

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Fabien GRUSELLE

Né le 20 mars 1978 à Lyon 3^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2014

SOIN, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE :

Comment trois générations de médecins généralistes ont intégré les valences universitaires dans leur discipline

Jury :

Président de jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame le Dr Laure VANWASSENHOVE

Autres membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE,
Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC
Madame le Professeur Véronique GUIENNE-BOSSAVIT

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Rémi SENAND,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Vous avez participé à l'élaboration de ce travail,

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mes remerciements.

A madame le Professeur Jacqueline LACAILLE,

Vous avez participé à l'élaboration de ce travail,

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse,

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mes remerciements.

Au Dr Laure VANWASSENHOVE,

Tu m'as accompagné comme tutrice durant trois années,

Puis comme directrice de thèse,

Tu as été là dans les moments importants, de doutes comme d'enthousiasme,

Sois assurée de mon amitié la plus sincère.

A madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse,

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mes remerciements.

A madame le Professeur Véronique GUIENNE-BOSSAVIT,

Vous avez répondu présent à toutes les sollicitations pour donner un éclairage sociologique à ce travail,

Vous avez encore répondu présent pour faire partie du jury de cette thèse,

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mes remerciements.

-Une pensée particulière pour le Dr Didier PELOTEAU,

Ta compagnie et ton enseignement durant six mois ont été si précieux,

Tu m'as appris à observer et à picorer, toi qui aime les oiseaux,

Tu m'as dit qu'il ne fallait pas perdre son âme.

-Une pensée particulière pour le Dr Peggy DUMONT,

Tu m'as vu partir le premier jour de stage de ton cabinet car ma première fille allait naître,

Tu m'as appris qu'en médecine générale il n'y avait pas d'urgence,

Tu m'as appris à ne pas différer les choses essentielles.

-Une pensée particulière pour le Dr Abdelawed FOUNINI,

-Tu m'as enseigné des rudiments de médecine du sport,

-Tu m'as donné envie de travailler confortablement,

-Tu m'as encouragé et formé à la régulation de médecine générale.

-Une pensée particulière pour le Dr Joëlle LUDWIG,

-Tu es médecin et femme de culture,

-Nous avons fait bien autre chose que de parler de médecine,

-Tu m'as encouragé à poursuivre mes rêves de voyages.

-Une pensée pour toutes les personnes qui ont participé à mon enseignement en médecine durant ces trois cycles d'études médicales initiales.

- A tous les médecins qui se sont prêtés au jeu des entretiens. Sans votre implication, ce travail n'aurait pu aboutir.

SOIN, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE :

Comment trois générations de médecins généralistes ont intégré les valences universitaires dans leur discipline

Résumé

Introduction : L'étude se proposait d'étudier un groupe social, celui des médecins généralistes investis dans la formation médicale initiale des étudiants de troisième cycle. A travers leur réflexion sur le métier au cours de leurs trajectoires d'étudiants puis de professionnels, les médecins ont raconté la naissance et la construction de leur discipline.

Matériel et Méthodes : il s'agissait d'une étude qualitative utilisant la méthode des récits de vie. La construction de l'échantillon a été progressive, suivant les étapes de raisonnement du chercheur et le recrutement des interviewés a été réalisé de manière séquentielle. Trois groupes générationnels ont pu être identifiés en fonction des récentes réformes des études médicales françaises : celle du troisième cycle en 1982 faisant apparaître le résidanat remplaçant le « stage interné », et celle de la suppression du concours de l'internat substitué par l'examen classant national en 2004. Vingt-quatre entretiens ont été réalisés. Vingt et un ont été exploités et anonymisés. Un codage de verbatim a été réalisé avec le logiciel Nvivo 9 Student®.

Résultats et discussion : La première génération a pris le relai de la génération antérieure en développant de manière accélérée un enseignement disciplinaire structuré. Elle a puisé ses ressources dans la formation médicale continue et dans les échanges entre pairs. En s'engageant pleinement dans la formation médicale continue et en suivant le cours de l'évaluation des pratiques professionnelles mise en place en 2004, la deuxième génération a développé un discours sur l'expertise du soin. La troisième génération s'implique davantage dans la structuration et le développement d'une recherche en soins primaires et valorise la santé publique dans la part soin.

Conclusion : La discipline de médecine générale a assis son socle historique à travers la construction d'un enseignement. Il lui reste à valoriser ses mythes fondateurs et à concourir au progrès scientifique au côté des autres spécialités médicales. La stabilisation disciplinaire nécessitera cependant une relève du corps enseignant de la première génération.

Mots-Clés :

Génération, universitaire, soin, enseignement, recherche, discipline, médecine générale, soins primaires, récits de vie.

CARE, TEACHING AND RESEARCH:

How three generations of general practitioners have included the universities' values in their discipline.

Abstract

Introduction: The study aimed at studying a social group, that of general practitioners involved in initial medical training to senior students. Their thoughts on their profession as students then professionals enabled these GPs to tell about the birth and construction of their discipline.

Material and Methods: It was a qualitative study using a life narrative method. The sample was elaborated progressively depending on the researcher's stages of reasoning and the recruitment of interviewees was carried out in a sequential manner. Three generational groups could be identified in relation to the recent reforms of French medical studies: that about post-graduate studies in 1982, introducing clinical residency to replace "internship training", and that about the disappearance of internship training competitive exam substituted by the national ranking examination in 2004. Twenty-four interviews were carried out. Twenty-one were exploited and rendered anonymous. A verbatim code was carried out with Nvivo 9 Student® software.

Results and discussion: The first generation took over the previous one by fast tracking the development of structured discipline teaching. It stems from medical continuing education and peer exchanges. By involving itself fully in continuing education and following the flow of evolutions in professional practices implemented in 2004, the second generation developed a discourse on care expertise. The third generation is further involved in structuring and developing primary care research and promotes the care aspect of public health.

Conclusion: The general medical field has established its historical core through the construction of specific teaching. It still has to promote and develop its founding myths and participate to scientific progress beside the other medical fields. Still, discipline stability will necessitate taking over the teaching staff.

Keywords

Generations, university, care, teaching, research, discipline, general practice, primary care, life narrative.

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles et acronymes	9
Codage des données anonymisées des entretiens :	10
Introduction.....	11
Objet de l'étude	11
Objectif de l'étude	11
Construction progressive d'un sujet	11
Définitions	12
Autour du mot « génération »	12
Définition du mot génération dans notre travail	13
Les valences universitaires et la discipline de médecine générale	13
Matériel et methodes	16
Etude qualitative.....	16
Choix du récit de vie	16
Echantillonnage.....	16
Prises de rendez vous.....	18
Guide d'enquête	18
Statut des hypothèses	19
Généralisation des résultats	19
Recueil des données	19
Lieux et modalités des interviews.....	19
Modalités de recueil des entretiens.....	20
Entretiens tests et sélection des entretiens	20
Retranscription	20
Codification, triangulation des données et catégorisation	21
Première étape :	21
Deuxième étape.....	21
Anonymisation des données	22
Résultats.....	23
Présentation de l'échantillon	23
Première Génération	24
Soin.....	24
Enseignement	48

Recherche	56
Soin, enseignement, recherche : un aboutissement, deux visions.....	60
Deuxième Génération	62
Soin.....	62
Enseignement	84
recherche.....	91
Troisième génération	97
Soin.....	97
Enseignement	120
Recherche.....	123
Discussion.....	131
Les profils générationnels	131
La première génération : désir de transmission	131
La deuxième génération : expertise du soin.....	134
La troisième génération : orientation recherche	136
Filiations intergénérationnelles	139
Des séparations relatives.....	139
Les concepts disciplinaires sont bien établis	139
Toutefois la conception des soins évolue.....	139
Où sont les grands noms de la médecine générale ?.....	141
Enseignement, en danger ?	141
Une recherche déstructurée.....	142
L'objet disciplinaire	144
Conclusion	146
Bibliographie	147
Annexe : Le questionnaire.....	151

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

A.R.S : Agence Régionale de Santé

C.A.R.M.F : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

C.E.G.L.A : Collège des Enseignants de Loire Atlantique et Vendée

C.E.S : Certificat d'Etudes Spécialisées

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.H.S : Centre Hospitalier Spécialisé

C.I.S.P : Classification Internationale des Soins Primaires

C.N.G.E : Collège National des Généralistes Enseignants

C.N.U : Conseil National des Universités

C.S.M.F : Confédération des Syndicats Médicaux Français

C.S.C.T : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

D.C.E.M : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

D.M.G : Département de Médecine Générale

D.P.C : Développement Personnel Continu

D.R.C : Dictionnaire de Résultats de Consultation

D.U : Diplôme Universitaire

E.C.N : Examen Classant National

E.B.M : Evidence Based Medecine

E.H.P.A.D : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

E.P.P : Evaluation des Pratiques Professionnelles

E.P.U : Enseignement Post Universitaire

F.M.C : Formation Médicale Continue

F.M.I : Formation Médicale Initiale

F.P.C : Formation Professionnelle Continue

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.P.S.T : Hôpital Patient Santé Territoires

I.G.A.S : Inspection Générale des Affaires Sociales

I.G.A.E.N.R : Inspection Générale de l'Administration Générale de L'Education Nationale et de la Recherche.

I.S.N.A.R I.M.G : Intersyndicale Autonome Nationale Représentative des Internes de Médecine Générale

M.E.E : Médecin Extérieur Expert

M.E.P : Médecine à Exercice Particulier

M.H : Médecin Habilité

M.I.C.A : Mécanisme de Cessation Anticipée d'Activité

M.S.B.M : Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

O.G.C : Organisme Gestionnaire Conventionnel

O.M.G : Observatoire de la Médecine Générale

O.M.S : Organisation Mondiale pour la Santé

P.C.E.M : Premier Cycle des Etudes Médicales

P.M.I : Protection Maternelle et Infantile

P.S.A : Prostat Specific Antigen

Q.C.M : Questions à Choix Multiples

R.E.A.J.G.I.R : Regroupement Autonome des Jeunes Généralistes Installés et Remplaçants

S.A.S.P.A.S : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

S.F.MG : Société Française de Médecine Générale

S.M.G : Syndicat de la Médecine Générale

U.R.P.S : Union Régionale des Professions de Santé

S.M.L : Syndicat des Médecins Libéraux

W.O.N.C.A: The World Organization of National
Colleges, Academies and Academic Associations of
General Practitioners/Family Physician

S.N.M.E.G : Syndicat National des Médecins
Enseignants Généralistes

CODAGE DES DONNEES ANONYMISEES DES ENTRETIENS :

Cx : Nom de Centre ou d'établissement de santé spécialisé

Dx : Nom de Département

Gx : Nom de groupe commercial

Hx : Nom d'Etablissement Hospitalier

Ix : Nom d'institut

P1 : Première année de médecine

Px : Nom de personne, si x=1 ou 2: à comprendre en fonction du contexte (peut signifier PCEM1 ou PCEM2).

Qx : Nom de quartier d'une ville

Rx : Nom de Région

Sx : Nom de spécialité médicale, quand celle-ci se rapporte à l'activité du conjoint

Ux : Nom d'Université

Vx : Nom de Ville

INTRODUCTION

OBJET DE L'ETUDE

L'étude portait sur le fonctionnement d'un groupe social, celui de médecins généralistes investis ou ayant été investis dans la formation universitaire de troisième cycle des médecins généralistes. Au sein de leurs trajectoires de formation et de vie professionnelle, les personnes étaient questionnées sur leurs représentations du métier de médecin généraliste, et sur tout ce qui pouvait inspirer leur réflexion et leur pratique dans le cadre de leurs activités professionnelles et universitaires.

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif initial de l'étude n'était pas défini. Nous partions d'une enquête exploratoire(1) de l'objet d'étude sans hypothèse de départ. Nous voulions comprendre le fonctionnement interne du groupe social étudié et élaborer au fur et à mesure un *modèle* de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles concernant ce dernier (cf. le chapitre « statut des hypothèses et généralisation »).

CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UN SUJET

Dans un ouvrage intitulé « Singuliers Généralistes » édité en 2010 et codirigé avec François-Xavier Schwyer, la sociologue Géraldine Bloy a écrit chapitre 17 sur l'histoire de l'implantation des généralistes à la faculté(2). Elle dit se livrer à un effort de synthèse issue de *la littérature disponible* (et elle cite notamment d'autres sociologues), mais « *non de l'étude d'archives originales ou d'entretiens menés avec les principaux protagonistes de cette histoire.* »

Elle poursuit : « *Des leaders médicaux se sont certes abondamment exprimés, mais les éléments qu'ils pourraient fournir aux chercheurs à distance de l'action sont d'une autre nature que leurs proclamations publiques.* »

Et de conclure ces propos de cette manière : « *Rencontrer des « compagnons de route » ou des personnalités plus discrètes de ce mouvement serait aussi très éclairant.* »

Sans le savoir au départ, nous nous sommes rendus compte, au fil de l'avancée de notre enquête, que nous étions partis à la rencontre de ces fameux « *compagnons de route* » dont parlaient Géraldine Bloy. Exploratoire au départ et s'inspirant de personnes se racontant dans leur discipline, nous avons réalisé que cette étude devenait analytique, et qu'elle parlait d'une plus grande histoire, celle de la naissance et de la construction de la médecine générale. Resserrant petit à petit notre objet d'étude, il nous a paru pertinent d'étudier

cette histoire à travers l'élaboration et la transmission des trois valences universitaires à travers trois générations de médecins auxquelles nous avons facilement accès.

DEFINITIONS

AUTOUR DU MOT « GENERATION »

Dans un article de la revue électronique RECHERCHE et FORMATION, Claudine ATTIAS-DONFUT et Philippe DAVEAU(3), s'attachent à définir les différents concepts du mot « génération ». Citons quelques extraits qui nous serviront à préciser la terminologie choisie du mot « génération » et qui illustreront au mieux l'objet de notre travail :

Pour définir le terme de « génération », nous nous inspirerons de l'usage sociologique hérité de Karl Mannheim qui considère *« la génération comme un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge mais dont le principal critère d'identification sociale réside dans les expériences historiques communes et particulièrement marquantes dont elles ont tiré une vision partagée du monde. »*

Cependant, selon les auteurs cités, *« une génération ne se forme pas uniquement par des faits historiques marquants [...] ». En effet, précisent-ils, ces générations peuvent être aussi nourries de « faits sociaux et de repères culturels ».*

Toujours selon les mêmes auteurs, *« les sociétés se reproduisent et se pérennisent par la formation des générations suivantes et donc par la transmission, ce qui est transmis étant en rapport avec ce qui a été hérité [...] ». Et si le noyau de trois générations constitue une séquence minimale de base, il est donc bien évident que l'horizon temporel (rétrospectif et prospectif) du processus de transmission est infiniment plus vaste. »*

Les mêmes auteurs citent Emmanuel Kant qui en 1784 a émis l'idée d'un progrès social générationnel supposant l'acceptation, par chaque génération, de sacrifices au bénéfice de celles qui suivent : *« Les générations antérieures semblent toujours consacrer toute leur peine à l'unique profit des générations ultérieures pour leur ménager une étape nouvelle, à partir de laquelle elles pourront élever plus haut l'édifice dont la nature a formé le dessein, de telle manière que les dernières générations seules auront le bonheur d'habiter l'édifice auquel a travaillé [...] une longue lignée de devanciers qui n'ont pas pu prendre, personnellement, part au bonheur préparé pour elles. »*

Pour aller plus loin dans l'explication du processus de « transmission intergénérationnelle », les auteurs indiquent la nécessaire dynamique d'interaction entre les générations et rappelle qu'« elle suppose une attitude active de la part des récepteurs, non seulement de désir de recevoir, mais aussi l'action d'appropriation de ce qui est reçu et nécessairement redéfini ». Et les auteurs de conclure que les jeunes générations sont « plus réceptives aux nouveaux

modèles » et « qu'en les adoptant, ils affirment leur identité et leur autonomie » et « engagent leurs aînés à modifier le regard qu'ils portent sur le réel. »

Enfin, pour terminer avec cette approche sociologique du mot génération, nous finirons de citer ces auteurs qui envisagent, dès l'introduction de leur propos, le processus dynamique de genèse générationnelle qui résume assez bien ce que nous venons de développer :

« Enfin, le sentiment d'appartenir à une génération ne se forme pas seulement horizontalement, par rapport à une période historique donnée, mais aussi verticalement, par rapport aux liens de filiation. Les générations se constituent réciproquement, dans la durée, à travers les continuités et transformations de la société [...] ».

DEFINITION DU MOT GENERATION DANS NOTRE TRAVAIL

Compte tenu de ce qui vient d'être défini plus haut, nous retiendrons pour notre travail la définition suivante :

- un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge dont le critère principal d'identification sociale réside dans le partage d'expériences communes
- pour chaque génération identifiée, ces expériences communes sont constituées de faits sociaux et repères culturels marquants
- nous nous intéresserons à trois générations, ce qui correspond à la *séquence minimale de base* des interactions intergénérationnelles
- ces trois générations interagissent et s'enrichissent mutuellement, chacune porteuse de sa part de progrès pour la discipline de médecine générale.

LES VALENCES UNIVERSITAIRES ET LA DISCIPLINE DE MEDECINE GENERALE

LES ORDONNANCES DEBRE DE 1958 ET LES VALENCES UNIVERSITAIRES

Le terme de « valences universitaires » tel que nous l'entendons se réfère à l'histoire de la création des CHU depuis les ordonnances Debré de 1958.(4) Cette époque a marqué un changement profond du système de santé et du statut des médecins hospitaliers français en conférant à ces derniers le statut de salariés des hôpitaux à temps plein et en les missionnant pour trois types d'activité : le soin, l'enseignement et la recherche. La réforme Debré avait d'ailleurs surtout pour vocation d'assurer le développement de la recherche médicale en France. Cette époque marque aussi et surtout le développement de la médecine de spécialité et la mise à l'écart de la médecine générale, alors écartée des universités.

LA DISCIPLINE DE MEDECINE GENERALE

D'UN CORPS PROFESSIONNEL A UN CORPS DISCIPLINAIRE

Depuis cette époque, le corps professionnel généraliste n'a eu de cesse de tenter de se structurer et d'essayer de définir sa place au sein d'un système de santé devenu très hospitalo-centré. Des mouvements issus de la formation professionnelle, des mouvements syndicaux et la structuration d'un corps enseignant spécifique ont participé à la naissance de la discipline.(5)

En même temps, des sociétés savantes voyaient le jour et un élan européen participait à l'élaboration d'une nouvelle discipline, la médecine générale, médecine de famille.

UNE DISCIPLINE, DES DEFINITIONS

Lors de la deuxième « European Conference in the teaching for General Practice » se tenant à Leeuwenhorst en 1974(6), un groupe de travail constitué de quinze médecins provenant de 11 pays européens différents est formé. Ce dernier s'emploie à élaborer une définition en s'inspirant des types de tâches que doit accomplir un médecin généraliste. Dans les trente années qui suivront, plusieurs ajustements sont apportés jusqu'à aboutir à un consensus européen établi par la Wonca Europe en 2002(7) et qui définit « *la médecine générale/médecine de famille* » comme une « *discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ». Cette publication sépare les concepts de principes de la discipline et les compétences requises par le spécialiste formé à cette discipline : le médecin généraliste.

LES VALENCES UNIVERSITAIRES TRANSPOSEES A LA MEDECINE GENERALE

Après des réformes successives des études médicales(8) (suppression du concours de l'externat en mai 1968, réforme des études médicales en 1982 transformant le concours de l'internat des hôpitaux en concours d'internat universitaire, avènement du statut de résidents pour les étudiants généralistes en troisième cycle) et la mise en place progressive d'un enseignement de médecine générale au sein des universités de médecine, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002(9) va reconnaître la médecine générale comme une discipline de spécialité.

Mais il faudra attendre le décret du 16 janvier 2004(10) pour que soit redéfini les conditions d'accès au troisième cycle des études médicales et voir apparaître dans les textes le nouvel internat qui différencie « *internat de médecine générale* » et « *internat des autres spécialités* ». Conformément aux recommandations du comité national d'évaluation de 1998(11), le premier Examen National Classant voit le jour en juin 2004 et la médecine

générale devient une spécialité médicale par arrêté du 22 septembre 2004(12), la discipline étant désormais sanctionnée d'un diplôme d'étude spécialisée (DES) à l'instar des autres spécialités.

A partir de ce moment, la filière universitaire de médecine générale est née et va se mettre en place de façon accélérée :

L'arrêté du 25 octobre 2006(13) crée l'option de médecine générale au sein de la sous-section 53-01 du Conseil National des Universités (CNU).

Fin 2006, les ministres Xavier Bertrand et François Goulard, respectivement en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, missionnent l'IGAS et l'IGAENR pour établir un rapport intitulé « mission d'études et de propositions concernant la création d'une filière universitaire de médecine générale ». Le rapport est présenté en février 2007(14) et établit d'emblée le caractère inadapté du statut hospitalo-universitaire transposé à la médecine générale, tout comme celui d'enseignant chercheur, car la filière universitaire de médecine générale ne peut se couper de sa part soin exercée en ambulatoire.

En novembre 2007, les 16 premiers postes de chefs de clinique en médecine générale sont ouverts.

Le 8 février 2008 est publié la loi relative aux personnels enseignants de médecine générale(15). Il est écrit que ces derniers consacreront « *à leur fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle* ».

Depuis, le développement progressif de la filière est encouragée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009(16). Cette dernière précise les missions du médecin généraliste dans le système de soin.

MATERIEL ET METHODES

ETUDE QUALITATIVE

L'objet et le type d'étude envisagés conduisaient à faire le choix d'une méthode qualitative par entretiens. Il ne s'agissait en effet pas de « *convertir des opinions en nombre, de quantifier des comportements* », mais de « *prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension* » du groupe social étudié. (17)

CHOIX DU RECIT DE VIE

La méthode de recherche utilisée a été celle du récit de vie. Elle semblait la plus appropriée pour appréhender les mécanismes subtils de réflexion de chaque acteur social au sein du groupe étudié. Afin de mieux appréhender l'outil de travail, nous nous sommes mis en relation avec une sociologue qui nous a conseillé des pistes de lecture(18) et d'orientation de travail. Au cours de cette rencontre, il a été suggéré de regrouper les résultats de nos entretiens par groupes générationnels.

ECHANTILLONNAGE

CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON

ECHANTILLONNAGE SEQUENTIEL

Une partie de l'échantillonnage a été réalisé de manière « séquentielle » dit aussi « en chaîne ». (17) En effet, les interviews ont été facilitées du fait de l'appartenance au groupe professionnel et du statut d'étudiant thésard en médecine. Le directeur de thèse a aidé à la rencontre de certains interviewés au sein du département de médecine générale Nantais. Des personnes interrogées ont encouragé d'autres personnes à être interviewées à leur tour. La connaissance d'un chef de clinique a aidé à en rencontrer un autre via les réseaux sociaux.

DEFINITION DES PROFILS GENERATIONNELS

Dans un travail utilisant la méthodologie par récit de vie pour construire des hypothèses de fonctionnement d'un groupe professionnel, il n'était pas raisonnable d'envisager un échantillonnage en variation maximale. En effet, nous n'avions pas la prétention d'avoir atteint, avec le temps qui nous était donné d'agir et les moyens d'une recherche solitaire, une diversité suffisante d'éléments pour atteindre une saturation des données, d'autant que la question de départ n'était pas formalisée. En revanche, on pouvait dire qu'à un certain égard, une variation maximale pouvait être atteinte si l'on considérait que nous puissions

interroger suffisamment de personnes au sein de groupes générationnels préalablement définis.

Or, au fil des premiers entretiens, nous avons réalisé que les interviewés étaient pour une grande part issus d'une même génération de personnes, pour la plupart ayant débuté leurs études de médecine dans les années post soixante-huit. Ces personnes avaient en commun d'être toutes issues des mêmes processus de formation : elles se situaient entre la réforme de 1968, celle qui avait vu disparaître le concours de l'externat mais avant les réformes du troisième cycle des études médicales de 1982. Partant de ce constat, nous avons défini et interrogé trois générations de médecins généralistes issues des principales réformes des études médicales des quarante dernières années :

-La première génération concernait les personnes que nous venons de citer. Ces personnes avaient pour caractéristique d'avoir réalisé une seule année de formation pendant leur troisième cycle des études médicales au sein d'un stage dit « interné ». Ces personnes étaient les plus nombreuses à s'investir dans le département de médecine générale à Nantes.

-La deuxième génération concernait le groupe des « résidants », c'est-à-dire issu des réformes du troisième cycle de 1982. Ces réformes ont eu comme conséquence d'introduire plus de semestres de formation hospitalière et ont officialisé le stage chez le praticien ambulatoire de médecine générale. Ce groupe générationnel concernait peu de monde au sein du département, c'est pourquoi nous nous sommes tournés vers des maîtres de stage issus de ces mêmes générations pour nos interviews.

-La troisième génération concernait le groupe ayant vécu de « près » les réformes du concours de l'internat avec la suppression de celui-ci et l'introduction de l'Examen National Classant (ECN). Si l'on considérait leur investissement dans la formation initiale au sein du département de médecine générale, les personnes appartenant à ce groupe étaient numériquement moins représentées que celle des deux premières générations.

LE CONCEPT D'ECHANTILLONAGE PROGRESSIF

La construction de l'échantillon s'est donc faite à la manière de l'enquête sociologique de terrain, utilisant le concept de « *construction progressive de l'échantillon* », (18) cherchant à satisfaire les principes de « *variété des positions* », « *différentialité* » et « *d'exigence de variation* » pour l'échantillon étudié.

VARIETE DES POSITIONS

On entendait par « *positions* » les places « *hiérarchiques* » et « *fonctionnelles* » qu'occupaient les acteurs constitutifs du groupe étudié. Ces positions différentes qu'occupaient les acteurs

devaient entraîner une variété de perceptions des personnes sur le fonctionnement de l'objet étudié. La mise en rapport critique de ces perceptions participait à la construction du modèle de l'objet étudié.

DIFFERENTIALITE

Le concept de « *différentialité* » signifiait que les personnes occupant les mêmes positions pouvaient avoir des perceptions différentes du même monde.

VARIATION

La notion de variation concernait la « *variété* » des témoignages possibles, au mieux des possibilités du chercheur. Dans la construction du modèle ou du corps d'hypothèses révélant le fonctionnement de l'objet étudié, il était en effet possible que les récurrences obtenues lors de l'analyse de comparaison des récits de vie emmenassent à une formulation d'un modèle qui eût pu être la conséquence d'un manque de variété des récits. Un récit totalement différent pouvait venir ébranler ce premier modèle en apportant des éléments nouveaux.

LIMITES DE L'ECHANTILLON

Pour des raisons de moyens et de temps, il était nécessaire de borner notre champ d'étude. Nous nous sommes donc initialement intéressés aux personnes rattachées au département de médecine générale de Nantes. Les personnes interrogées étaient toutes investies dans la formation médicale des étudiants de troisième cycle, soit par le biais de la maîtrise de stage de façon exclusive, soit impliquées également dans les séminaires de formation au sein de la faculté de médecine. Afin de compléter nos données, nous avons également interrogé une personne exerçant en Maine et Loire et deux personnes exerçant en Ile de France.

PRISES DE RENDEZ VOUS

Les contacts et les dates de rendez-vous ont été le plus souvent initiés par mail et plus ou moins concrétisés par téléphone. Deux contacts ont été établis mais non achevés au sein de deux départements autres que Loire Atlantique.

GUIDE D'ENQUETE

Un guide d'enquête minimal permettait de débiter et de guider la personne interrogée sur les points qui nous semblaient importants à développer en début d'entretien. Les questions tout au long de l'entretien étaient guidées par les réponses de l'interviewé afin de l'aider à approfondir sa réflexion. Au fil des entretiens, le guide d'enquête a évolué mais nous avons

toujours gardé quatre questions de base qui, au fil du temps, nous ont semblé les plus appropriées pour questionner le groupe étudié (Annexe).

STATUT DES HYPOTHESES

S'agissant d'une méthodologie empruntée à l'ethnosociologie, la démarche était différente de celle utilisée dans la démarche hypothético-déductive. Ici, il ne s'agissait pas de vérifier des hypothèses préalablement existantes mais d'en élaborer de nouvelles à partir d'une réflexion basée sur les récurrences des entretiens.

GENERALISATION DES RESULTATS

Pour comprendre le processus qui nous emmènerait à établir une forme de généralisation du modèle construit, nous citerons à nouveau l'ouvrage qui nous a aidé à renforcer notre méthodologie :

« Comment espérer généraliser les résultats d'une enquête de terrain à une société toute entière ? [...] Une réponse positive à cette question gagne en vraisemblance quand le microcosme étudié relève d'une institution nationale imposant partout les mêmes règles de fonctionnement [...] C'est en découvrant le général au cœur des formes particulières que l'on peut avancer. Cela passe par la comparaison, la recherche de récurrence, et par ce qu'on appelle la saturation progressive du modèle. » (18)

Etant donné la faible ampleur de cette étude, nous ne prétendions pas arriver à généraliser les résultats que nous obtiendrions, mais au moins pouvions nous espérer nous approcher d'une vérité concernant le groupe social étudié, d'autant que les départements de médecine générale s'étaient tous historiquement constitués dans les mêmes conditions, celles qui avaient permis l'élan de la réforme du troisième cycle des études médicales en 1982.

RECUEIL DES DONNEES

LIEUX ET MODALITES DES INTERVIEWS

En ce qui concernait la région des Pays de Loire, les lieux d'interviews étaient déterminés spontanément par les interviewés. Il nous semblait important que les personnes interrogées déterminent elles-mêmes ces lieux pour se sentir à l'aise pendant les entretiens. Nous pensions également que la détermination spontanée de ces lieux par les interviewés eux-mêmes pouvait traduire un « sens biographique » pour un certain nombre de personnes.

Certains rendez-vous ont ainsi eu lieu à la faculté de médecine de Nantes, d'autres dans les locaux professionnels (cabinets de consultation ou salles de pause communes). Deux entretiens ont eu lieu au domicile de l'interviewé. Un entretien a eu lieu dans un restaurant, deux autres se sont déroulés avec le logiciel Skype, deux autres par téléphone. Pour les quatre derniers entretiens sus cités, c'est à la fois l'éloignement géographique de

l'interviewé et un effet générationnel qui ont permis de procéder à distance. Les jeunes générations ont en effet été plus enclines à accepter les modes d'entretien à distance.

Tous les entretiens ont eu lieu dans un espace isolé, à l'abri de toute sollicitation extérieure afin d'éviter de troubler les séances d'entretien. Parfois, nous avons été interrompus par quelques sonneries de téléphone.

MODALITES DE RECUEIL DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur numérique posé au milieu de la table séparant l'interviewer de l'interviewé. Quant aux entretiens à distance, la touche haut-parleur était activée et l'enregistrement effectué à l'aide du même enregistreur posé à proximité du micro.

ENTRETIENS TESTS ET SELECTION DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés sur une période de deux ans, allant de décembre 2011 à décembre 2013. Ils ont duré de 40 minutes à 2H15. Au total, vingt-quatre interviews ont été réalisées, dont quatre entretiens tests. Un premier entretien test a été conservé pour les résultats. Même s'il s'agissait du premier entretien réalisé, les données de cette interview participaient à la bonne compréhension du phénomène étudié.

Deux autres entretiens tests ont été recueillis auprès d'internes de médecine générale et cela de manière informelle. Parmi ces deux entretiens, l'un a été retranscrit et analysé intégralement.

Un autre entretien test a été réalisé, retranscrit et analysé mais finalement non sélectionné car jugé non pertinent par rapport au critère d'appartenance du groupe de médecins étudié. Ce médecin n'était en effet pas directement investi dans la formation initiale des étudiants de troisième cycle, ni au titre de maître de stage, ni au titre de formateur au sein du département de médecine générale.

Au total, vingt et un entretiens ont été sélectionnés pour rendre compte de l'objet étudié.

RETRANSCRIPTION

La qualité d'enregistrement des entretiens a permis de retranscrire la totalité des entretiens à l'aide d'un logiciel de lecture numérique à vitesse variable Express Scribe Pro et l'outil de traitement de texte Word 2010 de Microsoft office.

Les sept premiers entretiens ont été retranscrits par l'interviewer. Les entretiens suivants ont été retranscrits par un biographe rémunéré soumis au secret professionnel et avec le temps devenu proche de l'environnement du chercheur.

PREMIERE ETAPE :

Dans un premier temps, l'ensemble du verbatim a été analysé et codé en codification ouverte(19), centrée sur une question très large « *ce qui nourrit la réflexion et la pratique en médecine générale* » en s'aidant du logiciel Nvivo 9 Student ®. Cette première étape a concerné la codification des quatorze premiers entretiens. Une triangulation des données avec codification indépendante par deux chercheurs ont été réalisés pour six entretiens, soit plus du tiers de la totalité de cette première vague(20). L'analyse comparative de ces travaux a été réalisée par téléphone, retrouvant une congruence importante des encodages réalisés.

Le travail de triangulation permettait de renforcer la validité interne de notre travail(21). Une première catégorisation des résultats a été établie à partir de cette première étape.

DEUXIEME ETAPE

Au fil des entretiens, nous avons réalisé que la question de recherche se resserrait autour des « *enjeux historiques de la reconnaissance disciplinaire* ». Il s'agissait désormais de comprendre comment les médecins généralistes de trois générations s'étaient appropriés leur discipline et avaient « réintégré » au fil du temps une place universitaire au sein des CHU. Or nous avons tous les éléments pour parler du maniement des *concepts de soins, d'enseignement et de recherche* (les *trois valences universitaires*) à travers tous les entretiens que nous avons déjà conduits. Les catégorisations initialement produites éclairaient aussi cette nouvelle question.

Les entretiens suivants ont donc cherché à s'intéresser davantage aux questions de soins, d'enseignement et de recherche, mais en formulant la même question de fond « ce qui nourrit la réflexion et la pratique en médecine générale » au sein des trajectoires de formation et de vie professionnelle.

Une deuxième lecture des premiers entretiens a donc été réalisé au regard de cette nouvelle question en se concentrant sur les données relatives aux conceptions du soin, d'enseignement et de recherche au sein des trois générations de médecins. Tous les encodages initiaux répondant à cette question ont été retenus et ceux qui semblaient sortir du cadre ont été éliminés. Cette deuxième lecture a été réalisée en grande partie avec un autre chercheur mais en travail de binôme, en lecture concomitante des données.

Les entretiens suivants ont été encodés et catégorisés par un seul chercheur à la lumière de la nouvelle question.

ANONYMISATION DES DONNEES

S'agissant de récits de vie, certaines informations données au cours des entretiens concernaient des éléments personnels. Par souci de conservation de l'anonymat des personnes, nous avons codé toutes les informations concernant les noms propres et fait disparaître des éléments pouvant informer sur les fonctions professionnelles des personnes citées. Il a été choisi de ne pas rendre publique la transcription des récits de vie. Ces derniers ont cependant été gravés en quatre exemplaires sur cd-rom afin que les membres du jury puissent juger le travail fourni.

RESULTATS

PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Les principales caractéristiques des personnes interrogées sont présentées dans le tableau suivant. Les âges sont comptés en référence à l'année 2014. Les entretiens E2 et E8 ont été exclus car les personnes interrogées n'étaient pas investies dans l'enseignement.

	Age	Sexe	1 ^{ère} année	7 ^{ème} année	Profil générationnel
E1	61	F	1969	1975	1 ^{ère} génération. Internat de pédiatrie.
E3	64	M	1967	1974	1 ^{ère} génération. Stage interné. Enseignement expérimental en médecine générale.
E4	62	M	1969	1977	1 ^{ère} génération. Stage interné. Stage officieux chez le médecin généraliste
E5	30	F	2001	2007	3 ^{ème} génération. ECN. Chef de Clinique
E6	62	M	1968	1974	1 ^{ère} génération. Stage interné. CES de psychiatrie et pédiatrie
E7	38	F	1994	2000	3 ^{ème} génération. Internat de santé Publique puis médecine générale. Chef de Clinique.
E9	63	M	1968	1976	1 ^{ère} génération. Stage interné.
E10	63	M	1970	1977	1 ^{ère} génération. Internat périphérique.
E11	62	M	1969	1976	1 ^{ère} génération. Stage interné. Stage officieux chez le médecin généraliste.
E12	66	M	1965	1972	1 ^{ère} génération. Internat périphérique.
E13	57	M	1975	1981	1 ^{ère} génération. Stage interné chez un médecin généraliste.
E14	60	M	1972	1978	1 ^{ère} génération. Stage interné.
E15	31	M	1999	2006	3 ^{ème} génération. ECN. Chef de clinique. Prépare thèse de science.
E16	47	M	1985	1992	2 ^{ème} génération. Résidanat.
E17	40	M	1992	1999	2 ^{ème} génération. Résidanat.
E18	47	M	1984	1991	2 ^{ème} génération. Résidanat.
E19	28	M	2002	2008	3 ^{ème} génération. ECN. Chef de Clinique. Prépare thèse de science.
E20	54	M	1977	1984	2 ^{ème} génération. Début du résidanat. Pas de stage chez le médecin généraliste.
E21	40	F	1992	1999	2 ^{ème} génération. Résidanat.
E22	63	F	1969	1975	1 ^{ère} génération. Stage interné. Enseignement expérimental en médecine générale. Stage officieux chez le médecin généraliste.
E23	35	M	1996	2001	3 ^{ème} génération. Résidanat et thèse de science en santé publique. Chef de clinique.

SOIN

LA PERIODE DES ETUDES

DES ETUDES INADAPTEES

Une grande majorité de personnes a souligné le caractère inadapté de la formation médicale initiale pour acquérir des bases pour leurs futures pratiques. Cette constatation a poussé certains à faire l'internat. La voie des Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) a également été choisie pour compléter la formation.

« [...] en fait moi j'ai, toujours eu l'idée de faire la médecine générale [...] je pensais qu'il'internat c'était une bonne voie pour avoir des bases solides [...] » E01

« [...] j'ai abordé ça sur un mode totalement généraliste, c'est-à-dire que... en chirurgie infantile ça m'arrangeait pas d'aller tenir les écarteurs » E03

« [...] j'ai fait [...] le C.E.S de psychiatrie [...] C.E.S de pédiatrie [...] j'ai compris que je faisais ça parce que je voulais avoir ces acquis là pour la médecine générale et que vraiment c'était la médecine générale qui m'intéressait » E06

« [...] je suis pas capable de faire médecine ! Je ne peux pas m'installer ni quoi que ce soit, faut que je fasse quelque chose!" » E12

« [...] elles ne sont pas adaptées dans le sens où la part de sciences est trop forte par rapport à la part de sciences humaines [...] » E13

« Tout le monde partait du même constat à savoir que les soins primaires, on n'y était pas préparé [...] » E13

« [...] à l'époque, on n'avait strictement aucune, aucune formation. [...] donc nous on faisait six plus un. [...] et après ça t'étais balancé médecin généraliste. » E14

« [...] j'ai fait un stage interné dans une clinique d'orthopédie. [...] en médecine générale ça ne m'a pas... beaucoup servi et c'est dommage ! » E22

APPROCHE SYNDICALE ET POLITIQUE DES SOINS

MILIEU SYNDICALISTE DE GAUCHE VERSUS BOURGEOISIE DE DROITE

L'entrée en faculté de médecine fin des années soixante a été un moment marquant de rencontre entre des personnes issues d'origine sociales et d'aspirations politiques opposées.

« [...] et puis donc deuxième année et puis... donc là décalage quand même, c'est-à-dire décalage social parce que j'étais issu d'un milieu modeste avec une culture critique et de gauche, et donc du coup la faculté ça a été un peu le choc quoi ! Bon la bourgeoisie de V1 avait tous ses enfants là et beaucoup d'enfants de médecins à l'époque... la transmission intergénérationnelle, en tout cas d'un point de vue radical était très forte à l'époque, sans doute moins maintenant je pense mais y avait l'ensemble des enfants de médecins de la ville qui étaient là... donc je me retrouvais pas très à l'aise bon, très vite on s'est retrouvé avec d'autres qui étaient un peu dans la même disposition que moi » E06

MAI 1968 : DU MEDECIN NOTABLE AU MEDECIN CITOYEN

Une majorité de personnes de la première génération avait débuté leurs études fin des années soixante. Quelques-uns soulignent une prise de conscience du rôle politique et social du médecin pendant cette période. Toutes les personnes citées ont affiché des opinions politiques ancrées à gauche.

« [...] j'ai souvenir à la fois de cours d'amphis mais particulièrement rasoirs, parce que c'était des cours magistraux [...] et puis de cet intérêt sur, tout le côté, disons politique et social [...] » E01

« [...] il y a eu très vite deux aspects qui se sont croisés, l'aspect donc métier de médecin et puis l'aspect qu'on était en même temps des citoyens. Je crois que c'est ça qui s'est croisé là, la découverte à ce moment-là de ces deux aspects là, et puis ben ça s'est toujours un peu chevauché » E04

« [...] en entrant dans mes études j'ai abandonné l'idée, l'image en tout cas, du notable, bienveillant humaniste, que j'avais de ce médecin de famille, pour basculer vers plutôt une notion de médecin citoyen quoi, c'est-à-dire plus militant que notable. C'est une rupture à ce moment-là. » E06

DES DEBATS AU SEIN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Ici la personne témoigne d'un débat auquel elle a assisté au sein de la faculté de médecine entre deux personnages connus, l'un investi en tant que sénateur maire, l'autre en tant que président d'un syndicat. On se situe dans les années 70 et les deux hommes parlaient de thèmes qui ont encore pignon sur rue aujourd'hui : modes de rémunération et organisation du travail.

