le contexte actuel, ils étaient contraints de travailler plus qu'au début de leur carrière, ce qui ne laissait pas de place pour l'accueil d'un étudiant (E4 *“Alors dans le temps , ce qui est intéressant c'est que dans le temps les médecins un peu comme moi, un peu âgés, étaient plutôt en fin de carrière, pouvaient prendre le temps, puisqu'ils diminuaient leur activité. Alors que maintenant c'est, c'est plus le cas et même un médecin en fin de carrière ... moi j'ai jamais autant travaillé !”*).

b- Les conséquences de l'accueil d'un interne sur le travail

Les médecins s'inquiétaient de l'**augmentation de la charge de travail** à cause de l'interne dans un contexte de désertification médicale. Le **manque de médecins** dans le département augmentait les demandes de nouveaux patients (E4 *“ici par exemple on a pleins de demandes autour, t'as vu le cahier , tous les bleds autour , tout ça c'est des villes très peuplées y'a pas assez de médecins.”*), ce qui n'était pas sans rajouter une **pression supplémentaire** aux médecins (E13 *“y'a cette pression de la demande.”*), qui avaient déjà **du mal à recevoir leur propres patients** (E10 *“C'est pas une consult' un motif quoi. Parce que, c'est pas possible, ils ont eu du mal à avoir un rendez-vous donc du coup quand ils arrivent ils se posent quoi.”*).

Dans ce contexte, les médecins avaient le souci du report du travail du fait de la diminution des consultations pour accueillir l'interne, qui **impacterait leur temps de repos** (E10 *“ [parlant de l'aménagement de son emploi du temps pour accueillir un étudiant] Bah là, si j'ai un interne en plus. Voilà, après il faudrait que, faudrait que je m'arrange je pense pour revenir un peu vendredi”*). Ils s'inquiétaient également des **patients qui refuseraient** de le voir (E11 *“Bon après y'a la problématique aussi, c'est que, y'a des patients qui vont refuser de venir les jours où l'interne est tout seul, sauf ceux qui sont vraiment malades”*), ou

bien simplement de **patients qui ne seraient pas assez à l'aise** pour parler devant un interne et **reviendraient plus tard** (E10 *“j’ai l'impression que du coup je vais revoir le patient après et qui m'aura pas tout dit quoi !”*).

Cela posait à certains médecins des **problèmes éthiques** de gaspiller ainsi des créneaux de consultations précieux, aux profit de la formation des internes et aux dépens des besoins des patients, dans un désert médical (E5 *“ça me pose problème parce que soit, bah... Soit je suis vraiment à côté et dans ce cas là c'est quand même une perte de temps ! T'as quand même un médecin qui est là à rien foutre. Ça me paraît dingue ! Alors que t'es en plein désert.”*).

2– La crainte de déstabiliser la gestion d'une entreprise libérale en cabinet

a- Les contraintes d'être chef d'entreprise

A cette charge de travail se rajoutait le travail de la gestion d'une entreprise pour un médecin libéral.

En effet, la majorité des médecins interrogés exerçaient en **libéral**. Cela leur conférait donc un **travail supplémentaire** (E9 *“Si, si c'est plus de travail. Y'a, bon, beaucoup de travail, bah par rapport salarié [...] moi j'ai des horaires, mais voilà je, je finis jamais... C'est, officiellement c'est indiqué que je consulte jusqu'à 17h mais je quitte le cabinet ...pas avant 19h. 19-20h”*).

Le travail supplémentaire s'explique en partie par les différentes responsabilités qu'engendre le statut de **chef d'entreprise**. Les médecins étaient confrontés à des **problèmes managériaux** (E8 *“j'ai eu des petits soucis pour changer l'assistante médicale. Ah ça, c'était la semaine dernière, c'était un stress énorme !”*). Mais il leur fallait prendre en compte également la **rentabilité** de la structure. En effet, les **charges** du cabinet restaient les mêmes que le médecin travaille normalement, ou qu'il diminue son nombre de consultations pour accueillir un interne (E10 *“Je ne pourrais pas gagner moins d'argent parce que quand on travaille comme ça mi-temps, même si les charges sont à moitié, l'année dernière, mon comptable m'a dit que ça allait pas du tout. Parce que les charges augmentent. Et que les consultations dans le prix de la consult' pas, on est d'accord. [...] Parce que financièrement ça devenait compliqué.”*).

b- La maîtrise de stage, une entrave à la rentabilité

Le **travail devait donc être rentable** (E3 *“que t'es en libéral bah c'est bien beau de bloquer des créneaux mais en attendant c'est de l'argent euh entre guillemets tu perds !”* ; E5 *“s'il y avait pas ce problème de chrono-rentabilité tout le temps à regarder ta montre. C'est vraiment ça le point noir.”*). Mais accueillir un **interne n'était pas considéré comme**

rentable, que ce soit pour les **infrastructures** que l'accueil aurait nécessité (E5 "*Parce que si tu crées un bureau pour eux [internes] bah il faut payer le bureau ! Qui paye le bureau ? Ça sera certainement pas la fac.*"), ou par le **temps pédagogique** pris pour lui (E5 "*En réalité on a vraiment pas le temps et je me dis expliquer l'examen clinique alors voilà machin ... J'ai pas le temps.*") ou par l'**effort supplémentaire qu'il demandait au médecin par rapport à d'autres étudiants** (E2 "*En effet, apparemment l'externe c'est... plus rentable que l'interne. 'fin c'est pareil c'est ma copine elle est ... Elle elle étudie tout ça !*").

L'accueil d'un interne était parfois vu comme un **investissement** qu'il était parfois **trop tard de faire** (E9 "*T'imaginer, pour quelqu'un qui trouve un local, faire des travaux après et vu que je vais prendre ma retraite peut être d'ici 5-6 ans.*" ; E4 "*bah non, non faut être raisonnable *rires* plus maintenant je suis hors d'âge !*").

3- L'ajout d'une nouvelle charge mentale, l'effort de trop dans un contexte d'épuisement

a- Le découragement des médecins généralistes libéraux

Les médecins craignaient une charge **mentale** supplémentaire, dans un contexte de **santé mentale déjà fragilisée** (E10 "*et puis je veux pas être que ça me rajoute une charge. Une charge mentale en plus quoi elle est déjà énorme.*").

Les médecins souffraient d'un **épuisement**, qui n'était pas favorable à recevoir un étudiant (E1 "*faut reconnaître, je fatigue un peu, je travaille peut être ... un p'tit peu trop et ... d'accueillir quelqu'un en plus ça me ... ça me demanderait trop d'énergie*"). Les médecins ressentaient également un **manque de reconnaissance** de la valeur de leur métier que ce soit auprès de leurs **patients** (E1 "*toi tu te dois de leur donner, mais eux ils se ... ils se... ils sont pas forcément reconnaissants.*"), mais aussi auprès des **instances médicales** (E13 "*voilà depuis un an et demi, le mépris de mes hautes instances gouvernementales me zappe un peu le moral [...]. Euh, on va pas parler de la reconnaissance parce que là j'attends plus rien.*").

Il ressortait un **manque de confiance en l'avenir** (E13 "*Mais oui, j'aime pas bien là, j'aime pas bien ce qu'on fait prendre comme direction à la médecine générale en fait.*"). Ce climat pesant était **courant dans l'entourage** des médecins (E11 "*Et, ce qui me rassure c'est que y'en a, en gros au bout de 10 ans d'installation tout le monde en a marre, et moi je tiens le coup, p't'être pas mieux que les autres, mais pas pire que les autres *rire**"). D'ailleurs, certains **n'envisageaient pas de finir leur carrière en médecine générale** (E11 "*effectivement je sais même pas si moi j'irai jusqu'au bout de ma carrière dans ce métier là.*"). On note que ce **sentiment de lassitude et de déconsidération** était surtout rapporté par les médecins ayant le **plus d'années d'installation** (cf. tableau). Cette **désillusion** du métier ne permettait pas l'accueil et la **transmission** dans de **bonnes conditions à un jeune confrère** (E11 "*honnêtement, vu, vu, le ras le bol et le dégoût qu'on a quasiment de la profession, ça*").

risque de les décourager, c'est peut être pas une bonne chose") D'ailleurs, les médecins estimaient la **rémunération** de MSU non seulement insuffisante, mais surtout **offensante** (E5 "Je trouve que la reconnaissance des MSU elle est Enfin c'est déplorable quoi c'est un peu du bénévolat pour dire bah voilà!").