« P2 avait plutôt celles [conceptions] d'un partage de travail, de diversifier les modes de rémunérations, et cetera, alors que P3 c'était un libéral pur et dur, même si effectivement y avait dans un cabinet de groupe une conception mais c'était... chacun gardait ses revenus en fonction de la clientèle qu'il avait et cetera... donc voilà y avait... plus pour P2 une ouverture sur la formation, sur l'éducation sanitaire, ben voilà, on avait déjà des conceptions qui étaient différentes quoi hein à l'époque. Donc voilà c'est un peu ça qui a fait que... » E04

DEBUT D'EXERCICE

DES DIFFICULTES EN DEBUT D'EXERCICE

La majorité des personnes interrogées a dit avoir eu des difficultés ou des interrogations au début de l'exercice médical, tant sur les aspects biomédicaux que relationnels. Parfois, les difficultés ont pu être d'ordres existentiels (morts d'enfants) ou plus personnels (maladie du médecin).

SUR LE PLAN BIOMEDICAL

Les difficultés qui ont été relatées sur le plan biomédical étaient de deux ordres : il s'agissait soit d'un sentiment de carence de formation initiale, soit d'une difficulté à prendre en charge les patients en dehors du monde hospitalier.

« [...] on est en difficulté on est vulnérable quand on n'est pas préparé quoi... » E03

« [...] au départ y a plein d'incertitudes tu ne te sens pas forcément à la hauteur. » E04

« [...] donc j'avais toujours un sentiment d'inachevé, d'incomplétude, et de médiocrité finalement, face au patient. » E06

« A chaque fois que je voyais un patient qui me semblait avoir une pathologie intéressante [...] je l'emmenais à l'hôpital. [...] je ne me sentais pas vraiment prêt en fait. » E12

« [...] les patients que je voyais, il y en avait très peu qui étaient comme dans les livres. Donc forcément, tous ceux qui arrivaient, je ne les avais pas vus. » E14

« [...] j'avais jamais vu une rhinopharyngite, j'avais jamais vu une rougeole, évidemment. J'avais jamais vu d'oreillons, j'avais jamais vu une varicelle, j'avais jamais vu de tympanes [...] » E14

« C'est sûr que je n'ai pas eu un seul stage de gynéco' dans mes études. [...] Étant un p'tit peu loin d'une agglomération, j'étais pas du tout submergée par les spécialistes gynéco' ! Donc les... les femmes venaient m'voir ! » E22

SUR LE PLAN DE LA RELATION MEDECIN MALADE

La relation médecin malade a suscité autant de difficultés que d'interrogations. La majorité des personnes a attribué celles-ci à des carences de formation. D'autres ont préféré parler d'inexpérience ou de problème lié à l'établissement d'un rapport de confiance du patient envers son médecin. Une autre personne s'est interrogée sur la nature même de la relation entre le médecin et le patient.

« [...] j'ai eu des moments de souffrance par inexpérience ça c'est sûr, que j'ai essayé de résoudre [...]. » E03

« [...] qu'est ce qui se passe dans la relation entre un médecin et un patient ? » E06

« [...] je n'avais [...] aucune autre vision du métier de médecin que celui qu'était biomédical. » E09

« La difficulté dans la relation médecin patient a été que l'on me fasse confiance. » E10

« [...] je comprenais rien du tout sur la relation que j'avais avec mes patients". E12

« Parce que c'est c'est qui fait le cœur de notre métier, c'est savoir communiquer. [...] j'parle encore d'mes études hein. Il y a trente-cinq ans, donc c'était mais quelque chose d'inexistant. » E22

QUAND LES ETUDES PREPARENT

Lors de son récit, cette personne a mis en avant une bonne formation pratique tout au long des études. Le concours d'un internat périphérique avait été préparé et réussi. Pendant ces années d'internat, le médecin avait complété sa formation en pédiatrie et en cancérologie. La confrontation avec des malades en fin de vie avait été répétée et le médecin s'était investi dans leur accompagnement.

« Je n'ai jamais eu de difficultés professionnelles particulières, je me sentais très bien préparé pour affronter les symptômes et les maladies. » E10

ANNEES QUATRE-VINGT

Plusieurs personnes ont témoigné du début de l'informatisation dans les cabinets médicaux à la moitié des années quatre-vingt.

« [...] les premiers logiciels sont arrivés à ce moment-là et en 85 je me suis informatisé. Donc j'étais le premier pratiquement dans le département à être informatisé [...] » E09

« Premier janvier 1985, j'ai acheté le matos et puis le logiciel en novembre 1984. Et je l'ai mis dans mon cabinet le 1^{er} janvier 1985. J'étais le premier sur le département, sur la région. » E14

DES APPORTS DIFFERENTS

EMANCIPATION DES SOINS

-l'arrivée de l'informatique a pu être source d'émancipation de la seule préoccupation de soins :

« [...] je me suis pris au jeu et j'ai voulu aller voir ce qu'il y avait derrière la machine. » E09

« [...] et puis ça m'a permis moi de faire de l'informatique donc de voir, d'avoir un autre type de métier autrement ; faire ça après, sinon j'aurais peut-être que fait de la médecine. » E09

UNE PRATIQUE NOUVELLE

-elle a permis à certains égards de réactiver la motivation du médecin à travers un nouveau type de pratique :

« [...] je le voyais comme une aide au diagnostic, une aide à la consultation, pour répondre aux bonnes questions donc poser les bonnes questions [...] éventuellement donner des arbres décisionnels. » E09

« Peut-être que ça m'a un peu influencé dans ma réflexion sur ma pratique médicale parce que je me suis relancé dans un autre type de métier intellectuel, un autre intellect qu'il a fallu que je me remette à jour sur d'autres trucs et je pense que ça, ça m'a permis de me lancer en médecine, dans des mises à jour de connaissances que j'avais peut être pas notion à une certaine époque. » E09

GESTION DE L'ENTREPRISE MEDICALE

-elle a permis un gain de temps important dans la gestion de l'entreprise médicale :

« [...] le soir ça me faisait ma comptabilité, ce qui m'a gagné, rien que pour ça, ça me faisait déjà gagner de nombreuses heures par semaine donc ça c'était déjà génial. » E09

ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS DE RECHERCHE

-elle a pu accompagner l'investissement dans les projets de recherche :

« [...] je me suis dit, au niveau d'un cabinet on peut avoir des bases de données qui soient intéressantes... Si bien que je me suis informatisé complètement, au cabinet en 1985. » E14

INFLUENCE DES SYNDICATS

UN LIEU DE REFLEXION SUR LE METIER, PAS SUR LA DISCIPLINE

« [...] j'ai fait partie du syndicat de la médecine générale [...] ça a vraiment été mon lieu de réflexion sur le métier, et sur les questions de soins de santé. » E01

« Après, effectivement au travers une participation syndicale, je pouvais commencer... je commençais aussi à avoir des idées précises sur ce qu'était la profession d'exercer le métier, la médecine générale. Mais maintenant la réflexion sur la discipline, médecine générale, je n'en avais pas [...] » E13

LES IDEES DU SYNDICAT DE MEDECINE GENERALE (SMG)

Plusieurs personnes ont dit avoir adhéré aux idées du syndicat de médecine générale (SMG) dès le début de leur pratique. Une approche communautaire des soins a été développée autour des notions d'accès aux soins, d'éducation et de prévention. Cette « nouvelle » approche a été accompagnée d'une réflexion sur la réorganisation du travail et de nouveaux modes de rémunération. On retrouve également l'idée d'une indépendance de tout lobbying pharmaceutique.

APPROCHE COMMUNAUTAIRE

ACCES AUX SOINS

« [...] j'ai connu euh bons des copains qui avaient les mêmes analyses sur des questions d'accès aux soins [...] » E01

« On trouvait aussi [...] une grosse sensibilité à l'accès économique aux soins [...] » E06

EDUCATION ET PREVENTION

« [...] un intérêt porté à tout ce qui est prévention et éducation sanitaire [...] » E06

REORGANISATION

UNITES SANITAIRES DE BASE ET PROJET DE SANTE

« [...] début des années 80 où euh y a des gens qui ont réfléchi à monter ce qu'ils ont appelés des « unités sanitaires de base », en fait c'était des ancêtres des maisons de santé mais avec une certaine euh, enfin avec un projet assez bien particulier, enfin bien particulier, un projet précis derrière quoi. » E01

REGROUPEMENT

« [...] c'était l'idée donc de regrouper les médecins [...] » E04

MODES DE REMUNERATION

CRTIQUE DU PAIEMENT A L'ACTE

« [...] disons que c'était une critique sociale de l'exercice de la médecine avec grosse critique du paiement à l'acte bien sûr à laquelle j'adhère toujours d'ailleurs cette critique-là [...] » E06

REDISTRIBUTION DES HONORAIRES, PAS D'APPROPRIATION DE CLIENTELE

« Et donc c'était là que j'ai été dans ce cabinet avec les idées du S.M.G à l'époque, c'est-à-dire contre l'idée d'appropriation de la clientèle, donc pas de clientèle privée, on est un groupe et dedans il y a redistribution de la mise des honoraires dans un pot commun et redistribution à égalité des honoraires quel que soit le niveau d'activité [...] » E06

POUR DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION

« [...] faire du soin comme on faisait mais aussi être payé pour faire de l'éducation, de la prévention, payé pour être formé, c'est à dire que le temps de travail soit réparti en au moins trois temps [...] » E04

DES PROFESSIONNELS INDEPENDANTS DU LOBYING PHARMACEUTIQUE

« [...] avec le SMG [...] on avait la réflexion à l'avance hein sur l'influence des laboratoires, y a eu l' refus d'la visite médicale [...] et donc j' pense que ça été très marquant pour moi. » E01

« Puis surtout indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions et cetera [...] » E04

« On trouvait aussi la critique du rôle de l'industrie pharmaceutique dans la santé [...] » E06

APPRENDRE/REAPPRENDRE AUTREMENT

L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE

ENSEIGNEMENT MAGISTRAL

La façon dont était réalisé l'enseignement post universitaire a pu être vécu désagréablement. Ce dernier était présenté comme magistral rendant le médecin généraliste passif de sa formation.

« [...] l'hôpital décidait des thèmes à traiter au fur et à mesure de l'actualité scientifique et nous, généralistes, on venait écouter la bonne parole et on ressortait beaucoup plus intelligent, voilà ! » E13

« [...] en fait on était dans la logique qui prévalait, et qui continue de prévaloir quand même dans beaucoup d'esprits de médecins généralistes, c'est que le savoir, il est dispensé du spécialiste d'appareil ou d'organe. » E14

« [...] ce qui s'est modifié également, et c'qu'a été très important, c'est que, à l'époque, au départ, la FMC était surtout formalisée avec des généralistes qui recevaient la parole d'un spécialiste. » E22

UN ENSEIGNEMENT VALORISE ET VALORISANT, CONDUISANT A L'AMBIVALENCE

« [...] j'ai commencé à faire le grand écart entre un endroit où j'étais reconnu comme étant un médecin généraliste impliqué, comment dirais-je, éventuellement d'excellence, et puis moi, une application de cette science extrêmement modeste dans mon quotidien, donc ça c'était un virement, ce qui m'a ensuite amené à fréquenter d'autres cercles. » E13

EN DECALAGE AVEC LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un décalage a souvent été ressenti entre le contenu des enseignements de l'enseignement post universitaire (EPU) et les besoins de la pratique quotidienne en soins primaires. Ce sentiment a été ressenti par des personnes fortement impliquées dans leur parcours au sein du département de médecine générale.

« [...] c'était des universitaires qui venaient faire des cours, et qui correspondaient pas du tout à ma pratique. » E12

« [...] ça répondait pas du tout à nos problématiques quotidiennes, puisque moi en trente ans, je n'ai jamais vu un patient qui a un lupus et compagnie et des Horton. » E13

« [...] c'était assez décalé de la pratique quotidienne, et puis cette transmission, si je peux dire, descendante, d'un savoir, décontextualisé, ça m'a très rapidement un peu agacé quoi. » E14

« [...] il y avait un p'tit peu une discordance entre les discours donnés par le spécialiste et la réalité du terrain du généraliste, des soins primaires. » E22

MAIS D'AUTRES ONT CONTINUE A Y ADHERER

Deux personnes cependant ont continué de suivre les enseignements de type « EPU » sans dénoncer un tel décalage. L'une d'entre elle s'est même investie dans l'EPU en publiant des articles pour les entretiens de Bichat. Aujourd'hui, ces personnes ne sont plus investies au sein du département de médecine générale et exercent toutes les deux en milieu rural.

« Le jeudi j'allais suivre des visites à l'hôpital et assister aux staffs notamment en rhumato. » E10

« J'allais également chez un ami qui avait un service de parasitologie et de médecine tropicale. J'ai réalisé avec lui de nombreux articles de parasitologie et autre. J'ai pu écrire des articles pour les entretiens de Bichat où j'ai été chaque année jusqu'à l'an 2002. » E10

« [...] les mardis cliniques de l'hôpital, quand je peux, c'est pas mal non plus. Il y a (de) moins en moins de médecins. [...] et puis, on tente différents trucs, il y a aussi des choses que j'aime bien, la journée thérapeutique du CHU, qu'est en général le premier samedi de décembre, j'y vais depuis de très nombreuses années. » E11

Une personne a dit qu'elle voyait toujours un intérêt aux formations, y compris celles qui sortaient des problématiques de sa pratique quotidienne. L'argument qui a été présenté, est celui de l'entretien d'une forme de connaissance globale et d'un meilleur ressort en cas de confrontation à un problème de santé inhabituel.

« Je dirais qu'au-delà de la pratique quotidienne, aller à des formations, sur des choses dont tu vois pas l'intérêt immédiat, où les retombées économiques immédiates, ça me paraît important aussi pour avoir une connaissance globale, pour que le jour où ça survient, t'en aies déjà entendu parler et que tu puisses après aller chercher des renseignements. » E11

LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)

De nombreux médecins se sont investis dans la formation médicale continue. Il pouvait s'agir de groupes de formation émanant de groupes syndicaux ou d'associations indépendantes créées à l'initiative locale des médecins.

LES FORMATIONS EMANANT DES GROUPES SYNDICAUX

Quelques personnes ont dit avoir participé à des cycles de formation médicale continue émanant d'organisations syndicales. Une personne a pointé le fait d'une certaine coloration politique au sein de ces formations, ce qui l'a amené à passer d'une association à une autre.

« [...] on avait ce groupe de formation continue l' « association de formation pour la santé » qui était issu d'une émanation du SMG [...] » E01

« J'ai été aux différentes formations proposées par les syndicats [...] » E10

« [...] ces cercles de formations émanaient quand même d'organisations syndicales et au-delà des préoccupations de formation transparaissaient également, je dirais, des choix d'exercice, et du moins des axes politiques d'exercice et je ne m'y retrouvais pas. Donc je me suis orienté ensuite vers une autre association [...] » E13

Une personne a dit commencer à développer une appétence pour l'enseignement en s'investissant comme cadre formateur au sein d'un groupe de FMC :

« MGFORM [...] où je m'y suis impliqué comme, moi-même, cadre formateur et là où j'ai retrouvé de façon peut-être un peu inconsciente mon goût pour l'enseignement. » E 13

UNE FORMATION PLUS ADAPTEE A LA PRATIQUE

Les médecins qui étaient ou avaient été fortement impliqués au sein du département de médecine générale ont dit trouver dans les associations de formation continue une formation plus adaptée aux besoins de leur pratique quotidienne. Il pouvait également s'agir d'un désir de réappropriation de sa formation.

« [...] l'idée au départ était là, dire "attention, stop, ça va pas !". Les généralistes doivent s'approprier leur formation et on a eu une formation spécifique. » E13

« [...] donc il fallait bien se former après. Et donc là il y a des gens qui ont été des pionniers aussi dans ce domaine, et qui ont créé des groupes de FMC. » E14

« [...] on a petit à petit appris ce dont on avait besoin, donc obligé les spécialistes d'organes à répondre à nos questions et non pas à nous balancer des trucs qui correspondaient à rien sur le plan de notre pratique. » E12

« [...] il y a eu des médecins généralistes experts qui ont participé aux séminaires de la FMC. Ce qui répondait peut-être un peu plus aux vrais besoins des médecins généralistes. » E22

SORTIR DU TOUT BIOMEDICAL

Cette personne dit ne pas s'être posé beaucoup de question au décours de son installation. Elle fait d'abord des remplacements puis s'installe dans un cabinet de groupe. Le champ biomédical ne lui pose pas de problème particulier, elle se sent même assez à l'aise. C'est en côtoyant les cercles de formation continue et en s'engageant au département de médecine générale qu'elle va ouvrir peu à peu son champ d'interrogation, notamment sur une vision plus globale du patient.

« On se posait pas la question à une certaine époque enfin moi j'me la posais pas parce que j'étais le médecin, savant, qui... savait, et puis si j'avais quelque chose que je savais pas bah j'allais voir dans un bouquin pour améliorer mes connaissances ;

mais c'était toujours des connaissances biomédicales. Donc je n'avais aucun autre, enfin pour moi, aucunes autres visions du métier de médecin que celui qu'était biomédical. » E09

« [...] on avait peut-être un p'tit peu trop tendance à voir du patient du patient et pas voir des malades, enfin des gens malades qui avaient des soucis qu'il fallait remettre dans leur contexte. Ça ce sont des notions que j'avais pas du tout. On avait aucunes notions psychologiques ou environnementales ou autre, de tout ce qu'on peut faire, Balint je connaissais pas du tout... il était pas question de toutes ces notions-là. Donc on soignait uniquement des maladies pendant une période et ça, ça a été un des premiers éléments de réflexion qui a été engagé par le fait des formations continues mais surtout de mon engagement au niveau du département. » E09

UN MOYEN DE FORMATION COMME UN AUTRE

Une personne cite la FMC dans la liste de ses moyens de formation, sans s'étendre particulièrement sur le sujet.

« Je suis abonné, mais j'avoue que je les feuillète plutôt que de les lire attentivement, Prescrire et la Revue du Prat'. FMC, un groupe de pairs, les mardis cliniques de l'hôpital [...] » E11

LES ECHANGES ENTRE CONFRERES

Les échanges entre pairs ou avec les confrères spécialistes ont été un moyen de progresser dans les pratiques de soin. Deux types d'échange ont été notés.

LES ECHANGES INFORMELS

Plusieurs personnes ont vu dans les échanges entre pairs au sein de leur structure professionnelle un appui important pour développer leur pratique.

« [...] le travail en groupe m'a beaucoup enrichi, [...] moi j'avais à la fois un parcours [...] très technique [...] mais elle avait plus eu dans ses études [...] une réflexion sur vraiment, la pratique du métier [...]. » E01

« [...] j'étais en compagnonnage tout de suite, avec une expérience clinique à côté de moi extrêmement forte [...] tu vois j'ai débuté moi, non pas en solo mais en association, avec un référent à côté d'moi qui était, d'une grande fiabilité. » E03

« Parce que l'un des deux lisait un papier ou allait en... il ne manquait pas l'occasion de dire à l'autre "dis donc, j'ai lu un truc sur tel machin, faudrait qu'on modifie nos pratiques". » E11

« [...] il y a pas de journée, voire de demi-journée, sans qu'on se parle d'un patient, des situations un peu compliquées, un problème, voir qu'on voit un patient ensemble pour se donner un avis. » E11

LES ECHANGES FORMELS

COURRIERS DES SPECIALISTES

Les courriers ont été un vecteur d'échanges permettant de progresser dans les pratiques de soin.

« [...] très souvent je revoyais le patient, [...] à la lumière des consultations spécialisées. » E14

GROUPES D'ÉCHANGES DE PRATIQUE

Plusieurs personnes interrogées ont dit participer à des groupes d'échange de pratique. Ces échanges semblent globalement sources de crispation entre les professionnels.

S'INTÉGRER A UN GROUPE

Une personne dit à demi-mots que l'intégration dans un groupe d'échange de pratique répond à une autorisation tacite d'y entrer.

« [...] depuis que je suis ici, je savais qu'il en existait donc je suis allé solliciter des copains puis j'ai dit ben est ce que vous m'acceptez dans votre groupe ? Voilà, donc ça continue. » E04

DES ÉCHANGES POUR SORTIR D'UNE IMPASSE ET AMÉLIORER SA PRATIQUE

Cette personne dit que l'échange de pratique peut permettre d'être éclairé sur des situations où on se sent dans l'impasse.

« Alors...pour l'échange de pratique. Quand on discute sur un cas précis ou sur un problème qu'on a eu, ça permet quelquefois de ...de... de voir un œil extérieur à la situation et de ne pas se perdre dans une impasse quoi. Parce que il y a des fois, où malgré tout, on a pris des décisions ou on suit des patients qui posent des problèmes, ou qui nous ont peut-être un petit peu perturbé, ou qui ont posé des soucis sur lesquels où on n'a pas bien géré et j'aurais... et moi, j'estimais que de pouvoir en parler, ça aurait permis d'améliorer la pratique, d'avoir un avis autre. » E09

QUAND LES ÉCHANGES SONT PARASITÉS PAR UN SOUCI DE CONCURRENCE

Cette même personne n'est pas parvenue à développer un groupe d'échange de pratique au sein de son cabinet de groupe. Selon elle, il s'agissait d'un obstacle lié à une pensée concurrentielle au sein du groupe, ce qu'elle a attribué à un problème générationnel.

« et moi, j'estimais que de pouvoir en parler, ça aurait permis d'améliorer la pratique, d'avoir un avis autre. Alors en fait, le but si on demandait ça c'était " oui mais je t'en dis pas trop pour que tu saches pas qui c'est, pour qu'il vienne pas te voir, ou qu'il sache pas..." donc c'était toujours un petit peu une autodéfense à ce niveau-là du médecin et que on arrivait pas à mettre sur la table comme on a pu... comme on essaye de faire maintenant quelque chose qui finalement est dénué de problèmes pour les autres, on ne voit pas l'intérêt pécuniaire ou c'est plus... pour essayer d'améliorer sa pratique et uniquement ça [...]Mais je ne pense pas être le seul dans le cas, c'était notre époque qui voulait ça, on était un peu comme ça. E09

QUAND LES ÉCHANGES SE TRANSFORMENT EN COURS MAGISTRAUX

Hors enregistrement, une personne a dit qu'elle était un peu agacée par les groupes d'échanges de pratique car il lui semblait que peu à peu, cela dérivait. Quelques personnes semblaient avoir choisi leurs sujets et transformaient l'échange en un monologue et un cours magistral asséné aux autres membres du groupe.

GROUPES BALINT

L'investissement dans les groupes Balint ont permis à certains de mieux appréhender la relation médecin malade au sein de leur pratique.

« [...] avant de faire les groupes Balint [...] on a travaillé en supervision au niveau du cabinet [...] avec une psy. » E01

« [...] j'ai créé un groupe Balint et que je me suis plus intéressé au cœur de ce qui se passait dans la relation avec les patients... » E06

« Donc j'ai fait quatre ans de Balint. [...]. Pour essayer de comprendre comment fonctionnait [...] la relation entre moi et le patient. » E12

INVESTISSEMENT DANS LES SYNDICATS

DEVELOPPER DES SEMINAIRES DE FORMATION EN LIEN AVEC L'ACTUALITE

En s'investissant dans le développement de séminaires de formation conventionnelle, le médecin a été en charge d'un dossier contemporain des années quatre-vingt-dix, celui du dossier médical.

« [...] à la C.S.M.F [...] la formation m'intéressait, la formation conventionnelle, classique qui s'était faite à l'époque, et donc j'ai été mis en charge du dossier... dossier médical en médecine générale en quatre-vingt-onze, voilà vingt ans [...] » E03

DES FORMATIONS UTILES A LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les syndicats ont pu proposer des séminaires de formation internes qui ont aidé le médecin dans sa pratique de tous les jours. Cela a été le cas d'une formation à la communication.

« [...] on avait des formations en tant que syndicaliste et donc... j'ai fait plusieurs séminaires de communication qui m'ont appris des techniques de communication, d'anticipation sur la manipulation et cetera donc ça été très riche pour moi j'ai du faire quatre ou cinq séminaires de communication, dans le cadre de la formation des cadres syndicaux, ça à mon avis ça devrait faire partie du cursus des études médicales. Ça c'est un énorme profit que j'ai tiré de la période syndicale pure. » E03

CONCEPTION DES SOINS

Les entretiens ont mis en évidence des récurrences dans les représentations du soin.

LES SOINS PRIMAIRES, LE CHAMP DU SOIN EN MEDECINE GENERALE

Plusieurs personnes ont dit exercer la médecine dans le champ spécifique des soins primaires. Une personne a précisé que les patients qu'elle rencontrait en ambulatoire étaient différents de ceux appris à l'hôpital.

« [...] je sais qu'est-ce qui est de mon domaine, les soins primaires, et qu'est-ce qui l'est pas. Voilà ! » E13

« [...] les patients que je voyais, il y en avait très peu qui étaient comme dans les livres. Forcément, puisque on sait maintenant que le Carré de White, c'est 1 pour 1000, au CHU. Donc forcément, tous ceux qui arrivaient, je ne les avais pas vus. » E14

« [...] nous, on doit répondre aux soins ambulatoires, aux soins primaires. » E22

LE SOIN INDEFINI, LE SOIGNANT

Le terme de « soin » n'était pas toujours bien défini. Dans certains cas, on devinait qu'il s'agissait de toute activité impliquant le médecin dans son exercice quotidien pour s'occuper de ses malades. Il pouvait aussi signifier toute action du médecin visant à « prendre soin » de son malade.

« c'est toujours la base... soigner, soigner les choses pas trop graves, accompagner les choses graves, et puis accompagner les gens qui souffrent aussi quoi, ça fait aussi partie du métier, c'est à la fois soigner et accompagner, s'il y a deux mots majeurs, ce serait ceux-là. » E06

« Moi je soigne, je fais au mieux et ce n'est pas moi qui guéris, je ne suis pas un guérisseur, je ne suis pas un gourou, ce n'est pas ça le médecin. » E10

« Tu leur dois quand même de les soigner en fonction des progrès et de l'évolution des connaissances. » E11

« [...] il y a déjà plein d'activités que l'on peut faire à côté, dans l'humanitaire, à côté de son métier de soins et puis on peut améliorer sa façon d'exercer. » E13

« Des médecins qui resteront toujours des soignants sans jamais s'investir au-delà [...] » E13

« [...] j'ai pu continuer à avoir goût à l'activité de soin parce qu'à côté je faisais autre chose". » E14

« Que la recherche en médecine générale se développe, c'est essentiel. Il n'empêche que, on est d'abord en premier des soignants, hein. » E22

LE SOIN SYNONYME D'ACTIVITE BIOMEDICALE

Le soin a pu être évoqué de manière plus explicite. Cela a été le cas du soin synonyme d'« activité biomédicale ». Il s'agissait alors d'établir un diagnostic, de prendre en charge des maladies, de prescrire un traitement. Pour certains il s'agissait de l'activité principale du médecin, pour d'autres d'une activité qu'il fallait savoir préserver. Pour d'autres encore, d'une activité de base qui préoccupait moins au fil des années.

« [...] il y avait une époque où on soignait les infarctus à domicile hein, avec un peu de calciparine et puis dérivés nitrés [...] » E03

« [...] les premières années c'est attention ne pas passer à côté d'un diagnostic grave, savoir quoi faire dans telle situation [...] avec les années l'expérience ça devient moins une préoccupation mais c'est toujours la base. » E06

« [...] je pense que le rôle du médecin généraliste doit encore être très proche du patient et qu'il doit rester un médecin de premier recours [...] on doit lui garder des responsabilités de thérapeutique importantes [...] » E09

« On reste toujours des soignants malgré tout, on saura toujours faire le diagnostic d'un infarctus, enfin j'espère, d'un infarctus et le traiter [...]. Peut-être pas le faire soi-même mais savoir comment le faire. » E09

« [...] à l'époque on soignait des maladies, on soignait des angines, on soignait des rhumes mais on ne soignait pas tellement des patients. » E09

« [...] je dirais, ordinaire, de soin, une angine, une pneumopathie, ce n'est pas une urgence mais il y a aussi des vraies urgences. Donc le rôle de soin existe toujours. » E11

« Et puis les soins aigus bien sûr, de petite chirurgie, tous ces machins-là. » E12

LA RELATION DE SOIN THERAPEUTIQUE

La relation de soin « thérapeutique » a été plus développée par ceux dont les parcours ont été marqués par les domaines de la psychothérapie. Les interrogations sur la relation médecin malade ont pu s'exprimer au sein des groupes Balint, de la thérapie cognitivo-comportementale, mais aussi au sein de l'investissement dans l'éducation thérapeutique.

« [...] on oublie complètement la dimension symbolique du soin, c'est-à-dire la dimension anthropologique enfin... celle du « chaman » quoi. » E06

« [...] on soigne aussi avec ce qu'on est en tant que sujet, pas seulement avec son savoir. » E06

« [...] j'ai compris [...] que l'on pouvait, à partir d'une psychothérapie, c'est-à-dire d'une aide par la parole [...] modifier beaucoup de choses chez le fonctionnement de l'individu. » E10

« Et là ce qui était passionnant et intéressant, c'est découvrir une nouvelle technique d'interrogatoire, si je puis dire comme ça, et une nouvelle technique de soin que je ne connaissais pas jusqu'alors. » E10

« Il y a quand même des moments où le fait simplement d'écouter les gens, ça suffit quelquefois pour régler le problème au lieu de se débarrasser d'un souci parce qu'on est pressé [...] » E12

« Ça c'est un beau malade, dit-on. Le beau malade, c'est celui avec qui vous avez une bonne relation, bien sûr, mais aussi une relation de soin ! Et une relation de soin c'est l'empathie [...] » E12

« [...] "je ne suis pas d'accord". Mais ce n'est pas un jugement ça. C'est simplement un ressenti personnel, un ressenti du médecin qui est quand même le soignant. » E12

L'HUMILITE DU SOIN

Les propos de quelques personnes ont évoqué la notion d'humilité du médecin dans les soins apportés au malade. Ambroise Paré a été cité : « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours ».

« Et donc notre boulot c'est, soulager, en principe toujours, guérir parfois, entre les deux il y a toute la gamme. C'est forcément une conviction forte au stade où j'en suis quoi. » E03

« [...] soigner les choses pas trop graves, accompagner les choses graves, et puis accompagner les gens qui souffrent aussi quoi, ça fait aussi partie du métier, c'est à la fois soigner et accompagner, s'il y a deux mots majeurs, ce serait ceux-là. » E06

« On ne guérit pas toujours, on sait qu'on ne pourra pas guérir, c'est pas nous qui guérissons. Au maximum soigner, et si on peut consoler en plus c'est encore mieux. » E10

CRITIQUE DU PAIEMENT A L'ACTE

La critique du paiement à l'acte a été portée à plusieurs reprises. Le paiement à l'acte aurait des effets négatifs sur la prise en charge du patient dans ses aspects relationnels et d'organisation des soins autour du patient, notamment dans le travail d'équipe.

UNE RELATION BASEE SUR L'ARGENT

« [...] en France, la relation médecin patient qui est une relation qui est aussi basée sur l'argent, paiement à l'acte, qui est quand même une horreur. » E14

QUI FREINE LA DELEGATION DE TACHES

« [...] il y en a un certain nombre qui disent "ben non si je délègue je perds un client". Aussi. Bon. Donc je pense que quand on aura supprimé le paiement à l'acte, qu'on aura trouvé d'autres moyens de rémunération, les gens seront peut-être aussi un peu plus enclins à travailler différemment. » E14

INADAPTE POUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE ET LE TRAVAIL EN EQUIPE

« [...] la condition d'exercice ne permet p't'être pas, f'in n'encourage pas en tout cas après chacun bidouille, ni à une prise en charge globale des gens, ni un travail en concertation avec d'autres [...] pour moi il faut sortir de ce système de paiement à l'acte exclusif qui empoisonne le métier. » E01

« [...] on se rend bien compte que, comme on arrive devant une médecine plus globale, on est bien obligé de globaliser les choses et [...] le coût à l'acte tel qu'il est conçu actuellement, je suis loin d'en faire mon cheval de bataille actuellement, et que si on me dit qu'il faut changer, mais que je gagne correctement ma vie, pas de raison de pas en changer [...] » E09

VERS UN PAIEMENT AU FORFAIT

Suivant une logique de mode de rémunération plus globale, une personne a évoqué une possible évolution vers une rémunération forfaitaire des pathologies.

« [...] on arrivera sans doute à un moment à... Le coût de l'Alzheimer, le coût de... l'hyper-tendu, le coût de l'hyper-tendu Alzheimer [...] » E09

PAIEMENT A LA PERFORMANCE

Plusieurs personnes se sont montrées hostiles à une évolution vers un système de paiement à la performance. Le risque évoqué a été celui d'une relation conflictuelle avec le patient, le médecin passant d'un mode de proposant à celui d'imposant de soins.

« [...] c'que j'en pense [...] c'est qu'c'est dangereux, que ça n'améliorera pas la qualité des pratiques, et qu'ça va induire des conflits d'intérêt entre les patients et les médecins, et qu'en plus c'est un certain nombre d'indices qui sont pas du tout validés [...] » E01

« [...] il faut qu'on soit des proposant en soins [...] mais qu'on ne soit pas des imposants. [...] Et c'est pour ça que je trouve que la prime à la performance qui est proposée aujourd'hui dans la convention ne va pas dans ce sens-là en fait, elle peut aller dans le sens exactement inverse [...] » E04

DELEGATION DES SOINS

Une personne a parlé de possible délégation des soins. Selon elle, cela permettrait au médecin de se consacrer à des tâches plus importantes.

« Moi j'ai estimé, mais j'ai pas de preuve hein, c'est une estimation tout à fait personnelle, donc le niveau de preuves le plus bas, qu'il y a au moins 30% des actes qu'on pourrait largement déléguer. Très largement. Au moins. Au moins. Pour se consacrer à des choses plus importantes. » E14

L'ACTIVITE DE SOIN

Les entretiens ont mis en évidence des récurrences autour des activités de soin pratiquées par les médecins généralistes.

LA DEMARCHE REFLEXIVE

Une démarche dite « réflexive » sur la pratique a pu être adoptée afin de progresser dans le soin. Cela a concerné tant les aspects biomédicaux, que les aspects relationnels avec les patients. Ce vocabulaire a été essentiellement utilisé par les personnes investies encore aujourd'hui directement au sein du département de médecine générale.

« [...] cette réflexivité sur ce qu'on fait, surtout sur le versant psychologique de la relation tout ça m'a beaucoup apporté » E01

« [...] un exercice j'dirai... réflexif par rapport à son propre métier, les difficultés rencontrées étaient la source d'une interrogation donc d'une... autoformation quoi c'est un peu ça. » E03

« [...] j'étais très intéressé par tout ce qui se passait entre les parents et les enfants, entre les mères et les enfants notamment » E06

« [...] je me suis plus intéressé au cœur de ce qui se passait dans la relation avec les patients » E06

« [...] essayer de comprendre comment fonctionnait [...] la relation entre moi et le patient. » E12

« [...] à partir des constats que j'avais faits, il me fallait des conclusions et donc je bossais derrière pour soit, dans des revues, ou bien, très souvent je revoyais le patient, avec... à la lumière des consultations spécialisées. » E14

« Avec P2 et puis toute l'équipe, là. [...] ça a été formidable. Parce que ça apportait une approche complètement différente [...] de se poser la réflexivité, de se poser des questions [...] » E22

UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE

BASEE SUR UNE RELATION DE CONFIANCE AVEC LE PATIENT

Le terme de « confiance » est souvent revenu pour évoquer le cadre relationnel entre le médecin et son patient. Il pouvait s'agir d'une « confiance réciproque » ou d'une « confiance du malade envers le médecin ».

« [...] finalement notre boulot de médecin, c'est d'amener le plus loin possible des gens qui nous font confiance dans la meilleure qualité de vie possible [...]. » E03

« Mais on sait quand même qui savent qu'ils ont un médecin au bout du fil, que cette parole elle a une importance. » E04

« [...] tu sens la confiance tu sens quelque chose qui se passe et que tu peux prendre ce risque mesuré, voilà qui, dans 99% des cas est très limité puisque c'est souvent des réponses à des inquiétudes. » E04

« [...] cette relation se passe dans le cadre d'une confiance réciproque [...]. » E06

« Un autre moment, un autre patient, je me souviendrai toujours de ce patient qui, alors qu'il était en fin de vie, qu'il allait mourir, me dit "docteur, j'ai confiance en vous". E10

« Pas question de faire des chefs de cliniques... qu'auraient pas un cabinet ou une partie de cabinet à gérer avec des patients qui leurs font confiance, ça me paraît pas possible. » E11

« Les gens sont extrêmement confiants, alors ça j'ai appris ça beaucoup aussi, dans leur médecin. C'est-à-dire qu'ils le prennent en compte énormément. » E12

« [...] cette campagne-là, c'était destiné, à justement positionner les médecins généralistes, comme un phare dans la tempête, sur lequel l'adolescent peut très bien s'accrocher, et avoir confiance [...] » E12

UNE RELATION EQUILIBREE PLUS A L'ECOUTE DU PATIENT

La fin d'un modèle relationnel paternaliste et l'émergence de modèles plus prompts à l'expression du patient dans les décisions qui concernent sa santé ont été évoqués. Les notions de « décision partagée », de « partenariat » et de modèle « centré patient » ont été cités.

« [...] la décision partagée c'est quand il y a des orientations thérapeutiques qui ne sont pas forcément évidentes d'une meilleure que l'autre, on présente les tenants et les aboutissants et le patient on lui explique et on partage la décision avec lui [...] » E06

« [...] il faut qu'on soit des proposant en soins... qui sont... des soins qui soient dans la logique et dans la... dans ce qu'on sait aujourd'hui dans la santé, mais qu'on ne soit pas des imposants. » E04

« Je reste persuadé que le sacro-saint savoir et "taisez-vous, c'est moi le docteur", que ça c'est dépassé et néfaste, je pense. » E11

« Ah ! Médecin généraliste ! C'est un soignant donc... Dont la préoccupation c'est d'être centré sur la demande du patient...dans sa fonction primaire, principale [...] » E13

« On est passé [...] d'une attitude complètement paternaliste [...]. A un système, où on crée une alliance, un partenariat, hein, où là on a p't'être plus de chance d'obtenir une meilleure observance. » E22

RESPECTANT ET FAVORISANT L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

La notion d'autonomie de la personne a été largement évoquée. Il s'agissait de décrire une autonomie du patient vis-à-vis des choix thérapeutiques qui l'engageait mais également de son accès à l'autonomie pour prendre en charge lui-même sa maladie.

« [...] une réflexion sur c'est l'autonomie des gens, leur capacité de pouvoir reconnaître, de faire leur choix » E01

« [...] la notion de respecter les possibilités [...] les choix du patient [...] pour des raisons professionnelles pour des raisons familiales [...] une approche si tu veux de la... de la médecine générale par rapport à une approche organiciste [...] » E03

« [...] le patient est propriétaire de son corps et de sa maladie et de ses décisions et c'est lui qui prend la décision éclairée par l'expertise d'un médecin. » E06

« Je pense que les patients qui ont compris, à qui on a fait passer un certain nombre de notions deviennent des patients intelligents, et qui se prendront mieux en charge, pour nous, nous faciliteront la tâche. » E11

« [...] ton rôle c'est d rendre ton patient autonome, t'as autant d temps d gagné après, à la fin hein ! Non moi j pense que c'est très important. » E22

PRISE EN CHARGE GLOBALE ET APPROCHE SYSTEMIQUE, UNE SPECIFICITE DE LA MEDECINE GENERALE

Les concepts de prise en charge globale, de modèle biopsychosocial ont été largement cités par les personnes interrogées, tout comme l'approche systémique. Par ailleurs, ces concepts sont perçus par les médecins généralistes comme spécifiques de leur discipline.