Cela amenait également les médecins à voir la maîtrise de stage comme une nouvelle contrainte dans laquelle ils pourraient être **pris au piège et perdre le contrôle** (E10 "Une fois que j'ai dit oui, qu'on me, là, *accélération du rythme, ton paniqué* qu'on me saute dessus puis qu'après je puisse plus... Je puisse plus arrêter, tiens tu vois ça aussi ! Une fois que je suis rentré à la maîtrise de stage, on mette un interne un externe tout le temps.). Ils ne **souhaitaient pas se voir imposer** des choses (E10 *avec une voix plus lente et posée* Je veux pas de contraintes supplémentaires... niveau professionnel.").

b- Le refus d'empiéter sur sa vie personnelle

De plus, **l'équilibre de la vie professionnelle et personnelle** était parfois difficile à trouver. Les activités professionnelles pouvaient **impacter la vie familiale** (E12 "tout est un équilibre tendu sur le fil au quotidien, [...]. On a eu des périodes très déséquilibrées hein, où le travail a énormément empiété sur euh, notre temps [familial] quoi."). Les médecins essayaient de **privilégier la vie de famille** (E13 "y'a des soirs où je suis au taquet parce que à telle heure il faut que je sois à tel endroit et je me l'impose parce que ça reste ma priorité."), notamment en aménageant leur emploi du temps pour les enfants (E7 "plus moi je travaille pas le mercredi, j'ai des enfants."). Un médecin avait changé de lieu d'installation pour prioriser sa famille (E5 "Et du coup je me suis rapatrié ici parce que bah maison, enfants, machin, la vie."). Les activités de **loisirs** étaient également importantes dans l'équilibre des médecins (E1 "C'est un métier, c'est pas ta vie, moi ma vie elle est ailleurs").

Or, accueillir un interne nécessitait une **extension de leur emploi du temps professionnel qui entrainait en conflit avec la vie personnelle** (E8 "Oui, y'a un petit problème parce que si, si y'a un retard sur une consultation ou deux trois quatre c'est pas grave. Mais si toutes les consultations sont en retard, si je mets 5 minutes de plus pour chaque consultation, euh, pour mon fils il y a personne qui va le récupérer, y'aura une heure de retard à la fin et il sera dehors devant la crèche. *ricanement*") alors que les médecins essayaient de **limiter leur temps de travail** (E13 " enfin je suis pas au dessus des chiffres en termes de consult. Alors ça c'est clairement un choix !" . ; E11 "ce que je veux dire, c'est les horaires qu'on se fixe, c'est le travail, enfin bon là, là je viens de finir, on va raccrocher après je vais ranger le bureau, je vais partir il sera 21h passée, bon moi ça me suffit. Après y'a une génération de médecins qui voulait bien , ou peut être maintenant, rester jusqu'à 22h ou 23h, pourquoi pas, mais bon, pas pour moi.").

c- L'inconfort de bousculer le statu quo

Enfin, certains médecins estimaient être confortables dans un équilibre précaire et **n'imaginaient pas l'intérêt de recevoir un interne** (E8 *"j'étais bien comme ça. Pourquoi ramener un interne alors ? *rire*"*). Certains médecins étaient d'anciens **hospitaliers**. Ils avaient régulièrement eu des **étudiants à former sans se poser de question** (E7 *"quand j'étais à l'hôpital j'avais tout le temps un interne avec moi"*). Cependant, cela ne relevait pas d'un **choix** (E8 *"en fait, en fait à l'hôpital, c'était pas moi le médecin qui décide est-ce que le l'interne va venir ou non. L'interne il est en train de tourner"*). Le choix de devenir maître de stage était une **étape supplémentaire à réaliser de son propre chef** (E6 [parlant de la formation MSU] *"C'est comme toute chose en fait c'est une question de lancement en fait."*).

4- Le rôle du milieu professionnel sur la réticence à devenir MSU

Les échanges avec les **collègues ayant choisi d'être MSU** influençaient involontairement la réflexion des médecins (E12 *"moi j'ai que l'exemple de Dr1 mais je sais pas comment gèrent les autres maîtres de stage dans les autres cabinets"*). L'exemple donné par leurs collègues ne les **incitait pas forcément à vouloir s'impliquer à ce niveau** (E12 *"Elle est un peu sur tous les fronts et puis, et puis c'est toujours plus et en plus et en plus quoi. [...] je suis consciente de ce que ça lui demande quoi."*). Ils avaient parfois eu vent de **difficultés concernant la maîtrise de stage de leur confrère**, dans l'**organisation des stages** (E13 *"bah quand j'entends qu'on met déjà gentiment la pression sur certains qui des fois, je crois, je sais plus quel semestre elle a voulu faire une petite pause et finalement elle a pas pu faire de pause !"*), ou avec les **internes** reçus (E10 *"Et puis il y en avait une fois je me souviens, elle était stressée quoi. Parce que, parce que. L'interne c'était... Mais elle arrêtez pas dès qu'elle sortait elle était "ohlala" [...]. Des fois je l'entendais, elle disait "mais c'est pas possible. C'est pas possible." Là je me disais "Oh non""*). Ils notaient cependant qu'un biais était présent, puisque les MSU avaient plutôt tendance à **s'appesantir sur les problèmes** que sur ce qui allait bien (E10 *"quand ça se passe très bien, tu en parles pas, donc t'en parles quand ça se passe pas bien, donc les collègues ils retiennent que ça. Ça joue aussi quand même."*).

Mais l'**appréhension de devoir gérer un interne en difficulté**, avec une attitude non professionnelle, était tout de même évoquée (E2 *"J'parle vraiment de l'étudiant qu'est... Qu'est pas respectueux par exemple sur les horaires, qui est pas respectueux sur sa façon de se tenir, qui est pas... 'fin voilà"*). Naturellement, un interne qui ne montrait pas de curiosité en stage était perçu **peu intéressant** pour le médecin (E8 *"[parlant d'un interne désintéressé] ça m'énervé pas mais ça va pas me stimuler !"*). Certains médecins déplorait le **manque de contact qu'ils avaient avec les internes de leurs collègues** (E4 *"[parlant du manque d'interaction avec les internes de son collègue] ils osent peut être pas demandé, ou communiquer aux autres quoi, faut dire voilà, c'est vrai que d'expérience, tous ceux qui sont passé là ne.. on se salue simplement, mais c'est tout"*) ou les **internes du territoire** (E10 *"des internes eux-mêmes qui passent, dans les MSP nous solliciter ! Voilà on est internes, on*

cherche des maîtres de stage. [...] Tu vois qu'il y ait des jeunes qui passent et qui nous expliquent qu'aillent faire un tour dans les MSP par exemple."

Les médecins réfléchissaient aussi à l'**impact sur l'équipe** qui les entourait (E6 "*Euh, faut que mes confrères soient au courant, faut que ma secrétaire soit au courant, faut regarder un peu au niveau du rythme des consultations, la gestion que ce soit quelque chose de pas trop lourd non plus.*"). Un médecin se plaignait du **chamboulement envahissant** que provoquait la maîtrise de stage de son collègue (E4 "*C'est compliqué rien qu'ici j'veux dire il a toujours deux ou trois clampins autour de lui, ils prennent un bureau deux bureaux, trois bureaux, tu sais plus où t'es donc c'est ... *inspire* c'est un peu difficile, donc euh ...*").

Les médecins ressentaient également une **crainte face à l'image austère qu'ils se faisaient du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)**, qui leur paraissait peu engageante pour la maîtrise de stage (E10 "*Il y a un truc qui manque de légèreté et de sympathie quoi, dans le bureau de médecine générale. Donc ça fait un peu peur. En fait ça fait peur à tout le monde. C'est ce que j'entends.*"). Ils notaient un **manque de contact** entre eux et les responsables de formation (E5 "*Mais sinon j'ai pas d'informations descendantes quoi. [...] En fait tu as aucun retour d'en haut.*"). La **lourdeur administrative** pour devenir MSU venait compléter ce tableau peu accueillant pour les médecins (E10 "*Faut signer 10000 papiers, faut s'engager*").

Enfin, l'**avis du patient** était important pour certains médecins. En effet, ils réceptionnaient les **plaintes des patients de leurs collègues MSU**, ce qui pouvait les freiner dans leur décision (E10 "*J'ai des patients, mais j'ai même une amie qui est suivie par un médecin qui, mais qui est pas là tout le temps non plus, dans une autre MSP et il y a beaucoup d'internes et en fait elle est tout le temps vue par ses internes. Et bah ça plait pas forcément au patient, quoi, ils aiment bien... Voilà.*").

5- Une projection difficile dans la maîtrise de stage

a- L'accès à la formation difficile à surmonter

Bien que le statut de MSU soit globalement bien connu, la formation pour la maîtrise de stage soulevait beaucoup de questions.

Le fait même de devoir faire une **formation spécifique** était un frein pour certains médecins (E8 "*La formation peut-être aussi c'est un parmi les freins !*"). Cela se rajoutait à la difficulté déjà éprouvée dans le travail jusqu'à présent (E1 "*en plus pour accueillir un interne y'a une formation à faire, y'a ... tu vois, j'ai pas le temps là, franchement, j'ai surtout pas le cerveau à ... ouvert à ça en fait*").

Pour avancer dans leur démarche, ils se posaient des **questions pratiques** sur la formation (E6 *“Maintenant j’ai un manque de connaissances sur euh, le, le, à qui m’adresser? J’imagine au DUMG mais je sais pas trop. À qui m’adresser quand vraiment je voudrais passer le pas? Combien il y a de jours de formations? Euh, qu’est-ce qu’on me demande à la fin comme validation? Qu’est-ce que je dois fournir, est ce que, ils me font un petit test pour savoir si je suis apte à recevoir un interne *petit rire* Est-ce que... Enfin voilà, c’est toutes ces toutes ces questions-là en fait.”*). Même pour les inscrits, le contenu de **formation était assez vague** (E2 *“Qui se fait sur donc deux jours parce que j’ai un peu la surprise de me dire “qu’est-ce qu’on va faire pendant deux jours””*).

Ces questions pratiques étaient importantes dans la réflexion des médecins, qui devaient nécessairement **jongler avec leur emploi du temps professionnel** (E7 *“c’est-à-dire je peux pas me permettre de, de vider trois journées... déjà mon planning est rempli jusqu’à 6 mois. Donc euh, j’ai du mal à, où mettre les patients, quand je dois ... Je sais pas la formation elle dure combien de jours?”*), mais aussi personnel, car l’organisation personnelle pour la formation n’était pas toujours aisée et demandait une préparation, du fait de **contraintes familiales** (E7 *“Et à trouver surtout le temps, parce que je suis seule, presque toute seule avec mes enfants, mon mari est toujours de garde donc...”*) ou de **contraintes géographiques** (E7 *“j’ai du mal à faire les déplacements.”*). La possibilité d’une **formation en ligne** aurait été appréciée (E7 *“Je sais pas d’ailleurs si il y a une formation en ligne ou non mais je pense pas.”*). Le **rythme effréné** de travail était également mis en avant comme frein pour réfléchir à la formation, **empêchant de penser** à son organisation (E6 *“Parce que dans le rythme dans lequel on est en fait il faut pouvoir arriver à se poser à dire “Ok bon bah là...Je réserve tant de jours pour me former quoi.” Même si tout le monde me dit c’est pas si compliqué, c’est pas très long etc...”*).

La **réforme du Développement Professionnel Continu (DPC)** avait limité la possibilité de formation de MSU. Les sessions avaient été interrompues le temps de redéfinir leur organisation. Cette pause avait laissé les médecins dans l’incertitude quant aux futures modalités d’enseignement (E3 *“en fait en ce moment ils mettent pas de formation, de date, parce que euh, avant ça passait par le DPC. Donc on était rémunérés et euh etc...et que ça ne va plus pouvoir se faire et du coup ils savent pas sous quelle forme ils vont le faire”*). Cette réforme posait la question du **dédommagement** des journées, qui était un point crucial pour les médecins (E3 *“donner 2-3 jours c’est bien déjà, mais donner sans être au moins dédommagé de tes journées non faites en consult’... ”*).

b- Une information jugée inadaptée

Les médecins mettaient en avant un **manque d’informations** sur la maîtrise de stage (E7 *“ils sont mal renseignés sur cette formation. Je pense hein !”*). Ils se disaient **sur-sollicités**, ce qui produisait un effet contre-productif (E10 : *“Je reçois plein de trucs de l’URPS, même de la CPTS, on parle de maîtrise de stage. Mais on reçoit tellement de mails sur tellement de trucs de formation que ...*baisse le ton* je regarde même pas. Nan mais y’en*

*a trop ! Tout le temps, tous les jours.”) et **triaient les informations** au plus intéressant (E6 “C'est vrai que des fois on lit soyez maîtres de stage, on se dit ah ouais c'est cool et puis en fait bon la fin du mail on lit pas trop on dit nah, je verrai ça plus tard et bah voilà... peut-être que toutes les infos y sont mais j'l'ai pas, j'l'ai pas enregistré en tout cas”). Les **informations n'étaient pas assez concises** (E6 “Un truc flash visuel sur une feuille. Si vous voulez accueillir un externe il faut faire ça il faut faire ça il faut faire ça, il faut prévoir tant de choses. Si vous voulez accueillir en interne de niveau 1 ou un SASPAS voilà ce qu'il faut faire. Et si vous voulez plus d'informations contactez-nous et avec une adresse mail.”). D'autres auraient préféré une **information plus vivante**, avec plus de proximité des internes à former (E10 “ Il faut qu'on nous conseille un peu mieux, il faudrait qu'il y ait peut-être des, des internes eux-mêmes qui passent, dans les MSP nous solliciter !”). D'autres regrettaient que les informations viennent de leurs collègues plutôt que des chefs de formation (E5 “Mais sinon j'ai pas d'informations descendantes quoi. Tout ça ça me vient des collègues.”).*

Une médecin ne recevait pas du tout d'information et devait passer par des **tierces personnes** (E7 “non je reçois pas du tout, je dois me renseigner, moi Dr2 je lui ai demandé elle m'a dit il faut voir avec la cpts. C'est tout *ricanement*”), ou l'**information était reçue de façon détournée** par d'autres instances (E7 “Nan nan je reçois rien. Après je reçois que la sécu qui me note 0 sur le “encadrement des internes” *rire* Voilà.”). Certains médecins avaient le sentiment que **peu d'importance était accordée à la formation des internes** et aux MSU (E5 “Voilà tu as ni d'informations ni de reconnaissance ni rien. T'as vraiment l'impression que c'est les médecins qui font tout.”) et ils ne se sentaient **pas forcément concernés par la maîtrise de stage** (E8 “Il y a une formation, pour pouvoir recevoir des internes et je ne suis pas intéressée”).

La mauvaise information participait au **manque de connaissance** sur les besoins de formation (E4 “donc je pense que y'en a beaucoup maintenant qui le font. Vous manquez de place ou pas pour le faire [le stage en médecine générale] ?”).

6- La perception du statut de MSU comme trop exigeant

a- Un devoir de trop pour les médecins

Le statut de maître de stage était considéré comme **exigeant** (E12 [parlant de sa collègue MSU] “Donc oui non je lui fais remarquer plutôt dans le genre où j'admire *insiste* son engagement *rises* et je suis consciente de ce que ça lui demande quoi.”)

Certains médecins étaient conscients de leur **devoir moral** de former de jeunes confrères (E13 “ je me sens dans une situation de culpabilisation parce que je tiens au serment d'Hippocrate où t'es censée transmettre aussi ton savoir !”), mais se sentaient fatigués de toutes les **injonctions** qu'ils ressentaient en tant que médecins (E10 [parlant comme une tierce personne, ton de reproche] “C'est un devoir c'est, c'est vous êtes médecin

généraliste il faut, il faut que, vous avez pas le droit de dire non, il faut faire ça, il faut faire, il faut”). Ils s’en détachaient en **dissociant le rôle de médecin et de formateur** (E5 “ [parlant de transmettre son savoir] Oui certes mais c’est pas notre rôle”). Avoir un **collègue MSU** permettait de **soulager en partie le médecin de cette responsabilité** (E4 “J’ai pas fait après parce que ... bah Dr1 s’est décidé à le faire, toute façon”). Les médecins **s’impliquaient à leur hauteur** en accueillant avec plaisir les demandes des internes de leurs collègues, **sans avoir à assumer le rôle de MSU** (E13 “ . Enfin moi je suis là aussi pour les internes de Dr2. Si elle est pas juste à côté. Bon les premiers semestres ça se discute pas elle est là mais voilà.”)

b- Peur de ne pas être au niveau

Certains soulignaient que tout le monde n’avait **pas les qualités pédagogiques pour recevoir un interne**. (E6 [parlant d’un de ses maîtres de stage] “Mais.. mais j’ai été sa seule et unique interne et il a pas recommencé l’expérience. Donc c’est que je pense aussi que il s’est dit que c’était pas fait pour lui.”)