« [...] ce que je défends au niveau de ma vie tout cours et de ma vie de médecin, ça correspond à [...] une réflexion sur une prise en charge globale » E01

« On est des spécialistes en misère humaine [...] au sens global. » E03

« Ben il faut que ce soit global mais ça c'est clair pour tout le monde je pense... » E04

« Organe Personne Environnement. [...] est ce que là on est plus dans l'organe ? [...] si tu oublies le reste, à un moment donné y a quelque chose qui va resurgir, c'est qu'on n'a pas été au bout de la chose. » E04

« [...] je connais la famille en entier, je connais les interrelations entre chaque membres de la famille, je sais dans quel lieu ils vivent [...] je connais l'environnement, je sais ce qu'ils font, les parents d'élève, l'animation [...] » E04

« [...] il ne faut pas oublier de penser dans quel contexte ils vivent pour effectivement les soigner [...] » E04

« [...] on a quand même une spécificité à ce niveau-là, on voit bien le malade dans [...] sa globalité de personne. [...] dans sa vie de tous les jours [...] on a plus une notion à ce niveau-là sur la famille, les enfants... que va pas avoir le spécialiste. » E09

« [...] le prendre dans son milieu de vie avec ses médicaments, ses interrogations, les réponses qu'on doit lui donner vis-à-vis d'internet, vis-à-vis de son problème de boulot, de... Voilà. » E09

« [...] le contexte de vie en médecine générale est indispensable. » E10

« Un cardiologue il va voir une personne pour l'infarct', et va le suivre pour son infarctus mais cette personne a une vie sociale, a une vie professionnelle, a une vie personnelle avec plein d'autres problèmes. » E10

« Et on ne soigne pas un diabète de la même façon, il y a autant de diabétiques que de diabètes. » E10

« [...] ils avaient [...] un sens de l'humain qui nous paraissait intéressant, privilégiant l'homme et non pas la science entre guillemets. » E11

« [...] "ton père il a fait un infarctus, je m'en rappelle, il y a tant d'années" donc c'est un plus et puis ça te permet de voir les gens dans leur milieu familial, professionnel donc ça, c'est intéressant à savoir. » E11

« Est-ce que le regard est à la fois sur l'individu et sur le milieu social, enfin sur l'espace social environnant, est pertinent pour un spécialiste d'organe, je ne pense pas, je pense que c'est ce qui fait notre spécificité. » E12

« Nous on a la chance... Quelque part lui il ne sait pas tout sur son patient ! Nous on en sait forcément, enfin normalement un peu plus. D'autant plus qu'on fait un diagnostic éducatif par exemple. » E12

« [...] il faut faire vraiment attention aux enfants, à la famille, c'est notre boulot. » E12

« Et donc nous, qu'on ait une relation, avec le spécialiste de la question, "qu'est-ce que c'est que le Moya-Moya et tout le bazar", d'accord, mais on ne va pas soigner le Moya-Moya » E12

« [...] très tôt, je me suis intéressé à l'humain... comme centre d'intérêt et non pas de la maladie. » E14

« [...] une vision totalement globale, où était prises en compte à la fois la dimension organique mais là aussi la dimension psychique, ou comportementale... » E14

« [...] c'est pas une maladie, c'est un homme malade. [...] Et il est malade, peut-être, parce qu'il a plein de choses qui interviennent dans un contexte particulier [...] » E22

ACCES AUX SOINS

Deux significations relatives à l'accès au soin se sont dégagées des entretiens. La première s'inscrivait dans la place occupée par le soin primaire dans le système de santé et le type d'exercice médical réalisé, en référence à la mission de « premier recours ». La deuxième parlait d'un comportement relationnel, celui de l'accueil du patient au sens « chaleureux » du terme. Nous parlerons d'« accueil » ou de « disponibilité » du médecin.

PREMIER RECOURS, URGENCES

Ce terme a été employé avec des sens légèrement différents. Pour la majorité, le premier recours a un sens de proximité immédiate du service médical au sein de la population. Certaines personnes apportent quelques nuances et attribuent à la médecine de premier recours la prise en charge des pathologies aiguës voire de l'urgence. D'autres y voient une médecine axée sur le suivi et la coordination des soins.

« [...] il n'est pas chargé de la coordination des soins, et le jour où le patient fera une dépression ce ne sera pas le pneumologue qui le verra [...] » E06

« [...] c'est le premier recours, quoi, donc le premier recours le plus proche éventuellement, quoi, on en revient actuellement à redonner des notions d'urgences au médecin pour que... dans les endroits où c'est un petit peu plus compliqué d'avoir le SAMU et des choses comme ça. » E09

« [...] les pathologies chroniques [...] toutes les pathologies aiguës [...] on est quand même le médecin de premier recours et puis toutes les urgences [...] la médecine doit quand même rester une médecine de soin. Il n'est pas question d'abandonner ça. » E11

« C'est la réflexion que je me fais, c'est que finalement, on est depuis 2004, des médecins spécialistes de soins primaires, on est de premier recours. » E12

« [...] il faut prendre conscience que notre spécialité de soin primaire, enfin de premier recours, de médecine globale. » E12

ACCUEIL, DISPONIBILITE DU MEDECIN

Ce qui a été exprimé ici est un comportement du médecin, celui de l'ouverture envers les patients qui consultent au cabinet. Le médecin accueille toutes les plaintes et toutes les attitudes des patients. Ce faisant, le médecin adopte un langage affiché de « disponibilité ».

« [...] c'est en premier l'accueil à porte ouverte de toute plainte, c'est vraiment ça, la disponibilité... [...] c'est-à-dire la disponibilité totale c'est-à-dire on accepte tout et on... oui non seulement accepter mais on reçoit tout » E06

« [...] accepter toutes les dimensions et les bizarreries et cetera du patient qui ne sont pas codifiés dans les livres quoi, mais qui font aussi parti du soin. » E06

« C'est d'être là à tout moment où il peut y avoir un problème de santé [...], et de pouvoir répondre à ces questions de santé à ces moments-là. C'est important. » E10

« [...] le médecin doit s'adapter au patient, [...] il faut qu'il soit très ouvert [...] » E12

COORDINATION DU SOIN

Deux aspects de la coordination des soins ont été repérés.

LA COORDINATION VUE COMME ACTION CONCERTEE AVEC DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

La coordination peut être considérée comme un dialogue entre professionnels de santé autour des problèmes de santé des patients. L'objectif est alors de développer des actions qui vont dans le même sens.

« [...] pour des... soins palliatifs stades terminaux [...] c'est totalement informel, c'est tout à fait confraternel au sens vrai du terme [...] elles font le maximum de leur côté... et puis... et ça c'est vraiment une collaboration. » E03

« L'ensemble des intervenants autour des gens qu'on soigne oui tout à fait. [...] si ça va comme ça (geste de deux mains qui partent en sens opposé), c'est sûr que les choses ne marcheront pas... l'infirmière le pharmacien... le kiné et cetera ils savent des choses sur la maladie [...] il faut que ça puisse s'échanger. » E04

« On a des fins de vie à domicile... qu'on suit sans aucun problème. Autant ça peut prendre du temps au départ, cette coordination, mais c'est autant d'temps d'gagné dans l'avenir ! » E22

« Le travail en équipe, les infirmières sont... ce sont nos aides et nos yeux professionnels hein ! [...] ça m'paraît moi, être une évidence, qu'on doit travailler ensemble. On travaille que dans un but, c'est l'intérêt du patient. » E22

LA COORDINATION AU SENS DE MANAGEMENT DES SOINS

La coordination peut être également vue sous l'angle de l'articulation entre les actions des professionnels de santé qui peuvent partager des compétences communes. Il s'agit là de « laisser la priorité d'action » à certains professionnels jugés compétents pour s'occuper du malade. L'essentiel est de savoir que les choses sont faites. Toujours dans ce sens-là, la coordination peut signifier le rôle de synthèse qu'effectue le médecin généraliste dans toutes les actions de santé développées autour du patient, en vue éventuelle de prioriser d'autres actions futures.

« [...] tu sais faire les frottis... si ce n'est pas toi qui les fait ce n'est pas grave mais... tu sais que c'est fait, c'est ça qui est important. » E04

« [...] un pneumologue [...], il est pas chargé de la coordination des soins, et le jour où le patient fera une dépression ce ne sera pas le pneumologue qui le verra [...] » E06

« Mais on a une spécificité qui fait qu'on est quand même la personne qui va pouvoir gérer le patient avec son cardio, son gastro [...] » E09

« Dans le temps on soignait les ulcères, mais on les soignait sans que... que cliniquement... enfin, sur des arguments cliniques, maintenant il faut faire une fibroscopie, il est normal de voir le gastro [...] » E09

« C'est le management du médecin généraliste que de dire "ah, tiens! On a oublié ça et il faudra revenir car il y a telle problématique qui peut poser problème, même si je sais bien en ce moment vous avez tel type de problème qui pose plus de problèmes. » E10

« [...] le médecin généraliste [...] est là pour ensuite en faire une synthèse, en coordonné avec les autres personnels ». E14

LA COORDINATION COMME AIDE A L'ORIENTATION

Dans la notion de coordination, on relève également la notion d'orientation du malade à travers les différents étages du système de soin. Le médecin a ici un rôle de guide et de management du patient afin qu'il ne se perde pas dans le parcours de soins.

« [...] qui est malade méritant des soins et rentrant dans la filière de soin, et qui n'est pas malade mais souffre et doit en tant que tel être écouté, c'est aussi le rôle du médecin généraliste, de ne pas dévoyer ces patients-là vers les autres étages du système de santé [...] » E06

« [...] il ne doit pas être que le sergent orienteur [...] » E09

La continuité des soins a été envisagée à la fois comme une des missions du médecin généraliste mais aussi comme une des sources de plaisir de la profession à travers une « histoire partagée » avec les patients.

UNE SATISFACTION POUR LE MEDECIN GENERALISTE

On voit ici poindre la notion d'attachement entre le médecin et ses patients et celle du concept « histoire commune, histoire partagée ». Il est ici question de voir « naître et mourir » les personnes. La continuité des soins se confond avec l'histoire et le tragique de la vie des hommes et le médecin est à la fois témoin et accompagnant de la vie humaine.

« [...] on va arriver jusqu'à la fin de vie, on va avoir le début et la fin d'une vie et c'est ça qui est extraordinaire, le plus beau. » E10

« [...] j'ai été amené à être plutôt médecin généraliste en accompagnant les personnes en fin de vie, [...] les maladies graves et chroniques. Mais aussi en ayant cette vision de la femme et de l'enfant, qui est extraordinaire car on sent que c'est toute la vie qui est devant nous et qui continue » E10

« [...] Il y a une espèce de fidélité, de fidélisation qui est intéressante, attachante, et qui est, je pense, une richesse dans notre exercice. » E11

« Et puis l'accompagnement [...] on les voit naître et puis on les voit mourir parfois, et moi j'aime bien quand je peux, faire mourir les gens à domicile si je peux, enfin si je peux, disons si les circonstances s'y prêtent. » E11

« Moi j'ai suivi des bébés, elles sont femmes maintenant, j'ai suivi leur grossesse, je suis leur enfant, et voilà, ça c'est l'bonheur ! C'est l'bonheur ! Tu ne vois nulle part ailleurs cette situation. » E22

UNE SPECIFICITE DE LA DISCIPLINE MEDECINE GENERALE

La continuité des soins est également considérée de façon plus professionnelle comme le suivi de la prise en charge du malade à travers les problèmes de santé qu'il présente. A ce titre, la continuité des soins est revendiquée comme étant une spécificité de la discipline médecine générale.

« [...] par exemple je ne sais pas, un homéopathe, qui ne fait de suivi au jour le jour enfin, et qui ne prend pas les choses aiguës enfin je ne sais pas... les homéopathes, la plupart de mon point de vue n'exercent pas la médecine générale, c'est autre chose, c'est une autre discipline [...] » E06

« [...] on a le suivi de pluri-pathologies et non pas d'une pathologie à un petit moment particulier [...] » E10

« [...] nous sommes vraiment acteurs à tout moment des éléments de santé d'une personne, on est au diagnostic, on est à la prévention, on est au dépistage, on est au suivi et 70, 80% de notre travail c'est du suivi de pathologie, de pluripathologie. » E10

« [...] le contenu, c'est-à-dire, l'ambulatoire, c'est-à-dire la démarche "centrée personne", c'est-à-dire le suivi à... C'est-à-dire tout ce qui définit la médecine générale, ça, ça n'appartient à personne d'autre. » E13

« J'ai pris très rapidement conscience du fait qu'effectivement, comme j'ai dit, on m'avait carrément menti quoi. Hein. Et donc il fallait que je retrouve les... Comment dirais-je... les connaissances et les compétences nécessaires au suivi. » E14

EDUCATION ET PREVENTION

Les termes d'« éducation » et « prévention » sont cités dans quelques entretiens comme faisant partie des missions du médecin généraliste.

Excepté pour une personne formée à l'éducation thérapeutique, aucun développement spontané concernant le terme « éducation » n'a été relevé. Deux personnes ont ajouté au terme d'« éducation », l'épithète « sanitaire ». Une autre personne parle d'« éducation en santé » en évoquant des actions de conseils. Outre le fait de rendre le patient plus autonome, l'éducation « thérapeutique » a pu aussi être envisagée de façon à faire gagner du temps au médecin.

Aucune personne interrogée n'a précisé spontanément ce que signifiait pour elle le terme « prévention ».

« [...] un intérêt porté à tout ce qui est prévention et éducation sanitaire [...] » E06

« [...] faire [...] des conseils d'hygiène, des conseils sur l'éducation en santé, notre rôle est certainement plus à ce niveau-là [...] » E09

« [...] j'ai fait l'ensemble des formations en atelier, sur la douleur, sur la sexualité, sur l'éducation de santé, etc. » E10

« Je dirais le soin, la prévention, de l'éducation, cela va ensemble d'ailleurs prévention et éducation, éducation sanitaire et thérapeutique, bien sûr, on n'est pas là pour faire l'éducation [...] » E11

« [...] bon on parlait d'éducation et de prévention, et bien c'est notre pain quotidien et un peu comme monsieur Jourdain, on en fait sans le savoir. Et on doit en remettre une couche à chaque fois qu'on peut. » E11

« Sur notre rôle à jouer. Dans les domaines aussi, qu'on explore peu, d'la prévention. Donc des choses un peu plus floues, un peu plus difficiles, et j pense qu'on a encore... on est vraiment aux balbutiements, j pense qu'on en a besoin, de réfléchir et d'avancer. » E22

« [...] l'éducation thérapeutique [...] Si tu la fais bien au départ, ton rôle c'est d rendre ton patient autonome, t'as autant d temps d gagné après [...] » E22

SOINS COMMUNAUTAIRES

Les personnes ont pu intervenir auprès de la collectivité de manière directe ou indirecte. Le médecin pouvait engager des actions directement collectives en s'impliquant auprès de groupes de malades. Mais il pouvait également agir sur ses patients de manière individuelle et mesurer les répercussions indirectes de ses actions sur la collectivité. La notion de gestion des ressources de santé à travers un rôle du médecin comme régulateur des dépenses de santé a été évoquée.

« [...] à l'époque on organisait des petites réunions dans les appartements autour de thèmes de santé, la lombalgie, les soins à l'enfant [...] » E06

« [...] on a un rôle pécuniaire plus en amont que celui qu'on avait. On dépense sûrement moins d'argent directement, ou on est moins l'ordonnateur de dépenses mais on a un rôle plus important dans la prévention [...] et puis dans le dépistage de... Donc c'est vrai que notre métier a changé. » E09

« [...] nous sommes acteurs et dépositaires des problèmes de santé d'un individu, d'une famille, d'un quartier, d'une commune. » E10

« Donc c'est-à-dire que nous avons une action de prévention qui n'est pas simplement une prévention individuelle mais qui est une prévention de masse, une prévention qui est d'un ensemble de population et c'est aussi notre rôle. » E10

« Bon. Il y a quand même une bagarre entre les urologues et les médecins généralistes, vous avez vu certainement tout ça, là-dessus, en disant, qu'on ne va pas emmerder dix patients pour en soigner un ! Faut quand même essayer d'être raisonnable. » E12

LES DIFFICULTES DU SOIGNANT

Nous avons regroupé dans ce chapitre toutes les difficultés relatées par les médecins dans le cadre des soins. Il s'agissait essentiellement de difficultés liées à la composante psychosociale et environnementale de la prise en charge médicale.

TEMPS ET DEMANDE DE SOIN

Ici le médecin pose la question de l'impact du temps dans la relation médecin malade. Il peut arriver que le patient ne se sente pas à l'aise lorsqu'il voit le médecin regarder sa montre. De son côté, le médecin est face à un dilemme. Celui de prendre le temps avec ses patients face à la question de répondre à la demande de soins d'une population.

« [...] elle dit, « moi je suis stressée quand je vois le médecin regarder sa montre » [...] » E04

« [...] la gestion du temps c'est quelque chose qui n'est pas simple [...] mais je crois qu'il faut être dans le temps du rythme de la consultation et ce n'est pas toujours simple [...] » E04

« [...] je trouve ça très agréable quand on a le temps d'échanger avec les gens [...] » E04

« Et puis apprendre aussi, il faut que le médecin généraliste apprenne aussi, à ne pas recevoir toutes les misères de la terre en une seule fois. » E12

« [...] ce qui me coûte là, beaucoup, c'est l'absence de temps. C'est le stress lié au temps. On est toujours en train de courir après quelque chose, t'as jamais l'temps d'te poser et d'faire les choses calmement. [...] Tu as une demande des gens ! » E22

« En soins primaires, voilà, t'as toujours ton emploi du temps qui peut être bousculé par une urgence, par un retard, une consultation [...] » E22

« [...] il y a de plus en plus de monde en consultation [...] donc on est un peu dans la complexité de cette chose là et si on accepte plus on se laisse déborder et après on est plus dans la réponse qu'on devrait apporter aux gens. C'est un problème. » E04

« [...] je vois des médecins qui refusent de prendre de nouveaux patients. Les gens arrivent, désespérés. [...] ces gens ne sont pas responsables d'être malades ! Il faut bien que quelqu'un les voit ! » E22

LOURDEURS DES SITUATIONS COMPLEXES

L'activité de médecin généraliste peut être pesante. Plusieurs éléments viennent s'entremêler comme des considérations d'ordre morales, biopsychosociales et des problèmes liés au temps.

« [...] j'trouve ça de plus en plus complexe, que c'est de plus en plus difficile pour les gens d'accéder à leurs droits, parce que j'ai des gens plus âgés avec des pathologies plus lourdes ou pluri-pathologiques, parce que j'trouve qu'il y a beaucoup d'gens qui ont des problèmes psy donc c'est des consultations plus longues, je vois moins d'gens très jeunes, donc j'trouve qu'c'est lourd et des fois l'soir euh j'suis épuisée. » E01

SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Deux personnes ont dit leur difficulté face aux consultations ayant pour thème la souffrance au travail. Toutes deux disent leur sentiment d'impuissance face à ces demandes. Une ébauche de solution réside dans la connaissance de relais.

« [...] toute cette souffrance morale au travail [...]. C'est vraiment depuis une dizaine d'année cet espèce de choc qui nous est tombé dessus et effectivement il a fallu apprendre à gérer ça, entendre les gens et donner des mouchoirs [...] on n'a pas de solution. » E04

« [...] moi je ne peux pas résoudre ça mais après faut connaître les relais les endroits où on peut adresser les gens, et euh, et ce que nous on a à faire quoi ; donc là je bouquine pas mal là-dessus. » E01

LA TENDANCE CONSUMERISTE DE SOINS ET LA SOCIÉTÉ DU RISQUE ZÉRO

Une personne a exprimé son agacement vis-à-vis d'une tendance consumériste des soins. Elle dit sa « lutte quotidienne » pour freiner le phénomène.

« Ce qui m'intéresse moins c'est quand les gens viennent me demander les certificats médicaux sportifs... rires... pour la pétanque.... Ça m'agace bien... rires... et voilà les contraintes sociales comme ça sur lesquelles on n'a pas prise et qui parasitent complètement pour quelque chose d'inutile sur le plan social quoi, voilà. Toutes ces demandes-là certificats dans tous les sens et toutes ces demandes autour de la notion de risque, cette notion de risque qui envahit complètement toute la société finalement, de tendre vers le risque zéro, je crois que c'est vraiment une lutte quotidienne contre cette tendance là c'est-à-dire je veux avoir mon taux de cholestérol tous les ans même s'il était parfait l'année dernière, ça c'est un peu lassant d'expliquer que ce n'est pas utile... et puis d'aider les gens à admettre que la vie est un risque en elle-même et qu'on peut pas parer à tout et que la médecine n'a pas pour rôle de permettre aux gens d'être heureux mais de les soigner. » E06

DIVERSIFIER SON ACTIVITE POUR CONTINUER

Tous les médecins qui ont été interrogés ont eu des pratiques très diverses au cours de leur vie professionnelle. Deux visions ont pu être dégagées des comportements de diversification. A travers les mots utilisés « parcimonie » ou « picorer », on peut lire un souci d'« épargne » du temps du médecin. Diversifier permet de lutter contre un certain écœurement des tâches répétitives. Mais la diversité sous tendue par « l'horrible curiosité » peut également revêtir un sens plus « boulimique ». Il ne s'agit plus de diversifier pour « vider » mais de diversifier pour « remplir ».

« [...] moi ce métier je pense que je l'ai continué jusqu'à aujourd'hui pour la raison que je l'ai diversifié. Et je crois que l'avantage du médecin généraliste aujourd'hui, je ne sais pas si ça existe dans d'autres métiers médicaux mais c'est... de pouvoir faire... plusieurs choses. » E06

« J'ai toujours essayé de travailler avec parcimonie. Ceci n'a pas été toujours compris mais j'ai pu me faire ma clientèle sans problème. » E10

« Les gens qui sont le nez dans le guidon, du matin au soir et du soir au matin, je crois qu'il faut picorer. » E11

« [...] au départ je faisais quand même beaucoup de soins, mais j'ai diversifié très rapidement parce que je crois que je suis un horrible curieux dans l'âme, mais que beaucoup de collègues, mes collègues disent : "effectivement, j'ai pu continuer à avoir goût à l'activité de soin parce qu'à côté je faisais autre chose". Pour ne pas sombrer dans une espèce de routine. » E14

ENSEIGNEMENT

LES MOTIVATIONS

Trois types de motivation ont été envisagés par les personnes qui se sont investies dans la formation médicale initiale.

POUR QUE LES NOUVELLES GENERATIONS NE CONNAISSENT PAS LES MEMES DIFFICULTES

« [...] on est en difficulté on est vulnérable quand on n'est pas préparé [...] » E03

« Moi, je trouve que dans ma réflexion propre que j'ai mis trop de temps à me mettre en cause, que... On essaye de faire comprendre que la remise en cause il faut qu'elle soit immédiate, dès le départ [...] » E09

« [...] Ce que j'ai envie de donner actuellement [...] c'est des pistes et pour pouvoir ne pas faire comme nous, on s'est fourvoyé pendant dix, quinze ans. » E09

« Ma volonté c'était de dire... Il ne faut pas que les étudiants fassent le même parcours que nous. » E14

POUR UNE FORMATION INITIALE PLUS ADAPTEE AUX SOINS PRIMAIRES

« [...] l'exposition aux soins primaires est pas assez forte pour préparer bien les jeunes. » E13

« [...] l'enseignement tel qu'on l'exerce en France [...] ne se fait qu'en secteur tertiaire, c'est-à-dire en stage hospitalier. Or nous, on doit répondre aux soins ambulatoires, aux soins primaires. » E22

Une personne a expliqué s'être investie dans la formation médicale initiale pour encourager les étudiants en médecine à faire un choix positif de la médecine générale au lieu de vivre cette orientation comme un échec. Elle-même était entrée en médecine générale avec enthousiasme, confortée par une formation spécifique à l'école de Bobigny.

« [...] on voulait : un, redonner ses lettres de noblesse à la médecine générale, c'était beaucoup dans l'esprit de certains que d'être simple bobologie [...] et deux faire connaître aux étudiants ce qu'est la médecine générale, et qu'il soit pour eux un choix... par envie, par passion, et non pas par échec ! » E22

NAISSANCE ET DEVELOPPEMENT D'UN ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

Parmi les personnes interrogées, plusieurs ont témoigné de leur implication dans le développement et la structuration d'un enseignement de médecine générale spécifique au sein de l'université. Nous nous situons ici après les réformes du troisième cycle des études médicales de 1982.

STRUCTURATION DU CORPS ENSEIGNANT

L'AMORCE : FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC) ET MAITRISE DE STAGE

Toutes les personnes interrogées se sont investies dans la formation médicale initiale par le biais de contacts initiés au sein de la formation médicale continue ou de l'EPU. L'enseignement a débuté par l'investissement dans la maîtrise de stage.

« [...] on a fait une fédération départementale de formation médicale continue qui était à V2. [...] Et là j'ai rencontré... A l'époque c'était P1., qui s'occupait du troisième cycle de médecine générale. Voilà et donc ça a commencé là-dedans. Donc je me suis lancé dans la FMI. Donc prendre un stagiaire. » E12

« [...] on était quand même une équipe avec des gens qui avaient déjà un petit peu, pas le même parcours, mais des parcours qui étaient de la formation médicale continue. Le gros de ces gens-là venait de la formation médicale continue. » E14

« [...] des formations continues, organisées par la fac [...] m'ont permis de rencontrer [...] des gens qui s'intéressaient déjà à la médecine générale et à sa promotion auprès des étudiants. » E22

CREATION DU DMG

Deux personnes ont témoigné de la structuration progressive du corps enseignant et de l'enseignement à partir de 1984. Ont été évoquées la commission de troisième cycle, puis la constitution du collège régional des enseignants et enfin la création du département de médecine générale.

« [...] j'ai été maître de stage donc à partir de 1984 jusqu'à 2005. Voilà. Donc j'ai traversé toute la période des trois semaines, après c'était le passage de commission de troisième cycle au département de médecine générale. Et après, donc aux six mois de stages. » E12

« On a dû commencer... à recevoir les premiers stagiaires dans les années... quatre-vingt-deux... et puis après, progressivement, ça s'est monté, ça s'est structuré, on a monté le collège d'abord, régional hein, le CEGLA, et puis après le DMG. On a été beaucoup aidé par des doyens qu'étaient très ouverts à la médecine générale. On doit quand même beaucoup à P4, et ensuite à notre doyen actuel, qui a pris le relais. » E22

ROLE DE SOUTIEN DU DOYEN

Le rôle du doyen pour favoriser le développement universitaire d'un enseignement de médecine générale a été évoqué.

« C'était à l'époque où les médecins généralistes commençaient à être autorisés pour participer à l'enseignement de la médecine générale, en particulier dans le troisième cycle. » E14

« [...] à V1, dans cette période-là, il y avait quand même des gens qui se sont impliqués, aussi dans l'enseignement, grâce en particulier à un doyen qui s'appelle P3, qui était doyen, dans les années donc, 1980, 1985, 1990 [...] » E14

« P4 était très attaché aussi à développer ça, c'est fait que, ben à l'époque, on est parti à... faire des stages un p'tit peu sauvages pour les étudiants qui l'auraient. E22

DEVELOPPEMENT DE RESSOURCES PEDAGOGIQUES

VERS UNE RECHERCHE D'INTERACTIVITE

La formation initiale s'est construite en prenant exemple sur les techniques pédagogiques inspirées de la formation continue développant l'interactivité des professionnels.

« Et la formation médicale continue en médecine générale a été très forte, c'est elle qui a développé tous les concepts de pédagogie qu'on connaît actuellement. » E14

« [...] on souhaitait plus répondre aux besoins. Pour répondre aux besoins faut quand même que tu demandes aux personnes enseignées ce dont elles ont besoin, et ensuite travailler sur... beaucoup plus des échanges, ou de l'interactif. » E22

« [...]ben le cours magistral que nous on avait connu, on s'est aperçu que ça collait plus du tout avec cet enseignement qui voulait être quand même un enseignement entre adultes et qui avaient quand même une certaine expérience de... de leur vie professionnelle, même si c'était le début, et qu'il fallait certainement passer par d'autres modes, beaucoup plus interactifs. » E22

ECOLE DE RIOM

Parmi les personnes interrogées, deux ont dit s'être formées à l'« école de Riom » avant que soit organisé par la suite la formation des enseignants maîtres de stage au sein des collèges régionaux d'enseignants.

La première personne dit avoir été poussée par ses étudiants pour réfléchir sur le métier, ce qui l'encourage à s'investir dans la pédagogie.

« Et ma réflexion là-dessus, qui pouvait se faire, poussée par les étudiants, et donc je pense que là je fais beaucoup de formations avec le CNGE, à Riom à l'époque, on a du vous en parler. » E12

Une deuxième personne issue de Bobigny s'est formée à l'école de Riom et témoigne de la réflexion qui y était engagée en termes de pédagogie. Les sources d'inspiration

pédagogiques ont été inspirées de l'étranger : Canada francophone, Belgique. Il est là aussi question de pédagogie interactive.

« Mais, on a créé, justement à... depuis Bobigny ils ont créé c'qu'on appelle l'école de Riom, Riom à côté de Clermont-Ferrand [...] C'était vraiment... les enseignants, les noyaux durs de Bobigny qui étaient responsables de l'enseignement. » E22

« Alors là, c'est pareil, les Québécois, les Belges étaient un peu plus en avance que nous. C'est vrai qu'on a beaucoup travaillé, avec ces gens-là en particulier aussi à l'école de Riom, qu'avaient déjà beaucoup réfléchi, et petit à petit, on a été amené à s'intéresser de plus près à la pédagogie. Et à savoir c'qu'on essayait de mettre sur pied comme enseignement. Et c'est pour ça que nous, on est beaucoup plus dans l'enseignement interactif que dans le cours magistral qui n'a aucun intérêt à notre stade. » E22

Une troisième personne a dit s'être intéressée à la pédagogie sans qu'il soit fait référence à l'école de Riom.

« [...] à partir du moment où je rentrais à la fac comme enseignant [...] je me suis également intéressé à la pédagogie, et un peu à la recherche en pédagogie. » E14

LA MAÎTRISE DE STAGE, CATALYSEUR DE L'ENSEIGNEMENT

La maîtrise de stage a joué un rôle de catalyseur dans le développement de la formation médicale initiale, par le jeu d'interactions importantes entre maîtres de stage et étudiants.

REMISES EN QUESTION

L'interaction entre maîtres de stage et étudiants a stimulé une remise en question et une réflexion sur la pratique du métier en général.

« [...] ce que tu fais, ça va être mis à la vue de tous ces jeunes qui ont plein de connaissances, plus que toi sans doute, et c'est ce qu'appréhendent beaucoup de médecins [...], voilà une espèce de remise en cause » E04

« Donc je l'ai emmenée chez moi en consultation, en visite, et cætera. [...] Donc là elle m'a secoué un peu, en fait, hein. Parce qu'elle me posait plein de questions, ça m'a remis en question, mais d'une façon incroyable. » E12

RENDRE CE QU'ON A REÇU

Les personnes qui avaient bénéficié elles-mêmes de la maîtrise de stage au cours de leur formation étaient motivées pour s'investir à leur tour auprès des étudiants.

« [...] on a appris des choses à un moment donné quand on était étudiant, ben voilà, on va essayer de le rendre aux générations d'après, on est juste dans la transmission » E04

« Par mon stage auprès du praticien où j'ai découvert une pratique que j'avais totalement ignorée pendant mes études, et... c'que j'ai reçu de mes enseignants de Bobigny. » E22

« [...] très rapidement, je me suis impliquée dans... dans la médecine générale à V2, j'ai accueilli des étudiants très tôt. Parce que j'avais tellement appris que ça me paraissait être un juste retour des choses. » E22

ENSEIGNEMENTS RECIPROQUES

La maîtrise de stage était vécue comme source d'interactions réciproques qui faisait progresser à la fois l'enseignant et son étudiant. Les enseignants étaient aussi très désireux de transmettre des connaissances.

« [...] c'est pour ça que je prends des internes ils me remettent [...] sur la voie je me fais souvent avoir d'ailleurs je devrais pas » E03

« Tu te dis ben peut être que moi je n'aurais pas fait ça, mais pour moi y a une démarche, cette démarche elle est logique, pourquoi pas ? » E04

« [...] ou bien ils nous apportent leur connaissances qui commencent pour ce qui me concerne à se rouiller un petit peu, donc le contact avec les internes. » E06

« Le contact avec les internes c'est une bonne façon de s'améliorer dans sa pratique [...] ils nous obligent à réfléchir sur des questions difficiles [...] » E06

« Il y a cette idée que moi j'ai découvert les choses, au travers mes lectures, mes expériences personnelles aussi, c'est vrai que j'ai très envie de les partager [...]. » E06

« [...] parce que ça me semblait important d'apporter les connaissances que j'avais. » E10

« Mais oui, la relation, tu vois, avec les étudiants, et le fait de partager avec les étudiants c'est un échange, ce n'est pas que dans un sens. Et moi je pense que ça aide à prendre du plaisir, à approfondir les choses, à aller au bout de certaines choses » E11

« Ça a été un tournant, et c'était quelque chose de très, très enrichissant, parce que, avoir un étudiant à côté de soi, surtout dans ce qui était mon souhait d'apprendre, de vouloir qu'ils évitent de passer par où j'étais passé, en fait, hein. » E14

LA RELATION MEDECIN MALADE EST AU CŒUR DE L'ENSEIGNEMENT

La maîtrise de stage a été l'occasion de faire passer des messages personnels tirés de l'expérience professionnelle au cœur de la relation médecin patient. Ces messages avaient le parfois le ton de la confiance et de l'adieu à son élève.

« [...] le jour où tu fais un beau diagnostic mais grave, conduites exploratrices bien menées, beau diagnostic, maladie plutôt rare, tant qu'tu t'réjouiras d'ce diagnostic c'est qu't'es pas encore médecin. » E03

« Et ça c'est ce qu'on essaie de faire passer aux internes lorsqu'on leur dit « dans votre récit de situation clinique, impliquez-vous, dites ce que ça vous a fait, quelles émotions, quels sentiments vous avez ressenti, enfin... en tant que professionnel mais aussi en tant que sujet parce qu'on soigne aussi avec ce qu'on est en tant que sujet, pas seulement avec son savoir. » E06

« Moi, j'ai souvent dit à mes internes quand je les quitte "fais la médecine comme tu as envie de la faire, ne perds pas ton âme." [...] Il y a des gens que tu satisferas, il y a des gens que tu ne satisferas pas, ceux-là iront voir un qui travaille pas comme toi et qui les satisfera. » E11

« Moi je dis souvent aux jeunes étudiants [...] le patient, quand je le vois dans la salle d'attente, je sais comment je vais le prendre. Comment je vais orienter mon discours, enfin ma façon de communiquer. [...] Parce qu'il y a des indices. E14

L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

L'APPEL DES MAITRES DE STAGE

Quelques personnes se sont investies dans l'enseignement au sein du département après avoir d'abord été maîtres de stage. Elles y ont été appelées par des personnes déjà investies dans l'enseignement théorique.

« [...] j'ai été mis en trinôme avec P1 [...] et puis notre rencontre a été pour moi, comment dirais-je, aussi déterminante, puisqu'il m'a donné goût à m'impliquer plus [...]. » E13

« Alors, justement, par le biais de P4, qui m'a dit : "Maintenant tu vois des internes en stage chez toi, est-ce que ça t'intéresserait pas de faire l'enseignement théorique ?" » E14

DE LA PRATIQUE AUX CONCEPTS

SAVOIR CE QU'ON VA ENSEIGNER

Après avoir créé la dynamique de la formation initiale par l'investissement dans la maîtrise de stage au sein des organismes de FMC, les personnes impliquées se sont interrogées sur le contenu de l'enseignement des étudiants au sein des départements de médecine générale.

« Au départ c'était une galère, puisqu'on préparait tout, on ne savait pas trop quoi faire en fait. Là que ça a puisé finalement, on s'est aperçu : "non mais attends qu'est-ce que tu as à leur apprendre ?". » E12

« Oui. Voilà. Hein, c'est-à-dire que... Qu'est-ce qu'on va enseigner ? Quelles sont les dimensions qu'on va enseigner ? » E14

UNE PRATIQUE SPECIFIQUE A CONCEPTUALISER

Plusieurs personnes ont témoigné de l'effort de conceptualisation des pratiques en médecine générale pour développer un enseignement.

« Les références elles ne sont venues que lorsque j'ai été obligé de me heurter aux étudiants [...] » E09

« Et on s'est dit : "quand même, on est toujours en train d'avoir une expertise, de médecin donc hein. Et nous alors ? On n'aurait pas quand même une expertise à faire quelque part ? Donc on a réfléchi. Ben si ! On est quand même... Si on part des dossiers des patients, et tout le bazar là-dedans c'est quand même... tout le monde a une expertise. » E12

« Les lectures ont après... m'ont permis, moi, de, comment dirais-je, d'approfondir ce que j'avais, comment dirais-je, intégré pour ensuite pouvoir me l'approprier et après l'enseigner. » E13

« Donc ça supposait de réfléchir à ce qu'on faisait, pour expliquer. Ce qui se conçoit bien s'explique clairement. Donc ça suppose d'avoir un effort de conception pour pouvoir expliquer ça. » E14

« [...] mon expérience de chercheur, avec le contact de ces collègues-là, beaucoup plus âgés que moi. Ça m'a permis de voir que... comment dirais-je, l'ensemble des dimensions nécessaires à appréhender pour faire de la médecine générale, elles étaient extrêmement multiples [...]. » E14

« Tout enseignement... Tout enseignement se base sur des connaissances. Connaître. Donc pour connaître, il faut regarder, il faut s'interroger. Il faut donner du sens, donc il faut expliciter, donc il faut faire de la recherche. » E14

APPRENDRE L'HOMME MALADE

Les personnes qui ont construit l'enseignement ont fait le choix de parler de l'Homme malade. Certaines se sont inspirées des leçons de l'éducation thérapeutique, d'autres ont poussé leur recherche du côté des sciences humaines.

« Donc là il a fallu un petit peu de temps de réflexion par rapport au fait qu'il fallait parler de l'homme malade d'une façon générale, et qu'on avait beaucoup de choses à apprendre là-dessus. » E12

« [...] on a appris à faire des diagnostics, on a appris à interroger les gens, pour faire un diagnostic, c'est tout à fait important. [...] Mais on n'a jamais appris à les écouter. Ou en fait en tous cas à tenir compte de ce qu'ils disent. Et je pense que la solution elle vient de là, en fait. Sur l'espace d'horizontalisme. » E12

« [...] il fallait avoir des connaissances en sociologie, en anthropologie, en psychologie, et cætera, et cætera, hein. Même un peu en droit, hein, pour faire... pour répondre aux questions des patients en fait. » E14

PARLER A L'HOMME MALADE

La communication a été un axe d'enseignement qui a semblé essentiel à développer.

« [...] moi j'ai dû faire quatre ou cinq séminaires de communication, dans le cadre de la formation des cadres syndicaux, ça à mon avis ça devrait faire partie du cursus des études médicales. » E03

« [...] C'est des choses de posture éducative, c'est-à-dire en fait d'essayer de mettre en commun les savoirs des uns et des autres. C'est pour ça que pour faire de l'éducation thérapeutique faut bien connaître quand même la maladie. Quand même. Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi. » E12

« Il se trouve que dans le cadre de la recherche... enfin de la pédagogie, je me suis intéressé à la communication ! [...] quand on maîtrise des outils de communication, c'est d'une richesse absolue quoi. » E14

DES REFERENCES ISSUES DE LA PSYCHIATRIE

Les enseignants se sont notamment inspirés de Rogers et Balint, tous deux médecins psychiatres, pour traiter de la relation médecin malade.

« Après Rogers et tout ça moi je les ai découvert pendant les séances de formation... quand on a fait les formations en particulier à la maîtrise de stage. » E04

« [...] on m'a parlé de Carl Rogers, de Balint, donc des bases que moi j'ai découvert un petit peu en essayant de... de participer à votre formation qui j'estime maintenant sont des bases indispensables pour nourrir la réflexion du jeune interne. » E09

DES REFERENCES EMPRUNTEES A LA CANCEROLOGIE

La cancérologie a été une spécialité qui a marqué les personnes investies dans les enseignements, notamment pour aborder la thématique des soins palliatifs.

« [...] j'avais une dizaine de myélogrammes à faire chez des gamins de trois ans, des cadavres ambulants, ça fait réfléchir, j'avais vingt-quatre ans, j'étais jeune papa. » E03

« J'avais été très, vraiment profondément, bouleversé par une jeune femme au C1 qui avait un cancer du sein métastaté qui allait mourir, et qui nous disait "ce qu'est le plus important c'est encore de vivre" » E10

« [...] la notion de travail de deuil, la notion de la relation d'aide, de soins palliatifs, c'est quand même des éléments majeurs, l'annonce d'une mauvaise nouvelle f'in, vraiment y a cinq ou six questions clés qu'un jeune médecin généraliste doit commencer à maîtriser le plus tôt possible [...] » E03

La notion de « décision partagée » est à rapprocher de la compétence « approche centrée patient » développée en médecine générale.

« Maintenant heureusement il y a eu toute une évolution autour de justement l'autonomie du patient enfin, autour de la décision partagée qui est venue surtout des oncologues, la décision partagée c'est quand il y a des orientations thérapeutiques qui ne sont pas forcément évidentes d'une meilleure que l'autre, on présente les tenants et les aboutissants et le patient on lui explique et on partage la décision avec lui [...] » E06

S'OUVRIR AUX SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Plusieurs personnes ont largement investi les sciences humaines pour appréhender la discipline de médecine générale. Sont citées les disciplines comme la psychologie, la sociologie et l'anthropologie. Le droit a également été cité.