Les médecins étaient conscients de l'**importance d’un bon encadrement** (E7 [parlant d’un interne] “dans deux ans, tu vas t’installer ou, tu vas gérer des patients et tu es encore... Tu n’es pas autonome. Donc un interne aussi, il doit prendre des décisions mais il doit être quand même supervisé parce que...”) . Mais cela venait avec la nécessité d’être **toujours disponible** (E11 : “ Même s’il faut être toujours disponible en cas de problème”) et de constamment osciller de sa consultation à celle de l’interne (E12 “Y’a une journée où j’ai vu Dr 1 qui faisait que courir entre ses deux cabinets, qu’était en sprint tout le temps !”).

Les médecins considéraient qu’il fallait **se préparer** pour accueillir un interne (E11 “et je pense que... il y a peut-être des préparatifs à côté”) ce qui impliquait notamment de remettre ses **connaissances à niveau** (E13 “ça implique que là t’as un moment dans la semaine où tu te refait de la biblio.”). Mais cela se ferait **au détriment de leur propre formation continue** (E13 “J’ai déjà du mal à caler toutes les formations *grince des dents*”). Certains considéraient également comme essentiel de **réduire le nombre de consultations** pour faire une bonne formation (E12 “Bah moi je, je me verrai pas autrement que d’alléger forcément mon emploi du temps pour être disponible et puis pour rester qualitatif quoi”)

Par ailleurs, certains avaient d’autres **activités professionnelles** en parallèle, ce qui rendait leur présence moins fréquente au cabinet et doutaient de la **compatibilité de leurs activités** avec une bonne formation (E6 “ je travaille que deux jours par semaine pour l’instant, donc je me dis est-ce que deux jours par semaine c’est suffisant ?”).

Les médecins interrogés ressentaient une difficulté à **soumettre leur pratique à un regard externe**, ce qui était considéré comme un frein (E5 “*C'est le fait de juger ta pratique.*”), dont ils arrivaient parfois à se détacher (E5 “*Tu vas.. Là où lui va te prendre une prise en charge extrêmement carré et tout toi tu vas appeler le cardio. Et en fait bah ça va aller plus vite et mieux que si tu avais connu tes cours enfin....*”). Mais certains participants se posaient des questions sur leur **légitimité** à former un futur médecin, questions qui se justifiaient selon eux par leur **manque d'expérience** (E3 “*justement j'ai pas non plus cette expérience, donc euh, pas toute cette expérience que peut avoir un plus vieux médecin, donc euh ouais, j'me suis posé la question est ce que t'es légitime à, à recevoir quelqu'un et à le former correctement*”), ou par leur **manque de confiance en eux** (E1 “*de montrer mes faiblesses médicales tu vois, si je puis dire, de ce.. parce que je sais pas tout * signe de la main paume de main vers le haut* et de dire beh à un jeune beh là je sais pas quoi, moi c'est surtout ça en fait*”). Ils estimaient **ne pas avoir de valeur ajoutée** (E12 “*voilà c'est pas quelque chose où euh, je me suis dit que j'étais indispensable pour euh, voilà, pour euh les internes*”) et considéraient les internes comme plus compétents sur le plan des connaissances (E3 “*Après euh, par rapport à un interne, milieu de parcours, qui est à fond dans les recos, qui sort de l'ECN etc, euh et ben j'suis pas sûre d'avoir la même légitimité, en tout cas dans les connaissances nouvelles, ou dans les connaissances des recos stricto sensu...*”). Ce doute paraissait surtout présent chez les **médecins femmes** lors de mes entretiens, sous réserve d'une population d'étude majoritairement féminine.

A contrario, certains trouvaient difficile de devoir **juger un futur confrère** à sa juste valeur (E4 “*d'apprécier, bah juger c'est difficile, mais d'apprécier donc euh y'a toujours des qualités quelque part, voir des défauts, après mettre le doigt dessus ... *silence, mou dubitative* bon.*”).

Certains pensaient même être un **frein au développement de l'interne**, de part leur **vision sur leur capacité à encadrer** (E8 “*je suis pas très pédagogue*”), ou leurs **infrastructures** d'accueil insuffisantes pour garantir la mise en autonomie de l'interne (E8 “*lorsqu'il sera autonome, je fais comment? J'ai pas une autre salle pour le laisser un peu euh, pratiquer.*”).

c- L'inflexibilité des locaux de formation

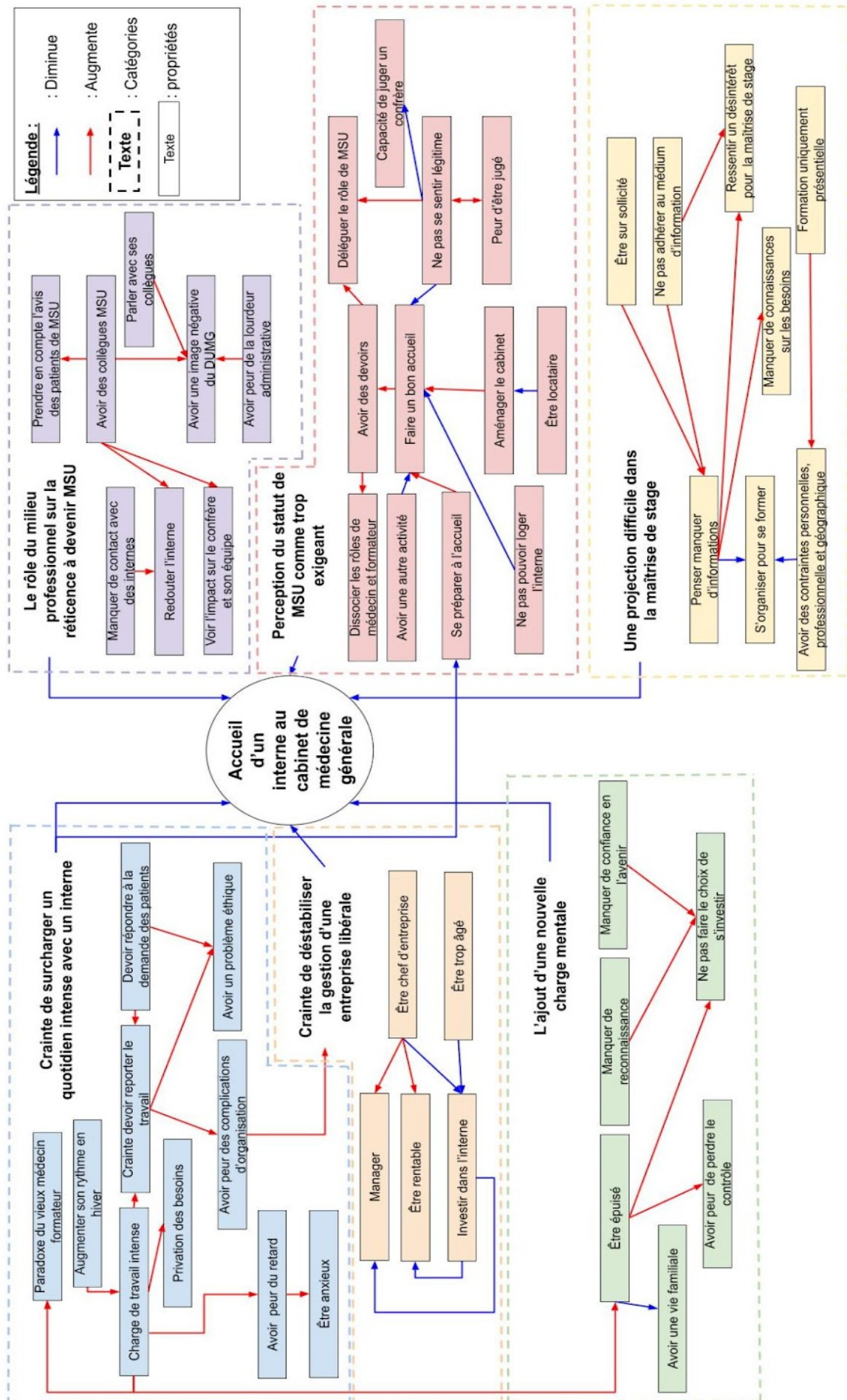
En effet, la qualité de l'accueil était importante pour les médecins et cela passait par l'**aménagement du cabinet** (E10 “*j'ai déjà vu ça assis sur un tabouret toute la journée on s'en fout quoi ! Non, c'est pas très, pas très satisfaisant. C'est important d'accueillir dignement l'interne ou l'externe.*”) Cependant, tout le monde n'avait pas de quoi accueillir un étudiant (E4 “*en fait c'était la place qui... qui gênait un p'tit peu, voilà.*”). Certains pouvaient déjà **difficilement installer leur propre employé** (E9 “*Mais... tu vois le bureau là-bas. C'est ma femme qui est, qui est ma secrétaire dès le début depuis 2009. Et bah finalement on a tout essayé. On n'a pas trouvé d'autre solution et c'est pas très pratique. Elle est là. *signe de main d'étroitesse**”).

L'aménagement n'était pas toujours facile, surtout pour les médecins **locataires** du local (E9 *"Moi j'ai demandé, logiquement la salle d'attente et là, le patient peut entrer, là je peux faire ma consultation et si il y avait la sortie par là, ça pourrait se faire, le patient passe par la secrétaire, donne la carte vitale, prend les papiers, règle la consultation et sortir par là. Mais la mairie était pas d'accord."*).

Les médecins considéraient aussi être responsables des à-côtés du stage, comme le **logement**, ce qu'ils ne pouvaient pas toujours fournir (E7 *" il y a des problèmes aussi de logements voilà où ...je sais pas s'ils ont déjà un logement quand ils viennent chez le médecin généraliste."*).

7- Schéma

Les résultats de cette étude ont été résumés dans le schéma ci-dessous.



IV- Discussion

A- Comparaison à la littérature

Une partie de la littérature sur le sujet des freins à la maîtrise de stage date d'avant la mise en place du stage SASPAS obligatoire. Pour une comparaison plus juste, j'ai choisi de concentrer cette partie sur la littérature plus récente.

Les données de la littérature sont globalement superposables. Cependant des données nouvelles semblaient apparaître dans mon travail.

Le frein le plus prégnant était le manque de confiance en l'avenir, qui était particulièrement présent. On pouvait noter un sentiment de mépris qui décourageait les médecins et qui était expliqué par les changements récents dans l'organisation des soins ambulatoires, par exemple depuis la délégation de tâches (tests en pharmacie, infirmiers en pratique avancée...) ou la difficulté d'obtention d'augmentation des honoraires des médecins. Certains médecins pensaient ne pas finir leur carrière en médecine générale. Un autre élément nouveau était le manque de confiance générale dans les institutions provoquait le sentiment de défiance et la sensation de pouvoir être pris au piège dans la maîtrise de stage, sans pouvoir en sortir si besoin. Il apparaît dans la thèse du Dr Le Clech (16) que l'envie des médecins à défendre et faire rayonner leur spécialité était une part importante de leur engagement dans la maîtrise de stage. Redonner la confiance et l'envie aux médecins généralistes de pratiquer leur métier serait une piste pour susciter l'envie de devenir maître de stage.

Les études précédentes ne relevaient pas la notion du changement qui s'était opéré auprès des médecins plus âgés qui ont perdu leur rôle de formateurs au fil du temps. En effet, la démographie actuelle les empêche de ralentir leur activité et de partager leur expérience avec les plus jeunes.

D'ailleurs, la question éthique de laisser travailler un interne à la place d'un médecin plus expérimenté et plus rapide, n'avait pas été évoquée dans la littérature récente.

Concernant la légitimité à recevoir un interne, ce frein était surtout présent chez les médecins femmes interrogées. Les médecins hommes n'avaient soit pas ce frein, soit s'en étaient détachés rapidement. La majorité des médecins interrogés étaient des femmes (ratio de 9 femmes pour 4 hommes), ce qui peut avoir biaisé cette observation.

Il ressortait également la saisonnalité de la charge de travail et la plus grande difficulté de prendre le temps pédagogique nécessaire en hiver.

Par ailleurs, les médecins rapportaient que les informations reçues par e-mail ou courrier étaient souvent lues rapidement, ou jetées directement et qu'un autre moyen de communication pourrait être envisagé. Cependant, dans sa thèse sur les stratégies de recrutement employées par les DUMG, le Dr DI MEO conclut que l'e-mail restait un moyen simple et efficace pour propager l'information (17).

Concernant les divergences avec la littérature, on note le fait d'avoir un poste dans un autre endroit qu'au cabinet de médecine générale, dans le cadre d'une double activité (ex : Centre de Planification et d'Education Familiale) favorisait plutôt le désir d'engagement dans la maîtrise de stage lors de mes entretiens, même si la question du temps de présence se posait, ce qui n'était pas le cas pour les médecins limousins interrogés par le Dr Alcotte (médecin pompier, conseil de l'ordre...) (18). L'étude du Dr Alcotte étant quantitative, il n'y a pas plus de données sur la cause exacte du refus d'accueillir un interne. Est-ce par manque de présence au cabinet, ou par l'occupation d'un poste demandant une plus grande flexibilité ? On peut être amené à s'interroger si le type de postes, autres que le cabinet occupé par les médecins, influe dans les freins.

Par ailleurs, la thèse du Dr Ollivier (19) portant sur les opinions des associés de MSU de la faculté de Rennes, ne retrouvait pas le fait d'avoir un collègue MSU comme un frein à la maîtrise de stage, contrairement à ce qui a été suggéré par les médecins interrogés pour mon travail. Cela pose la question des différences qu'il peut exister entre la pratique d'un MSU loirétain et d'un MSU breton.

Il est intéressant de comparer également les freins ressentis par les médecins déjà MSU.

Une thèse réalisée en 2021 par les Drs Cars et Gaillard (20) s'intéressait aux déterminants des médecins généralistes à devenir MSU, au sein de focus group composés de MSU dans la subdivision de Toulouse. Les freins retrouvés auprès des médecins étaient assez similaires à ceux de cette étude : crainte de l'inconnu, méconnaissance du statut de MSU, doute sur ses compétences et crainte du jugement, doute sur sa capacité à enseigner, ergonomie et la taille des locaux, l'aspect chronophage, l'impact sur la vie de famille ainsi que les difficultés relationnelles. Deux freins sont notables par rapport à ce travail. Premièrement, un médecin nouvellement MSU évoquait une illégitimité à recevoir un salaire supplémentaire lié à l'activité de consultation de l'interne, mais cette question n'a pas pu être plus développée lors de leur focus group. Ce frein n'était pas retrouvé dans mon étude où la peur de perte de revenus semblait plutôt prédominer. On peut penser que ce questionnement, évoqué par un MSU dans leur étude, s'est développé après l'accueil du premier interne. La réflexion n'est donc pas comparable à la représentation d'un médecin non MSU n'ayant pas vécu cette situation, comme c'était le cas lors de mes entretiens. Les Drs Cars et Gaillard constataient que les interrogations, notamment éthiques, des médecins évoluaient en même temps que leur intégration dans la maîtrise de stage. Un frein commun identifié était le temps nécessaire pour se former, malgré une différence notable en termes de durée de formation. En effet, dans la région Toulousaine, elle est réalisée sous forme d'un Diplôme Universitaire d'un an avec 3 séminaires et 1 mémoire alors qu'en région Centre-Val De Loire, elle se compose d'une formation de 3 jours.

Dans sa thèse, le Dr Fabre (21) s'intéressait également au maintien du statut de MSU chez les médecins de Champagne-Ardenne. Le manque de personnel administratif dédié à la médecine générale à la faculté de Reims a été soulevé, ce qui n'a pas été le cas pour mon étude. Dans le cas rémois, il s'agissait plutôt d'avoir un interlocuteur direct pour les

problèmes liés à la maîtrise de stage, phénomène qui ne pouvait pas être décrit dans mon étude. J'ai pu noter cependant des remarques de médecins loirétains concernant le manque de contact avec l'équipe du DUMG de Tours, ce qui pourrait s'expliquer par le faible nombre de médecins présents au sein du DUMG comparé aux besoins universitaires de la spécialité. Une appréhension quant à la barrière de la langue avec l'interne était aussi décrite en Champagne-Ardenne, où des MSU avaient dû faire face seuls à des internes ne parlant pas français pour lesquels ils avaient dû donner des cours de langue, ce qui n'était pas une appréhension retrouvée dans mes entretiens, encore une fois probablement par absence d'expérience de la maîtrise de stage. En Champagne-Ardenne, les jeunes médecins généralistes exprimaient un sentiment d'abandon et un manque d'accompagnement vers la maîtrise de stage. À l'inverse, ce frein n'était pas évoqué par les jeunes médecins Loirétains dans mon étude.