« [...] on oublie complètement la dimension symbolique du soin, c'est-à-dire la dimension anthropologique enfin... celle du « chaman » quoi. Alors attention, à manier avec prudence, voire beaucoup de prudence et à manier de façon consciente, mais à notre insu, à notre corps défendant, on a aussi cette dimension là, dans la confiance que nous fait le patient, pour notre savoir, mais aussi par ce qu'on représente socialement et culturellement. » E06

« C'est aussi ce que peuvent dire sur la question les sociologues et les anthropologues, que la médecine et la médecine générale en particulier, perd sans doute une partie de son efficacité, si elle néglige cet aspect symbolique là. Il ne s'agit pas de l'entretenir, il s'agit de savoir qu'elle existe ». E06

« Ah ! Médecin généraliste ! C'est un soignant donc... Dont la préoccupation c'est d'être centré sur la demande du patient...dans sa fonction primaire, principale mais d'être pour autant en lien avec l'espace social et, comment dirais-je, nourri et à la fois de sciences et à la fois de sciences sociales, voilà ! » E13

« [...] on a besoin de la psychologie, on a besoin de l'anthropologie on a besoin de l'ethnologie on a besoin de la sociologie pour comprendre tout ça. Ce qui fait qu'il n'y a pas d'attitude univoque dans ces cas-là. C'est-à-dire que si t'es pas informé de ça, t'as toutes les chances de passer totalement à côté de l'essentiel quoi. » E14

LA CERTIFICATION DES COMPETENCES

La certification des compétences des étudiants de troisième cycle en fin de cursus a été évoquée par les enseignants. Ce sont les fonctions génériques du médecin généraliste issues de la définition de la médecine générale de la Wonca qui ont servi de trame aux évaluations des étudiants.

« [...] les notions comme le premier recours, l'accueil de toute plainte, la coordination des soins, la prise en charge d'un patient dans toutes ses dimensions [...] celui qui ne s'approprierait pas ces notions-là ne pratiquerait pas la médecine générale [...] » E06

« [...] notre rôle d'enseignant, c'est d'certifier qu'à la fin de nos trois ans d'études, vous soyez un bon médecin généraliste, c'est-à-dire, qui réponde à des critères [...] qu'ont été définis par les fameuses compétences de la Wonca, sur lesquels on travaille [...] C'est en perpétuelle évolution » E22

UNE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES

DES RECOMMANDATIONS HOSPITALIERES NON ADAPTEES

Un sentiment de décalage entre les résultats de la recherche hospitalière et leur application en pratique ambulatoire a été énoncé.

« Quand je vois les fromages qu'on nous a pondus par exemple sur le diabète depuis 35 ans alors qu'on n'a pas progressé d'un pouce, à part la technologie du stylo injecteur et des lecteurs de glycémies plus performants [...] » E03

« [...] je crois que je suis à peu près à 350 000 consultations de médecine générale, et je ne sais pas combien de centaines de diabétiques en charge, j'attends toujours mon premier dialysé quoi. » E03

« La recherche, elle est hospitalière finalement. Et ça correspond pas à ce qu'on fait nous et puis ce n'est pas les mêmes patients, les mêmes pathologies, pas dans les mêmes circonstances. » E11

« Donc à vouloir adapter... leur... de façon rigoureuse et trop rigide, des études ou des choses comme ça faites uniquement à l'hôpital, vouloir le caler, faire un copier-coller avec la médecine de ville, ce n'est pas bien, à mon avis, ce n'est pas adapté. Mal adapté en tout cas. » E11

« De tout façon le constat est que pour pas mal de recommandations, on se pose des questions sur leur pertinence [...] » E13

UNE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE OU EN SOINS PRIMAIRES

En ce qui concerne le champ de la recherche, deux visions ont pu être mises en évidence. Celle qui consiste à faire de la recherche en médecine générale et celle qui consiste à faire de la recherche en soins primaires.

« [...] il faut surtout qu'elle reste dans la médecine générale, et pas dans le mimétisme des recherches dans les autres spécialités » E09

« Et la deuxième chose qui est importante pour faire la recherche de médecine générale, c'est qu'il y ait un raisonnement de médecine générale qui soit fait et ça pour l'instant ce n'est pas... c'est vraiment très balbutiant. » E10

« [...] donc ce serait peut-être [...] ré-investiguer dans le champ des soins primaires pour soit confirmer soit infirmer ce qu'on avance. » E13

POUR RE- INTERROGER LES CONNAISSANCES ACTUELLES

Le dessein de la recherche en soins primaires a aussi pu être vu comme l'opportunité de remettre en cause les données actuelles de la science.

« [...] soit vérifier ou à l'inverse d'infirmer ce qui est tenu comme étant partagé par la communauté scientifique ou médicale comme étant, je dirai bon pour la population générale » E13

POUR UNE RECHERCHE CENTREE PATIENT

La recherche en médecine générale doit partir des problèmes posés par les patients afin de mieux répondre aux besoins de la population.

« [...] c'est aussi la notion de favoriser et de multiplier la recherche en soins primaires pour répondre réellement aux besoins de la population. » E13

« Ça évoque justement... C'est de rechercher sur les préoccupations, les problèmes de santé qu'ont les gens et pas obligatoirement, comment dirais-je, décider de nous-mêmes quelles sont les bonnes questions à se poser » E13

« [...] c'est vraiment un lien entre le soin et la réflexion du médecin qui va déboucher sur la recherche, c'est-à-dire, par rapport à nos pratiques de soins, quels sont les problèmes qu'on y rencontre et est-ce qu'il y a des réponses, et si il n'y en a pas, à ce moment-là, formuler des problèmes pour aller y répondre. » E13

POUR DES APPLICATIONS ADAPTEES A LA PRATIQUE

Les résultats de la recherche en médecine générale doivent aider les médecins à prendre en charge plus efficacement les patients qui consultent en médecine générale. La notion d'efficience coût efficacité a également été citée.

« [...] souvent nous on peste parce qu'y a aucune réponse, y a pas d'études qui ont été faites, sur des situations de médecine générale, donc personne peut nous dire que dans telles circonstances c'est mieux de faire telle ou telle chose. » E01

« [...] elle [la recherche] serait plus proche du terrain et je dirais plus adaptée à la vraie vie, peut-être pas la vraie médecine parce que ce serait méprisant vis-à-vis des autres (rires) mais la médecine qu'on fait qu'est tellement différente de la médecine hospitalière. » E11

« Donc de façon à faciliter notre pratique et de façon à être dans l'efficience, c'est-à-dire, le meilleur soin pour le patient au meilleur coût. Pour le patient, pas obligatoirement pour d'autres communautés ou pour d'autres intérêts. » E13

UN CHAMP IMMENSE, DES CONCEPTIONS VARIEES

La recherche en médecine générale évoque un champ immense avec des conceptions diverses.

TROIS AXES DE RECHERCHE : DESCRIPTIVE, EXPLICATIVE, COMPREHENSIVE

Un interviewé ayant été impliqué dans des travaux de recherche a proposé une représentation de la recherche en médecine générale selon trois axes.

« Alors, la recherche en médecine générale. Pour moi, elle a... Il y a trois axes de recherches. [...] une approche descriptive quand même des phénomènes, auquel doit pouvoir s'associer une approche explicative [...] expliquer, comme toute étude épidémiologique, hein où on va se fournir des hypothèses et cætera. Mais là où il y a pour moi une troisième dimension, qui me semble extrêmement importante, c'est d'avoir en plus de tout cela, une approche compréhensive. » E14

JUSQU'ICI UNE RECHERCHE DESCRIPTIVE DU METIER

Parmi les déclinaisons de la recherche en médecine générale, c'est la description des pratiques qui a été le plus souvent citée.

« [...] décrire ce qu'on fait en médecine générale, déjà rien que décrire c'est un travail immense [...] » E06

« Donc la nécessité de la décrire... décrire quelle est notre discipline, quel est notre métier, c'est essentiel. » E13

La recherche descriptive a pu être présentée comme un enjeu de santé publique.

« [...] c'est vraiment important de savoir, en termes de santé publique, qu'est-ce qui se fait dans les cabinets médicaux, qu'est-ce qu'on prend en charge et cætera. » E14

Deux personnes ont eu une activité de recherche descriptive en utilisant des techniques d'encodage des consultations de médecine générale. L'une a participé à la création du « Dictionnaire du Résultat de Consultation » (DRC), outil actuel de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), l'autre s'est intéressée à la « Classification Internationale des Soins Primaires » (CISP).

« [...] 1983, j'ai adhéré à la Société Française de Médecine Générale, qui était une société savante, officielle de recherche. Hein. Et, donc j'ai fait partie d'un groupe de recherches où on était treize médecins, de toute la France, où on a fait une étude diachronique, enfin on a fait une étude sur quatre ans, [...]. Donc il y avait un codage pour le motif. Le ou les motif(s) puisqu'il y en avait plusieurs, hein, la démarche diagnostic, le diagnostic atteint, et puis le résultat de consultation derrière. [...] Donc on a une base de données absolument gigantesque. [...] je crois qu'on a fait presque 46 000 consultations. Ce qui a permis d'avoir un éclairage sur tout ce que faisait le médecin généraliste, exactement. » E14

« [...] j'avais une équipe solide : j'avais un expert statisticien de très haut niveau, directeur de D.I.M du C.H R4, que j' connaissais depuis vingt-cinq ans, les médecins de terrain avaient très bien fait leurs recueils, c'était des recueils sur questionnaires papier, j'avais un médecin centralisateur et codeur C.I.S.P [...] Donc ça, ça m'a occupé de 1991 à 2000, puis 2000 à 2005 cette recherche. » E03

VERS UNE APPROCHE COMPREHENSIVE

En parlant de la recherche en médecine générale, plusieurs personnes ont fait état d'une démarche dite « compréhensive ».

DES INTERACTIONS MEDECIN MALADE

La démarche compréhensive peut s'inscrire dans une compréhension des déterminants de la décision médicale à travers une meilleure compréhension de ce qui se joue dans la relation médecin malade.

« [...] voilà un champ immense, les déterminants de la décision en médecine générale [...] voilà c'est ça la recherche en médecine générale, comprendre ce qui se passe entre un médecin et son patient. » E06

« J' parlais des déterminants, tout à l'heure... Quel a été le déterminant qui a fait qu'on a pris cette décision-là alors que la recommandation en donnait une autre, c'était extrêmement important, parce que sinon, on fait et n'importe quoi. » E22

DU PATIENT, A L'AIDE DES SCIENCES HUMAINES

Dans leurs travaux de recherche, deux personnes ont été amenées à s'intéresser de plus près à l'Homme, s'éloignant des problématiques de compréhension directe de la maladie.

« [...] et puis petit à petit ces dernière années c'était autour des plaintes médicalement inexpliquées, c'est-à-dire les gens qui se plaignent et qui continuent à se plaindre, des plaintes durables, alors qu'on n'arrive vraiment pas à leur trouver de maladie quoi. » E06

« C'est-à-dire être capable d'intégrer ce qu'on a observé et ce qu'on a expliqué dans une démarche qui est une démarche de compréhension de l'ensemble de l'humain. C'est-à-dire au niveau social, culturel, spirituel, anthropologique, c'est-à-dire que non pas avoir une explication, purement j'allais dire, biomédicale, mais également compréhensive des phénomènes. » E14

Une personne a intégré des chercheurs en sciences humaines dans son équipe de recherche afin de déplacer le regard sur des aspects autres que médicaux.

« [...] et donc, dans cette... comment dirais-je, équipe de recherche, deux après, je crois que ça doit être deux ans, on avait commencé à travailler depuis deux ans, et on a intégré deux sociologues, pour avoir un regard justement, extérieur. [...] Et là ça a été justement pour moi très, très intéressant, parce que j'ai pu avoir un autre regard que le regard médical, et pouvoir discuter avec les sociologues, du métier, ça m'a beaucoup intéressé, ça m'a permis de prendre la distance nécessaire, le recul nécessaire pour replacer le médecin et le malade, dans une démarche sociale, hein, et dans la société, et non pas, uniquement, dans le cadre médecin, patient, comme on pouvait l'entendre. Donc ça a été aussi un apport très important. » E14

REFLEXIONS SUR LES FREINS A LA RECHERCHE

UN MANQUE DE STRUCTURATION

La nécessité d'une structuration de la recherche en médecine générale a été soulignée. La difficulté première a semblé être la difficulté à trouver un cadre dans un champ de recherche perçu comme très vaste.

« Ça évoque un champ immense puisqu'elle est récente et puisque le champ est entièrement à défricher, on a cette chance-là d'avoir une discipline universitaire récente donc tout est à faire pratiquement en France [...] » E06

« Donc le champ est hyper vaste, et que c'est certain que pour l'instant, la recherche en médecine générale se heurte à la structuration de cette recherche dans l'immédiat [...] » E09

« Donc il faut à travers un cadre, essayer de travailler sur la recherche de la médecine générale. » E10

DES PROBLEMES LIES AU RECUEIL DE DONNEES

Des freins liés au recueil des données ont été relevés : harmonisation dans la structuration des données, problème de temps et continuité du recueil.

« [...] et puis en face, je dirais, il y a différentes classifications donc on ne peut pas... on ne peut pas être tous nourri à la même "gourde". » E13

« Alors il va y avoir un obstacle aussi c'est la... féminisation de la profession au sens de l'exercice à temps fractionné, qui complique la transmission des données ou qui augmente le risque de faille dans la transmission des données, et donc qui affaiblit potentiellement les données recueillies, avec des non suivis avec des manques avec trous quoi. » E03

« Et on a dans nos dossiers un nombre incalculable de possibilités de recherche. Le problème c'est que chacun fait son dossier à sa façon [...] » E10

« [...] si on a chacun notre définition de l'angine, si on a chacun notre définition de l'otite, si on a chacun notre définition de l'anxiété, si on a chacun notre définition de la prise en charge de telle ou telle chose, comment peut-on faire une recherche ? [...] » E10

« Mais même des études prospectives qui ont un certain nombre de cas suffisant, on comprend bien qu'une étude sur cinq, six, dix personnes, ce n'est pas suffisant pour pouvoir apporter quelque chose. » E10

« [...] c'est pas facile parce qu'il y a la vraie vie et le médecin a autre chose à faire qu'obligatoirement se préoccuper le patient devant lui dans quel case il rentre, voilà ! » E13

ECUEIL DE LA REMUNERATION

Plusieurs personnes ont dénoncé l'absence de valorisation du temps de recherche. Le paiement à l'acte a pu être dénoncé comme un frein.

« [...] les recherches, bon d'abord j'trouve que nous on n'a pas l'temps d'en faire premièrement, f'in tel qu'est organisé le mode de paiement, f'in l'mode de travail et l'mode de rémunération [...] » E01

« Il faudrait rémunérer le temps de recherche, moi j'en ai fait l'expérience [...] » E03

SOIN, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE : UN ABOUTISSEMENT, DEUX VISIONS

UN ABOUTISSEMENT

L'acquisition des trois valences universitaires pour la spécialité de médecine générale a été vécue comme une reconnaissance de la discipline.

« Aucune autre discipline n'a cette triple fonction, aucun autre spécialiste ne peut se prévaloir d'être médecin enseignant chercheur. » E13

« Alors le côté positif, c'est qu'effectivement, ben le chemin parcouru aboutit, on a des chefs de clinique, on est reconnu comme une discipline universitaire » E22

DEUX VISIONS POUR L'AVENIR

Deux visions se sont opposées concernant l'exercice des trois valences universitaires au sein de la spécialité de médecine générale.

UNE RELATION EQUILIBREE DES TROIS VALENCES UNIVERSITAIRES

La première a été celle d'une trivalence intrinsèque et assumée par l'ensemble des médecins généralistes investis dans l'enseignement universitaire.

« On doit avoir un temps pour l'enseignement et pour la recherche, on est actuellement les seuls, en France du moins, en dehors du monde hospitalier, à l'avoir. Aucune autre discipline n'a cette triple fonction, aucun autre spécialiste ne peut se prévaloir d'être médecin enseignant chercheur. La recherche, elle est hospitalière dans tous les domaines. Cardiologue de ville, gynécologue de ville appuient leur décisions sur des travaux de recherche hospitaliers donc eux, ils ne forment aucun étudiant jusqu'à présent. C'est un vœu, c'est un souhait, c'est un débouché là bientôt, peut-être, si les bonnes volontés

veulent bien s'afficher mais pour l'instant ce n'est pas le cas. Bon, nous, c'est naissant, ça a dix ans mais du moins dans ce domaine, on peut considérer qu'on est les seuls. » E13

Dans cette vision, la définition même du médecin généraliste intégrerait les trois valences universitaires, avec une recherche intégrée à la pratique de manière naturelle.

« Pour votre question "qu'est-ce que c'est être médecin généraliste?" par rapport à ce que j'ai connu, c'est ça : c'est avoir une nourriture autant dans les sciences que dans les sciences humaines, avoir un exercice au contact de la population même si elle est centrée sur l'individu, et puis avoir aussi un temps qui peut être consacré aux deux autres valences que sont l'enseignement et la recherche... » E13

LE RISQUE D'UNE HYPERTROPHIE DE LA RECHERCHE AU DETRIMENT DU SOIN ET DE L'ENSEIGNEMENT

Mais il pouvait également exister la crainte d'une dichotomie de la profession partagée entre les travailleurs du soin et ceux de la recherche.

« Après il faut faire attention de pas faire des chercheurs professionnels, entre guillemets, qui seraient complètement déconnectés du terrain. [...] Pas question de faire des chefs de cliniques... qu'auraient pas un cabinet ou une partie de cabinet à gérer avec des patients qui leurs font confiance, ça me paraît pas possible. » E11

« [...] ma peur est de voir arriver aux têtes des départements, des gens qui vont avoir effectivement suivi le cursus de c'qu'on leur demande, c'est-à-dire la voie universitaire, mais de n'avoir jamais mis ou si peu [...] exercé la partie soin où on voit réellement c'que c'est qu'le soin primaire. [...] t'as trois valences [...] Or en ce moment, du fait du déficit de la recherche en médecine générale, j'ai l'impression qu'on bascule dans l'hypertrophie de la recherche. » E22

DEUXIEME GENERATION

SOIN

APPRENDRE AU COURS DES ETUDES

POUR ETRE BIEN FORMES

Les études ont été vécues par plusieurs personnes comme un moment d'apprentissage du soin propice à développer des compétences pour leur futur métier.

« [...] je pense que j'étais très axé études, "il faut que je réussisse, il faut que je me fasse ma formation... que je sois bien placé pour choisir les stages [...] qui vont aller dans ce que je veux vraiment faire, pour bien être formé quoi. » E18

« [...] j'allais à ces cours facultatifs de psychologie. Et ça m'a beaucoup influencé, probablement, sincèrement, dans l'écoute, dans le fait d'aborder le métier, dans ce que je veux aller, ouais, dans la manière que j'allais exercer. » E20

« J'ai appris que pour avoir ce qu'on voulait, ben fallait travailler, fallait passer du temps, mémoriser des choses [...] plusieurs années plus tard, je me suis dit oui, c'était important d'apprendre ça [...]. » E21

« Moi je voulais être médecin généraliste dès le début [...] je voulais apprendre tout. » E21

« [...] dans des services spécialisés, où tu vas faire de la stomato', de l'ophtalmo' [...] Je me disais, ben tiens ça j'en aurai besoin quand j'serai médecin généraliste. » E21

LES APTITUDES RELATIONNELLES

Les stages hospitaliers et ambulatoires ont permis de développer des aptitudes relationnelles avec les malades, les familles et les équipes de soin.

LA RELATION MEDECIN MALADE

PENDANT LES STAGES HOSPITALIERS

Les stages hospitaliers ont été l'occasion d'observer puis de s'investir dans la relation médecin malade.

« Donc, moi ces premières années, ça a été l'exploration du comportement, du médecin, enfin du comportement de son aptitude à rentrer en relation avec les gens [...] » E18

« [...] je me rends compte des erreurs que je peux faire, des erreurs relationnelles. Enfin on apprend beaucoup au niveau de la relation en urgence. » E18

« J'apprends à découvrir les gens âgés avec leur spécificité, leur façon de parler avec des choses cachées parfois, qu'on décèle pas du premier coup, leurs attentes [...] Et puis que j'aie à leur rythme. » E18

« On commençait à découvrir. Troisième, quatrième, cinquième externe, voilà donc mais moi ce qui m'intéressait c'était effectivement toujours le contact humain. » E20

PENDANT LE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

Le stage chez le praticien semble avoir été plus propice à développer la relation duelle et le suivi des patients. Les médecins apprennent à observer l'état psychologique des patients.

« [...] Il m'avait fait cette réflexion-là [...] c'est que quand le patient appelle, il appelle toujours parce qu'il y a un problème. Il appelle toujours parce qu'il est inquiet. » E16

« Il a éveillé en moi cette nécessité que d'écouter les gens quoi. Hein, et de les accompagner, enfin, ce qui repose sur d'authentiques compétences quoi. » E17

« [...] sur la prise en charge globale, et l'écoute des gens, et cheminer avec les gens, il m'a appris énormément de choses. » E18

« Le côté, toujours, prise en compte de l'humain, prise en compte du côté psychologique de la personne que tu as en face de toi. » E21

RELATION AVEC LES FAMILLES

Une personne a témoigné du souvenir d'un stage en rééducation fonctionnelle, moment où elle a pris le temps de s'investir dans les relations avec les patients et leur famille.

« Des accidentés de la route, des gros AVP, des gens qu'ont vraiment des... des pathologies lourdes, des SEP. Ça... ça c'était... pas facile. [...] les familles. Tu passes du temps avec elles, tu... donc ça, ouais c'était un... ça c'était pas mal. » E21

LES RELATIONS EN EQUIPE

L'approche du travail en équipe à l'occasion des stages hospitaliers a été vécue de deux manières différentes :

-soit comme une difficulté qui conforte dans le choix de la médecine générale

« Ça s'est super bien passé. Ça a été une confirmation que c'était ça. Que c'était ce style d'exercice. Voir les patients seul à seul. Aller chez eux... voilà. Ce travail seul ne m'effrayait pas. Et ça s'est confirmé après que je n'étais pas fait pour un travail en équipe. Mes stages d'interne en milieu hospitalier, je me suis pas épanoui, voilà. » E16

-soit comme une chance pour acquérir des compétences en médecine générale

« Mais là j'apprends beaucoup avec les infirmières et les aides-soignantes. J'apprends beaucoup sur le fait que ils nous donnent énormément de renseignements en fait. » E18

« [...] j'apprends qu'en équipe on peut faire des choses. Et donc, mon métier de généraliste, pour moi, il ne pourra pas se faire en étant tout seul dans mon coin, qu'il y aura besoin de rentrer en relation avec les gens. Avec les autres professionnels de santé. » E18

« Mais le fait d'être en relation avec une infirmière, un kiné, avec les assistantes sociales enfin... voilà, c'est comme ça que je conçois mon métier. Et ça c'est vraiment en gériatrie que je l'ai appris, lors de mes stages en gériatrie. » E18

DEBUT D'EXERCICE

SE SENTIR PRET

Une personne a dit se sentir prête au début de son exercice. Elle a attribué cela au fait qu'elle soit passée par les stages ambulatoires, qu'elle ait effectué des remplacements et qu'en médecine générale on lui avait enseigné qu'elle avait le temps et qu'il n'y avait pas de stress en dehors de l'urgence.

« J'ai appris, que en médecine générale, c'est pas grave si on n'sait pas tout de suite. On va savoir plus tard. Ce n'est pas... Il n'y a pas d'urgence. Ou en tous cas j'ai éliminé les urgences. Donc, il y a pas de... il y a pas de stress ! » E21

« C'est p't'être pour ça que les jeunes médecins se sentent peut-être plus prêts. Le fait de s'être... d'avoir été avec d'autres médecins généralistes installés, qui leur ont transmis cette... le fait qu'il y a pas d'urgence en médecine générale. » E21

DES DIFFICULTES EN DEBUT D'EXERCICE

SUR LE PLAN CLINIQUE

Pour deux personnes, les difficultés rencontrées sur le plan clinique ont concerné les connaissances biomédicales, vécues comme insuffisantes pour débiter l'activité professionnelle.

« [...] tu hésites, tu sors tes bouquins. » E16

« Premier remplacement, premier appel, c'était... "Docteur est-ce que vous pourriez venir cet après-midi parce qu'il a des boutons partout". [...] Tu fermes ton... tu raccroches, et là-dessus tu prends le bouquin de dermato [...] » E20

« J'estime sincèrement, je pense qu'on était bien moins bien formé que vous. Et donc, quand t'avais un truc que tu savais pas, et ben, ça t'obligeait à reprendre tes bouquins, à rechercher... Ça venait... Il y avait des tas de trucs qu'on savait pas... Enfin moi j'estime. » E20

SUR LE PLAN DE LA RELATION MEDECIN MALADE

CHERCHER LA PATIENTELE QUI CONVIENT

Une personne dit avoir profité de sa période de remplacement pour repérer les types d'activité qui lui conviendraient, tout comme l'associé idéal avec lequel elle envisagerait de s'installer. Elle choisit de s'installer en campagne où elle trouve une activité de plus grande diversité.

« [...] j'ai rencontré des médecins, des patientèles qui me plaisaient plus ou moins. Et... j'avais envie de rencontrer d'autres... d'autres médecins, d'autres cabinets, je n'avais pas encore trouvé, entre guillemets, chaussure à mon pied. » E21

Une autre personne s'est décrite comme « rustique » et a dit avoir choisi pour cette raison l'exercice en campagne, pour s'occuper de personnes qui lui ressemblaient davantage sur le plan des valeurs.

« Moi je crois que je suis un type rustique un peu, et j'aime bien les gens un peu rustiques. Dès que ça pète un peu dans la soie je me sens pas bien quoi. » E18

« Bon après je crois que chaque médecin a sa patientèle, de façon on le dit tous et c'est vrai. » E18

DECRYPTER LA DEMANDE DE SOIN

Une personne dit avoir eu des difficultés en début d'exercice pour comprendre les demandes des patients.

« Au début, quand j'me suis installée, il y a un truc justement qui m'chiffonnait [...] C'est-à-dire que je... je comprenais pas pourquoi le patient venait ! » E21

CES PATIENT QUI NOUS QUITTENT

Deux personnes disent avoir été affectées par le départ d'un certain nombre de leurs patients.

« [...] t'as de la casse, toi au début, tu ne sais pas parler aux patients [...] » E16

« Quand il y a des patients qui sont partis de chez moi pour aller chez lui par exemple. Ça a été dur. » E16

« Mais, tu vois, il y a eu d'autres faits comme ça... où on s'investit beaucoup auprès des gens, et puis ils nous quittent. Alors ça nous pose beaucoup de questions, ça nous fait mal, faut... faut l'avouer, hein, faut l'avouer. » E18

ON NE PEUT PAS SOIGNER TOUT LE MONDE

Une personne dit avoir beaucoup réfléchi sur le sens de la relation médecin malade après le départ de quelques-uns de ses patients dans le cabinet de son confrère.

« On peut pas convenir à tout le monde. [...] Et je me suis dit : ben qu'est-ce que cherchent les gens finalement, chez un médecin généraliste ? Je veux dire, est-ce que j'ai raison de m'investir dans... dans le global quoi ? Ça m'a posé beaucoup de questions... Ça m'en pose toujours. [...] faut pas concevoir, dans le sens où te dire, je suis très important pour les gens, parce que je m'investis beaucoup pour les gens, y compris, dans tout ce qui peut leur arriver dans leur vie. En fait les gens, si ils trouvent chez toi ce qu'ils attendent, à un moment de leur vie, très bien ben ils auront trouvé chez toi. Mais si ils ne trouvent pas chez toi, ils vont aller... ils vont le trouver ailleurs. » E18

Cette même personne en a conclu que le médecin ne pouvait pas convenir à tous ses patients. Il serait nuisible pour les patients d'être pris en charge dans un contexte de mauvaise relation médecin malade.

« Enfin moi j'étais comme ça, j'étais ce tempérament-là, en se disant je peux, sûrement, soigner tout le monde. En fait ce n'est pas vrai. [...] On ne convient pas à tout le monde. » E18

« [...] il faut quelque part, avoir l'honnêteté vis-à-vis de soi-même, de se dire qu'on ne peut pas soigner tout le monde. Vis-à-vis de nos patients aussi, parce que ce n'est pas bon pour eux. » E18

« [...] il y a des fois, on est boiteux, on est dans des couples hein, ou des couples ou des trios avec nos patients des fois [...] On sait que ça va pas bien se finir. » E18

« Quand on sent qu'on n'est pas le médecin qu'il leur faut, il faut leur dire aux gens. » E18

UNE FMC PROLONGEANT LA FORMATION MEDICALE INITIALE (FMI)

Le début d'activité professionnelle des personnes a été rapidement suivi d'un investissement dans la formation médicale continue.

LES MOTIVATIONS

REPRENDRE LES FONDAMENTAUX

Une personne a dit s'être investi dans la formation médicale continue pour approfondir des thèmes spécifiques à l'activité de médecine générale insuffisamment abordés pendant les études.

« [...] c'était reprendre les fondamentaux, c'était des trucs, les boutons chez le gamin, des trucs de médecine générale que tu abordes de manière un peu rapide pendant les études, mais que tu as besoin tout de suite quoi. Donc du concret, du tout venant en fait. » E16

RESTER A LA PAGE

La plupart des personnes ont dit s'être investies dans la formation médicale continue pour rester à jour de l'évolution des connaissances.

« [...] j'avais entendu dire, que j'allais réapprendre sur tout mon cursus, trois fois la médecine. Alors je ne sais pas si ce sera trois fois, ou deux ou quatre, mais j'ai l'impression que ça vient plus vite que ça en fait. » E17

« [...] on se dit, on a peur, très vite, de ne plus être à la page quand on... quand on s'installe. [...] » E18

« J'essaie quand même de lire, je vais à des associations de formation, je... Mais je me dis que des fois... Est-ce que je vais rester à la page ? Donc, de toute façon, notre... notre métier, c'est un constant réajustement. » E18

« Mais je suis sorti de : je dois tout savoir quoi. Parce que sinon, ben t'exploses. T'exploses. Hein. Mais, ben voilà, c'est, comme je te disais, moi à mon avis, un constant réajustement. » E18

« La médecine générale pour moi c'est ce qu'il y a de plus beau. C'est ce qu'il y a de plus dur, parce que t'es censé connaître un minimum de tout, de tenir au... de te tenir au courant de tout [...] » E20

« [...] c'est l'évolution de la position du médecin, dans le savoir, par rapport à la maladie. Du fait de l'accès à internet, du fait que tous les patients maintenant vont jeter un œil [...] ils te sortent tout. Voilà. Ça c'est l'évolution qui t'oblige, justement à toujours essayer de te tenir au courant. » E20

S'AMELIORER

Une personne a dit s'investir dans la formation médicale continue pour progresser dans son champ de compétences.

« [...] je trouve qu'on a un métier de... Ouais, d'un enrichissement fou quoi. Enfin, professionnellement parlant, alors de part cette possibilité d'accroître, et de progresser, hein dans notre champ de compétences. Par la formation médicale continue, notamment. E17

SOLLICITATION PAR LES LABORATOIRES A ENTRER DANS L'EPU

Une personne a commencé sa formation par des enseignements post universitaires sur invitation des laboratoires au cabinet. Elle exerçait en groupe avec un associé médecin et ne recevait pas encore d'étudiants.

« Je suis beaucoup sorti au début. Parce que forcément, tu es un nouveau médecin, un nouveau prescripteur donc j'étais la proie facile des laboratoires [...] je suis beaucoup sorti, j'ai fait beaucoup de formations, d'enseignement post-universitaire. Le soir, le midi, vraiment beaucoup. » E16

En rencontrant d'autres personnes dans ces réunions cette personne s'est interrogée sur l'organisation de sa formation. Elle a créé un groupe de formation continue avec des jeunes confrères.

« [...] j'ai rencontré de jeunes médecins comme moi, on avait les mêmes difficultés, c'est-à-dire comment organiser notre formation, et puis comme ça se faisait à l'époque, il y avait beaucoup de groupes, qui s'étaient montés comme ça. [...] » E16

INFLUENCE DES AINES INVESTIS DANS LA FORMATION CONTINUE OU INITIALE

Une personne interrogée a débuté la formation médicale continue dès le début de la période des remplacements. Elle y a été encouragée par un ancien maître de stage investi dans la formation initiale et continue et avec lequel elle avait noué des liens étroits.

« [...] ça faisait deux, trois mois que je remplaçais, que j'avais déjà... Alors on m'avait proposé de participer à une formation, puisqu'il y avait besoin de monde aussi, mais là, je suis tombé dedans, j'ai envie de dire, quand j'étais tout petit » E17

Une autre personne s'est investie dans les groupes de formation continue en y entrant par la voie de la formation initiale. Attirée par ses collègues du DMG pour s'investir en tant qu'animateurs de formations aux étudiants, elle est ensuite entraînée pour entrer à MG Form.

« [...] « mais dis donc, toi il faut que tu ailles à MG Form te former pour être animateur ». Parce que tu... voilà, il faut que tu rentres là-dedans. Et donc j'apprends à être animateur de... de formation pour mes pairs. » E18

Elle s'est par ailleurs engagée dans une association de formation continue locale mensuelle.

REGROUPEMENTS D'ASSOCIATIONS EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS

Une personne a dit avoir créé une association avec des jeunes confrères au début de son exercice. La raison avancée est celle de préoccupations de formation différentes avec l'âge. En tant que jeune médecin on voit des patients plus jeunes et les besoins de formation sont différents.

« Une vision de la médecine adaptée à notre pratique en fait si tu veux. A notre pratique de jeune liée à notre âge. Et ce qui nous paraissait des sujets lointains pour nous en début d'exercice, il y a quinze ans, dans d'autres groupes, sont aujourd'hui ces thèmes-là qu'on reprend. » E16

Une autre personne qui venait de s'installer a dit qu'elle ne s'était pas reconnue dans les groupes de formation auxquels elle avait été invitée.

« Alors c'est pas... J'ai rien contre les médecins âgés mais... J'me retrouvais pas, dans ce groupe. Ils ne parlaient pas des... Ils ne parlaient pas des choses qui m'semblaient importantes. » E21

MODALITES DE FORMATION

DES PROGRAMMES DE FORMATION ORGANISES PAR DES LABORATOIRES

Deux personnes disent avoir participé à des formations organisées par des laboratoires.

« Alors j'ai rappelé le labo, j'ai demandé qu'ils viennent nous faire la formation pour mon groupe. » E16

« [...] c'est aussi, de temps en temps quand il y en avait un peu plus, là, les fameux week-ends où les labos t'invitaient, ou les dîners où les labos t'invitent. [...] tu as des trucs qui sont bons à prendre. » E20

INVITATION DE SPECIALISTES ET INTERACTIVITE AU SEIN D'ASSOCIATIONS

Trois personnes ont dit participer à des groupes d'association de formation continue avec intervention d'un spécialiste. Les thèmes sont décidés à l'avance par les médecins généralistes et les formations sont interactives.

« On invite un spécialiste qui vient. [...] En essayant qu'il reste dans des recommandations. » E16

« [...] j'ai la FMC locale, où là, bon ben on avait la douleur abdominale d'enfant. Alors, il y a un... Là, voilà le côté exposé, bon, des fois ça remet des... C'est toujours... Faut avoir plusieurs façons de se former, hein. » E18

« Ce n'est pas le... le professeur qu'a dit qu'il fallait faire comme ça, ou il sait que, c'est : "oh ben non, nous, en médecine générale je ne fais pas comme ça". On n'est pas d'accord alors des fois, souvent, on a tort, mais, au moins on a une discussion. » E18

« [...] Les sujets on va les choisir un peu en fonction de... de ce qu'on va retrouver, de ce qui peut... de ce qui peut nous poser plus question ou de connaissances qu'ont évolué et qu'on sait pas, une nouvelle reco' [...] » E20

PARTICIPER A DES SEMINAIRES DE FORMATION

Une personne a dit participer à des séminaires de formations de courte durée.

« J'essaie, allez, de faire quelques réunions, type, réunions, j'dis formation sur une journée, minimum une journée, enfin, une demie, ou une journée. » E21

ORGANISER OU ANIMER DES SEMINAIRES DE FORMATION CONTINUE

Deux personnes se sont investies en organisant ou animant des séminaires de formation continue.

« On a mis en place, avec l'expert psychiatre qui était venu participer à cette... à ces deux jours d'initiation, un cursus de formation sur le counselling interpersonnel. » E17

« Autrement, ben avant, ce que je trouvais être une bonne façon de me former, c'était justement d'animer ou d'organiser des séminaires. [...] A MG Form je faisais beaucoup ça [...] » E18

S'INVESTIR DANS LA FORMATION MEDICALE INITIALE

Une personne a dit se former en animant des séminaires de formation aux étudiants.

« [...] ma façon de me former, c'était de donner des cours ici. » E18

« [...] cette année je vais faire le séminaire ado. Enfin le séminaire. Le cours de DES ado, et la gériatrie. Là je l'ai fait avec P.J. » E18

« Quand tu fais un cours, faut pas avoir l'air de trop d'un "gugus" à côté de la plaque, donc il me faut un peu... lire un peu, voilà quoi. » E18

LES ECHANGES AVEC LES CONFERES AU SEIN DU DMG

Une personne a dit avoir été très influencée par les échanges avec ses confrères du département de médecine générale. Ces échanges ont été importants pour sa pratique.

« [...] moi ce qui m'a beaucoup influencé [...] dans ma pratique professionnelle, c'est le DMG. C'est mon investissement dans le DMG. Ben, si tu veux, il y a un certain nombre de gens ici qui sont des livres ouverts, qui à ma... à la différence de moi, ont lu beaucoup de choses ! [...] Le problème, c'est qu'avec des gens comme ça, t'as souvent des résumés, qui sont des bons résumés hein, mais que tu vas pas forcément avoir envie d'aller plus loin. Parce que tu te dis ben ouais, pour ma partie, que ça déjà ce qu'ils m'ont dit là, ou l'extrait qu'ils m'ont donné là, c'est bon quoi. Mais, non, la grosse influence elle est là. Sur ma pratique de médecin généraliste. Ah oui c'est énorme ce que ça a pu changer ! » E18

GLANER A TOUTES LES SOURCES PAR CURIOSITE

Une personne a cité plusieurs ressources qui lui permettaient de se former de façon plus autodidacte. Parmi ces sources figurent les revues, la participation à une groupe de FMC et le syndicat. La curiosité est un moteur.

« Mais, encore une fois, parce... J'te dis, moi c'est de la curiosité et j'ai pas un truc de formation particulier. Je suis sûrement pas un accro, d'aller sur internet, tout le temps, faire les sites de formation, de FMC, et voilà. Là j'ai en... en favori, la revue du Prat', point. [...] La formation, ça va être aussi... ben tous les quotidiens que tu peux recevoir, du côté du médecin, ou autres. Voilà c'est... T'essaies de... de lire, de connaître. La formation, c'est aussi par le biais du syndicat ! T'as des informations professionnelles mais aussi parfois médicales aussi voilà. T'as des... J'ai pas un truc ! » E20

GROUPES D'ÉCHANGE DE PRATIQUE

Deux personnes interrogées sur cinq ont dit spontanément s'être investies dans les groupes d'échange de pratique. Ces pratiques ont été appréciées et vécues de plusieurs façons :

UNE REASSURANCE SUR LA PRATIQUE ET UNE PROGRESSION

Le consensus rassure, tandis que les désaccords conduisent à effectuer des recherches.

« J'aime bien le groupe de pairs parce que on parle vraiment de la pratique, et puis on confronte nos avis. Et quand c'est consensuel, ben, comme je te disais tout à l'heure, c'est comme pour la recherche. Quand c'est consensuel on se dit qu'on doit être à peu près dans les clous quand même. Dès qu'il y en a un qui dit "ça, non, je suis pas d'accord", ben on fait une recherche. » E18

LE PARTAGE D'INTERROGATIONS ET D'INCERTITUDES

Le groupe d'échange de pratique est également l'occasion de voir qu'on est confronté aux mêmes difficultés. Le fait de mettre ces dernières en commun a des vertus apaisantes.

« [...] se rendre compte que finalement, ben que nous sommes tous confrontés aux mêmes difficultés, nous avons les mêmes interrogations, les mêmes incertitudes, enfin et cætera, et ça fait du bien (rires) ! Le fait d'en parler c'est un principe de psychothérapie. Ce n'est pas de la psychothérapie évidemment mais ça fait du bien quoi. » E17

GROUPES BALINT

Parmi les personnes interrogées, aucune n'a dit avoir réalisé de groupe Balint.

DES FREINS A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

La formation médicale continue a été décrite par plusieurs personnes comme pouvant être source de pénibilité à plusieurs niveaux.

ALLIER VIE PERSONNELLE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

LE SOIR, MOI JE N'APPRENDS RIEN ET J'AI UNE VIE DE FAMILLE

Une personne a dit ne pas s'investir dans les groupes de formation continue pour des raisons d'horaires et familiales.

« [...] les soirées, non. Moi, à partir de vingt-deux heures j'apprends rien, hein, donc, ça m'intéresse pas. A c'te heure-là, j'ai une vie, c'est ma famille, c'est mes enfants, donc le soir, aller faire d'la "réunionite aiguë" sur j'sais pas quoi, ça m'intéresse pas. » E21

« J'ai autre chose à faire le mercredi. Si j'ai une journée dans la semaine où je ne travaille pas, c'est pour être avec mes enfants, les emmener au sport, faire mes courses, enfin voilà quoi. C'est pas pour aller m'former hein. » E21

« [...] Moi à c'te heure-là je... j'veux dire moi j'ai déjà une vie de famille... Enfin quand t'es médecin, t'as déjà... tu vois déjà pas beaucoup tes enfants par rapport à quelqu'un qui fait trente-cinq ou trente-sept... trente-sept ou trente-neuf heures. » E21

ON A UNE VIE A COTE

Une autre personne a dit mesurer le temps consacré à la formation continue au regard du temps consacré à sa vie personnelle.

« Je suis pas un ayatollah, entre guillemets, de la formation stricte. Parce que faut le temps, parce que... Parce que ben t'as une vie à côté, et voilà ! » E20

DIFFICULTES LIEES AUX ORGANISATIONS DE GROUPE

Une personne a dit présenter des difficultés pour participer à des formations en raison d'une organisation de planning dans le fonctionnement de l'exercice de groupe.

« C'est un truc en France (rires). C'est vrai c'est le jeudi ! Donc, les femmes elles, elles ne travaillent pas le mercredi (rires) ! Et qu'le jeudi donc, c'est mes collègues masculins qui vont en formation. » E21

« Et des fois donc, je râle ! Parce que j'veux dire, moi aussi j'aimerais bien y aller ! Donc vous allez travailler à ma place le mercredi... le jeudi, j'avais travailler un jour un mercredi, et puis, comme ça j'avais pouvoir aller à ma formation. » E21

« [...] on est que deux, à travailler le jeudi. Et que si j'm'en vais, ben du coup, elle est toute seule. Donc il faut que je trouve quelqu'un pour me remplacer, pour pouvoir partir en formation. » E21

UNE FORMATION AUX FRAIS DU MEDECIN

Cette même personne a également présenté comme frein à son investissement à la formation continue des arguments financiers.

« [...] si tu prends, en gros, une semaine par an pour te former, tu prends une semaine de vacances en plus, de tes vacances, entre guillemets, familiales. Donc, ben déjà une semaine, sur une année ça m'semble pas mal. Financièrement aussi parce que, il y a aussi ça. » E21

« [...] j'ai un mari médecin, salarié, à l'hôpital, qui a l'même âge que moi et qui a déjà fait quatre diplômes universitaires, qui a des formations, qui a des heures de formation incluses dans son temps de travail, tous les ans, payées par l'hôpital, avec ses frais de déplacements payés par l'hôpital... à côté moi j'suis ridicule quoi. » E21

« Alors on a droit à... j'crois, en tout, ça doit faire six journées de formation indemnisées, à peu près, ça doit être à peu près quinze C par jour. [...] c'est pas suffisant. [...] » E21

« On est formé par l'État, on a une carte d'étudiant, on a été formé pendant huit ans, neuf ans, on est des médecins effectivement libéraux, mais, après, en gros ben c'est "débrouillez-vous pour continuer à vous former". » E21

ÇA DEMANDE DE L'ENERGIE

Une autre personne a semblé découragée et a dit que l'investissement en formation continue demandait du temps et de l'énergie.

« Et je trouve plus le temps, puis je trouve plus l'énergie de faire ça. » E18

CONCEPTIONS DU SOIN

Plusieurs conceptions du soin ont été relevées au fil des interviews.

SOINS PRIMAIRES

Une personne a évoqué les soins primaires en tant que champ d'intervention de l'activité du médecin généraliste.

« [...] le carré de White, tu sais, non, tu connais ? [...] au final on se rend compte que [...] on arrive à résoudre les problèmes de la majeure partie des patients qui ont, sont exposés et qui ressentent un problème de santé. » E17

LE SOIN, SYNONYME D'ACTIVITE BIOMEDICALE

Le soin a pu signifier l'activité biomédicale du médecin. Une personne a insisté sur le fait que le médecin généraliste devait prétendre être très bon dans les pathologies les plus courantes en médecine générale. Une personne a dit vivre comme une chance la diversité des pathologies rencontrées.

« On a à être très bon, hein, dans le biomédical, dans ce qui est prévalent, encore une fois, donc, dans toutes les spécialités, enfin, ouais, dans ce qui est prévalent dans notre exercice. » E17

« [...] c'est vrai que c'est cette spécificité d'être à l'intersection des autres spécialités, où on a des compétences pour le coup, partagées avec chacune des autres spécialités. » E17

« Et j'ose prétendre être meilleur qu'un cardiologue dans... dans la prise en charge du patient hypertendu. » E17

« D'avoir la chance de... enfin, ça je ne sais pas si c'est toujours une chance mais d'avoir vu des tas de pathologies différentes [...] » E20

« [...] faire des beaux diagnostics, de se dire que, ben dans le lot, t'as contribué quand même à, soit à la qualité de vie de certains, soit à éviter qu'ils décèdent prématurément. D'autres fois tu sais que tu ne vas rien faire si ce n'est faire un diagnostic [...]. » E20

LA RELATION DE SOIN

Le soin a été présenté par la plupart des personnes comme s'inscrivant dans une relation interactive entre le médecin et le malade.

LA RELATION MEDECIN MALADE

Le soin pouvait faire intervenir des stratégies, des attitudes et des postures s'intégrant dans une relation de soin dans le respect des personnes.

« [...] dans une stratégie thérapeutique, il y a de multiples éléments qui... qui rentrent en jeu, et pas que les données strictes de la science quoi, hein. On n'est pas des scientifiques. » E17

« [...] pour moi c'est le soin aussi que de... Ça fait partie du soin que de préserver l'intimité des gens quoi. Voilà. » E18

« Le métier de médecin, ce n'est pas "je suis médecin", c'est "vous êtes patient, vous venez me voir... Il faut que je découvre votre problème" [...] » E20

« Mais c'est beaucoup plus d'échanges, je pense, de relationnel, enfin moi je le ressens comme ça, de égal à égal, entre patient et médecin. » E20

LA RELATION MALADE MEDECIN

L'échange avec les patients pouvait être vécu comme agréable voire être source d'épanouissement pour le médecin.

[...] moi qui suis dans une... au-delà d'une amélioration je dirais, professionnelle, qui suit dans une démarche d'amélioration personnelle quoi, hein. Et je trouve qu'on a vraiment beaucoup à apprendre de cette relation, hein, que nous avons avec chacun de nos patients. » E17

« [...] si on s'ouvre, c'est... c'est comme ça que le métier devient agréable quoi. » E18

LE SOIN SERVICE

Deux personnes ont parlé du soin comme d'un « service » rendu aux personnes ou aux clients.

SERVICE A LA PERSONNE

Dans cette vision du soin, le soignant est dans une démarche de service dans le sens de « relation d'aide » à une personne en situation de fragilité.

« Là, c'est... Moi j'ai assez cette notion de service. Tu vois, au final, vraiment le service à la personne. Pas finalement, plus ou moins que l'aide-soignant qui va venir faire la toilette du patient par exemple. » E16

SERVICE CLIENTELE

Une personne a mis l'accent sur une vision plus clientéliste du soin. La personne demandant les soins n'est plus considérée en situation de fragilité mais comme une personne exigeante qui vient chercher une expertise compétente pour répondre à une demande de soins.

« Le métier, je crois que le médecin généraliste, finalement, il est... il n'est pas différent... du garagiste, de l'épicier, du vendeur, du communicant, du soignant, c'est de répondre au mieux à la personne qui est en face de toi, de répondre au mieux à sa demande, en fonction de ce qu'elle attend de toi, et de ce que tu... et de la manière dont tu as été formé. » E20

« Mais le métier c'est ça ! Mais, encore une fois, tu vas... tu vas au restaurant, tu vas dans une épicerie, tu vas... tu vas à la quincaillerie, tu demandes... t'as une idée précise de quelque chose, tu le cherches, tu poses une question, tu veux qu'on te donne une réponse, ou qu'on te dise "c'est là ou ça serait plutôt ça à faire". "Voilà je veux faire un enduit de mur : qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je mets ? C'est comme ça ?". Tu décris la situation et voilà ! Et ben c'est pareil, on n'est pas différent ! » E20

« [...] tout le monde s'approprie le savoir. Et ça c'est [...] pas super à mon avis. Parce que moi, quand ma bagnole elle va pas bien, je dis au garagiste voilà, j'ai ce bruit-là, ou il y a ça qui marche pas. Tu te débrouilles ou vous vous débrouillez, c'est... je vous fais confiance [...] » E20

« [...] on doit se mettre au service, pas à la disposition. Parce que la disposition, je suis désolé. C'est cinquante cinquante hein... faut être honnête. C'est du... C'est du respect. C'est respect et tolérance mais ça doit être mutuel. » E20

L'HUMILITE DU SOIN

Une personne a insisté sur le fait que les médecins devaient rester humbles.

LE MEDECIN N'EST QU'UN ACTEUR DU SOIN

D'une part, le médecin a pu être présenté comme un acteur au sein d'une équipe de soins. En d'autres termes, seul, le médecin est moins efficace.

« C'est pas les médecins qui dirigent la chose, c'est : on a tous quelque chose à dire, et tous des choses à s'apporter. Les uns les autres. [...] cette notion de travail en équipe, pour moi elle est... elle est majeure. Elle est majeure. Ce continuum, comme je te disais... Pour être soignant faut être humble. Voilà faut être très humble. » E18

SOIGNER C'EST ACCOMPAGNER

Cette même personne dira que le soin a le plus souvent vocation à accompagner les personnes, plus qu'à les guérir.

« [...] on va apporter du soin aux gens. Donc je suis sorti de cette... : on va guérir les gens, enfin soigner n'est plus guérir. Soigner, c'est, pour moi, alors bien sûr, quand, quand les gens viennent avec une pathologie, qui... que nos connaissances nous permettent de guérir une pathologie. Très bien. On a les capacités, on le fait. Soigner, c'est accompagner. » E18

LES SOINS ET L'ARGENT

Les questions liées à l'argent ont semblé source d'interrogations voire d'inquiétude pour plusieurs personnes.

LE PAIEMENT A L'ACTE, GARANT DE LA LIBERTE DE CHOIX DU MEDECIN

Une personne a affirmé et justifié son soutien au paiement à l'acte (qu'elle percevait menacé) comme le garant du libre choix du médecin par les patients. Le paiement à l'acte a été également présenté comme le garant d'un souci d'efficacité du médecin vis-à-vis de ses malades.

« [...] je suis attaché, moi, personnellement au paiement à l'acte et à l'exercice libéral, pour des raisons qui sont pas financières mais qui sont pour le libre choix, garder le libre choix par le malade, de son médecin. [...] » E16

« Mais je suis farouchement pour la liberté du patient de choisir. Et tout ce qui va aller contre, je pense notamment aux mutuelles. [...] le médecin qui figurera sur la liste validée par la mutuelle en question, qui dira "si vous travaillez avec ces médecins-là, et ben vous paierez rien, par exemple. Ou vous serez mieux remboursé". » E16

« [...] surtout les gens n'auront plus la possibilité de venir choisir le médecin pour ce qu'il est vraiment. Ils viendront choisir parce qu'ils y gagnent ! [...] Et où est notre compétence là-dedans ? » E16

CRAINTE DU SALARIAT

La même personne a parlé spontanément d'une crainte envers le salariat. Ce dernier pourrait engendrer une baisse de temps médical défavorable pour les patients.

« Alors c'est pas... Ça me gênerait par rapport aux organisations du système de santé. Et notre rôle, nous, dans le système, et... Et notre place aux yeux du patient, mais en même temps, tu vois, je suis quelqu'un comme tout le monde et, rentrer à huit heures, huit heures et demie le soir, il y a des jours, ça me tue quoi. Ça me tue. J'aime autant être chez moi... Voilà. Si pour le même prix, moins forcément, mais j'ai au moins une qualité de vie, tu vois ce que je veux dire. » E16

« [...] à partir du moment où on va installer une médecine salariée, il y aura plus de médecins pour voir des gamins qui auront de la fièvre à huit heures le soir. C'est d'une logique implacable. » E16

LE TIERS PAYANT EST INFLATIONNISTE

Pour cette même personne, le tiers payant pourrait engendrer une augmentation générale des coûts de santé car il engendrerait une méconnaissance des tarifs de santé par les patients.

« Il y a du coup une inflation de la demande de soins [...] le tiers-payant, les gens savent pas ce qu'ils payent, les gens savent pas ce que ça coûte, la santé. » E16

LES PRIMES A LA PERFORMANCE ONT ETE INVENTEES POUR FREINER LE PAIEMENT A L'ACTE

Le paiement à la performance a pu être perçu comme une manière de freiner le paiement à l'acte.

« [...] c'est une manière biaisée pour... comment dire, freiner l'évolution du paiement à l'acte, et de la lettre C, c'est qu'on va t'indemniser, sous forme de primes à la performance. » E16

SOIN, ARGENT, CONCURRENCE

Plusieurs personnes ont exprimé des difficultés ou des inquiétudes par rapport à des situations qui mettaient en jeu les relations de soins et la garantie d'une bonne rémunération. La notion de concurrence a été explicitée.

« Il faut absolument garder sa cohérence. [...] Sinon à un moment, on perd la foi dans son métier [...] Tant pis si je gagne moins d'argent, tant pis si je perds plus de temps, tant pis si je finis plus tard que ma collègue qui en voit cinquante [...] moi j'en vois trente. [...] je gagne ma vie, quand même, et voilà. Pour moi c'est... un autre choix. » E18

« [...] dans le temps [...] t'étais dans une situation de concurrence des médecins, il fallait surtout pas perdre de patients donc t'en as des tas qui faisaient des tas d'examens, pour montrer qu'ils s'occupaient bien ! Ils faisaient revenir les gens tous les mois, tous les mois ! » E20

« C'est beaucoup de... de stress, surtout au départ, pour arriver à avoir un certain niveau d'vie, que tu souhaites et le garder. [...] Comme... comme quelqu'un qu'est salarié, c'est-à-dire tu vois, d'avoir ton salaire. De t'faire ton salaire. » E21

« [...] le patient, il va quand même voir un médecin qui lui convient. Donc si t'es un peu désagréable, et qu'tu ne fais pas toujours ce qu'il a envie, t'as des patients qui vont forcément... t'as des patients qui s'en vont [...] Et ça peut t'faire peur. Puis en finalité, tu t'rends compte que, ben, ça va ça vient quoi. » E21

REORGANISER LES SOINS

Une personne a dit penser que les soins pouvaient s'organiser différemment. Certains actes techniques pourraient être délégués.

« [...] je pense qu'on pourrait organiser notre travail différemment. A la rigueur... faire des électros, prendre la tension, la température, je pense que ce n'est pas à nous de prendre la température mais c'est un autre débat [...] » E17

SORTIR DU SOIN POUR DURER

Quatre personnes sur cinq ont dit spontanément qu'elles trouvaient nécessaire de pratiquer une autre activité que la consultation pour continuer le métier.

« [...] ces activités extra cabinet qui moi me sont vraiment une nécessité absolue, parce que sinon je risque de finir complètement zinzin (rires) [...] » E17

« [...] faire que de la consultation... enfin moi je trouverais ça très difficile quoi. Et prendre de la distance, prendre de la hauteur, un peu de perspective sur... ce truc-là, ça permet de comprendre un peu mieux ben les tenants et les aboutissants, de comprendre le sens de ce que l'on fait [...] » E17

« [...] je suis admiratif, une parenthèse, je suis admiratif des collègues qui font que ça. Enfin, cinq jours sur cinq ou même cinq jours sur sept, ou enfin... je ne sais pas comment ils font mais je ne pourrais pas quoi. » E17

« Consulter, consulter, consulter, c'est bien mais, ça peut être, quand même c'est dur quoi. C'est dur. Donc faire autre chose c'est... Oui, faire autre chose c'est excellent. [...] Pour ne pas perdre la foi dans ce métier, il faut ça. Je pense. Il faut ça. » E18

« [...] quand je suis arrivé vers la cinquantaine [...] je me suis rendu compte que je devenais un peu con, ronchon et tout. [...] P4 était maître de stage. J'avais peur, je reconnais. Mais j'ai fait, j'ai franchi le pas, et je regrette pour rien au monde. Je me suis investi dans le syndicat, point. Je suis élu maintenant des URPS. » E20

« On a besoin de... faire autre chose. De s'détacher un peu d'la médecine, des patients, des protocoles, des cas cliniques (rires). A un moment donné sinon je sais pas ce que tu... Tu parles, tu fais que ça quoi ! » E21

« Et puis après je... Voilà j'avais mon bureau, des patients, une patientèle. Trois ans, tu t'dis bon, alors qu'est-ce que je fais maintenant ? (rires) J' reste comme ça ? Moi j'trouvais ça routinier quoi. J'me disais, on doit bien pouvoir faire autre chose ! » E21

L'ACTIVITE DE SOIN

UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE

UNE RELATION DE CONFIANCE ET DE REASSURANCE

La majorité des personnes interrogées a évoqué l'importance de la relation de confiance et la fonction de réassurance du médecin envers ses patients. Le patient peut consulter le médecin parce qu'il est inquiet ou qu'il traverse un moment difficile. Il attend avant tout une personne qui va l'écouter et le rassurer.

« [...] quand le patient appelle, il appelle toujours parce qu'il y a un problème. Il appelle toujours parce qu'il est inquiet. » E16

« Le médecin, quand tu vas voir ton médecin généraliste, tu y vas parce que tu as confiance en lui, tu as confiance dans son diagnostic, tu as confiance dans ce qu'il va te dire. Tu aimes quand il te parle, il te rassure quand tu es inquiet » E16

« Et même si tu dois dire à quelqu'un, "ben écoutez...", ou tu as une arrière-pensée d'un truc embêtant, il faut essayer de pas montrer ton inquiétude à toi, parce que tu es inquiet aussi pour lui. Tu vois, arriver à ménager ça. Enfin bon c'est... » E16

« Moi je suis quelqu'un qui est dans la confiance... Je peux pas ne pas faire confiance à mes patients. » E18

« [...] je suis très content de la confiance que peuvent avoir les patients. De ce que certains peuvent dire notamment dans les moments difficiles, quand ils vont... quand ça ne va pas. Qu'ils viennent et qu'ils viennent parler. Ouais. Ça tu te dis ben finalement t'as ta place. » E20

« [...] je pense que c'est vraiment important qu'il y ait cette confiance. Je pense qu'on ne peut pas soigner sans la confiance. » E20

« [...] j'ai compris qu'ils venaient pour être rassurés. Parce qu'ils avaient besoin d'entendre qu'ils n'avaient rien de grave, qu'on n'allait pas faire grand-chose de spécial, mais qu'ce n'était pas important. » E21

« [...] j'ai compris qu'les... le patient, c'était pas forcément une demande purement scientifique et médicale. Il y avait beaucoup d'gens finalement, qui venaient, parce qu'ils avaient besoin d'venir. » E21

UNE RELATION A L'ECOUTE DES PERSONNES

La majorité des personnes interrogées a parlé plus ou moins directement de relation d'écoute avec leur patient. Les notions d' « écoute active », de « disponibilité » à écouter, de « confident » et de « représentation de médecin à l'écoute » ont été citées.

« On est dans une écoute dite active, où on tâche de répondre aux besoins, à la demande de l'autre quoi. En essayant de bien la cerner et de bien la comprendre, dans toute sa dimension, y compris émotionnelle. » E17

« Je ne suis pas omnipotent, je ne pourrai pas résoudre tous leurs problèmes, mais que je suis prêt à tout écouter. » E18

« On a un rôle de confident et... mais un rôle de soignant, qu'est très important, on a une place maintenant qui est très importante. Pas forcément un repère mais un petit peu ouais. » E20

« [...] d'abord un médecin [...] qui connaît ses patients, qui est à l'écoute » E21

PRISE EN CHARGE GLOBALE

La notion de prise en charge globale a été développée de plusieurs façons : il pouvait s'agir de la capacité du médecin à résoudre au moins partiellement la majorité des problèmes des personnes. La prise en charge globale pouvait également signifier l'intérêt du malade dans son environnement. Les notions de vécu de la maladie, de prise en charge psychologique et de systémique familial ont été évoquées. La prévention du risque concernant tous ces aspects a été également soulignée.

« [...] on est là pour prendre en charge globalement les gens, et on doit, être en capacité, si ce n'est de... de répondre immédiatement aux gens, c'est de leur donner une solution, une ébauche de solution en tous cas, à leur problème. » E18

« [...] on aura agi sur toutes les composantes qui faisaient que on avait... on était dans un état de déséquilibre où les gens étaient pas... pas bien. Et pour moi c'est ça, hein, la prise en charge globale. Voilà, on s'arrête pas au somatique. On s'arrête... On étudie le milieu de vie où sont les gens et on le prend comme il est, et puis on le prend avec ce que les gens en pensent, eux. » E18

« [...] en premier lieu, vraiment, le fait de... d'être un médecin, qui connaît ses patients, et qui... qui va pouvoir gérer, entre guillemets un p'tit peu, toutes les situations. » E21

« J'les arrête pas une fois qu'elles ont un col modifié. J'les arrête un peu avant, c'est mieux. Parce que pour moi... parce que je vois pas juste l'arrêt maladie de maintenant, j'vois une femme enceinte, je vois un bébé prématuré, une hospitalisation en réanimation, quelque chose qui coûte cher ! Mais aussi un traumatisme psychologique et physique pour une mère, un enfant, un père, une famille entière [...] » E21

UTILISANT DES TECHNIQUES COMMUNICATIONNELLES VARIEES

La plupart des personnes interrogées ont dit utiliser des outils de communication pour aborder les patients en consultation. Plusieurs approches ont été citées.

EDUCATION THERAPEUTIQUE

« [...] comment est-ce qu'il se représente sa maladie, quels sont ses projets, au-delà des symptômes et de sa maladie quoi. Et ça c'est quand même, c'est vrai que c'est quand même une relation très particulière quoi. » E17

« Moi ce qui m'a beaucoup marqué, c'est l'éducation thérapeutique. [...] avant de dire aux gens que faut faire comme ci ou comme ça, voyez donc, eux, déjà les représentations qu'ils ont eux. Et vous allez mieux soigner votre patient. » E18

COUNSELLING INTERPERSONNEL

« Alors là c'était un truc particulier, sur le counselling interpersonnel. Une thérapie courte, en fait. [...] En gros c'est la thérapie interpersonnelle, appliquée à la médecine générale. Donc c'est un truc un petit peu plus condensé, qui permet de prendre en charge des patients qui sont... qui dépriment, enfin chez lesquels le diagnostic de syndrome dépressif a été posé. » E17

LE MODELE « PROCESS COMMUNICATION »

« En fait la technique c'est : aller rapidement à l'essentiel en ce qui concerne la compréhension de la psycho du patient. Et d'aller se mettre à son niveau pour communiquer. [...] et la psychologie du patient elle change quand il va pas bien, en fait. Donc connaître ça, c'est mieux gérer, je crois, son patient. » E16

ATTITUDES POSTURALES

« Par exemple, moi j'me suis aperçue, et j'y fais plus attention maintenant, c'est que j'commençais, au fil du temps, quand j'étais pressée, qu'avais du retard, je rentrais dans mon bureau, et avant d'être assise, dans mon siège, je... posais la question au patient, "alors, qu'est-ce qui vous amène ?". Et j'étais pas encore assise. J'étais debout. J'avais même, des fois, à peine fait le tour de mon bureau. Le patient lui, il était pas encore assis ! Il avait pas enlevé son blouson, rien ! Et j'étais en train d'agresser, dès l'démarrage, là, et... Et j'me suis rendue compte que c'était pas quelque chose qu'était forcément très bien. » E21

ACCES AUX SOINS

ACCUEIL DISPONIBILITE

Les concepts d'accueil et de disponibilité du médecin ont été énoncés par la « présence » du médecin dans une « communauté ».

« Pour moi, être... mon métier de médecin, c'est être là. Être là dans ma communauté, et faire signe aux gens que je suis là pour eux. » E18

« [...] je suis prêt à accueillir [...] leur mal-être, leur parole, ce qu'ils ont envie de me dire, et je leur répondrai honnêtement. "Moi, ça je peux le prendre en charge. Ça je peux pas, mais je connais quelqu'un qui va pouvoir vous... sans doute vous aider mieux que moi". » E18

« C'est savoir répondre présent, à toutes les demandes qu'on peut te faire. » E20

GESTION DES RESSOURCES DE SOIN

Plusieurs personnes ont évoqué le devoir du médecin de dispenser les meilleurs soins en se souciant du partage des ressources pour la collectivité.

DEVOIR DU MEDECIN D'ASSURER LES MEILLEURS SOINS

Les ressources pouvaient être de natures financières. Elles pouvaient désigner aussi les données de littérature grise partagée par la communauté professionnelle des soignants.

« On est redevable je pense de quelque chose, ne serait-ce que du denier public, et je pense que la société puisse avoir l'exigence de ses médecins, que ses derniers, leur prodiguent les meilleurs soins possibles. » E17

« Et puis et puis, pour être soignant, faut avoir, quand même, une vision de ce qu'on veut, de ce qu'on veut pour les gens, et ce qu'on veut pour la communauté. On peut plus être médecin tout seul, en disant ben voilà, moi je connais plein de trucs, je fais... voilà, puis je veux faire comme ça avec mes patients. Non. Il y a des références, et des références si elles sont là, elles sont aussi pour... pour la communauté quoi. On... On peut plus se permettre de, de prescrire un tas de trucs, de... en se disant, en se disant... voilà, moi je sais. On fait partie d'une communauté. Pour soigner, il faut être... il faut faire partie d'une communauté de soins. Pour moi c'est extrêmement important. » E18

ACCES EQUITABLE AUX SOINS POUR TOUS

L'équité d'accès aux soins concerne autant la bonne utilisation des ressources de temps du médecin que la juste répartition des coûts de santé au sein de la collectivité.

« [...] t'as le droit encore une fois de... de dire à l'humain qu'est en face de toi "attendez, vous n'allez pas non plus, parce que vous n'êtes pas bien, vous n'allez pas non plus abuser ? Quand vous venez régulièrement, ben vous prenez la place d'autres parce que vous voulez poser un rendez-vous". » E20

« Donc, les patients, ce qu'ils veulent eux, c'est leur petite pomme hein, entre guillemets. C'est... c'est être soigné. Tu vois bien, je veux dire, on l'entend bien souvent, ce n'est pas, "non attendez, ce n'est pas moi qui coûte à la Sécu hein, c'est l'autre. [...] » E20

CONTINUITE DES SOINS

La notion de continuité des soins a été évoquée. Elle est considérée à la fois comme une spécificité de la discipline mais également comme une source de satisfaction pour le médecin.

UNE SPECIFICITE DE LA MEDECINE GENERALE

« Comme ça, en y réfléchissant rapidement, sauf exception, il y a peu d'autres spécialistes qui entretient cette continuité dans les soins avec le patient. » E17

« [...] c'est important j'y pense, de... de garder... de garder ça. De garder... l'esprit justement, ben du médecin d'famille. T'es... t'es pas seulement... T'es quand même le médecin d'tes patients. Quand même. A la base. » E21

UNE SATISFACTION POUR LE MEDECIN GENERALISTE

« [...] cette position privilégiée, où on partage quand même un bout de vie avec nos patients quoi. Et que au-delà de leur maladie, on est amené, enfin on est amené à entendre, hein, donc d'autres choses de leur vie [...] » E17

« On a envie de voir comment les choses cheminent [...] » E18

« Moi je te dis, être là dans le temps pour les gens, c'est ça qui fait le bonheur d'être médecin. Enfin pour moi c'est ça. » E18

« Cet aspect du continuum, quoi. Je suis là si vous voulez que je sois là. Hein. Si vous voulez que je sois là, je serai là pour vous, avec... Vous prendrez ce que vous aurez besoin de... de trouver chez moi, si ça vous aide, tant mieux". » E18

« [...] d'avoir vu naître certains jeunes, enfin beaucoup maintenant, de les voir parents, de voir ceux qu'avaient ton âge, quand t'es arrivé, que tu croisais à la sortie de l'école avec tes enfants, de les voir maintenant grands-parents. Ouais c'est ça, c'est tout le côté humain. » E20

COORDINATION SYNONYME DE TRAVAIL EN EQUIPE

Plusieurs personnes ont rapporté une vision fédérative des compétences de soin à rassembler pour faire équipe autour du patient.

« Je souhaiterais qu'on puisse échanger davantage et partager davantage encore une fois, chacun dans son champ de compétences, en complémentarité, dans l'intérêt du patient. » E17

« [...] c'est le soin, c'est, donc, travailler en équipe hein. Pour moi on ne peut pas être... ne peut pas travailler en équipe parce qu'on n'a pas toutes les compétences et il faut s'aider des autres compétences. Donc travailler en équipe, c'est... C'est être en interaction sans cesse. » E18

« C'est cette notion de travail en équipe, pour moi elle est... elle est majeure. Elle est majeure. » E18

« [...] j'ai des connaissances, à la fois des connaissances théoriques, à la fois des connaissances de terrain, j'ai des... un réseau relationnel, qui me permettent d'appréhender beaucoup de choses qui peuvent répondre à leur mal-être ou à leurs troubles somatiques ou psychologiques. » E18

« C'est le fait de pouvoir discuter entre nous de... de certains cas qui nous inquiètent ou qui nous posent question. » E20

« [...] j'attends de voir un peu l'histoire, dans le fait de, des maisons de santé pluridisciplinaires là, où il... ben essayer de mettre en place, justement, des temps de partage, de cas cliniques, et en fait, faire comme des staffs, quoi. » E20

LE DOSSIER MEDICAL, OUTIL PROFESSIONNEL

Une personne a parlé du dossier médical informatisé comme un outil aidant à répondre aux compétences comme la continuité ou la coordination des soins.

« Il y a des choses quand même. La tenue. Pour moi là... donc je parlais du dossier médical. Mon dossier médical est loin d'être parfait. Mais n'empêche que, je me suis aperçu, depuis qu'on... J'ai un nouveau logiciel, avec le scan' de tous mes courriers, avec... Enfin on a l'impression de pouvoir naviguer dans le logiciel et de... d'aller dans... dans beaucoup de...enfin retrouver des informations rapidement. Je pense que c'est quand même utile au patient. Alors tu vois, ça c'est le genre de trucs que, je pense qu'on peut évaluer, est-ce que le dossier médical peut retrouver les informations. Parce que c'est utile quand même, pour faire la continuité du soin, pour faire la coordination des soins, enfin c'est... Le dossier est quand même, quand on regarde la marguerite des compétences hein, est quand même quelque chose de central pour pouvoir faire l'ensemble de... de ce qu'il y a dans la marguerite. » E18

DEMARCHE REFLEXIVE

Une personne a dit adopter une démarche réflexive dans sa pratique quotidienne. Cette démarche doit se confronter à l'Evidence Based Medecine (EBM).

« Je crois qu'il faut rester dans cette réflexivité quoi. Mais c'est un principe existentiel de mon point de vue, donc c'est pas propre à la médecine je veux dire, tout professionnel et même tout être humain peut se donner la chance de réfléchir à ce qu'il fait, à ce qu'il est [...] » E17

[...] cette réflexivité, cette réflexion sur comment on peut améliorer notre exercice et notre pratique. [...] S'interroger sur le fait de bien faire, en prenant en compte les dernières données de la science [...] » E17

LES DIFFICULTES DU SOIGNANT

LE TEMPS DU SOIN

Le temps et la tenue du rythme des consultations ont été cités comme des éléments de pénibilité par les médecins. Une personne a dit être influencée par son état de fatigue pour la gestion du temps de consultation. Un état de fatigue moindre du médecin conduisait à des consultations plus dirigées et plus rapides.

« [...] je ne suis pas détendu quoi, entre mes consult'. Moi, quand je suis au boulot, c'est que mon boulot quoi. C'est mes patients. Là je vais prendre le temps avec mes patients. » E18

« Le temps c'est stressant. [...] les périodes où j'suis fatiguée, où j'ai plus de mal, j'suis souvent plus en retard. Alors que les périodes où j'suis en forme, où j'ai pas de problème, où... ben là, je... je dirige plus la consultation. Et donc j'suis moins en retard. » E21

LE SOIGNANT, OBSERVATEUR DESŒUVRE

Une personne a dit s'interroger sur ses limites de médecin dans des problématiques de santé qu'elles attribuaient à des phénomènes de société. Les pathologies comme l'obésité ou les addictions ont été citées comme la conséquence d'une défaillance d'éducation des enfants par leurs parents. Ce ne serait pas la place du médecin de rappeler les règles de bon sens concernant l'hygiène de vie des patients.

EXEMPLE DE L'OBESITE CHEZ L'ENFANT

« Moi ce qui me pose question, quand tu vois quelqu'un, un jeune qui est obèse, ou qui est en surcharge importante, c'est comment est-ce qu'on... pourquoi est-ce qu'on en est arrivé là ? [...] comment est-ce qu'on n'a pas su prendre ça en charge ? [...] pourquoi les parents n'ont pas su ou pas pu stopper le phénomène ? » E20

EXEMPLE DE L'ADDICTION AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES ET L'ALCOOLISME DES JEUNES

« [...] les nouvelles technologies qui envahissent chacun, que ce soit internet, que ce soit la télé, que ce soit les téléphones, i-phones, consoles et autres, parce que j'ai vu comme évolution, du coup dans l'évolution de... de la société, c'est de... de voir beaucoup plus les enfants laissés à l'abandon. Entre guillemets. Les parents sont moins à s'occuper de leurs enfants. [...] il te dit que ça fait depuis un an, deux ans, qu'il est tout le temps en train de boire. Je lui dis " Pourquoi ? Tu t'en occupes pas ? T'es plus avec ? " Et ça c'est l'évolution que l'on voit beaucoup. Les parents sortent beaucoup plus, et voilà. Beaucoup plus d'autonomie, donc c'est un truc que je vois par le biais des pathologies... voilà. » E20

DU BON SENS !

« Parce qu'on parle de mission, aussi, tu parles de prévention, d'éducation thérapeutique et tout. Avoue quand même, que, autant ça me gêne pas de le dire et de le redire, mais que c'est quand même un comble que ce soit à nous de dire aux patients : "marchez, bougez, bouffez pas comme des goinfres, buvez pas de l'alcool tous les quatre matins" et tout ça ! Mais attends ! C'est du bon sens ! [...] On me dit "ben attendez vous faites pas votre mission d'éducation thérapeutique, vous leur dites pas de marcher, vous leur dites pas..." Mais putain, c'est quand même pas à nous de dire qu'il faut qu'on marche ! » E20

LE SOIGNANT MALMENE

Les personnes ont exprimé à plusieurs reprises un sentiment de pénibilité voire d'agacement vis-à-vis des différentes institutions (universitaires, civiles et tutélaires) auxquelles elles étaient confrontées.

PENDANT LES ETUDES MEDICALES

Les stages hospitaliers de troisième cycle ont parfois été mal vécus voire contre productifs par les personnes.

« Les gardes, deux gardes par semaine aux urgences de V4, ça déboulait comme c'était pas possible quoi. J'ai même un soir pété les plomb [...] » E16

« [...] j'ai été à V5, en gériatrie. Six mois c'était très difficile. Beaucoup de gardes, très fatigant. Très formateur, mais très fatigant. J'suis ressortie de là... en ayant envie de plus faire rien (rires). J'voulais... j'avais plus envie de travailler. » E21

PAR L'OPINION

Une personne a exprimé le sentiment que la médecine générale était malmenée voire dévalorisée par l'opinion générale. Elle a dit penser que cela pouvait provenir d'une conception hospitalo-centrée des soins.

« Après, alors je ne veux pas être décourageant mais je trouve qu'un médecin est extrêmement malmené quand même quoi. Moi il me semble, hein. Par l'opinion générale. C'est-à-dire que dès qu'il y a un truc qui va pas, on tape un peu sur les médecins généralistes [...] » E17

« Et dont il faudrait d'ailleurs, je fais une parenthèse, sortir de l'hospitalo-centrisme. Enfin c'est insupportable, je veux dire. A l'hôpital ils ne soignent pas grand monde, et on parle que de l'hôpital [...] » E17

« Je veux dire, sortir de la tête de gens que... enfin, je sais pas mais je me fais peut-être des idées mais si on posait la question aux gens, c'est voilà, dans le système de soins, enfin c'est quoi l'acteur le plus important pour vous ? Je suis pas sûr que... alors que mettrais facilement mon billet, que l'hôpital viendrait quasiment... enfin je suis pas sûr que nous on viendrait en premier quoi. » E17

LE SOIN ET LES TUTELLES

Les objectifs et les contrôles établis par l'assurance maladie ont été cités comme mal perçus par plusieurs personnes pour plusieurs motifs : pour certaines, ils pouvaient être accusés d'être dénués de sens. Pour d'autres, ils pouvaient induire des conflits d'intérêt négatifs pour les patients. Une personne a dit utiliser comme argument la surveillance des tutelles pour justifier le refus de prescription d'arrêt de travail.

« [...] je n'aime pas quand on a des chiffres... qui ne prennent pas compte de tout le contexte quoi. Parce qu'ils [...] sont souvent dénués de sens. » E18

« T'as le droit de dire à l'autre hein "mais je ne suis pas d'accord". Non on n'est pas... Puis on est... En plus on a quand même les caisses, nos tutelles qui sont... qui nous serrent un petit peu la vis et qui nous surveillent ! » E20

« [...] qu'on m'surveille, qu'on m'donne des statistiques sur ma pratique, qu'on m'donne des indicateurs de mes suivis de patients, [...] qu'on mette en doute ma capacité à juger l'état d'un patient. Ouais, c'est désagréable (rires). » E21

« "Est-ce que, docteur, vous êtes prêt à améliorer vos indicateurs de ... suivi d'santé d'vos patients ?" Je ne pense pas être prête à améliorer mes indicateurs. J'suis prête à améliorer le suivi d'mes patients, oui. Mais pas mes indicateurs (rires). » E21

LES SOINS PEAU DE CHAGRIN

Deux personnes ont dit spontanément s'interroger sur les délégations de tâche. Elles ont dit percevoir une menace pour les intérêts des médecins généralistes.

« Après, le sentiment que j'ai actuellement, c'est qu'on a l'impression qu'on veut retirer certaines compétences du médecin généraliste et les déléguer à d'autres personnes. Et au final, qu'est-ce qui va nous rester ? » E17

« Eux ils nous disent "attention, l'État n'attend qu'une chose. Arrêtez de dire que vous êtes en burnout, et que vous êtes dépassés. Parce que, qu'est-ce qui se passe : vous ne pouvez pas faire ça ? Et ben on fait une délégation de tâches. » E20

« Que neuf ans ou dix années passées sur les bancs de la fac, ça se traduise pas par... par que dalle et des vaches maigres, dans cinq ans ou dans dix ans. Parce que tout cette délégation de tâches, ça c'est pour vous que ça va être terrible. » E20

« [...] la télémedecine par exemple, quand P10. là, à côté de V7., voulait mettre en place le pharmacien, son fameux truc, où le patient pouvait venir à la pharmacie, il se faisait examiner le tympan, t'avais un médecin à V8 [...] qui regardait le tympan, qui regardait la gorge, qui disait "ben oui c'est ça, ça et ça, vous lui donnez ça". Pour seulement quatorze euros. » E20

ENSEIGNEMENT

LES MOTIVATIONS

Parmi les motivations qui poussaient à s'investir dans l'enseignement, on retrouvait les influences de pairs et des motivations personnelles.

INFLUENCE DES PAIRS INVESTIS AU SEIN DES DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE

Pour deux personnes, la maîtrise de stage auprès de pairs actifs au sein du département de médecine générale a été déterminante pour s'investir ensuite dans l'enseignement.

« [...] il est pas la tête dans le guidon, sur son écran, enfin sur son écran d'ordinateur, et les doigts clampés sur le clavier quoi. Je veux dire qu'il a un regard plus large, quoi, sur l'exercice, et puis même sur la vie en général donc. Ouais, c'est quelqu'un qui est relativement fort ouais, intellectuellement. Voire même spirituellement (rires) » E17

« Mon maître de stage, où j'ai fait trente demi-journées en médecine générale, était à la fac, donnait des cours à la fac et me parlait de la fac. Et... il me disait : "de toute façon, il faudra que tu sois maître de stage". [...] bon, donc c'était dans un coin de ma tête. » E18

Et je me rappelle, je crois que c'était en juin, en juin 1997, il m'appelle, il me dit "viens, il y a une réunion importante pour la fac". "Ah bon". Et j'y vais, je savais absolument pas de quoi il s'agissait. Je lui dit "mais c'est quoi ?" [...] Je fais confiance à P4 Et je rentre dans cette équipe du collège des généralistes enseignants.[...] » E18

« Donc je rentre vite au DMG, pour faire... pour faire des cours. Des cours dès le départ. Bon. (rires) Voilà, je me disais "est-ce que je suis à la hauteur ?". Alors, aucune formation à encadrer des internes. Alors heureusement, ils te mettaient pas tout seul, ils t'accompagnaient quand même... » E18

INFLUENCE DES PAIRS DEJA INVESTIS DANS LA MAITRISE DE STAGE

Pour deux autres personnes, le contact avec des maîtres de stage au sein de leur cabinet de groupe a conduit à leur investissement dans la maîtrise de stage.

« Parce que mon associé était maître de stage. A V3. il fallait trois ans pour le faire. Il m'a toujours dit que c'était génial. Dès que j'ai eu mes trois ans d'installation, je me suis inscrit. » E16

« P4 était maître de stage. J'avais peur, je reconnais. Mais j'ai fait, j'ai franchi le pas, et je regrette pour rien au monde. » E20

MOTIVATIONS PERSONNELLES

On a pu également noter des motivations plus personnelles.