B- Forces et limites

Le secteur géographique a été volontairement restreint pour cette étude. Le Loiret est un département en fort déficit médical, mais avec une perspective de formation médicale améliorée et la proximité de la capitale. Les résultats ne sont peut-être pas superposables à d'autres départements.

Lors du recrutement, neuf médecins avaient été choisis pour orienter mes recherches et n'ont pas répondu à mes demandes. Cela a pu influencer la construction du modèle explicatif. Pour minimiser cette influence, des médecins présentant des caractéristiques similaires ont été recrutés et la saturation théorique des données a été respectée.

Un entretien a été écourté par un médecin par manque de temps, ce qui a pu limiter l'exploration de ses freins personnels à la maîtrise de stage. Cette limite a pu être atténuée par l'atteinte de la saturation théorique des données.

Un entretien a été réalisé au domicile du médecin et a dû être mis en pause une fois du fait de la présence de ses enfants, ce qui a pu couper le fil de l'entretien. Pour limiter cet effet, l'entretien a été repris au même endroit grâce à l'enregistrement et a été conclu lorsque aucun des deux protagonistes n'avait d'éléments à ajouter.

Il s'agissait de ma première étude qualitative par entretiens semi-dirigés, les entretiens n'ont donc peut-être pas été à la hauteur de ceux d'une personne plus aguerrie pour cet exercice. Le respect de la grille d'entretien avec questions ouvertes a permis de contrebalancer en partie mon manque d'expérience.

J'ai analysé seule les verbatims des entretiens. Pour limiter cet impact, des segments d'entretiens ont été soumis à une co-thésarde (TD) afin de trianguler les données. Les 2 premiers entretiens avaient été soumis à la relecture de la directrice de thèse (ZK).

L'originalité de ce travail résidait dans son approche par théorisation ancrée et non par analyse quantitative ou thématique. L'utilité de cette approche était de comprendre les mécanismes en œuvre derrière la réticence des médecins à s'engager dans la maîtrise de stage afin de pouvoir agir sur leur recrutement.

C- Perspectives

Cette étude suggérait une approche théorisée des freins pour les médecins généralistes à l'accueil d'un interne dans le Loiret. Une étude complémentaire couvrant tout le Centre-Val de Loire serait intéressante pour avoir une application sur tout le territoire. Une étude quantitative peut être imaginée, à partir des données trouvées ici, pour avoir une vue mesurée des freins des médecins de la région.

Les freins à la maîtrise de stage sont inhérents à chaque médecin. Cette étude suggère qu'une réflexion peut parfois prendre du temps et que les différents freins sont parfois liés. Toutes les réticences ne pourront certainement pas être levées, mais cette étude peut faire réfléchir à plusieurs possibilités de recrutements supplémentaires.

Pour s'adapter à la charge de travail des médecins, il serait intéressant de pouvoir proposer d'accueillir des internes sur un semestre d'été uniquement.

La question pourrait également se poser de réaliser une partie de la formation MSU en distanciel afin d'alléger l'organisation des médecins.

Le rôle important de l'exemple des MSU sur leurs collègues suggère d'en faire des "role-model" pour la représentation de la maîtrise de stage. D'autre part, l'investissement de certains médecins dans la formation des internes de leurs collègues pourrait être utilisé pour imaginer un nouveau rôle formateur au sein d'un cabinet de médecins généralistes contenant déjà un MSU dans le but de valoriser leur travail et de favoriser l'accueil d'internes supplémentaires. Ce statut pourrait être une transition vers la maîtrise de stage.

Les internes pourraient également occuper un rôle à part entière dans le recrutement, peut-être sous forme de Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratiques (GEAP) qui auraient pour objectif de réaliser des interventions dans les maisons de santé ou CPTS du territoire et

de répondre de façon directe aux médecins. Cela pourrait réduire la distance ressentie entre la faculté et les médecins afin de les rassurer, mais également faire participer activement les internes à leur formation et pourquoi pas les encourager à devenir eux-mêmes MSU à leur installation.

Cela nécessiterait certainement l'augmentation d'effectifs d'encadrants de GEAP, mais aussi au sein du DUMG. Cette augmentation serait profitable pour l'amélioration de la communication entre la faculté et les médecins généralistes, permettant ainsi de favoriser l'adhésion à la maîtrise de stage.

V- Conclusion

Cette étude a permis de conceptualiser les freins ressentis par les médecins généralistes installés dans le Loiret, permettant de mieux comprendre leurs réticences à accueillir des internes en stage.

Le premier frein des médecins concernait la surcharge de leur quotidien professionnel déjà intense liée à leur temps de travail incompressible. Ils voyaient l'accueil de l'interne à former comme une charge supplémentaire supposée incompatible avec leur activité. Ils craignaient également la déstabilisation de la gestion de leur entreprise libérale, car ils devaient prendre en compte les problématiques organisationnelles et financières de chef d'entreprise et l'entrave que représentait la maîtrise de stage pour la rentabilité de celle-ci. D'autre part, accueillir un interne était une nouvelle charge mentale difficilement acceptable dans un contexte de découragement des médecins généralistes vis-à-vis de leur profession, mais aussi du refus sans concession d'empiéter encore sur leur vie personnelle. Il leur était donc plus confortable parfois de rester dans un statu quo, sans envisager de changement de peur de déstabiliser un rythme professionnel en équilibre déjà précaire. Le vécu du milieu professionnel était également un frein. Effectivement, les médecins constataient notamment les difficultés de leurs collègues MSU pour l'organisation des stages ou pour certains échanges parfois compliqués avec les internes. Ils déploraient également le manque de contact avec les étudiants, mais aussi la lourdeur administrative et l'image austère qu'ils percevaient du DUMG. L'avis des patients avait également une importance pour eux, car certains patients se plaignaient d'avoir été reçus par les internes de leurs collègues. De plus, la projection dans la maîtrise de stage était difficile, du fait d'un accès jugé compliqué à la formation et d'une information qui n'atteignait pas toujours sa cible. Enfin, la perception du statut de MSU comme trop exigeant limitait l'envie de s'y investir. En effet, les médecins voyaient la maîtrise de stage comme une injonction supplémentaire dont ils préféraient se défaire, avec parfois la crainte sous-jacente de ne pas être à la hauteur. L'agencement des locaux, non modifiable, était aussi un frein pour l'accueil de l'interne dans de bonnes conditions de formation et donc à la possibilité de devenir MSU.

Ce travail a particulièrement mis en lumière le climat peu propice à l'engagement dans la maîtrise de stage, par le découragement de la profession et le manque de confiance en l'avenir. Les médecins avaient peur d'être pris au piège dans la maîtrise de stage, sans pouvoir en sortir quand ils le souhaiteraient. La charge de travail avait changé les modèles historiques de formation où les médecins plus âgés et expérimentés prenaient plus de temps en fin de carrière pour former de jeunes confrères. La recrudescence de cette charge de travail était également liée aux saisons, avec une période plus intense en hiver qui compliquait l'accueil d'un interne. Cela posait pour certains une question éthique, à savoir de laisser le cabinet d'un médecin expérimenté et rapide, à un interne en formation forcément plus lent, qui ne répondrait pas en totalité aux besoins de soins. Enfin, lors des entretiens, il ressortait une demande d'améliorer la communication avec le DUMG et de faciliter la mise en relation avec les internes.