FAIRE AUTRE CHOSE

La volonté de s'émanciper de la seule activité de consultation a été pointée comme une motivation à s'investir dans la pédagogie.

« [...] c'est le fait de pouvoir faire d'autres choses et puis notamment ben de la pédagogie, enfin moi je trouve ça plutôt intéressant. Ça permet de rencontrer d'autres personnes. » E17

« [...] j'avais mon bureau, des patients, une patientèle. Trois ans, tu t'dis bon, alors qu'est-ce que je fais maintenant ? (rires) J' reste comme ça ? Moi j'trouvais ça routinier quoi. J'me disais, on doit bien pouvoir faire autre chose ! » E21

RETROUVER LE COMPAGNONNAGE DES ETUDES DE MEDECINE

Une personne a dit s'être investie dans la formation des étudiants car elle ne pouvait concevoir l'activité médicale sans enseignement. Pour cette personne, les médecins ont été éduqués à l'enseignement pendant la formation médicale initiale.

« [...] une fois que t'as trouvé ta voie, que t'es installé, que t'es bien dans tes baskets, et ben, tu peux reprendre où tu en étais au départ. C'est-à-dire, tu reprends ta place de... d'enseignant. » E21

« [...] être médecin c'est toujours être en train d'apprendre, et apprendre aux autres. Parce que quand t'es étudiant en médecine, tu apprends de celui qui est devant toi, et tu apprends à celui qui est en-dessous toi. Et... ça m'paraissait essentiel, de continuer ça. » E21

« Je comprends pas, comment on peut être médecin et ne pas enseigner, et ne pas être formateur en tous cas. Parce que... parce que on est formé à ça. C'est-à-dire que moi, pour moi j'ai fait des études de médecine, et t'as été formé à apprendre aux autres dès le début ! » E21

« A montrer à ton collègue "ah ben oui... t'as pas vu le scanner machin, tu vois là c'est comme ça... Parce que toi tu l'sais ! Ben, tu l'apprends à celui qu'est dans l'année d'en dessous toi !". Tu lui dis "ben tiens, regarde, c'est intéressant ça". D'ailleurs t'es content d'lui montrer, t'es content d'montrer qu'tu sais ! (rires) » E21

RESSOURCES PEDAGOGIQUES ET STRUCTURATION DE L'ENSEIGNEMENT

On a pu relever plusieurs éléments explicitant la structuration de l'enseignement autour de plusieurs ressources.

APPORT DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

La formation médicale continue a été une ressource pour se former à la pédagogie.

« [...] je me suis formé à MG Form, parce que, à MG Form on peut... J'étais formé à l'animation, à l'organisation puis à l'expertise. Mais en même temps ça forme pas à tout, à toute la pédagogie. » E17

« Et P3 trouve que mon approche, sans doute, lui plaît bien, et elle me dit "mais dis donc, toi il faut que tu ailles à MG Form te former pour être animateur. [...] Et donc j'apprends à être animateur de... de formation pour mes pairs, enfin la FMC hein, qui s'appelle la DPC maintenant [...]. Donc je prends... je fais des formations pour être animateur. Et puis, ben ces formations me servent ici, me servent au niveau du collège. » E18

LES FORMATIONS A LA MAITRISE DE STAGE

COMMISSION DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Une personne s'est investie dans la commission des enseignants généralistes. Cette commission a pour objectif d'organiser des formations aux maîtres de stages enseignants. Dans cet exemple, la commission s'est progressivement autonomisée du département de médecine générale.

« [...] je suis référent formation du CEGLA. Donc je suis censé être [...] celui qui est l'organisateur de, comment on prend, on aide un interne à progresser au cours d'un stage chez le prat' ou SASPAS. Donc forcément, j'ai été animateur, j'ai été organisateur de ces formations. Supervision directe, supervision indirecte, supervision d'un externe, le SASPAS, enfin bon, plein de trucs comme ça... à l'époque le tuteur, enfin bon bref. » E18

« Donc cette formation-là, après, je l'ai développé plusieurs années au niveau du collège des généralistes enseignants. » E18

« Donc je reste référent formation et il y a quelqu'un d'autre, C.V qui vient m'aider au niveau du... du collège des généralistes enseignants. Parce que le DMG, maintenant, dit, enfin, nous a délégué la formation des maîtres de stage. » E18

CONNEXION DES COMMISSIONS D'ENSEIGNANT AVEC LE CNGE

Cette même personne a évoqué la ramification progressive du CNGE pour élaborer et coordonner les programmes de formation au sein des unités locales d'enseignement.

« Nos formations, on n'a plus... On n'a plus à les concevoir maintenant, c'est le... le collège national des généralistes enseignants, le CNGE formation, qui a conçu les projets, qui les développe, et qui nous demande de les organiser. Donc on n'a plus du tout... Et l'expertise est assurée par des experts nationaux, donc on n'a plus qu'à organiser, trouver une autre équipe d'animateurs et voilà, faire la publicité, auprès de nos maîtres de stage, de ces formations. » E18

DU DE PEDAGOGIE

Deux personnes ont préparé un diplôme de pédagogie pour s'investir dans l'enseignement.

« Il y a un DU de pédagogie médicale sur l'inter région [...] Et c'est P1 qui m'avait recontacté pour me dire "tiens, cette année-là, on le refait, est-ce que tu es toujours intéressé ?". » E17

« [...] j'ai fait pas mal de cours, à un moment, au niveau du DMG. J'ai voulu passer le DU de pédagogie mais, à l'époque j'ai été dans le surbookage donc j'ai été aux cours mais j'ai jamais passé... passé le diplôme. » E18

INSPIRATIONS CANADIENNES

Les témoignages de deux personnes évoquent l'influence canadienne pour le développement pédagogique au sein de deux départements différents de médecine générale.

« Il va régulièrement, enfin, au Québec, les Québécois sont des référents en terme de pédagogie. » E17

« J'avais été à une formation, pour la maîtrise de stage, où il y avait un monsieur qu'était canadien, et qui disait que... c'était très intéressant au Canada, c'était que ils avaient la possibilité de filmer les consultations ou de... d'avoir des glaces sans tain. Et notamment pour voir leurs étudiants consulter. Et qu'il y avait une des façons les plus intéressantes de s'former, parce que la... C'est vraiment intéressant c'est d'en voir. » E21

LA MAITRISE DE STAGE

Parmi les personnes interrogées les investissements dans l'enseignement l'ont surtout été dans le cadre de la maîtrise de stage.

AU DEPART LA CRAINTE D'ETRE JUGE

L'investissement dans la maîtrise de stage a parfois été source d'hésitation. La peur de ne pas être à la hauteur, ou d'être jugé, était un écueil pour recevoir des étudiants.

« Mais j'avais peur de pas être à la hauteur aussi. Médecin généraliste... au bout de trois ans, on cerne pas tout encore. » E18

« Probablement, en étant honnête... probablement la peur d'être jugé [...] En se disant, mon savoir, ben je le remets pas assez en cause même si je vais à la FMC tous les mois, même si j'essaie de lire de temps en temps, je dois pas être au top, je vais être nul ! » E20

« Moi j'avais peur d'être tout le temps remis, réinterrogé, voilà que ça allait me bouffer et que ça allait me faire douter ! Et que j'allais pas avoir le temps ! Pas avoir le temps... forcément de répondre, que j'allais pas être forcément performant, et que j'allais être insatisfait, et qu'elle pouvait être... elle ou il pouvait être insatisfait. » E20

« Alors... J pense que... Il y a beaucoup de médecins, de jeunes médecins, qui ont peur... de... d'être jugés, sur leurs pratiques médicales. [...] et qu'ils se disent "est-ce que je suis à la hauteur, de ce qu'on m'demande ?" » E21

UNE INTERACTION BENEFIQUE POUR L'ENSEIGNANT

Les maîtres de stage ont tous ressenti une interaction bénéfique avec leurs étudiants, et cela à plusieurs niveaux.

REMISES EN QUESTION

Recevoir un étudiant favorisait la remise en question des pratiques.

« C'est aussi la possibilité d'avoir un regard différent sur ce que l'on fait finalement. Un regard différent et le regard d'autres personnes aussi. C'est... Mais bon je pense que c'est... ben c'est intéressant en ça quoi. » E17

« Ouais, puis, c'est stimulant quoi, quand même. C'est-à-dire qu'ils... ils me remettent en question ! J'ai vu changer des prises en charge de patients, ponctuellement hein, sur une consult' [...] » E18

« [...] les internes des fois, m'ont fait modifier des choses. Et je pense pour une meilleure prise en... ou des choses que j'ai oubliées. » E18

« [...] ou ça te remet en cause ou "ben tu sais maintenant, on fait ça, ça s'appelle ça...". "Ah bon c'est quoi... ah ouais !" » E20

RESTER A LA PAGE

Deux personnes ont dit penser que les étudiants pouvaient leur apporter une réactualisation des connaissances.

« [...] le fait de prendre des internes, ils vont... Les choses nouvelles, ils vont me les apprendre". » E18

« [...] mes internes, c'est un indicateur. Tant qu'ils ne font pas trop de remarques sur ma pratique, c'est probablement, c'est encore à peu près en accord avec les données de la science. » E18

« Plus ça va plus j'trouve qu'ils sont bons quoi. Mais j'me dis ouhlala, c'est super pour nous ! Parce qu'ils nous apportent... les nouveautés ! » E21

PLAISIR D'ÉCHANGER

Le simple plaisir d'échanger avec son interne était apprécié par les maîtres de stage.

« Moi je suis vraiment dans ce partage-là, le partage des connaissances, le partage des compétences, [...]. Plein d'enrichissements, un enrichissement qui est partagé de toute façon hein. » E17

« [...] de temps en temps, il va y avoir, un échange ou une idée, quelque chose qui va ressortir, une façon de faire. "Ben moi je ferais plutôt ça" » E20

« [...] pouvoir discuter, tout simplement, de dire "oh ben tiens, moi j'aurais fait comme ci", "oh ben non moi j'aurais fait différemment". Voilà. L'échange. Le fait d'avoir un échange... c'est... c'est important. » E21

SORTIR DU COLLOQUE SINGULIER

Une personne a dit que le fait de recevoir un étudiant était une manière appréciable de rompre le colloque singulier avec ses patients.

« D'être à trois, je trouve que parfois... ça fait du bien quoi. Et donc ça sort de ce colloque singulier [...] » E17

« On est dans une relation duelle c'est quand même pas... enfin... je veux dire... c'est pas naturel. Hein, et des fois on a besoin aussi de se sentir écouté, de se sentir... Et, parce que ça rompt un peu cette dimension-là, je trouve que c'est vraiment intéressant. » E17

LES ENSEIGNEMENTS

Différents messages étaient passés aux étudiants au sein de la maîtrise de stage.

ENSEIGNER LA RELATION MEDECIN MALADE

La plupart des personnes transmettaient des connaissances relatives à l'interaction médecin malade.

COMPRENDRE LA DEMANDE DU PATIENT

La compréhension de la demande du patient était un premier élément d'apprentissage.

« [...] je dis ça aux internes, je leur dis toujours, quand un patient... Et ça je l'ai appris de mon... je l'ai appris de mon actuel associé si tu veux, quand j'étais interne. Il m'avait fait cette réflexion-là et moi, j'ai toujours gardé ça un petit peu en leitmotiv, c'est que quand le patient appelle, il appelle toujours parce qu'il y a un problème. Il appelle toujours parce qu'il est inquiet. » E16

« Puis après c'est... c'est toi dans ton expérience... moi dans mon expérience de dire, "ben attends... non là c'est pas ça. Écoute, là c'était pas ça. Voilà la demande c'était pas ça, fais attention". » E20

COMMUNIQUER

Des techniques de communication étaient également présentées. Elles concernaient tant la compréhension de la psychologie du patient, que des aspects liés au langage verbal et non verbal.

[...] et je lui ai parlé des techniques de communication comme les Process com' [...] » E16

« [...] quand tes patients te trouvent agréables, tu peux leur dire des choses. [...] aller se mettre en phase avec la psychologie du patient, et la psychologie du patient elle change quand il va pas bien, en fait. Donc connaître ça, c'est mieux gérer, je crois, son patient. » E16

« Il y a un point central dans son étude... Pour les femmes, c'était pas le fait d'être à poil dans le médecin... devant le médecin, qui posait problème. C'était... préserver une intimité, au moment de se déshabiller et se rhabiller [...] j'ai vu mes internes, non, qui restaient à côté, à regarder comme ça... Je leur disais "c'est pas moi là, c'est l'étude qui l'a dit". » E18

« En devenant maître de stage que j'me suis posée ce genre de questions. [...] Et, en voyant les autres... d'abord en acceptant qu'il y ait quelqu'un d'autre qui m'regarde, et ensuite en regardant quelqu'un consulter [...] J'ai compris qu'effectivement, il y avait vraiment beaucoup d'attitudes différentes, et qu'ça voulait dire quelque chose. [...] Si c'que tu dégages, ne convient pas au patient (rires), ça va pas forcément bien s'passer après hein. » E21

TRANSMETTRE DES CONNAISSANCES PRATIQUES

Certains disaient avoir transmis à leurs étudiants des connaissances pratiques, qu'elles aient été cliniques (exemple d'un examen clinique de l'épaule) ou de l'ordre des expériences ou « astuces ».

« [...] puis après, l'expérience partagée c'est le... par exemple, tu vois le... de refaire le testing des épaules ! Sur toutes les coiffes, ruptures de coiffes. Ça va être ça, ça va être... je sais pas... des examens, je sais pas. Je veux dire, c'est un échange permanent entre les gens. » E20

« [...] essayer d'apporter ce que... ce que j'ai appris depuis le début de mes études de médecine, de... des petites choses, pas forcément des choses super importantes mais qui t'aident bien tous les jours (rires). » E21

LA GESTION DU TEMPS DE CONSULTATION

Deux personnes rapportaient la difficulté de leurs étudiants à mener un examen clinique dans un temps limité. Elles disaient avoir un rôle à jouer dans l'apprentissage de la hiérarchisation des actions et du suivi des patients dans le temps.

« Et on parlait [...] de la difficulté justement d'arriver à faire tenir le quart d'heure d'examen. [...] Et lui il disait "mais, moi je leur dis tout le temps [...] que un examen doit être incomplètement complet. Ça m'a plu. » E20

« Ils connaissent tous les protocoles, tous les, tous les... tous les interrogatoires de classification, ils sont impressionnants quoi. [...] T'en fais un p'tit bout là, et puis un autre bout à un autre moment. Et puis encore un autre bout plus tard". Le... la formation c'est ça en fait. C'est... c'est pas pas vouloir tout... c'est pas, j'te lâche tout et puis après, débrouille-toi quoi. » E21

DETERMINANTS DE LA DECISION MEDICALE ET EBM

Une personne a dit appeler ses étudiants à réfléchir sur les déterminants de leurs décisions médicales et encourager ces derniers à suivre une démarche basée sur les preuves.

« [...] au cours d'un travail de supervision avec mon interne [...] Je lui ai posé la question de savoir quels étaient les déterminants de sa décision. » E17

« [...] je pense que on peut tout justifier, hein, en se référant, tu sais, à la démarche d'evidence based médecine, mais faut pas trop justifier sur les croyances populaires (rires). » E17

REFLEXIVITE DE LA PRATIQUE

Cette même personne a dit essayer de faire passer à ses étudiants l'importance de la remise en question dans leur pratique quotidienne.

« C'est l'occasion de réfléchir sur ce que l'on fait, sur comment on le fait. » E17

« [...] le message principal que j'essaie de faire passer aux internes que j'accueille, c'est... c'est de se poser des questions quoi. Hein, c'est ce que tu fais... est-ce que tu le fais bien, d'une, est-ce que tu as raison de continuer à faire comme ça quoi. » E17

LES LIMITES DE L'ENSEIGNEMENT

QU'EST-CE QU'ON APPORTE ?

Deux personnes ont dit s'interroger sur le bénéfice de leur enseignement aux internes dans le cadre de la maîtrise de stage.

« Même si j'espère toujours, c'est ce que je dis à mes internes, "j'espérais bien qu'à la fin de ton semestre, que tu en auras appris davantage que je n'en aurais appris ! (rires) Sinon il faut qu'on change les rôles ! (rires) Et je retourne à la fac". » E17

« Ça continue de m'apporter, j'espère que je leur apporte... [...] je sais que c'est pas suffisant. Et puis que surtout, je suis en décalage par rapport à ce que je sais ce qui faudrait faire. » E18

« [...] je suis loin de donner au niveau de la supervision ce que je devrais donner à mes internes. » E18

TROUVER DU TEMPS

Une personne a dit qu'elle estimait ne pas prendre assez de temps pour ses internes. Elle attribuait cela à une difficulté à répartir le temps entre patients et étudiants.

« J'essaie de parler un peu à mes internes, quand même, de... des fois, de, le soir de prendre un peu du temps ensemble pour... voilà. Mais les journées finissant tard, c'est pas... voilà. Et je suis fatigué et l'interne est fatigué. » E18

« C'est-à-dire que, comme je t'ai dit, je suis à fond dans le boulot, je suis à fond dans mes... pour mes patients, et... j'arrive pas à trouver... à parler à mes collaborateurs. Donc j'essaie de ne pas... J'essaie de parler un peu à mes internes, quand même, de... des fois, de, le soir de prendre un peu du temps ensemble pour... voilà. Mais les journées finissant tard, c'est pas... voilà. Et je suis fatigué et l'interne est fatigué. » E18

ENSEIGNEMENT THEORIQUE

Une personne seulement a dit s'être investie dans l'enseignement théorique au sein du département de médecine générale.

« Donc je fais encore des choses à la fac, je fais, entre autres, l'évaluation des étudiants, je fais les GIR, bon, quelques séminaires de temps en temps, là cette année je vais faire le séminaire ado. Enfin le séminaire. Le cours de DES ado, et la gériatrie. » E18

RECHERCHE

LES PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE, C'EST L'AVENIR

Une personne a dit penser que la recherche en médecine générale était l'avenir de la santé pour un accès aux soins pour tous. Selon elle, les résultats de la recherche spécialisée ne s'adresseront à l'avenir qu'aux personnes qui pourront payer.

LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE, C'EST L'AVENIR DE LA SANTE

« Voilà, l'avenir de la santé dans notre pays, c'est la recherche en médecine générale. » E18

« Et pourtant je crois que c'est l'avenir de la santé. Pas l'avenir de notre métier ! C'est l'avenir de la santé communautaire. » E18

LA RECHERCHE SPECIALISEE EST UNE IMPASSE POUR L'ACCES AUX SOINS

« [...] l'avenir de la médecine, c'est la recherche en médecine générale. Ça moi j'en suis persuadé. Parce que si on continue à que faire de la recherche spécialisée, on va, on va... aller vers cette médecine à deux vitesses où... à laquelle on tend depuis longtemps ! » E18

POUR UNE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES

LES RECOMMANDATIONS NON ADAPTEES A LA PRATIQUE GENERALISTE

Les recommandations ont été perçues comme des supports parfois difficiles à faire entrer dans le cadre des pratiques de médecine générale.

« Quand on prend l'ensemble des conférences de consensus HAS, il y en a très peu qui sont spécifiques à la médecine générale. Alors des fois, s'approprier la théorie c'est compliqué mais en plus c'est rapport à l'exercice de ville, l'exercice libéral généraliste, puis c'est... Parfois ça tient vraiment au parcours des... au parcours des combattants. » E17

« Le terme de reco', c'est quand même quelque chose que tout le monde a entendu. Que ça t'hérisse le poil, moi le premier, parce que les reco' c'est pas Sainte reco', mais, voilà ! Maintenant, c'est quand même un support. » E20

UNE RECHERCHE DANS LA « VRAIE VIE » POUR DES RESULTATS APPLICABLES EN SOINS PRIMAIRES

La recherche en médecine générale s'adresserait aux problématiques de consultations ambulatoires et les résultats seraient donc plus applicables. Une personne est volontaire pour favoriser les travaux de recherche au sein même des cabinets de médecine générale.

« [...] on est dans la vraie vie quoi. C'est-à-dire qu'on découvre [...] des contradictions avec les études d'avant parce que c'est la vraie vie ! C'est la vraie vie ! C'est normal qu'on découvre ça. Mais en plus, ces études-là s'attachent à bien autre chose que... que le somatique ! Et des choses qui sont applicables en pratique ! » E18

« Alors la recherche... Les cabinets médicaux servent à faire d'la recherche, parce qu'à l'hôpital, on va pouvoir faire que d'la recherche sur des gens hospitalisés. Donc si on veut faire d'la recherche sur des patients qui sont chez eux, qui sont en ville, qui sont à la campagne, qui voilà, et ben il faut faire d'la recherche dans les cabinets. » E21

« [...] les jeunes médecins, et les internes puisque eux, ils sont en formation et qu'ils doivent effectivement amener un temps de recherche dans leur formation, faire de la recherche... voilà, on a des cabinets, on a des salles d'attentes, on a des patients, et ben, c'est le lieu rêvé pour faire ça ! Donc on est l'terrain ! Moi j'me dis, on est l'terrain pour le faire, et nos patients seront pas contre, au contraire, ils sont sympathiques, ils se prêtent... Moi depuis que je suis maître de stage et que j'ai des externes et des internes, on en a plusieurs qu'ont fait déjà, d'une part leur thèse, donc ont mis des questionnaires en salle d'attente ou qu'ont fait des mémoires ou qui... voilà, qui font des recherches pour le département de médecine générale. » E21

VALORISER LA DISCIPLINE

Une personne a plaidé pour une valorisation de la discipline par la recherche.

« Et la recherche participera à plein de choses, mais entre autres justement à la... à la revalorisation [...] Je ne sais pas si on ne devrait pas dire valorisation, parce que je ne sais pas si un jour la médecine générale a été authentiquement valorisée [...] » E17

« [...] la reconnaissance de la juste place... qui de mon point de vue ne serait pas, n'est pas des moindres hein. Justement, dans le système de soins français quoi. » E17

LES THESES D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE, UN BON DEBUT

Deux personnes ont dit être intéressées par les données publiées dans les thèses de médecine générale pour la pratique quotidienne.

« Mais les thèses d'exercice qui [...] sont proposés aux départements de médecine générale [...] on est vraiment quand même dans la production de données, sur l'exercice quotidien de... du médecin généraliste. » E17

« Et donc, quand tu disais que la recherche peut être intéressante, et pas forcément des recherches de grande, grande envergure ! Enfin, moi les recherches que font les internes parfois, quand je te cite cet exemple-là, ils peuvent modifier ma pratique. Et ils peuvent modifier la pratique de tous les médecins généralistes de la France ! » E18

STRUCTURER LA RECHERCHE

Parmi les personnes interrogées, une seule personne a développé spontanément un discours sur une vision possible de la recherche en médecine générale. Cette personne est en contact direct avec des personnes s'investissant au sein du département de médecine générale. L'argumentaire est présenté ci-dessous.

DEFINIR UN CHAMP D'INVESTIGATION

UNE RECHERCHE DESCRIPTIVE

La recherche peut être descriptive des pratiques en médecine générale. L'observatoire de médecine générale (OMG) dirigé par la SFMG avait cette vocation.

« Et je pense que demain, petit à petit, pierre par pierre, on arrivera à montrer vraiment ce qu'on fait [...] » E17

« [...] voilà, c'est montrer ce qu'on sait faire quoi. » E17

« Et évidemment ben la recherche pour... pour savoir vraiment ce que l'on fait. [...] depuis que l'observatoire de médecine générale est fermé, on sait plus ce qu'on fait. [...] C'est dommage quoi. Et pour moi, donc c'est un fondamental quoi. » E17

UNE RECHERCHE EVALUATIVE

La recherche peut avoir vocation à évaluer les résultats de notre pratique. Ses résultats pourraient donner des pistes d'amélioration des pratiques.

« Et pour montrer ce qu'on sait faire, ben il faut produire des données. Il faut faire de l'évaluation et ça passe par des travaux de recherches hein, me semble-t-il. » E17

« Savoir, enfin savoir ce que... Ouais, évaluer notre pratique, donc c'est savoir ce que l'on fait mais est-ce qu'on le fait bien ? Hein, et puis... et puis donc pour mieux faire demain quoi. » E17

[...] Et savoir si ce que l'on fait, on le fait bien, et comment éventuellement on pourrait mieux faire [...] » E17

UNE RECHERCHE AXEE SUR LES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE

Le champ de la recherche en médecine générale pourrait se borner aux prérogatives du médecin généraliste définies par son champ de compétences.

« Ben ouais, je veux dire ça... Enfin ça se calquerait sur les, sur les compétences du médecin généraliste de toute façon donc... Ben c'est le soin dans ses différentes composantes. C'est le soin, soin, la coordination, enfin le... la santé publique, enfin il y a... enfin il y a plein de trucs quoi. » E17

UNE RECHERCHE A DEVELOPPER DANS LE HIATUS ENTRE DONNEES VALIDEES ET PRATIQUE

La recherche en médecine générale s'insinue dans le décalage entre les supports existants et la pratique quotidienne.

« [...] avec l'idée de... de faire des choses, qui seraient avant tout et surtout quand même sur les données validées de la science, avec... en prenant compte, enfin c'est des hiatus toujours entre la théorie et la pratique, et c'est là où la recherche est importante. » E17

DES PERSONNES FORMEES A LA RECHERCHE

« Ouais ! Ben oui, je pense. Je pense parce que justement, dans les DMG, enfin travaillent dans les DMG des gens qui sont formés et qui ont des compétences dans la recherche. [...] il faut faire les choses de manière rigoureuse, que ce soit scientifiquement validé. » E17

LES FREINS A LA RECHERCHE

Les réactions les plus nombreuses se sont portées sur les freins ou les réticences liées à une activité de recherche en médecine générale.

DES MEDECINS NON CONVAINCUS PAR L'INTERET DE LA RECHERCHE

Deux personnes ont dit s'interroger sur l'utilité d'une recherche en médecine générale. Ces personnes sont maîtresses de stage mais n'ont pas de contact rapproché avec les départements de médecine générale.

L'OBLIGATION D'UNE ACTIVITE DE RECHERCHE POUR OCCUPER UNE CHAIRE UNIVERSITAIRE

La vision de la recherche qui a été développée est celle d'une obligation académique. Son intérêt pour la discipline n'est pas évident. L'occupation d'une place à l'université est vue comme un rapport de pouvoir entre les différentes spécialités et les publications de recherche seraient utiles à maintenir ce rapport de pouvoir.

« Tout ça, j'ai l'impression que... Enfin mon sentiment, c'est un sentiment... (Rires) c'est un sentiment que tout ça a été inventé de toutes pièces pour... comment dire, valider l'existence des départements de médecine générale et de valider leur présence au sein de l'université pour avoir des chaires de médecine générale. Et que pour avoir une chaire de médecine générale, il faut des internes, il faut des chefs de clinique, il faut tout ça ! Et que faut bien occuper tout ce monde-là et que finalement, comme il y a pas de place dans les services hospitalo-universitaires, ben voilà. » E16

« Alors... qu'est-ce que la recherche pour moi... évoque en médecine générale ? J'en sais rien ! » E20

« Là, je pense qu'ils sont obligés de faire ça, parce qu'à partir du moment où tu rentres, t'es reconnu comme une spécialité et, que tu rentres à l'université à ce titre-là, t'es obligé d'avoir des titres, de faire état de recherches, de publications. De recherches il y a que ça que tu peux faire ! Donc voilà ! C'est une façon pour eux de montrer qu'ils existent, et après d'avoir un certain pouvoir au niveau des doyens [...] » E20

JE NE VOIS PAS CE QU'ON VA APPRENDRE DE PLUS

Une personne s'est interrogée sur l'apport de la recherche en médecine générale en comparaison des études déjà publiées pour les autres spécialités.

« Écoute je sais pas trop... Je sais pas trop. Je m'interroge. Je m'interroge quand je lis les revues comme Exercer, là, qu'on nous... auxquelles on nous demande de nous abonner, et cætera, c'est... C'est un peu imbuvable à lire, je suis pas sûr que ça corresponde vraiment à notre pratique. Je suis partagé en fait. Alors j'entends l'argument, l'argument qui est celui... de dire que les populations étudiées, dans le cadre de la médecine générale, sont pas les mêmes, que celles étudiées dans les grandes études hospitalières, hospitalo-universitaires, et que du coup, forcément.... Donc forcément, voilà. Mais est-ce que... Écoute, je sais pas. J'avoue que je sais pas ce qu'on va apprendre de plus. » E16

IL Y A LES CHERCHEURS ET LES AUTRES

Une personne a présenté une vision dichotomique des activités de recherche et de soin.

« Je pense que c'est une sorte de format de la... c'est le format de la médecine française quoi. C'est... Il y a ceux qui sont au contact des patients, et puis, puis ceux qui font de la recherche. Ceux qui étudient. Bon, voilà. On a besoin des deux hein. On a besoin des deux. Alors après, en médecine générale, je sais pas. » E16

UNE COMMUNICATION INSUFFISANTE SUR LES RETOURS DE LA RECHERCHE

Les trois personnes non investies directement au département de médecine générale ont dit manquer de communication de la part des départements concernant les activités ou les résultats de recherche.

« [...] je pense que peut-être que c'est le département qui communique pas très bien, auprès des... Et pourtant on est des maîtres de stage, donc on est les premiers... Il y a peut-être plein d'autres médecins généralistes qui sont pas maîtres de stage, hein, quand même un peu impliqués, même si c'est pas beaucoup dans le département. J'ai l'impression qu'ils font leur truc dans leur coin et qu'on n'est pas au courant de ce qu'ils font. » E16

« [...] ils font des recherches, les professeurs de médecine générale, sur quoi ? » E20

« Ce que l'on a moyennement apprécié certaines fois, c'est que on nous dise pas de quoi ça retourne. J'ai dit "ben attendez ! Le moins qu'on puisse faire, c'est au moins qu'on nous explique !". Des fois on... on a eu des externes qui devaient remplir une étude, un questionnaire sans nous en parler. Bon. C'est un peu particulier quand même ! » E21

Après tu reçois un mail : "est-ce que vous avez pensé à remplir mon questionnaire ?". Oh merde ! Le questionnaire de l'interne trucmuche ! Que tu ne connais pas en plus, à la limite c'est plus facile. [...] Et après du coup effectivement la deuxième question c'est à quoi ça sert. Ben justement, je n'ai aucun retour ! De ça ! C'est bien gentil, moi, j'ai répondu à des questionnaires, mes patients ils ont rempli des grilles. Et, "que d'chik" ! (rires) Rien » E21

LA RECHERCHE PREND DU TEMPS

Deux personnes plus proches du département ont dit vouloir s'investir davantage dans une activité de recherche mais avoir un problème de temps pour s'y consacrer.

« On devait recruter des patients, depuis... Ça fait cinq mois qu'on est, que moi je suis entré dedans, j'ai jamais pris le temps de le faire, mais pour diverses raisons, et donc dimanche dernier, ben je suis allé au cabinet et... voilà, j'ai travaillé. [...] Mais c'est vrai que ça demande du temps là aussi [...] » E17

« [...] je prends pas le temps de faire les études de recherches en médecine générale. Je m'investis pas du tout là-dedans. J'aime pas le faire. » E18

Une personne a dit que la recherche demandait un effort collectif incluant des personnes compétentes.

« [...] il faut du monde, et il faut pas non plus tout le monde, mais il faut du monde et des gens compétents, mais pas être en groupuscule. Dans les FMC c'est pareil. Dans les travaux de recherches c'est pareil. Enfin pour tout quoi. Et si chacun donne un peu, et ben on y arrivera quoi. C'est comme ça qu'on... Voilà. Des petites pierres, qui mises bout à bout... » E17

SOIN

APPRENDRE AU COURS DES ETUDES

UN ENSEIGNEMENT DE PREMIER ET DEUXIEME CYCLE PEU SATISFAISANT

UN SENTIMENT DE REJET AMBIANT DE LA MEDECINE GENERALE

Une personne a eu le sentiment d'entendre un discours de rejet de la médecine générale au cours de ses études médicales, ce qu'elle a mal vécu.

« [...] j'étais major de ma promo en première année, et en même temps, moi dès le départ je voulais faire médecine générale parce qu'en fait je ne connaissais que ça et du coup j'ai pris avec d'autant plus de ... comment dire...de violence, je ne sais pas comment dire, mais cette discordance si tu veux, entre l'idée que entre guillemets il ne fallait pas faire médecine générale. » E23

DES ETUDES ENNUYEUSES ET DECALEES PAR RAPPORT AUX ATTENTES

Trois personnes ont spontanément évoqué le sujet du vécu des enseignements théoriques des premiers et deuxièmes cycles des études médicales. Deux d'entre elles ont exprimé une certaine déception.

« [...] en fait il fallait que je renonce à dix ans d'études intéressantes [...] » E07

« [...] j'apprends une technique pendant dix ans [...] » E07

« [...] on m'apprend absolument pas à gérer des gens qui sont malades [...] » E15

Une personne a évoqué le moment de la préparation de l'ECN comme particulièrement pénible. Cette personne a par la suite été bien classée.

« [...] j'avais plus envie de faire mes études de médecine, tu vois, j'avais envie d'arrêter [...] » E15

« [...] j'ai mal vécu mon externat, mal vécu la façon dont on nous enseignait les choses, dont on devait les restituer et ça collait pas avec l'image que j'ai d'un médecin. » E15

UNE EXPERIENCE HOSPITALIERE MITIGEE

L'HOPITAL POUR APPROCHER LA FONCTION DE MEDECIN

L'enseignement clinique hospitalier a parfois permis de faciliter les apprentissages théoriques et de structurer ses orientations professionnelles.

« [...] moi le vécu de mes stages...bien c'est vrai que en fait à chaque que j'allais dans un stage quasiment j'étais « ah ben faut que je fasse ça », tu vois ? J'aimais tout quoi [...] » E05

« [...] le côté suivi je l'ai plus vu en étant interne [...] et en fait dès que j'étais dans un service et que je revoyais un patient, c'est vraiment pas un bon signe quand tu revois un patient dans un service (rires) bien j'étais hyper contente de les revoir [...] » E05

« [...] le métier par contre je l'avais à l'hôpital. Donc ça c'était bien le matin d'exercer tout de suite ce métier [...] » E07

« [...] le fait d'aller à l'hôpital le matin, je ne regrettais pas du tout parce que là j'étais dans cette perspective « les études sont chiantes mais le métier est intéressant » [...] » E07

« Et je faisais mon stage en gynéco' et c'était un stage très autonome [...] mais je voyais qu'il fallait faire de la chirurgie et faire des césariennes, tout ça, ça me plaisait pas. » E15

UN MODELE DE RELATION MEDECIN MALADE DESEQUILIBRE

La relation médecin malade à l'hôpital a été globalement perçue comme déséquilibrée, mettant le patient dans une situation d'aliénation vis-à-vis du corps médical.

« Bien l'image hospitalière... de toute façon le rapport que tu as avec tes patients n'est tellement pas sur un pied d'égalité [...] les gens sont allongés toi tu es debout, c'est atroce [...] » E05

« [...] « cette effraction » d'un coup cette intrusion sur l'intime et sur le corps et cetera aboutit à des choses qui peuvent être un peu choquantes [...] » E07

« [...] une vision du soin qui ne serait pas comme ça [...] » E07

« [...] cette relation de... pouvoir aussi qu'on développe et qui était pas un truc que j'avais envie de développer forcément. » E07

« [...] je pense que c'est le contexte hospitalier qui fait que ouais, ce n'est pas quand même ce qu'il y a de mieux au niveau relation mais voilà... ce sont des lieux communs et... » E07

CRITIQUE DU FONCTIONNEMENT HOSPITALIER

Deux personnes ont dit avoir eu le sentiment de mal prendre en charge les malades à l'hôpital. Cela a été imputé à la taille de la structure et à son organisation.

« [...] c'est tellement une grosse machine [...] on est stressé on est énervé donc si tu veux on est pas disponible pour les gens, et eux ils t'attendent, ils souffrent. » E05

« [...] moi, vraiment, je voulais plus du tout bosser à l'hôpital. [...] parce que je trouvais qu'en fait les... quoi qu'on fasse, il y avait toujours un endroit où ça merdait. » E19

ENNUI DANS LES SERVICES

Une personne a dit s'ennuyer dans les stages hospitaliers.

« Moi je m'ennuyais dans les services. » E23

BESOIN D'AUTRE CHOSE

PAS ENVIE D'ÊTRE TECHNICIEN DE SANTÉ

Plusieurs personnes ont dit rejeter un exercice médical qui s'apparenterait à une profession de « technicien de santé ».

« [...] je me retrouve à apprendre des trucs, où on me demande d'être bête et méchant, et d'être technicien de santé, tu vois, d'être vraiment technicien de santé [...] » E15

« [...] moi j'appelle ça des techniciens du soin et plus des médecins [...] ils ont plus de... plus de sens du bien commun [...] » E19

« [...] la confrontation à la technique et tout à l'hôpital qui vraiment pour moi était associé aux spécialités qui était repoussoir. » E23

CURSUS D'ÉTUDES PARALLÈLES

Une personne a ressenti le besoin de s'inscrire à des cours de philosophie pour sortir de l'ennui des études médicales.

« [...] si je veux apprendre des choses je le fais par ailleurs mais ce n'est pas en médecine que j'aurai une nourriture spirituelle et une nourriture de savoir quoi [...] » E07

« [...] en troisième année j'ai fait une première année de philo [...] je me disais je fais en parallèle des choses qui sont des vraies études, qui sont intéressantes [...] » E07

GROUPES DE RÉFLEXION ET ASSOCIATIONS

Une personne s'est investie dans les associations d'étudiants au cours du deuxième cycle pour « échapper » au cursus médical théorique et réfléchir plus largement sur la médecine.

« [...] j'avais besoin de quelque chose mais je ne savais pas encore ce que c'était, j'avais besoin d'une autre façon d'enseigner [...] » E15

« [...] j'avais cette échappatoire qui était s'occuper de l'associatif [...] on réfléchissait vraiment sur la médecine et sur les études médicales donc ça permettait de garder un œil critique mais efficace. » E15

LE SYNDICAT POUR CONSTRUIRE SON IDENTITÉ DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le contact avec d'autres étudiants au sein d'un syndicat pendant le troisième cycle a participé à construire l'identité professionnelle avant même d'avoir réalisé le premier stage chez le médecin généraliste.

« [...] on avait vachement de réflexion justement sur notre métier sur ce qu'on veut faire, sur ce qu'on veut que soit notre internat et puis notre métier plus tard, ben du coup ça faisait vachement réfléchir en fait sur notre pratique [...] » E05

« [...] je militais pour la filière universitaire de médecine gé' [...] sans avoir jamais foutu les pieds dans un cabinet de médecine générale. [...] je savais pas encore à quoi ça correspondait en tant que pratique de médecine, mais ça collait avec les gens que je rencontrais, ça collait avec leurs réflexions sur les études [...] » E15

LE SYNDICAT POUR REFLECHIR SUR LE SYSTEME DE SANTE

Un interne de médecine générale s'est intéressé au système de santé à travers un investissement syndical. Sa curiosité de chercheur et sa lassitude du système hospitalier l'ont conduit à se tourner vers la santé publique.

« [...] j'ai été, vice-président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris [...] Ça me plaisait beaucoup finalement de rentrer dans le débat public, sur, sur l'organisation du système de soins. » E19

« [...] des fois, je défendais des choses, j'avais l'impression que ce n'était pas très légitime scientifiquement de défendre ces choses-là. » E19

« [...] j'avais fait tous les stages obligatoires. Et donc en cinquième semestre j'ai demandé un hors filière en santé publique, parce que je ne voulais pas retourner à l'hôpital [...] » E19

UN STAGE CHEZ LE PRATICIEN STRUCTURANT

Toutes les personnes qui ont évoqué le stage chez le médecin généraliste ont eu un discours positif. Pour tous, il s'agissait d'une découverte du métier de médecin généraliste.

DES MODELES

« [...] des stages très bien qui n'ont fait que là bien construire ma représentation du métier de médecin généraliste au concret de ce que ça représentait, et avec des visions un petit peu de modèles et pas d'anti-modèle ni neutre comme à l'hôpital [...] » E07

UN EXPERT BIOMEDICAL

« [...] je voyais à la fois les données cliniques qui étaient vachement bien importées par mon maître de stage sur le logiciel médical, impeccablement bien, avec les antécédents, le calcul du risque cardio-vasculaire donc des données biomédicales auxquelles j'étais habitué [...] » E15

UN MEDECIN DE FAMILLE

« [...] ça faisait trente ans qu'il connaissait le mec. Tu vois le mec, il connaissait toute sa vie, de A à Z ! Toute la médecine de famille, toute sa famille, il lui demandait des nouvelles de son fils, de, tout ça c'était génial donc il y avait des données sociales aussi là-dessus, c'était... passionnant ! » E15

UNE EXPERIENCE RELATIONNELLE AU PLUS PRES DU PATIENT

Le stage a été l'occasion d'acquérir des compétences dans la relation médecin malade.