Ces réflexions ont permis d'explorer plusieurs possibilités de réponses aux problématiques. Les stages de médecine générale pourraient être favorisés en été, afin de s'adapter au rythme de travail des médecins. La formation pourrait être partiellement modifiée, avec une possibilité d'en faire une partie en distanciel. Il pourrait être envisagé de faire des MSU des "role-models" auprès de leurs collègues et éventuellement réfléchir à un statut intermédiaire valorisant les collègues des MSU impliqués dans la formations des internes présents au sein de leur cabinet. Les internes pourraient être mis à contribution pour participer directement aux recrutements de MSU, par exemple dans le cadre de GEAP spécifiques, ce qui permettrait un contact direct plébiscité par les médecins, mais aussi de susciter l'envie de l'interne de devenir MSU à son tour. Pour cela, le recrutement d'encadrants, notamment au sein du DUMG, serait nécessaire et permettrait un meilleur contact entre la faculté et les médecins, en améliorant ainsi l'image de la médecine générale universitaire.

La question de l'efficacité du recrutement des MSU se pose avec d'autant plus d'urgence que les besoins ne cessent de croître. Le sujet reste sensible, notamment au niveau national, alors que l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), demande le report de la 4ème année, craignant que le nombre de MSU ne soit pas atteint et que leur recrutement se fasse donc "à la va vite" (22). Cependant la région Centre-Val De Loire n'a pas le choix que de recruter ses MSU, car les premiers externes de la faculté d'Orléans seront éligibles aux stages de médecine générale d'ici la rentrée 2025-2026 suivis des internes qui devront effectuer leurs premiers stages dans 4 ans.

Références

1. Article Annexe II - II. Maquette 15 - Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 22 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000047951020
2. Broussard A. DUMG. Annabelle Broussard; [cité 26 janv 2023]. DUMG - Devenir Maître de Stage Universitaire. Disponible sur: <https://dumg.univ-tours.fr/le-dumg/devenir-maitre-de-stage-universitaire>
3. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0163 du 18/07/2018 [Internet]. [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=plhhwueHvT6zRXPZ91cAWYqkoKSM9d0LbXcF87vNvn8=>
4. Arrêté du 7 juillet 2024 portant répartition des postes offerts aux étudiants ayant passé les épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine au titre de l'année universitaire 2024-2025 - Légifrance [Internet]. [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049908602>
5. INSEE. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 : comparaisons régionales et départementales [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016
6. Castex J. COMMUNIQUÉ DE PRESSE : Le Gouvernement engage un plan d'actions pour soutenir la démographie médicale en région Centre-Val-de-Loire. 2022.
7. ici, le média de la vie locale [Internet]. 2024 [cité 5 mars 2025]. L'Université d'Orléans fait sa rentrée : effectifs, nouvelles formations et point sur la fac de médecine - ici. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/education/l-universite-d-orleans-fait-sa-rentree-effectifs-nouvelles-formations-et-point-sur-la-fac-de-medecine-9829165>
8. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.
9. Pham BN, Saint-Lary O, Renker M, Oustric S. Ajout d'une quatrième année au Diplômes d'Etudes Spécialisé (DES) de Médecine Générale.
10. URPS Médecins Libéraux Centre Val de Loire. Dossier : Exercice : Devenez Maître de Stage des Universités. 2023.
11. SNEMG, CNGE. UNE PROGRESSION INEDITE DU NOMBRE DES PRATICIENS AGREES MAITRES DE STAGE DES UNIVERSITES (PAMSU) EN 2024. 26 sept 2024;
12. Chaumont B. Nombre de MSU dans le Loiret. 2024.

13. URPS Médecins Libéraux Centre Val de Loire. Chiffres d'omnipraticiens en médecine générale par département.
14. Glaser B, Strauss A. La découverte de la théorisation ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Armand Collin. Paris; 2010.
15. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Media Santé; 2021.
16. Le Clech Y. Devenir maître de stage universitaire en médecine générale : focus sur le parcours professionnel. Récit de vie. [Thèse d'exercice de médecine]. [UFR des Sciences de la Santé Simone Veil]: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2020.
17. DI MEO F. Recrutement des Maîtres de Stage des Universités : synthèse des stratégies employées au sein de douze DUMG et CRGE. 2016.
18. Alcotte A. Les freins des médecins généralistes du Limousin à devenir maîtres de stage universitaire. [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de Médecine de Limoges]: Université de Limoges; 2018.
19. Ollivier L. Le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU) en Médecine Générale : opinion des associés des MSU de la faculté de Rennes. 2017.
20. Cars C, Gaillard M, Escourrou E. Déterminants à devenir maître de stage en Médecine Générale au sein de la subdivision de Toulouse: étude qualitative par focus groupe [Internet]. France; 2021 [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3633/>
21. Fabre V. Evaluation des freins à l'acquisition et au maintien du statut de maître de stage universitaire de médecine générale en Champagne Ardenne [Thèse d'exercice de médecine]. [Faculté de Médecine de Reims]: Université de Reims; 2021.
22. Subileau C. Appel à la grève des internes de médecine générale le 29 janvier : « On exige un report de la 4ème année ! » | Egora [Internet]. 2024 [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/etudiants/actus-etudiants/appel-la-greve-des-internes-de-medecine-generale-le-29-janvier-exige-un>

Annexes

Formulaire d'information et de consentement

Présentation :

Je m'appelle Marie Boutteyre, je suis médecin remplaçante en année de thèse à la faculté de médecine de Tours. Je réalise une thèse sur :

“Les freins des médecins généralistes installés dans le Loiret à devenir maîtres de stages universitaires”

Il s'agit d'une étude qualitative ayant pour objectif de recueillir la vision des médecins généralistes sur la maîtrise de stage universitaire, leur ressenti sur l'accueil d'internes dans le cabinet de médecine générale, il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Le recueil des données se fera par le biais d'un entretien semi-dirigé.

Réalisation de l'entretien :

L'entretien individuel se fera en présentiel, sur un lieu préalablement défini lors de la prise du rendez-vous, ou en visioconférence. L'entretien sera enregistré par un dictaphone. Vous êtes libre de mettre fin à l'entretien à tout moment.

Traitement de l'information recueillie :

L'entretien sera retranscrit mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

L'enregistrement audio sera détruit après sa retranscription. La transcription sera conservée de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par mes directeurs de thèse Dr KOCAK Zeliha et Dr CHAUMONT Benoît, maîtres de stages universitaires dans le Loiret, ainsi que moi-même.

Participation à l'étude :

La participation à l'étude est libre et basée sur le volontariat. Chaque participant a le droit de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Information complémentaires :

Si vous souhaitez d'autres informations que vous jugerez utiles, vous pouvez me contacter par mail :

██

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Recueil de consentement :

Si vous acceptez de participer à l'étude, merci de bien vouloir compléter et signer le formulaire de consentement suivant :

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche sur les freins des médecins généralistes installés dans le Loiret à devenir maîtres de stage universitaires.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom et prénom :

Lieu et date :

Signature :

Guide d'entretien

Première version :

Bonjour,

Je me présente, je suis Marie Boutteyre, actuellement médecin remplaçante. Je réalise ma thèse sur les freins pour les médecins généralistes installés dans le Loiret à devenir maîtres de stage universitaires. Merci de m'accorder cet entretien.

Si vous le voulez bien, je vais commencer par vous poser quelques questions générales sur vous et sur votre pratique quotidienne afin de mieux vous connaître :

1 / sexe F ou H

2/ Est-ce que je peux vous demander votre âge ?

3/ Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Libéral, salariat ou les 2 ?

4/ Exercez-vous en cabinet seul, en groupe, ou en MSP ? Quel secteur 1,2 ou 3 ?

5/ En moyenne combien de consultations faites-vous par jour/semaines travaillées ? Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

6/ Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

7/ Est-ce que vous estimez travailler en milieu rural, semi-rural ou urbain ?

8/ Avez-vous effectué un stage de MG quand vous étiez interne ?

9/ Où avez-vous fait vos études ?

10/ La MG était-elle un choix ou une contrainte ? Pourquoi ?

11/ Comment vous sentez-vous dans votre exercice de MG ?

12/ Quelle est actuellement votre vie de famille ? Êtes- vous marié, en couple , avez- vous des enfants ?

“Maintenant je vais vous poser des questions concernant la maîtrise de stage universitaire :”

1/ Avez-vous entendu parler du statut de MSU ?

OUI : pouvez-vous m'en donner une définition rapide ?

NON : pourriez-vous essayer de définir ce que cela peut représenter pour vous ?

>NON de NON : donner une définition très rapide : MSU c'est un Dr installé qui permet à des internes ou externes de se former à la MG en cabinet de ville.

2/ Quelles sont les qualités ou compétences requises pour la maîtrise de stage selon vous ?

3/ Comment pensez-vous que la maîtrise de stage / l'encadrement des étudiants pourrait affecter votre exercice /pratique médicale? (en bien comme en mal)

4/ Quels sont selon vous les freins à la maîtrise de stage universitaire dans l'exercice de la médecine générale ?

5/ Vous personnellement, qu'est-ce qui vous empêche actuellement de devenir MSU ?

6 / Souhaiteriez-vous plus tard devenir MSU ?

Quelles informations / ressources vous seraient utiles pour être informé sur la MSU ?

7/ Avez-vous des choses à ajouter ?

C'était très instructif, je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.

1 / Seriez-vous d'accord pour être recontacté(e) ultérieurement si besoin d'informations complémentaires ?

2/ Vos coordonnées pour envoyer la thèse (ou un résumé de l'entretien) si vous le souhaitez

Deuxième version :

Bonjour,

Je me présente, je suis Marie Boutteyre, actuellement médecin remplaçante. Je réalise ma thèse sur les freins pour les médecins généralistes installés dans le Loiret à devenir maîtres de stage universitaires. Merci de m'accorder cet entretien.

Pouvez-vous vous présenter rapidement ?

Merci. Maintenant je vais plutôt vous poser des questions concernant la maîtrise de stage universitaire :

1/ Avez-vous entendu parler du statut de MSU ?

OUI : pouvez-vous m'en donner une définition rapide ?

NON : pourriez-vous essayer de définir ce que cela peut représenter pour vous ?

>NON de NON : donner une définition très rapide : MSU c'est un Dr installé qui permet à des internes ou externes de se former à la MG en cabinet de ville.

Si un interne venait vous demander d'ouvrir un terrain de stage que lui diriez-vous ?

2/ Quelles sont les qualités ou compétences requises pour la maîtrise de stage selon vous ?

3/ Comment pensez-vous que la maîtrise de stage / l'encadrement des étudiants pourrait changer votre exercice / pratique médicale? (en bien comme en mal)

4/ Quels sont selon vous les freins à la maîtrise de stage universitaire dans l'exercice de la médecine générale ?

5/ Vous personnellement, qu'est-ce qui vous empêche actuellement de devenir MSU ?

- Poser la question de l'argent pour la famille/ les enfants et du temps pour la famille / les enfants

- Financièrement ?

6 / Souhaiteriez-vous plus tard devenir MSU ?

Quelles informations / ressources vous seraient utiles pour être informé sur la MSU ?

7/ Avez-vous des choses à ajouter ?

Si vous le voulez bien, je vais poser quelques questions générales sur vous et sur votre pratique quotidienne afin de mieux vous connaître :”

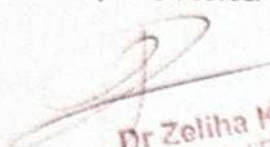
1 / sexe F ou H

- 2/ Est-ce que je peux vous demander votre âge ?
- 3/ Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Libéral, salariat ou les 2 ?
- 4/ Exercez-vous en cabinet seul, en groupe, ou en MSP ? Quel secteur 1,2 ou 3 ?
- 5/ En moyenne combien de consultations faites-vous par jour/semaines travaillées ?
Combien de jours par semaine travaillez-vous ?
- 6/ Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?
- 7/ Est-ce que vous estimez travailler en milieu rural, semi rural ou urbain ?
- 8/ Avez-vous effectué un stage de MG quand vous étiez interne ?
- 9/ Où avez-vous fait vos études ?
- 10/ La MG était-elle un choix ou une contrainte ? Pourquoi ?
- 11/ Comment vous sentez-vous dans votre exercice de MG ?
- 12/ Quelle est actuellement votre vie de famille ? Êtes- vous marié, en couple , avez-vous des enfants ?

C'était très instructif, je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.

- 1 / Seriez-vous d'accord pour être recontacté(e) ultérieurement si besoin d'informations complémentaires ?
- 2/ vos coordonnées pour envoyer la thèse (ou un résumé de l'entretien) si vous le souhaitez
- 3/ Avez-vous des personnes à me recommander pour continuer mes entretiens ?

Vu, le Directeur de Thèse



Dr Zeliha KOÇAK
3 bis rue Honoré d'Estienne d'Orves
45100 ORLEANS
Réseau Permat Centre
N° : 4507122177004

le 06/03/2025

017-07-25



Dr Benoît CHAUMONT
24 rue du Glacis
45360 CHATILLON SUR LOIRE
35 1 02500 1

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RESUME

Introduction : Les stages ambulatoires sont une partie essentielle de la formation des internes de médecine générale. Le nombre d'interne de médecine générale à former à augmenter, et cela continuera avec la quatrième année de médecine générale. De plus l'ouverture de la faculté de médecine d'Orléans va nécessiter un besoin de formation accru sur le département. L'objectif de ma thèse était d'explorer les causes du refus à s'engager dans la maîtrise de stage, du point de vue des médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes .

Méthode : L'étude qualitative qui a été réalisée est inspirée de la théorisation ancrée. Le recrutement s'est fait dans une population de médecin généraliste Loirétains n'accueillant pas d'internes au cabinet. La sélection des participants s'est faite par une approche d'échantillonnage raisonné théorique. Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés individuels.

Résultats : L'étude a révélé que la surcharge du quotidien des médecins, la crainte de la déstabiliser leur entreprise libérale, l'ajout d'une nouvelle charge mentale, le rôle du milieu professionnel sur la réticence des médecins, la projection difficile dans la maîtrise de stage et la perception de ce statut comme trop exigeant étaient des freins, souvent connectés entre eux, expliquant les réticences des médecins.

Discussion : Une étude quantitative pourrait mesurer les freins des médecins généralistes de la région. Pour s'adapter à la charge de travail des médecins, il serait intéressant de pouvoir proposer d'accueillir des internes sur un semestre d'été préférentiellement. La formation MSU pourrait être réaliser en partie en distanciel afin d'alléger l'organisation des médecins. Le rôle important de l'exemple des MSU sur leurs collègues suggère d'en faire des "role-model". Les collègues participant à la formation de l'interne au sein d'un cabinet pourrait bénéficier d'un statut particulier. Les internes pourraient également occuper un rôle à part entière dans le recrutement, peut être sous forme de GEAP.

BOUTTEYRE Marie

51 pages – 1 tableau – 1 schéma

Résumé :

Introduction : Les stages ambulatoires sont une partie essentielle de la formation des internes de médecine générale. Le nombre d'interne de médecine générale à former à augmenter, et cela continuera avec la quatrième année de médecine générale. De plus l'ouverture de la faculté de médecine d'Orléans va nécessiter un besoin de formation accru sur le département. L'objectif de ma thèse était d'explorer les causes du refus à s'engager dans la maîtrise de stage, du point de vue des médecins généralistes loirétains n'accueillant pas d'internes .

Méthode : L'étude qualitative qui a été réalisée est inspirée de la théorisation ancrée. Le recrutement s'est fait dans une population de médecin généraliste Loirétains n'accueillant pas d'internes au cabinet. La sélection des participants s'est faite par une approche d'échantillonnage raisonné théorique. Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés individuels.

Résultats : L'étude a révélé que la surcharge du quotidien des médecins, la crainte de la déstabiliser leur entreprise libérale, l'ajout d'une nouvelle charge mentale, le rôle du milieu professionnel sur la réticence des médecins, la projection difficile dans la maîtrise de stage et la perception de ce statut comme trop exigeant étaient des freins, souvent connectés entre eux, expliquant les réticences des médecins.

Discussion : Une étude quantitative pourrait mesurer les freins des médecins généralistes de la région. Pour s'adapter à la charge de travail des médecins, il serait intéressant de pouvoir proposer d'accueillir des internes sur un semestre d'été préférentiellement. La formation MSU pourrait être réalisée en partie en distanciel afin d'alléger l'organisation des médecins. Le rôle important de l'exemple des MSU sur leurs collègues suggère d'en faire des "role-model". Les collègues participant à la formation de l'interne au sein d'un cabinet pourrait bénéficier d'un statut particulier. Les internes pourraient également occuper un rôle à part entière dans le recrutement, peut être sous forme de GEAP.

Mots clés : Maîtrise de stage Universitaire / Interne / Médecine Générale / Freins

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeurs de thèse : Docteur Zeliha KOÇAK
Docteur Benoît CHAUMONT

Membres du Jury : Docteur Isabelle ETTORI

Date de soutenance : 24/04/2025