LE SUSPENS DE LA CONSULTATION

« [...] tu ne sais pas ce qui t'attend, c'est-à-dire que tu vois tu vas chercher un patient dans la salle d'attente tu sais pas du tout pourquoi il vient [...] » E05

LE PATIENT AU CENTRE DE LA DECISION

« [...] il négociait avec le patient, il mettait le patient au centre de la décision. » E15

ECOUTE PROFESSIONNALISEE

« [...] quand j'étais en stage niveau deux, en SASPAS, il y a une consultation qui a duré une heure et demie [...] J'étais partie sur une écoute non professionnalisée, mais en fait on peut apprendre à la professionnaliser [...]. Donc une, peut-être une consultation un peu fondatrice sur les questions du métier. » E07

L'EXPERIENCE DE SUIVI

« J'ai même pu suivre pendant mon stage prat tu vois moi-même revoir des gens... quand j'étais toute seule après à la fin. » E05

UN RAPPORT PLUS EQUILIBRE

« [...] on est face à face, on est habillé pareil, on est plus sur un rapport d'égalité voilà, on a des choses à apporter, c'est un échange quoi, alors que je trouve qu'à l'hôpital c'est vraiment monodirectionnel » E05

« [...] je fais de la médecine d'égal à égal avec le patient qui est devant [...] » E15

LA DECISION PARTAGEE

« [...] le résultat de la consultation, ça va être la négociation et la décision partagée, tu vois, chose que je ne pouvais pas à l'hôpital. » E15

AU CONTACT DE CHERCHEURS EN MEDECINE GENERALE

Une personne a été au contact de maîtres de stage investis dans la recherche alors qu'elle changeait d'orientation. Chef de clinique en santé publique, elle décide de rattraper la filière de médecine générale et découvre le métier. Les consultations étaient codées au moyen du DRC.

DES MEDECINS IMPLIQUES DANS LA RECHERCHE

« [...] je fais mon stage niveau 1 chez P1 qui est très S.F.M.G, qui est impliqué dans la recherche [...] » E07

« [...] je fais mon stage niveau 2 donc S.A.S.P.A.S chez P3 et P4. Alors je ne sais pas si tu as vu des publications... P3 a fait plein [...] de production de travaux de recherche de quanti en médecine générale avec l'O.M.G et cetera. » E07

LE CODAGE EN DEGRE DE CERTITUDE GRACE AU DRC

« [...] c'est un outil d'aide à la consultation, indépendamment du côté recherche [...]c'est un outil d'aide à la pratique, d'aide à la décision, à la gestion de la consultation en direct. » E07

LE CODAGE, POUR COMPARER SES PRATIQUES

« [...] c'est [...] l' « observatoire de la médecine générale », où... à l'époque mais ça a dû changer, y avait deux cent médecins généralistes qui choisissaient d'envoyer en direct toutes leurs consultations pour décrire la pratique de la médecine générale. Et il y avait un relevé individuel de ta pratique [...] tu peux voir la façon de coder tes résultats de consultation par rapport aux autres.» E07

ORIENTATION RECHERCHE

La majorité des personnes interrogées a débuté un cursus de chercheur dès le deuxième cycle en validant des certificats de maîtrises de sciences biologiques et médicales (MSBM).

« [...] ça m'intéressait donc j'ai commencé à faire un MSBM à l'époque [...]. Donc j'avais fait un certificat d'immunologie puis un certificat de physiopathologie des maladies transmissibles [...] » E15

« [...] j'avais envie de réfléchir sur la médecine, tu vois. Donc j'avais envie de garder un lien avec l'universitaire [...] » E15

« [...] nous on avait ça les certificats de MSBM. Et je les avais fait en physio' et en biologie moléculaire. [...] donc j'avais déjà un petit cursus scientifique on va dire, avec un petit stage de... de maîtrise, que j'avais fait, et cætera [...] » E19

ETOUFFE PAR LE CHOIX MEDECINE GENERALE

Le choix de la spécialité de médecine générale alors que la filière universitaire de médecine générale n'existait pas a découragé les ambitions de faire de la recherche.

« [...] je m'étais dit un jour peut-être [...] que j'allais faire le master II et que j'allais peut-être faire ça, et que si je faisais médecine gé'[...] j'allais devoir faire le deuil. » E15

« Puis j'avais laissé tomber avec l'externat, tout ça, enfin, puis plus le choix de la médecine gé'. » E19

SANTE PUBLIQUE POUR OUVRIR LA VOIE UNIVERSITAIRE

Quatre chefs de clinique sur cinq se sont orientés à des moments différents en santé publique. Deux chefs de clinique s'y étaient orientés avant 2004, date des premiers ECN.

UN CHEF DE CLINIQUE EN SANTE PUBLIQUE QUI SE REORIENTE EN MEDECINE GENERALE

« [...] c'est la première année qu'il y a des postes de chefs de clinique qui existent en médecine générale, en 2007. Je finis mon D.E.S de santé pub en 2004, je finis médecine générale en 2007, et donc les postes s'ouvrent à ce moment-là. Je l'ai su parce que j'étais dedans quoi [...] » E07

UN RESIDENT GENERALISTE ENGAGE DANS UNE THESE DE SCIENCES AXEE SANTE PUBLIQUE

« [...] j'ai fait les mastères l'un en méthodologie de la recherche clinique et puis épidémiologique, un deuxième bio-statistique et le dernier [...] « éthique, santé publique et droit de la santé » » E23

« Je voulais être universitaire titulaire dans ma discipline de doctorat de science. » E23

DEUX INTERNES DE MEDECINE GENERALE FONT DES MASTERES DE SANTE PUBLIQUE

« [...] j'ai réfléchi parallèlement à mon cursus en me disant, bon, a priori, ça va être créé les postes de chef de clinique, ce qui a été le cas dès le mois de novembre 2007. [...] Et donc j'ai revu mes équivalents pour faire un mastère 2. » E15

« [...] on a décidé de créer une asso' de jeunes chercheurs en médecine générale [...] » E15

« [...] on s'est rendu compte que c'était le mastère 2 de V7 qui semblait le plus cohérent. Tu vois, dans l'idée de faire à la fois de la recherche en économie de la santé, de la santé publique, et puis, un peu de sociologie. Donc je suis allé au mastère 2. » E15

« [...] et j'ai trouvé le master 2 de V7, d'évaluation et de recherche clinique, qui est un master de santé et population [...] » E15

« Moi j'ai fait mon Mastère de santé publique à l'Université U1 par correspondance [...] » E19

« [...] j'avais dans la... dans l'idée de faire une thèse de sciences [...] » E19

MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE CLINICIEN

Les hésitations pour une orientation totale en santé publique sont dues à la peur de perdre l'activité de soin.

« J'ai fait le D.E.S de santé publique en faisant des gardes aux urgences en parallèle, pour ne pas trop perdre en clinique. » E07

« [...] l'arrière des soins, ben c'est quelque chose qui me plaît bien [...] » E07

« [...] je préfère le soin individuel, même si on a un niveau d'action qui est intéressant d'agir sur les populations entières [...] » E07

« Préoccupation pour, je ne sais pas, l'allocation des ressources, on peut dire, les enjeux de sécurité sociale et tout, moi, ça me parlait. » E23

« [...] j'étais plus partagé, je dirais, au cours de mon deuxième cycle entre faire santé publique et du coup ne pas être clinicien, et faire médecine générale [...] » E23

« [...] santé publique il n'y avait pas d'exercice clinique possible, ça m'intéressait du coup pas trop de pas avoir de possibilité d'exercice un jour dans ma vie [...] » E23

DES DOYENS PLUS OU MOINS FACILITANTS

Deux témoignages ont montré l'importance des rôles des doyens d'université pour favoriser le développement de la filière universitaire de médecine générale.

« [...] le doyen en fait, fait en sorte qu'il y ait deux postes d'ouvert [...] comme il me dit « c'est dommage d'avoir deux candidates avec des masters dans les autres spés on en a pas [...] ». E07

« [...] il a une vision de la médecine générale absolument catastrophique. Et qui déteste la médecine générale. Ce n'est pas qu'il ne l'aime pas, c'est qu'il la déteste. » E15

« [...] le doyen a attaqué directement mon inscription en thèse de sciences. » E15

CONFRONTATION AUX SOINS EN DEBUT D'EXERCICE

Les réflexions en début d'exercice ont surtout porté sur des problèmes structurels du système de santé liés aux modes d'exercice et de rémunération des médecins et leurs conséquences sur les soins apportés au malade.

SOINS ET MODES D'EXERCICE

TRAVAILLER DANS UN CENTRE DE SANTE

IL EST DIFFICILE POUR LES MEDECINS D'ORGANISER EUX-MEME LES SOINS PRIMAIRES

Une personne a estimé que ce n'était pas son rôle d'organiser les structures de soins primaires.

« [...] c'était pas à moi d'organiser ma maison médicale pluri professionnelle d'une certaine façon [...] c'est difficile d'organiser ça ! » E15

TOUT ETAIT DEJA ORGANISE

Travailler dans un centre de santé a permis d'exercer toutes les fonctions génériques du médecin généraliste sans perte de temps.

« Tout était déjà organisé [...] l'avantage dans le centre de santé c'est de pouvoir travailler [...] en collaboration, et surtout avec un système d'informations partagé, c'est-à-dire le même logiciel médical, où tu peux recueillir des données, que tu vas pouvoir extrapoler et faire de la recherche. » E15

« [...] toutes les compétences que j'ai apprises de la médecine générale, là dans mon internat, ben je trouve que je les fais mieux, dans mon exercice de médecin généraliste en centre de santé. » E15

TRAVAILLER EN COLLABORATION LIBERALE

Une personne a exposé son idée de l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire selon un fonctionnement libéral avec un exercice collaboratif.

GESTION DE L'EMPLOI DU TEMPS

La collaboration libérale permet de se libérer du temps.

« [...] l'avantage de la médecine libérale au final c'est qu'on peut se gérer notre planning et que du coup si tu veux pas en voir trente tu n'en vois pas trente quoi, tu t'arranges... tu as des collègues [...] » E05

TRAVAILLER MOINS POUR APPRECIER DAVANTAGE LE METIER

La surcharge de travail peut entraîner un désamour du métier.

« [...] mon idée c'est de me mettre à mi-temps après avec quelqu'un pour faire des plages horaires huit heures vingt heures mais à deux quoi, voilà. » E05

« [...] le côté qui est pénible c'est de faire trente actes fois par jour alors moi ça c'est un truc que je ne sais pas faire, parce que j'ai fait quelque fois et où c'est horrible [...] » E05

« [...] que les patients aient une permanence des soins mais que toi tu ne pètes pas un câble, voilà. Parce que ça le côté surcharge de travail avec des journées de trente-cinq actes voilà, moi à la fin de ces journées là je n'aime plus la médecine générale [...] » E05

SE LIBERER DES CONTRAINTES DE LA GESTION D'ENTREPRISE

Que ce soit en mode d'exercice libéral ou salarié dans un centre de santé, les personnes ont dit percevoir comme pénible les activités administratives liées à l'entreprise médicale.

« Ce qui a aussi d'enquiquinant c'est tout le côté paperasse quoi, voilà, ce qui est compta [...] et j'espère qu'on aura des secrétaires qui feront tout le boulot administratif quoi, voilà. » E05

« [...] je suis nul en comptabilité, gestion d'entreprise c'est pas du tout mon dada. Et la collaboration libérale ça m'avait déjà un peu dégoûté de la compta', alors que c'est un contrat assez simple. » E15

SOINS ET MODES DE REMUNERATION

CRITIQUE DU PAIEMENT A L'ACTE

Un médecin salarié travaillant dans un centre de santé a vu un caractère néfaste du paiement à l'acte sur les enjeux relationnels avec les patients et entre les professionnels. Par ailleurs, il attribue au paiement à l'acte une perte de temps pour s'intéresser aux problèmes médicaux.

INTRODUIT UNE RELATION DE CONSOMMATION DE SOIN

« [...] ça limitait la relation médecin patient à de la consommation. » E15

« [...] ça introduit, d'un point de vue individuel, une relation de consommation des soins [...] » E15

« [...] à un moment donné, ça t'oblige à prescrire certaines choses quelquefois aux gens parce que tu sais qu'ils vont aller voir ailleurs [...] » E15

LIMITE LE REGROUPEMENT ET LE TRAVAIL COORDONNE DES PROFESSIONNELS

« [...] d'un point de vue plus collectif, ben ça empêche les gens de s'installer ensemble. » E15

« Pour moi c'était un obstacle à la coordination et au regroupement des professionnels de santé [...] » E15

PERTE DE TEMPS POUR LES QUESTIONS PROFESSIONNELLES

« A la fin de la journée, en libéral on va compter notre compta mais on ne va pas dire tiens, qu'est-ce qu'on a fait aujourd'hui ? » E15

PREFERER LE SALARIAT

Deux médecins salariés dans un centre de santé ont dit préféré ce mode de paiement pour des raisons inverses.

ETRE PAYE A LA FONCTION ET NON A L'ACTE

« [...] ce qui est intéressant surtout, c'est le fait que les médecins soient salariés, et qui soient payés à la fonction et non pas payés à l'acte. [...] » E19

DIMINUE LA RELATION DE CONSOMMATION DE SOINS

« C'est annihilé par le salariat. Et les gens le savent. Si je vois plus de gens, je suis payé de toute façon de la même façon [...] vingt, à trente, c'est pareil pour moi. » E15

« C'est ce changement dans le mode de rémunération des médecins, qui fait que t'es pas en train de courir après... après tes patients pour assurer l'équilibre financier de ta structure [...] » E19

GAIN DE TEMPS POUR LE CHEF DE CLINIQUE

« [...] en mi-temps en libéral, payé à l'acte [...] je passais au moins une demi-journée par semaine en plus, à faire de l'administratif [...] » E15

« [...] je ne m'occupe plus du tout du paiement [...] mais la structure est toujours payée et c'est les agents d'accueil qui font encaisser le tiers-payant, qui font encaisser les chèques des gens, et moi je fais quinze minutes de soin. » E15

« [...] ça me permet de libérer du temps en dehors des soins, pour faire de la recherche et de l'enseignement. Et la rédaction "Exercer". » E15

« [...] mes autres jours libres, ben je les passe pas à l'Urssaf. Je les passe pas à la Carmf, enfin à me faire chier au téléphone pour la comptabilité [...] » E15

REMUNERATION A LA PERFORMANCE

Une personne a dit penser que l'introduction d'une rémunération à la performance pouvait améliorer l'efficacité du système de santé.

« [...] on peut renforcer l'efficacité générale du système et faire un peu le sens du paiement à la performance ! » E19

DECALAGE ENTRE FORMATION ET PRATIQUE

CES PATIENTS QU'ON N'APPREND PAS

Deux personnes ont souligné un décalage entre le contenu des études médicales et les besoins rencontrés en médecine générale. Les patients qui consultent ne sont pas les mêmes.

« [...] j'imagine que peu de médecins se sont pas posés cette question, en voyant le décalage qu'il y avait entre leurs pratiques et ce qui avait été appris comme étant la médecine [...] » E07

« [...] les [...] patients [...] c'est pas ceux de l'hôpital. [...] Pas ceux qu'on a appris pendant neuf ans, là, pendant nos études. » E15

ALORS SUR QUOI SE BASENT NOS ACTIONS ?

Le décalage entre les connaissances acquises lors de la formation initiale et les situations rencontrées en pratique a pu poser question sur les compétences des médecins généralistes pour répondre aux besoins des patients.

« [...] le fait qu'il y a que 10% de ce que t'as appris, alors c'est plus le cas j'espère un peu... département, mais à l'époque, que 10% de ce que tu as appris à la fac que tu appliques, et ben forcément tu te remets un peu en question et tu te poses la question de ton rôle parce que tu te dis, ces 90% que je fais, est-ce que c'est du non médical alors ? » E07

« [...] est-ce que c'est moi fait n'importe quoi sur ces 90%, est-ce que je fais à ma sauce puisque je l'ai pas appris à la fac [...] ? » E07

QUEL ROLE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ?

Une personne a posé la question de sa légitimité d'action et de son intégrité professionnelle dans des situations où le champ du soin semblait se confondre avec des enjeux plus politiques.

« [...] un cabinet où il y avait beaucoup de patients qui étaient en demande d'asile, donc là aussi avec l'implication de... qu'est-ce que notre rôle vraiment là dans le soin ? Qu'est-ce qu'on apporte à ces gens ? Est-ce que ce n'est pas négligeable par rapport à une aide qui serait par ailleurs et est ce qu'on n'est pas manipulé dans ce rôle-là ? Donc beaucoup de questions sur le rôle, la fonction du médecin généraliste. » E07

CONCEPTIONS DES SOINS

LE MEDECIN GENERALISTE PRATIQUE LA MEDECINE GENERALE

A la question de savoir ce que faisait le médecin généraliste, deux personnes ont répondu sans détour qu'il fallait en référer aux définitions existantes pour la discipline.

« [...] la définition de la Wonca, les compétences du médecin généraliste, là, les onze compétences du médecin généraliste, pour moi c'est ça être médecin généraliste. » E15

« [...] faut prendre les définitions de la médecine générale et des soins primaires qui existent, hein, je n'ai pas trop d'autres... d'autres choses à répondre parce que c'est des, effectivement, des très bonnes définitions théoriques. » E19

« [...] c'est toutes les dimensions de la médecine générale et des soins primaires, que ce soit l'accessibilité, la continuité des soins, la coordination des soins, la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, enfin... voilà. » E19

UNE EQUIPE DE SOINS PRIMAIRES

TRAVAILLER EN EQUIPE DE SOINS PRIMAIRES

La conception du soin en médecine générale est celle d'un travail d'équipe. Une personne a utilisé le terme d' « acteurs de santé en soins primaires ».

« [...] la médecine générale, ce n'est pas le médecin généraliste, c'est les acteurs de santé en soins primaires [...] » E15

« Ouais et bien déjà c'est de travailler en équipe au quotidien [...] » E05

« [...] c'est de faire des réunions de coordination, tu vois présenter des patients qui posent un peu problème » E05

« [...] donc c'est échanger pour mieux soigner les gens » E05

« [...] par exemple les mamies à domicile [...] nous quand on y va c'est une fois par mois ou une fois tous les trois mois, on a une vision très brève [...] » E05

EDUCATION THERAPEUTIQUE COORDONNEE

Une personne a dit souhaiter faire des interventions d'éducation de groupes en équipe avec d'autres acteurs de santé.

« [...] moi j'aimerais bien faire des programmes pour l'éducation thérapeutique donc travailler avec l'infirmière ou avec la diététicienne [...] les séances d'animation qu'on peut faire, souvent c'est à deux quand même, donc voilà, ça va être génial ! » E05

LE MEDECIN GENERALISTE EST UN EXPERT BIOMEDICAL

Deux personnes ont utilisé le terme d'expertise dans certains domaines relevant d'une activité biomédicale dans le cadre des fonctions génériques du médecin généraliste.

DANS CE QUI EST FREQUENT

« [...] on doit avoir une expertise plus importante que nos correspondants spécialistes dans un certain nombre de maladies fréquentes. » E23

« [...] je pense qu'il y a un certain nombre, je vais pas toutes les énumérer, de pathologies extrêmement fréquentes sur lesquelles... voilà, ça c'est notre expertise. » E23

« Moi, maintenant, les cardiologues, ils mettent plus les patients sous Statine. Quand ils le trouvent, enfin quand ils jugent qu'il y a besoin d'une Statine, ils me les renvoient en faisant un courrier en disant : "je pense que ce patient a besoin d'une Statine, je te laisse le choix de... de la prescription quoi". E19

« [...] mon correspondant cardiologue [...] je ne considère pas d'avance que sur l'hypertension, il est plus compétent que moi ! » E23

« [...] les recommandations étant les mêmes pour lui et pour moi venant des sociétés savantes nationales et des sociétés savantes étrangères...arrive un moment où c'est un truc que je sais aussi bien que lui. » E23

« [...] c'est quand même choquant que les infectiologues hospitaliers nous apprennent comment on traite une angine ! Enfin, ils en ont jamais vu, ils en verront jamais ! » E23

DANS LE DEPISTAGE ET L'ORIENTATION DES PATHOLOGIES GRAVES

« Après ce qui est grave, ça doit être une partie de notre expertise de dépister ce qui est grave parce que, de fait, c'est un enjeu fort qui nous est demandé par la population, c'est de savoir orienter nos patients à bon escient et au bon moment. » E23

MAIS LE MEDECIN GENERALISTE N'EST PAS UN OMNIPRATICIEN

Une personne a insisté sur le fait que le médecin généraliste avait un champ de compétence qui lui était propre. L'idée que le médecin généraliste devrait être bon dans toutes les spécialités est une erreur de jugement.

« [...] j'explique à mes internes et à mes externes que d'abord l'idée que le généraliste fait tout, il faut qu'ils oublient [...] je pense que c'est une erreur. » E23

« [...] je pense que je n'ai rien à savoir des syndromes inflammatoires de la médecine interne par exemple. » E23

HIERARCHISATION DES SOINS

La priorisation des problèmes de santé a été présentée comme une tâche spécifique incombant au médecin généraliste.

« [...] on est les seuls à pouvoir justifier de dire que "ça, ça passe avant ça qui passe avant ça et voilà les priorités" ! » E23

LA RELATION DE SOIN

Don de soi et service à la personne ont été deux termes désignés comme conception de la relation de soin.

DON DE SOI

« [...] un côté comme ça à donner de soi que tu retrouves pas forcément dans d'autres disciplines [...] » E23

LE SOIN POUR RENDRE SERVICE

« [...] moi, c'est pour ça que j'ai fait médecine quand même, c'est de rendre service aux gens [...] » E19

« [...] moi ce que je veux faire avant tout, c'est soigner les gens. Enfin c'est leur rendre service. » E19

« [...] c'est un métier où on aide les autres [...] » E23

COMMUNICATION

La communication au sein de la relation de soin a été déclinée de plusieurs façons.

LA RELATION ET LA COMMUNICATION, TECHNIQUE DE SOIN

Il pouvait s'agir d'une technique de relation d'aide (exemple du patient en fin de vie).

« Bref, voilà, une histoire un petit peu compliquée sur le plan médical, parce que techniquement je ne savais pas comment l'aider hein, techniquement au sens relationnel, communicationnel, et aussi pour l'aider à le soulager. » E07

COMMUNIQUER POUR CONVAINCRE

Il pouvait également s'agir d'une technique de persuasion pour convaincre le patient d'adhérer à une démarche de santé, technique facilitée par le colloque singulier.

« [...] on doit être des professionnels quand même de la communication, ça je pense... parce que justement parce que l'enjeu de faire adhérer nos patients repose beaucoup sur la qualité de cette communication. » E23

« [...] moi je crois que notre compétence, elle est dans notre capacité à parler à une personne en tête-à-tête dans un moment où cette personne elle est très réceptive parce qu'elle est en tête-à-tête avec nous. » E23

LA FIABILITE DES INFORMATIONS DELIVREE AU MALADE EST UN ENJEU POUR SON AUTONOMIE

La communication a été également présentée non plus au sens de technique relationnelle mais au sens de qualité de contenu de message à apporter au patient pour favoriser son autonomie dans ses démarches de santé.

« [...] pour être complètement autonome, il [le patient] faut qu'il ait des bonnes informations et les bonnes informations médicales, c'est... j'en suis la garante, c'est mon domaine [...] » E07

« [...] on est expert pour lui apporter une information hyper fiable pour qu'il puisse prendre ses propres décisions. Mais en faisant hyper attention justement, quel est mon domaine d'expertise pour aider le patient à décider ? » E07

« [...] c'est ça la perspective. C'est que le patient prenne les bonnes décisions sur sa vie, soit complètement autonome dans sa vie [...] » E07

DU SOIN A LA SANTE PUBLIQUE

Deux personnes ont donné leur conception du rôle que le médecin généraliste devait tenir en termes de prévention et d'actions de santé au sein des populations.

SOINS ET PREVENTION

LA PREVENTION NE DOIT PAS ETRE CONFIEE A DES STRUCTURES IMPERSONNELLES

Une personne a dit sa conviction que la prévention et le dépistage étaient des enjeux qui ne pouvaient être confiés à des structures impersonnelles pour le patient.

« Moi je ne crois pas beaucoup à la prévention promue par des personnes externes [...] » E23

« [...] la vaccination H1N1, elle a très bien marché... c'est un peu ironique, parce qu'elle a été confiée à des structures impersonnelles. » E23

« Je suis convaincu que si certains dépistages marchent pas [...] c'est que...le confier à des structures externes que les patients n'identifient pas, ce n'est pas une réussite pour les patients qui sont pas très motivés au départ [...] » E23

LE MEDECIN GENERALISTE EST AU CŒUR DE LA PREVENTION

Cette même personne a affirmé que la prévention était un des champs spécifique d'action du médecin généraliste. La prévention concernait également les échanges avec les patients pour les aider à prioriser les enjeux de santé.

« Après il y a tout un champ qui nous incombe, à mon avis, pareil... pour dire les trois champs, c'est ce qui est fréquent, ce qui est grave et puis tout ce qui est du champ de la prévention. » E23

« [...] le généraliste est incontournable. [...] aider à prioriser les enjeux de santé pour bien vieillir, je pense que ça, il n'y a que le généraliste qui peut le faire. » E23

SORTIR DE LA SEULE ACTIVITE DE SOIN ?

Deux conceptions différentes du champ d'action du médecin généraliste ont été données concernant les enjeux de santé publique.

UN MEDECIN ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE

Les personnes se sont accordées pour dire que le médecin était un acteur de santé publique. Une personne a nuancé en parlant d' « acteur de terrain ».

« [...] les médecins généralistes sont les plus légitimes pour faire de la santé publique, même plus que les médecins de santé publique pour moi ». E19

« [...] on est une discipline de santé publique, mais d'acteur de terrain. » E23

QUI AGIT SUR UN TERRITOIRE

Une personne très investie dans le domaine de la recherche sur l'organisation des soins a donné sa conception du rôle du médecin généraliste en santé communautaire.

« [...] moi j'ai une approche de santé publique très à l'anglaise, enfin... on va dire l'approche de la santé communautaire quoi. Et donc le médecin généraliste, il doit intervenir dans sa communauté. » E19

« Enfin, faut que les médecins généralistes prennent conscience, que, ben en fait, ils ont une population à soigner, ils ont un bassin de vie à... un quartier, je ne sais pas, un village ou enfin en tous cas un lieu géographique où ils sont des acteurs influents de ce qui se passe. » E19

POUR AMELIORER L'ETAT DE SANTE GENERAL DE LA POPULATION

Cette même personne a dit que le médecin généraliste devait apporter les preuves de son investissement quant aux enjeux de santé publique.

« [...] c'est aussi aux médecins de... de montrer que [...] ils sont là aussi pour améliorer l'état de santé général de la population quoi. » E19

SENSIBILISER LA COMMUNAUTE AUX QUESTIONS DE SANTE

Ici, l'action du médecin généraliste a été clairement présentée comme « extérieure » à son cabinet médical. Le médecin a un rôle public et interventionniste sur les enjeux de santé de sa communauté.

« [...] il y a pas que les acteurs de santé à mobiliser. Il y a aussi les acteurs qui sont pas de la santé, leur faire prendre conscience que c'est important [...] qu'ils prennent en compte la santé dans ce qu'ils vont faire. » E19

« Je ne sais pas moi... Enfin... un exemple à la con comme ça c'est dire aux types de la voirie qu'ils ne mettent pas des pavés glissants en bas de la maison de retraite. » E19

LES ECUEILS

REMUNERATION

Il a été regretté l'absence de rémunération des médecins concernant les éventuelles actions de santé qu'ils développeraient en dehors de leur activité clinique.

« Alors le problème évidemment, c'est qu'en France, à l'heure actuelle, tout ça, c'est bien sûr pas payé du tout. » E19

TEMPS MEDICAL

Une personne a été en désaccord avec ce qui a été développé précédemment. Pour cette dernière, l'action du médecin généraliste concernant les enjeux de santé publique devait se borner à son activité au cabinet. Les enjeux de temps ont été avancés.

« [...] faut s'adresser à la population, mais sauf que je pense que à un moment, c'est une question juste de définir le périmètre, et que le périmètre qui nous est confié, qui est celui de la consultation et des patients qui viennent à notre cabinet, même si c'est pas l'exhaustivité du soin, à un moment c'est notre périmètre à nous. Et que je pense que c'est une définition pragmatique mais qui... qui doit permettre aussi à un moment de... On peut pas tout faire ! » E23

APPORT DES SCIENCES HUMAINES EN MEDECINE

Initialement chef de clinique en santé publique, une personne a rejoint le clinicat de médecine générale et fait un mastère en sciences humaines. Cette orientation a influencé sa manière de concevoir les soins.

LE MEDECIN EST UN ACTEUR DEPENDANT DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

Le concept de biopolitique de Michel Foucault a permis de réfléchir sur les enjeux moraux de l'implication du médecin généraliste au sein d'un système de santé.

« [...] les souverains en fait avaient le droit de mort sur les populations et avec la santé publique ils ont eu le droit de vie en fait sur les populations et que la médecine est un outil... d'état, plus pour tuer les gens mais pour les faire vivre ou pas [...] » E07

« [...] on peut avoir l'impression qu'on est complètement extérieur à ça, que ce n'est pas la même chose le soin [...] et ces écrits sociologiques et historiques montrent que... on est dedans quoi, qu'on le veuille ou non. » E07

LA BONNE COMPREHENSION DES PATIENTS PEUT AMELIORER LEUR SANTE

La lecture des récits de Kleinman, anthropologue américain, a permis d'« éclairer » le concept de modèle bio-psycho-social.

« [...] on ne pouvait pas la soigner sans la comprendre [...] il faut lire ce récit quoi, voir concrètement ce que ça veut dire, de comprendre comment ça s'articule ce fameux bio-psycho-social. » E07

LES REPRESENTATIONS COLLECTIVES DES MALADES IMPACTENT NOS PRISES EN CHARGE

L'investissement dans un service de cancérologie a été formateur pour aborder les malades ou les familles ayant été en contact avec la problématique de cette maladie.

« [...] c'est pas qu'on voit beaucoup de cancers en cours de traitements, pas tant que ça en fait en cabinet mais des patients qui ont été traités pour un cancer avant, qui ont des membres de leur famille qui ont un cancer [...] » E07

« [...] c'est une maladie qui n'est pas inconnue du grand public donc il y a des représentations collectives du cancer. » E07

LA MEDECINE DOIT RESTER HUMBLE

RELATIVITE DU SAVOIR MEDICAL

L'étude de l'histoire de la médecine au cours du mastère de sciences humaines a fait réfléchir sur le pouvoir de nuisance « sincère » des médecins en lien avec l'état des connaissances médicales qui leur était contemporaine.

« [...] ça m'a un peu marqué de voir à quel point les médecins qui faisaient la saignée à l'époque et bien étaient sûr de faire ce qui était bien [...] » E07

« [...] ils étaient sincères ces médecins là, mais ils ne le faisaient pas pour nuire et peut être qu'ils ont nui en fait à chaque personne qu'ils ont vu [...] » E07

PAS DE REVOLUTION MEDICALE SANS LES PATIENTS

Cette personne s'est étonnée du fait qu'on n'incluait jamais les patients dans les succès des avancées de la science médicale.

« [...] je trouve bizarre qu'on n'apprenne pas en médecine [...] l'importance des révolutions médicales par des non médecins. Là aussi pour l'humilité un petit peu de cette fonction [...] » E07

« [...] les féministes qui ont permis l'émergence des pilules micro-dosées, parce qu'avant les médecins avaient inventé la macro-dosée et personne cherchait à faire moins ! C'est vraiment les féministes par une action politique qui ont fait naître les micro-dosées [...] » E07

« [...] les patients, atteints de sida, se sont inspirés de ces mouvements d'activisme pour révolutionner la recherche médicale [...] et on l'a revu aussi avec le traitement hormonal de la ménopause. » E07

[...] ce n'est pas la médecine qui se construit en autonomie [...] l'expertise du patient, on la voit aussi au niveau, au cœur même de la recherche. » E07

L'ACTIVITE DE SOIN

SOINS CENTRES SUR LE PATIENT

Le médecin a été décrit comme une personne accompagnante et à l'écoute, travaillant à partir du modèle bio-psycho-social.

ECOUTE ET ACCOMPAGNEMENT

« Enfin y a plein de... Le côté accompagnement [...] d'être dans cet accompagnement de la... d'écouter la plainte, ce qu'elle traduit, et cætera, voilà. Qu'elle soit organique, non organique [...] » E07

LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL

« [...] la prise en charge biomédicale psychologique et sociale du patient, d'une personne qui est pas très malade, et qui voit le médecin généraliste comme je voyais le médecin généraliste quand j'étais petit. » E15

« [...] c'est le fameux modèle bio psycho social [...] pas faire que la prise en charge, on va dire, somatique ou technique, mais aussi, effectivement, prendre en compte l'individu dans son environnement [...] » E19

ACCES AU SOIN

Les notions de « présence » et de médecine de « proximité » ont été citées.

ACCUEIL, DISPONIBILITE

« Ben... on est là quoi. » E07

LE MEDECIN PROCHE DES GENS

« [...] un médecin généraliste c'est proche des gens, c'est la relation médecin patient donc on est dans la vie des gens, et il y a pas de blouse. » E15

« [...] parmi les médecins, clairement, enfin c'est nous qui sommes, oui, le plus [...] dans la vie de tous les jours et donc dans le... dans la compréhension de ce que les patients attendent et de... et de ce qui va vraiment les arranger quoi. » E19

« Parce que nous on est dans la vie pratique des gens ! On est dans... dans la vie de tous les jours quoi. Enfin la mamie qui se casse la gueule, c'est nous qu'elle va aller voir, ce n'est pas le... le cardiologue ou le néphrologue ! » E19

« [...] on est le référent pour les patients dans la vie de tous les jours [...] » E19

LA COMMUNICATION, OUTIL PROFESSIONNEL

Une personne a considéré la communication comme l'outil de travail essentiel du médecin généraliste, au service des enjeux de santé et des parcours de soin des personnes. Elle n'a pas hésité à qualifier le médecin généraliste de « coach » de santé.

LA COMMUNICATION EST NOTRE OUTIL DE TRAVAIL

« Chaque discipline a comme ça ses outils de travail et nous, on a un outil de travail qui est quand même la communication [...] » E23

COACH DE SANTE

« [...] moi je ne jette pas complètement à la poubelle l'expression de coach de santé. C'est vrai dans le champ de la prévention. » E23

« Tous les gens qui ne demandent rien, tout une partie de notre métier c'est de les convaincre que la médicalisation qu'on leur propose, elle est utile. Notre métier s'est aussi de convaincre à l'inverse des gens qui sont dans la surmédicalisation et en particulier sous la forme de la prévention quaternaire, qui demanderaient tout le temps à passer une coloscopie de plus, un machin de plus, c'est de les convaincre que c'est peut-être pas utile. Tout notre métier c'est de gérer les patients qui ont fait un parcours de spécialistes et qui en sont sortis parce qu'ils ne relèvent plus de l'avis du spécialiste. » E23

COORDINATION DES SOINS

FAIRE DE LA COORDINATION REMUNEREE

La coordination des soins a été présentée comme une activité rémunérée.

« [...] moi j'ai la chance [...] d'avoir un peu de responsabilité, de coordination, donc j'ai un peu de temps qui est... qui est consacré à ça. Je suis payé trois heures par semaines pour faire ce genre de choses. » E19

HARMONISATION DES PRATIQUES

La coordination a été présentée par la même personne comme un outil d'harmonisation des pratiques entre différents professionnels de santé.

« [...] c'est [...] diffuser les bonnes recommandations, travailler avec les infirmiers, les spécialistes et cætera, à l'amélioration des pratiques de tout le monde et au travail collaboratif, pluridisciplinaire et cætera. » E19

« [...] notamment, on a travaillé sur un guide d'harmonisation des pratiques [...] » E19

« [...] c'est des attitudes qu'on essaie de prendre tous, en commun, notamment parce que dans le centre où je suis, il y a aussi des spécialistes, et [...] ils font assez souvent des trucs hors recommandation [...] » E19

« C'est une expression collective des généralistes, qui permet d'aller dire aux spécialistes après, ben non, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. Il faut que tu adaptes tes pratiques et cætera. » E19

DES ACTIONS DE SANTE SUR UN TERRITOIRE

Des actions de santé en dehors du cabinet ont été présentées. Elles ont relevé de la même activité de coordination rémunérée.

« [...] sur le niveau du territoire, ben c'est participer aux ateliers "Santé Ville" [...] faire des campagnes de promotion pour le dépistage du cancer du sein, d'aller dans des groupes de... d'apprentissage de la langue française, parce que moi je suis dans une banlieue difficile où il y a beaucoup d'immigrés, et aller leur parler de santé. [...] C'est travailler avec les réseaux, les associations locales [...] » E19

CONTINUE DES SOINS

La continuité des soins a surtout été illustrée par le suivi des familles. Le suivi a été présenté comme gratifiant pour le médecin généraliste. Si les patients reviennent, c'est qu'ils sont satisfaits des soins dispensés par le médecin.

LE MEDECIN DE FAMILLE, UN ACTEUR DE LA FAMILLE

« Un acteur de la famille, qui est pas vraiment de la famille mais qui connaît toute ma vie, qui connaît ma famille. » E15

LE SUIVI DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE EST GRATIFIANT

« Et puis l'histoire avec la famille, dans le coup il s'est créé un lien humain qui [...] Ça vaut toutes les fonctions du monde, quoi, quand même [...] d'avoir été dans les choses importantes [...] » E07

« [...] il y a cette combinaison entre le professionnel qui est forcément de l'humain, qui est un peu les deux mélangés, qui en font toute la difficulté, et toute la qualité du... et tout le bonheur, ouais, de cette fonction. » E07

« [...] ça fait toujours plaisir quand les premiers patients qui sont venus te voir parce que ils connaissaient personne d'autre [...] maintenant, t'envoient leur famille, leurs amis [...] c'est quand même gratifiant [...] » E19

GESTION DES RESSOURCES DE SANTE

Le médecin généraliste a été décrit par une personne comme l'acteur principal de la gestion des ressources en santé. La limitation des examens et des hospitalisations, le contrôle du parcours de soins, ont été cités comme des éléments faisant du médecin généraliste le garant de l'efficacité des soins.

EXAMENS ET HOSPITALISATIONS

« [...] t'es généraliste, tu te confrontes tous les jours à : est-ce que cet examen est utile ou inutile ? » E23

PARCOURS DE SOIN

« [...] quand t'envoies un patient à l'hôpital, d'un coup, si toi t'as choisi de l'envoyer à l'hôpital, c'est qu'eux faut qu'ils sortent les moyens. C'est qu'avec tes moyens de ville, tu... tu penses que... ça ne va pas suffire ! » E23

« [...] la question de la réflexion des parcours de soin et tout, elle nous est propre ! Évidemment que le gars l'hôpital, il est pas préoccupé du parcours de soin du patient ! Il est là, il est là pour s'en occuper. » E23

EFFICIENCE

« [...] je pense qu'en médecine générale, cette préoccupation du... je dirais de l'efficacité qu'est pas ... on l'a quand même plus que dans d'autres disciplines [...] » E23

DEMARCHE REFLEXIVE SUR LES SOINS

La démarche réflexive sur les soins a été déclinée de plusieurs façons.

PAR LE SUIVI D'INDICATEURS APRES ENCODAGE

La réflexion sur les soins a été considérée en termes de souci d'amélioration des pratiques. La notion d'indicateurs a été abondamment citée. Le codage des consultations a été présenté comme l'outil majeur à l'avenir pour aider à lire les pratiques des médecins généralistes.

« Plus, après, les aspects de... d'amélioration de nos pratiques, sur des indicateurs en population, et se dire que ben, ce serait pas mal que les généralistes, ils puissent générer des rappels pour les vaccins. » E19

« [...] c'est une évolution qui va se faire, qui est très encouragée par la caisse [...] qui nous fixe des indicateurs [...] c'est évident que dans les années à venir ils seront pas du tout déclaratifs et que tu devras extraire tes données de ton ordinateur. » E23

SE POSER LES BONNES QUESTIONS

Le codage a cependant été jugé par une personne comme non suffisant. Il n'exonère pas de se poser les bonnes questions sur ses pratiques.

« [...] en dehors de l'ordinateur et du recueil de données, il y a aussi comment bien interroger sa pratique [...] Quelles sont les bonnes questions que je dois me poser [...] » E15

APPORT DES SCIENCES HUMAINES

Une personne a dit s'aider des sciences humaines pour trouver des réponses à ses questions en médecine générale.

« [...] la réponse aux questions de médecine générale vraiment c'est du côté des sciences humaines que je les... que je les recherche maintenant et que je les trouve quoi [...] » E07

SE FORMER AUX SOINS

Le sujet de la formation n'a pas été très développé par la troisième génération. On a noté cependant plusieurs façons d'envisager la formation professionnelle.

PLUSIEURS MODALITES DE FORMATION

Une personne a dit qu'elle considérerait qu'il n'y avait pas une seule et unique façon de continuer de se former aux soins. On a relevé des initiatives de formation individuelles et collectives.

« Je considère que il y a pas une modalité de formation qui soit mieux que les autres donc c'est ce qu'on explique aux internes et j'en suis assez convaincu. Concrètement, c'est la raison pour laquelle j'ai plusieurs modalités de formation. » E23

FORMATION INDIVIDUELLES

LECTURES

Parmi les revues référentes pour la formation, *Prescrire* a été la plus citée.

« Donc "Pratique", "Exercer" [...] Et puis... Ben "Prescrire", voilà. » E07

« Je lis des revues, je lis Prescrire en particulier, ça a l'avantage d'être rapide à lire, alors je lis plus ou moins [...] » E23

DIPLOMES UNIVERSITAIRES

Une personne a dit qu'elle se formait à l'éducation thérapeutique par la voie du diplôme universitaire.

« [...] je fais un DU d'éducation thérapeutique donc ça pas mal m'aider dans ma pratique future [...] » E05

CYCLES DE FPC

La formation professionnelle continue organisée en séminaires ou la participation à la conception de ses enseignements ont été citées comme modalités de formation.

SEMINAIRES DE FORMATION

« Après, je me forme sur les séminaires à MG Form, voilà, sur les séminaires de formation qui existent. » E07

« Après je fais trois FPC à peu près par an [...] » E23

CONCEPTION DES ENSEIGNEMENTS

« Et puis à MG Form, j'ai... je suis aussi dans la conception de l'enseignement. Donc, le fait d'être dans la conception aussi, là c'est pareil, ça aide à se former. Voilà. » E07

CONGRES

La participation à des congrès pour se former a été explicitement évoquée par une personne.

« [...] je vais aux congrès [...] » E23

FORMATION AU SEIN DES STRUCTURES PROFESSIONNELLES

ECHANGES INFORMELS ENTRE PAIRS

Les échanges informels entre pairs ont été présentés comme une façon de se former.

« [...] c'est plus des fois l'échange de médecins qui vont... que, en en discutant, "hein tu as lu, toi", tu vas chercher l'information [...] » E07

« [...] puis je me forme avec le contact de ma femme et de ma collègue qui... les uns ou les autres, après... par contact, un peu comme on le ferait à l'hôpital la formation avec les collègues. On voit des patients en communs avec mes collègues que, du coup, on se renvoie... "Tiens mais tu as fait ci, pourquoi tu fais pas ça ?", bon cette formation un peu de proximité qui tient simplement du fait du groupe... » E23

GROUPES D'ÉCHANGES DE PRATIQUE

Les groupes d'échanges de pratique ont été cités pour signifier qu'ils permettaient de structurer l'identité professionnelle généraliste à travers des expériences communes.

« [...] quand on est dans les groupes de pairs on se rend compte que on vit les mêmes situations finalement » E15

GROUPES QUALITE

Une personne a dit se former avec les groupes qualité qui permettent de suivre l'amélioration des pratiques grâce au suivi d'indicateurs préalablement choisis avec la caisse d'assurance maladie.

« [...] je suis participant au groupe qualité [...] on a des indicateurs de pratique qui nous sont envoyés [...] qu'on choisit avec la caisse [...] c'est quand même bien motivant, on voit ses changements de pratiques quand on, par exemple...quand on évolue, puisque nos indicateurs sont suivis au long cours [...] » E23

FORMATION PLURIDISCIPLINAIRE

Une personne a dit se former en équipe pluridisciplinaire selon le principe de formation par les pairs afin de parler un langage commun entre différentes corporations professionnelles sur certains thèmes de santé.

UNE FORMATION PAR LES PAIRS

« Après on a une structure, un pôle de santé... pluri-professionnel [...] L'idée c'est qu'il y a la formation dans ce temps-là par les pairs et par ailleurs on s'astreint...par exemple on a des axes prioritaires qu'on a mis en place [...] » E23

PARLER LE MEME LANGAGE

« [...] la prise en charge des lombalgies concrètement, on va faire une formation ensemble initiale pluri-professionnelle [...] pour du coup, avoir un corpus... de se parler avec du vocabulaire commun puisque ce que finalement avec les kinés, avec... il y a des ostéo' qui viennent... on se parle pas du tout avec les mêmes mots et du coup, on se forme ensemble et du coup, c'est aussi la motivation en soi. » E23

ENSEIGNEMENT

Globalement peu de commentaires ont été portés sur l'enseignement. On peut cependant relever quatre types de commentaires.

REFLEXION SUR LES STRUCTURES

Les réflexions sur le cadre de l'enseignement ont porté sur le manque de moyens laissés aux départements de médecine générale pour dispenser les enseignements aux étudiants.

UN MANQUE DE MOYEN POUR L'ENSEIGNEMENT

Le manque de moyen a été jugé très décourageant pour l'enseignement de médecine générale.

« Ben, disons que c'est le manque de moyens des facs quoi, on va dire. Enfin c'est... Enfin moi au DMG là, les deux ans où j'ai été chef de clinique, je pense que j'ai fait soixante-dix pour cent de travail de secrétaire et trente pour cent de travail d'enseignant, quoi. » E19

« Tu passes ton temps à faire du travail de secrétariat [...] Forcément ! T'as deux secrétaires pour, je ne sais pas combien, il doit y avoir trois-cent, quatre-cent internes au département de... de P7, t'as deux secrétaires pour quatre-cent internes ! » E19

« [...] à un moment, on avait, on était huit médecins dans le même bureau ! Comment veux-tu recevoir des étudiants en tutorat pour... dans ces conditions-là ? » E19

« [...] au bout des deux ans, j'en avais un peu ma claque aussi de ces conditions de travail quoi, on va dire. » E19

« Et on en pâtit encore plus en médecine générale parce qu'on a beaucoup moins de moyens que les autres [...] » E19

« Vraiment, moi je trouve... Ça, c'est un facteur de démotivation, voire même de... de volonté de partir de France quoi. Ça rentrerait vraiment dans... dans une balance qui ferait que je partirais de France, ça c'est clair et net. » E19

IL FAUT SORTIR DU BENEVOLAT

Le caractère bénévole des enseignements en médecine générale a pu être vécu comme un élément choquant au vu de l'investissement des personnes et des enjeux.

« C'est-à-dire que c'est bien gentil de compter sur les bonnes volontés de chacun, mais moi c'est juste que ça me choque démesurément ! Enfin c'est quoi ça ? C'est quoi cette façon de travailler où... où on compte sur les bonnes volontés plus ou moins... qui vont travailler jusqu'à ce point-là. » E23

« [...] ça ne peut fonctionner que sur le bénévolat, c'est pas possible. » E23

« [...] on peut pas juste accepter et entériner qu'on est des bénévoles. On peut produire du travail à proportion de ce qu'on nous demande... de ce qu'on nous donne, on va dire... en terme de dynamisme quoi [...] » E23

REFLEXION SUR LES CONTENUS

UNE ACTIVITE D'« ENCADREMENT »

Le terme d'« encadrement » à la place d'enseignement a été utilisé par deux personnes.

« [...] j'encadre des thèses d'exercice sur le sujet des troubles des conduites alimentaires à la fac de V7, je donne des cours de méthodo' maintenant à la fac de V7, donc les séminaires de thèses, en qualitatif, en quantitatif [...] » E15

« Après, pour ce qui est de l'encadrement des... donc moi je fais cours en troisième année sur "Prévention, éducation, perception du risque". Je fais cours plus ponctuellement, dans l'optionnel des externes, avec P2, puis j'ai deux séminaires que... que j'anime, dont je suis responsable en... en troisième cycle. » E23

UNE SURCHARGE DE TRAVAIL

Une personne a dénoncé la surcharge de travail imposée par le manque de moyens au regard des effectifs d'internes.

« [...] on m'a imposé pendant mes deux ans de clinicat, par exemple de m'occuper du... du certificat de prévention pour les externes. Chez nous c'était deux-cent externes à gérer, toutes les semaines, pendant... pendant quatre mois et c'était juste une charge de travail... écrasante quoi, on va dire. » E19

« [...] je continue à faire des cours, je continue à tutorer des internes, je dirige encore cinq thèses à la fois, enfin voilà ! Je continue mon implication pédagogique [...] » E19

UN NOUVEL ENSEIGNEMENT POUR LES ETUDIANTS EN MEDECINE GENERALE, AXE SUR DES PREOCCUPATIONS DE SANTE PUBLIQUE

SE FORMER A LA SANTE PUBLIQUE

Cette personne a noté que les jeunes générations devaient se former davantage en santé publique.

« [...] le travail de santé publique, c'est quand même un travail qui nécessite de mobiliser des ressources, scientifiques, des ressources mathématiques et cætera. » E19

« [...] je pense qu'il faut que les médecins généralistes, les jeunes, se forment beaucoup plus à la santé publique qu'ils le sont actuellement, et beaucoup plus encore que leurs aînés l'étaient quoi. » E19

LE ROLE DE LA GENERATION DES JEUNES UNIVERSITAIRES

La jeune génération d'universitaire a été pressentie comme la relève qui permettrait de mieux sensibiliser les jeunes médecins généralistes aux actions de santé communautaire.

« [...] cette jeune génération de jeunes universitaires [...] est entre guillemets en train de prendre le pouvoir petit à petit, pour justement, pouvoir après l'enseigner aux internes, et cætera, pour développer ce mode de pensée on va dire. » E19

LES ETUDIANTS EN MEDECINE GENERALE DOIVENT PRENDRE EN CHARGE LEUR FORMATION

Il a été dit que c'était aux jeunes généralistes eux- même de se soucier du devenir de leur formation.

« Les jeunes généralistes, si ils se mobilisent et qu'ils mettent ça dans le débat public et dans leur... dans le débat de leur formation [...] ils arriveront, probablement à faire bouger les lignes. Mais s'ils ne le font pas eux-mêmes, il y aura personne qui fera bouger les lignes pour eux à mon avis. » E19

ENSEIGNER POUR SE FORMER

Plusieurs personnes ont vu dans l'enseignement une bonne opportunité d'auto-formation.

« [...] en préparant des cours aux externes des trucs comme ça... finalement tu lis des trucs en plus ou un peu dans « Exercer » ou tu vois des trucs comme ça, ça fait réfléchir. » E05

« [...] en préparant des cours et tout bien justement tu fais des recherches et tu apprends plein de trucs en passant quoi, f'in tu vois donc c'est pas mal quoi. » E05

« [...] faire des séminaires de formation c'est quand même un super moyen de se former hein. Participer, enfin voilà c'est hyper... C'est bien d'être dans l'enseignement pour échanger avec des collègues qui sont dans l'enseignement, de concevoir un enseignement... C'est la meilleure formation, je trouve, qui existe. » E07

« Alors concrètement moi là j'accueille les externes, j'accueille plus ponctuellement l'interne. Alors je le disais pas en terme de formation mais c'est pareil je suis convaincu que ça forme beaucoup. » E23

« [...] le fait d'accueillir des externes et des internes, qui ben, dans le temps de consultation, donnent plus ou moins leur avis mais qui après la consultation, clairement ben, discutent la prise en charge. Et donc on dit "ben oui, ben on va vérifier", du coup on fait un tour sur cismef et cætera enfin on va regarder des reco'. » E23

ENSEIGNER POUR VALORISER LA DISCIPLINE

Deux personnes ont parlé de l'enseignement comme d'un outil de valorisation de la discipline de médecine générale.

VALORISER LA DISCIPLINE AUPRES DES EXTERNES

« [...] c'est peut-être ce que j'ai pas eu tu vois, c'est peut-être de leur donner envie de faire médecine générale, alors... en leur montrant en fait que c'est vraiment génial comme métier [...] c'est pour leur donner envie de faire médecine générale et leur montrer ce qu'on fait pour qu'on choisisse médecine générale en fait. » E05

POUR VALORISER LA DISCIPLINE AUPRES DES MALADES

« Moi j'ai une interne en centre de santé [...] je suis maître de stage [...] Ils [les malades] voient très bien qu'il y a une formation. » E15

RECHERCHE

REUNIR UN CORPS PROFESSIONNEL DIVISÉ

Deux visions du corps professionnel généraliste ont été présentées à travers les enjeux de recherche. La première est celle d'une division entre la discipline portée par les chercheurs, et celle du métier porté par les représentants des professionnels, les syndicats. La deuxième est celle d'une volonté d'unification d'un corps divisé.

SORTIR DE LA SEULE REPRESENTATION SYNDICALE

« [...] la discipline universitaire, elle doit permettre à notre métier [...] d'être entendu autrement que par la voix du syndicat. [...] cette vision qu'on te transmet qu'en fait ce métier il est peut-être horrible [...] » E23

UNE FILIERE UNIVERSITAIRE VALORISANT LA DISCIPLINE

« [...] le rôle de... de la filière universitaire et de... des universitaires le moment venu, sera sûrement de renvoyer une vision plus équilibrée de ce qu'est le métier [...] en transmettre on va dire un certain attrait [...] » E23

FUSIONNER SOCIÉTÉS SAVANTES ET SYNDICATS PROFESSIONNELS

« [...] il faut surtout pas faire l'erreur que nos aînés ont faites, de diviser la discipline et la profession. Ils ont pris des sociétés savantes de médecine générale, ils ont même créé un syndicat de défense de la discipline médecine générale qui est le SNEMG, tu vois le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, mais tous les gars qui sont à MG France, à la CSMF, à la SML, ils ont pas la conscience de l'universitaire en médecine générale. Beaucoup plus maintenant pour MG France depuis trois, quatre à cinq ans, mais ils ont pas cette conscience-là, et il y a un clivage profond entre les professionnels et des gens qui sont universitaires en médecine générale. » E15

« [...] le risque, c'est de voir un corps universitaire de médecine générale qui se détache complètement de la réalité de l'ensemble des médecins généralistes en France. Il faut... qu'on reste intégré. » E15

« [...] c'est la grosse discussion qu'on a eue avec l'asso' des chefs de clinique en médecine générale, c'est qu'on a fusionné avec Reagjir. Avec le Regroupement des jeunes généralistes installés remplaçants [...] parce que le corps des chefs de clinique, a les mêmes revendications dans leur activité de soins, que les remplaçants, que les collaborateurs libéraux, que les jeunes généralistes installés [...] » E15

UNE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES

LA PARTICULARITE DES SOINS PRIMAIRES

Une personne a rappelé la notion de soins primaires.

« [...] la perspective du généraliste qui se confronte à des gens qui ne demandent rien, en soit, est très originale ! Alors que le spécialiste, de fait, est sollicité par des gens qui souhaitent le consulter. Et ça, ça change tout ! Ça change tout ! Je veux dire... c'est un peu l'histoire du Carré de White, nous, on voit des gens qui n'ont rien à voir avec ceux qui finalement acceptent, voire demandent, à aller consulter le correspondant spécialiste. » E23

UNE RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE

Cette même personne a dit ne pas comprendre le terme de « recherche en médecine générale », préférant le terme de « recherche en soins primaires ». A ce titre, la recherche a été présentée comme nécessairement pluridisciplinaire.

[...] je ne crois pas tellement très franchement à la recherche en médecine générale [...] il y a un grand champ sur lequel on doit travailler qui est le champ de la recherche en soins primaires [...] » E23

« Faire une recherche qui serait que disciplinaire n'a pas, à mon sens, pas beaucoup de sens. Une recherche, est forcément faite d'interactions [...] » E23

« [...] on doit travailler d'ailleurs en collaboration avec les autres [...] » E23

« [...] on arrive avec une vision du métier qui est extrêmement différente de nos partenaires de chercheurs. » E23

« [...] on a lieu d'investir [...] ce champ du soin primaire, du champ de la population générale et [...] sortir la recherche uniquement du cadre des malades hospitalisés, quoi. » E23

AMELIORER LA QUALITE DES SOINS ET LA SANTE EN SOINS PRIMAIRES

La recherche a pour vocation l'amélioration de la qualité des soins et la santé de la population de soin primaire.

« Une recherche de qualité [...] c'est-à-dire, qui améliore la qualité des soins et qui améliore la santé de la population. » E15

« [...] Et la population en soins primaires, la population, en général tu vois, les mille personnes du "carré de White". Donc même ceux qui consultent pas. Faut quand même qu'on arrive à améliorer leur santé. » E15

« Et à mon sens, travailler sur la recherche et cætera, ça permet de rendre encore plus service, parce que ça permet d'améliorer les processus de soins, et cætera. » E19

« [...] la recherche [...] doit apporter des réelles avancées pour les patients en termes de choses nouvelles, des choses qui vont faire qu'ils vont être mieux soignés demain qu'hier. » E23

EXPLIQUER LES PROCESSUS DE DECISION MEDICALE

« [...] analyser le discours, les processus d'actions et de décisions des médecins et des patients. » E15

« [...] expliquer comment on prend nos décisions [...] comment, en fait, ce qu'on propose à nos patients ne relève pas de l'arbitraire [...] et repose vraiment sur une démarche [...] consensuelle [...] » E23

DISPOSER DE RESULTATS APPLICABLES EN SOINS PRIMAIRES

Une personne a vu dans la recherche en médecine générale une chance pour disposer de recommandations adaptées à la pratique de médecine générale.

« [...] toutes les études sont faites à l'hôpital [...] et [...] les recommandations qu'on nous pond des fois ne sont absolument pas adaptées à la pratique courante parce que [...] dans la vraie vie c'est pas ça quoi (rises). » E05

« [...] l'avantage de faire des études en médecine générale, c'est que vraiment pour nous ça va nous apporter j'espère des... après des recommandations et des guidelines qui sont beaucoup plus... dans notre pratique [...] » E05

UNE RECHERCHE A STRUCTURER

Des pistes de structuration de la recherche ont été présentées.

LA RECHERCHE DOIT FONCTIONNER PAR POLES

Une personne a envisagé une organisation de la recherche en soin primaire structurée en pôles disciplinaires.

« [...] l'avenir est à ce que chacune de nos équipes de médecine générale dans chaque ville travaille sur un champ disciplinaire particulier [...] » E23

AUGMENTER LE NOMBRE DE CHERCHEURS

Deux personnes ont jugé que la recherche en médecine générale devait disposer d'un nombre suffisant de chercheurs pour lancer et diriger des travaux de recherche.

« [...] je pense que la recherche effectivement il faut trouver des gens motivés pour lancer des programmes de recherche [...] alors après effectivement est ce qu'au point de départ il y en a beaucoup qui veulent lancer des études ? » E05

« [...] il faut encore un nombre d'universitaires en médecine générale suffisamment important pour faire une recherche de qualité. » E15

« [...] il faut suffisamment d'investigateurs principaux, des gens qui dirigent les travaux de recherche en médecine générale, donc avoir un corpus universitaire en médecine gé'. » E15

UN CHERCHEUR CONNECTE A LA REALITE DE TERRAIN

Une personne a insisté sur le fait que les chercheurs en médecine générale devaient développer une recherche appliquée et garder une part de leur activité dans les soins pour ne pas être déconnectés des questions inspirées par la pratique clinique.

« Donc pour moi la recherche en médecine générale, c'est une recherche appliquée [...] qui doit être surtout pas désancrée de l'activité de soins [...] » E15

« [...] Il faut pas [...] qu'il soient chercheurs temps plein [...] on se pose pas les questions pratiques [...] je refuse que la recherche en médecine générale se détache, comme dans les autres spécialités [...] de la réalité et du quotidien du médecin généraliste. » E15

« [...] la recherche en médecine gé', elle vient d'abord des problématiques quotidiennes des médecins généralistes qui vont amener des questions. » E15

PRODUIRE DES DONNEES

DESCRIPTION CODEE DES PRATIQUES

La description des pratiques par des outils de codage a été largement énoncée au cours des différents entretiens.

POUR DECRIRE LA PRATIQUE

Plusieurs personnes ont dit juger essentiel une meilleure description des pratiques en médecine générale pour avancer dans les travaux de recherche.

« [...] on sait pas trop ce qu'on fait dans notre activité. » E15

« Si on veut faire de la recherche sur notre pratique, il faut être capable de voir ce qui a été recueilli comme données. » E15

« Donc savoir, pour un médecin, ce qu'il fait [...] ça peut servir pour la recherche [...] parce que, ça a des implications majeures sur la façon dont le système de soins fonctionne. » E19

« [...] un, c'est décrire déjà ce qui se fait et qui n'est pas identifié, c'est-à-dire qu'il y a une espèce de magma mais qui est déjà l'activité actuelle [...] » E23

AVEC DES OUTILS DE LANGAGE COMMUN

Le codage au moyen des différentes classifications existantes a été le seul outil cité pour décrire les pratiques de médecine générale au cabinet.

« [...] il faut une classification commune, qui permet de coder les soins correctement. » E15

« Pour moi, c'est intégrer des données de la CISP dans le recueil de données. » E15

« [...] j'ai fait un diaporama qui s'appelait "Exploisons nos données cliniques [...] fallait qu'on code nos consultations et ce qu'on faisait en consultation. » E19

« [...] que ce soit DRC ou CISP [...] je trouve que les deux sont pas très bons donc je n'ai pas de préférence entre les deux. » E19

« La CISP [...] y a plein de choses qui manquent... et ce n'est pas un très bon outil de codage je trouve, mais l'avantage c'est que on peut l'utiliser pour le publier à l'international. » E19

« [...] je code en CISP et je pense que c'est incontournable pour traiter nos données. » E23

PUBLIER

La notion de travail de publication a été citée à plusieurs reprises pour décrire l'activité des travaux de recherche existants ou à venir en médecine générale.

« [...] je fais mon stage niveau 2 donc S.A.S.P.A.S chez P3 et P4. Alors je ne sais pas si tu as vu des publications... P3 a fait plein [...] de production de travaux de recherche de quanti en médecine générale avec l'O.M.G et cetera. » E07

« [...] j'écris des articles voilà, de thèses de sciences en ce moment [...] » E15

« [...] je suis devenu le rédacteur en chef adjoint de la revue "Exercer", en fait, depuis le mois de septembre de cette année. » E15

« [...] il faut continuer de critiquer les travaux qui sont réalisés, qui peuvent avoir des biais, dont on sait qu'ils peuvent être biaisés par des gros conflits d'intérêt [...] » E23

« Par contre critiquer le fait qu'il y ait peu de données ne nous exonère pas d'en produire nous-mêmes [...] » E23

DES METHODOLOGIES VARIEES

UNE RECHERCHE ECLAIREE PAR LES SCIENCES HUMAINES

Une personne a développé une conception de la recherche en médecine générale qui serait nourrie des sciences humaines.

REDONNER DU SENS

Pour cette personne, la bifurcation de parcours vers les sciences humaines a permis de redonner du sens et d'affiner ses travaux de recherche.

« [...] j'ai travaillé sur le cancer du sein et sur... la qualité de vie des patientes [...] il fallait interpréter une vision de la qualité de vie en fonction de variables toutes amalgamées pour tout le monde [...] on ne comprenait rien [...] » E07

« [...] j'ai fait donc après un mastère de sciences humaines et ma thèse de médecine je l'ai faite à partir du cancer du sein mais justement sur une vision... sur entretiens en fait, sur un point de vu individuel des patientes [...] » E07

« [...] ce qui comptait [...] ce n'était pas évaluer quantitativement [...] certaines variables par rapport à d'autres, mais vraiment comprendre comment s'agencent les différentes barrières qui interviennent dans l'explication de phénomènes aussi subjectifs que la qualité de vie [...] » E07

« [...] peu importe qu'il y en ait trois cent, il vaut mieux qu'il y en ait peu et qu'on comprenne bien des choses subtiles [...] » E07

CONSTRUIRE DES PROJETS DE RECHERCHE PLUS PERTINENTS

La même personne a dit envisager de poser des questions de recherche plus pertinentes grâce à la collaboration des sciences humaines dans les travaux de recherche en médecine générale.

« [...] il y a une collaboration département de médecine générale plus laboratoire de recherche en sciences humaines en fait. Avec P7 qui est sociologue, qui travaille sur des questions de santé, et on construit des projets de recherche [...] » E07

« [...] ce ne sont pas les médecins qui définissent leurs questions qui vont chercher des méthodologies de sciences humaines pour y répondre [...] ce sont des questions qu'on se pose vraiment mais qui doivent être éclairées par les sciences humaines posées ensemble pour être plus pertinentes quoi. » E07

UN NOUVEL ECLAIRAGE POUR LA MEDECINE

Pour cette personne encore, la collaboration des sciences humaines dans les travaux de recherche en médecine générale a été perçue comme un outil de recherche original qui pourrait valoriser à l'avenir la discipline de médecine générale.

« [...] c'est par là que passera la reconnaissance de la médecine générale, c'est-à-dire vraiment sur cet apport que ça pourra faire avec les sciences humaines [...] » E07

« [...] l'éclairage des sciences humaines c'est pour poser, répondre à des questions de médecine générale, mais qui sont des questions médicales plus largement. » E07

CE N'EST PAS ETONNANT

Une personne a dit ne pas s'étonner de l'intérêt des généralistes pour les sciences humaines au regard de l'importance de la communication dans leur discipline.

« [...] on a un outil de travail qui est quand même la communication [...] donc c'est pas étonnant, c'est pour dire, que les généralistes soient beaucoup... aient ressenti la nécessité de travailler avec les sciences humaines. » E23

Cependant cette même personne a dit ne pas concevoir l'exclusivité des sciences humaines en matière d'outil de recherche en soins primaires.

« Après est-ce que ça doit être l'exclusivité ? Non, bien sûr que non ! Et moi ce que je n'aime pas trop dans cette approche-là c'est même qu'elle aurait tendance à exclure le reste. » E23

« [...] On a droit aux sciences dures alors même qu'on parle de communication et quelque part de sciences humaines. » E23

METHODES QUANTITATIVES

Plusieurs personnes ont dit utiliser les méthodes dites « quantitatives » dans leurs travaux de recherche.

« [...] aujourd'hui, moi, je travaille sur le champ à mon sens, de la communication et du coup un peu des sciences humaines, la psychologie mais je fais des travaux quantitatifs en essais randomisés contrôlés. » E23

« [...] j'ai une formation effectivement, en recherche quantitative [...] Je vais exploiter des bases de données, je vais faire des modèles de régression, ce genre de choses. » E19

PAS DE FRONTIERE NETTE ENTRE QUANTITATIF ET QUALITATIF

Une personne a été agacée par cette volonté d'inculquer aux étudiants l'existence d'une séparation nette entre les méthodologies quantitatives et qualitatives.

« [...] la recherche sur les services de santé [...] C'est aussi pas mal de... pas mal aussi de recherche biblio' [...] Il arrive toujours un moment où on va avoir besoin de preuves et que les preuves elles passent uniquement par la recherche quantitative. Mais, il y a tout un travail en amont qui n'est pas... ce n'est pas de la recherche quantitative pure et dure telle que on... on essaie un peu de l'inculquer, cette espèce de... quoi, de pseudo-différence. C'est une vraie différence mais elle n'est pas aussi marquée en tous cas que celle qu'on veut bien l'inculquer en... dans les départements de médecine générale, où on dit ouais "soit tu fais du quali, soit tu fais du quanti". Il y a quand même à mon avis, plus de flou entre les deux quoi. » E19

FUSIONNER DONNEES DE DISCOURS ET STATISTIQUES

Une personne a dit utiliser des méthodes dites « mixtes » dans ses travaux de recherche actuels.

« [...] les méthodes mixtes, c'est-à-dire fusionner des données de discours, comme on fait là, d'analyse du discours, avec des données des caractéristiques de la population, et des populations représentatives, c'est vraiment le truc qui fonctionne très bien en médecine générale. Parce que c'est une interface entre l'individu et la collectivité. » E15

DES OBSTACLES A LA RECHERCHE

Parmi les obstacles à la recherche identifiés, plusieurs personnes ont cité des obstacles à l'encodage. Une personne très investie dans la recherche sur les systèmes de soin a donné sa conception des freins à la recherche et s'est étonné qu'on ne s'empare pas plus du sujet de l'éducation thérapeutique.

OBSTACLES A L'ENCODAGE

DES PROBLEMES LIES AU MARCHE DES LOGICIELS

LOBBYING FREINANT LA DIFFUSION DE LOGICIELS PERFORMANTS

Un exemple de groupe commercial intervenant dans la fabrication de logiciels a été cité pour parler des stratégies de freinage de commercialisation de logiciels intelligents.

« [...] G1, par exemple, exploite les données de certains de ses logiciels, pour les revendre. [...] si c'était les généralistes, [...] qui décidaient d'exploiter ses propres données, ben forcément les données de G1, elles, vaudraient beaucoup moins cher ! » E19

NOMBREUX LOGICIELS DISPONIBLES

Une personne a souligné le manque de cohérence par rapport au nombre important de logiciels disponibles sur le marché et a pris l'exemple de la Grande Bretagne qui ne disposerait que d'un logiciel.

« [...] actuellement en France, il y a pas une énorme cohérence [...] » E15

« [...] il y a des logiciels agréés par la Sécu mais il y a pas un logiciel commun comme celui qu'il y a par exemple en Grande Bretagne [...] » E15

CHRONOPHAGE

Une personne a souligné le caractère chronophage de l'activité de codage et a soumis l'idée de la délégation pour effectuer ces tâches.

« [...] la seule limite c'est à partir de quand ça prend tout le temps médical...et [...] à l'hôpital, on a jamais vu les médecins s'embêter à coder. » E23

« [...] En gros, il faut qu'on ait du temps administratif pour coder ce qu'on fait. » E23

COMMENTAIRES D'UN CHERCHEUR SUR LE SYSTEME DE SOINS

ON S'EMPAIRE PAS DES BONS SUJETS

« On ne fait pas de la recherche encore de bonne qualité en France [...] surtout parce qu'on s'empare à mon avis pas des bons sujets. » E19

TROP DE RECHERCHE CLINIQUE

« [...] il y a encore beaucoup trop de gens qui veulent faire de la recherche clinique [...] » E19

UNE RECHERCHE TROP CENTREE MEDECIN

« [...] il y a encore beaucoup trop de gens qui veulent faire [...] de la recherche sur : c'est quoi les outils, ou comment est-ce qu'on peut, enfin, comment est-ce qu'on peut améliorer le quotidien du médecin généraliste, enfin assez nombriliste, moi je trouve. » E19

DEVELOPPER LA RECHERCHE SUR LE SYSTEME DE SOINS

« [...] on doit développer en France, la recherche sur le système de soins. C'est-à-dire que la santé publique ne travaille pas beaucoup sur le système de soins, sur la façon dont on peut organiser le système pour qu'il soit plus efficient. » E19

« [...] quand on regarde les autres pays européens en fait, ce sont les médecins généralistes qui exploitent ce champ-là justement, de l'organisation des soins, y compris en étant critiques avec leurs propres pratiques, ce qui implique du coup de coder nos propres consultations pour savoir ce qu'il y a dans nos pratiques. » E19

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE, UN ENJEU MAJEUR

« [...] pour ma thèse je suis rattaché à un laboratoire de pédagogie de la santé [...] c'est [...] les rois de l'éducation thérapeutique en France [...] on est deux médecins généralistes dans le labo' quoi ! Alors que, typiquement, ça c'est un enjeu majeur quoi ! » E19

DISCUSSION

A l'issu de cette présentation analytique des entretiens, nous pouvons maintenant faire un effort de mise en perspective intergénérationnelle et réfléchir aux mécanismes concernant l'élaboration et l'évolution de l' « objet disciplinaire » que représente la médecine générale à travers ses trois composantes. Ainsi, nous proposons de modéliser ce que nous avons choisi d'appeler les « profils générationnels » afin de réfléchir sur l'implication de ces derniers à la genèse et au développement de l'objet disciplinaire étudié. Nous verrons que si certains éléments des composantes étudiées ont été transmis ou échangés entre générations, d'autres ont tendance à disparaître ou se transformer. Enfin, nous reviendrons sur ce concept d' « objet disciplinaire » pour tenter d'éclairer un peu mieux ces dynamiques d'interactions générationnelles.

LES PROFILS GENERATIONNELS

LA PREMIERE GENERATION : DESIR DE TRANSMISSION

VOULOIR TRANSMETTRE

Les témoignages des médecins de la première génération révèlent une implication majeure dans l'histoire de la construction disciplinaire de la médecine générale. Si les profils biographiques montrent une certaine hétérogénéité dans le vécu des études et de la profession, on voit bien que globalement la discipline est née d'une volonté de transmission du savoir. Cette volonté de transmission prend source dans des motivations diverses et a pu s'effectuer parce qu'un mouvement avait déjà été engagé dans les générations précédentes.

Quelques personnes avaient en effet déjà fait l'expérience d'un premier mouvement de transmission, soit par une initiation à la pratique généraliste au sein d'un stage chez le médecin généraliste non encore officialisé par les réformes des études médicales(22), soit en participant à des formations spécifiques à la médecine générale qui voyaient le jour dans certaines universités françaises (Bobigny, Nancy). Pour d'autres personnes, le mouvement de transmission s'est inscrit au sein de parcours biographiques ayant favorisé l'interaction avec les pairs, que ce soit à travers un investissement dans la recherche, le syndicalisme ou par un investissement dans la formation continue.

C'est la rencontre de ces acteurs dans les cercles de formation continue, couplé au contexte favorable des réformes du troisième cycle des études médicale et de la bonne volonté des doyens des universités qui a vu naître les conditions de la structuration d'un enseignement, qui a principalement débuté par l'organisation de la maîtrise de stage. La conception d'un enseignement spécifique a été élaborée plus progressivement.

ROLE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les lieux de l'enseignement post universitaire (EPU), puis de la formation continue (FMC) sont apparus comme des accélérateurs d'échanges entre les pairs. La formation professionnelle a notamment été l'occasion d'échanger sur un sentiment de décalage entre le contenu universitaire de l'enseignement et la pratique médicale quotidienne(23). Elle a également favorisé la naissance d'un autre type d'enseignement, inspiré de la pédagogie pour adultes, sortant ainsi d'un enseignement magistral vécu comme « infantilisant ». Enfin, la formation professionnelle a été un lieu de recrutement des futurs maîtres de stage puis des futurs enseignants en médecine générale au sein des départements de médecine générale.

CONCEPTION D'UN ENSEIGNEMENT

Nous devons à la première génération le développement accéléré d'un enseignement spécifique à la médecine générale(24). L'investissement dans la maîtrise de stage, par le biais des interactions avec les étudiants, a dopé le désir de conceptualiser une pratique difficile à expliquer aux étudiants. La volonté de transmission d'un savoir disciplinaire propre s'est heurtée à deux questions majeures, celle de la méthodologie pédagogique et celle du contenu d'enseignement.

Ce dernier avait déjà été débuté dans certaines universités et un « essaimage » des personnes qui avaient participé à ces enseignements a pu contribuer à participer au développement pédagogique. Le CNGE, né en 1983 a été et constitue toujours un acteur majeur dans la structuration et la coordination des enseignements au sein des universités françaises. L'école de Riom(25), lieu de formation des enseignants de médecine générale jusqu'au début des années 2000 (relayée par le groupe CNGE formation) a été le premier témoin de cette structuration.

La forme pédagogique s'est inspirée de ce qui s'était déjà développé au sein de la formation continue. On a pu constater à plusieurs reprises le rôle des échanges avec le Canada francophone et la Belgique pour développer l'enseignement. Si l'on considère certaines références utilisées pour la formation, notamment l'approche humaniste de Rogers, on peut supposer que le Canada a lui-même puisé dans les références américaines. La pédagogie pour adultes est d'ailleurs née aux états unis dans les années 70 avec Malcom Knowles, et Rogers(26) écrit lui-même un ouvrage sur l'apprentissage en 1969. La formation continue étant née dans les années 70, on peut dire que l'appropriation de ces nouvelles méthodes pédagogiques venues outre atlantique a été extrêmement rapide. La revue exercer de juillet août 2013 reprend abondamment l'aspect historique de cette réflexion pédagogique en citant les nombreux ouvrages desquels elle a pu s'inspirer pour élaborer la certification des compétences.(27)

L'élaboration et l'enseignement du contenu pédagogique se sont inspirés de la pratique en médecine générale et d'un effort de conceptualisation de ses pratiques. Dans notre étude, on peut voir que la conceptualisation a pu être réalisée de deux manières :

-d'une part, elle s'est inspirée de travaux descriptifs de la pratique grâce à des techniques d'encodage des consultations. Ces travaux constituent d'ailleurs l'essentiel de l'investissement des médecins de la première génération dans ce qu'on pourrait qualifier la « recherche en médecine générale ». Ils étaient promus par les sociétés savantes de médecine générale, la SFMG notamment, qui utilisait le dictionnaire des résultats de consultation(28) dit « DRC » inspiré des travaux d'un médecin généraliste autrichien, Braun.

-d'autre part, on peut supposer qu'elle s'est inspirée des différentes définitions successives de la médecine générale dont la première date de 1974. Nous pouvons dire cela à la lecture des conceptions du soin et de l'activité de soin présentées par les médecins interrogés : les notions de soins primaires ou de soins centrés sur le patient, la coordination et la continuité des soins en témoignent. La certification des compétences est elle-même organisée autour de ces notions.

Il semble également que certains enseignements se soient développés autour des axes d'intérêt des médecins investis au sein du département de médecine générale : cela semble être le cas pour l'éducation thérapeutique à la fin des années 1990, même si ce thème a été largement repris et même intégré dans les missions du médecin généraliste dans le cadre de la loi HPST en 2009.

ENSEIGNER AU PATIENT

Le désir de transmettre est allé jusqu'à concevoir l'idée que le médecin pouvait transmettre son expertise au patient. L'éducation thérapeutique(29) a été définie dans un rapport par l'OMS Europe en 1998(30). Dans cette approche figurent notamment l'idée de processus « *intégré dans les soins et centré sur le patient* », ce qui s'intègre parfaitement aux concepts disciplinaire de médecine générale.

On peut encore une fois noter que les médecins de la première génération se sont appropriés très rapidement cette nouvelle approche du soin, adaptée à la prise en charge des pathologies chroniques, puisque son intégration dans les enseignements a été réalisée fin des années 1990, au moment où les enseignants de médecine générale devaient choisir les orientations principales d'un enseignement qu'ils avaient choisi de centrer sur l'Homme malade.

Cependant, on remarque que malgré l'approche humaniste développée par quelques-uns des principes d'éducation thérapeutique, « *notion que toute être est capable d'autonomie et d'autodétermination* », on voit s'opérer un emboîtement de cette vertu vers des

préoccupations qui sous-tendent des aspects plus économiques : « *l'accroissement du nombre de patients porteurs d'une affection qui rend impossible une prise en charge individuelle de tous les instants. Une délégation de compétence est devenue nécessaire* ».

Toutefois, dans notre étude, on voit bien que certains acteurs de la première génération étaient déjà préoccupés par les questions de coût de santé et d'efficience du système de soin. Par ailleurs, la prévention fait partie des axes prioritaires des concepts disciplinaires et ne présume en rien d'une attitude contraire à l'éthique de soin, bien qu'Anne Chantal Hardy, dans un ouvrage sur l'objet du travail médical(31), nous rappelle à quel point l'éthique du soin est elle-même en proie à des discours contradictoires et soumise aux enjeux politico-économiques.

LA DEUXIEME GENERATION : EXPERTISE DU SOIN

MIEUX PREPARES AUX SOINS

Les difficultés qu'avaient rapportées la plupart des médecins de la première génération en début d'exercice ont été beaucoup moins exprimées par les médecins de la deuxième génération. On peut supposer que cela provient en partie d'une meilleure préparation lors du troisième cycle des études médicales, les médecins passant d'un an de stage interné à deux ans puis deux ans et demi de résidanat.

Par ailleurs, les personnes ayant pu bénéficier d'un stage chez le praticien généraliste ont pu développer des compétences relationnelles, ce qui était beaucoup moins évident pour les aînés qui se plaignaient de difficultés relationnelles en début d'exercice. Ces résultats corroborent un travail de thèse récent concernant l'apport du SASPAS dans la formation des internes de médecine générale.(32)

Par contre, aucune remarque n'a été faite sur l'enseignement théorique de médecine générale. On peut supposer que son état de structuration fin des années quatre-vingt et dans les années quatre-vingt-dix n'en était encore qu'au stade embryonnaire. Cela pourrait expliquer le peu de commentaire développé à son propos.

DEVELOPPER L'EXPERTISE

Pour cette génération, la formation professionnelle ne semble plus être le vivier de recrutement des enseignants de la formation médicale initiale, comme cela a été le cas pour la première génération. La forme et les contenus d'enseignement semblent être mieux établis et les médecins y trouvent un lieu pour approfondir leurs connaissances voire développer une expertise propre à la pratique de médecin généraliste. Se développe l'idée que le médecin généraliste n'est pas un omnipraticien mais qu'il se doit d'être expert dans son champ d'exercice. On peut noter que la rhétorique de l'expertise est assez

contemporaine de l'arrivée de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004 puis de l'avènement du développement professionnel continu (DPC) dont les prémices figurent dans un rapport de l'IGAS en novembre 2008. Sur ce rapport de cinquante-huit pages la racine « expert » du mot « expert » ou « expertise » y est citée trente fois.⁽³³⁾ C'est au même moment que sont formés des « médecins habilités » dits « MH » en médecine libérale, équivalents des « médecins experts extérieurs » dits « MEE » pour les établissements de santé. Les MH, agissant au sein des groupes agréés de formation continue avaient pour mission d'« expertiser » les bonnes pratiques des groupes de FMC locaux, sur un certain nombre de thèmes. C'est à ce titre que plusieurs personnes interrogées ont dit avoir travaillé sur la bonne tenue du dossier médical, ceci correspondant à une validation organisationnelle (procédures) de l'EPP.

PLUS LOIN DU PATIENT

Il semble que pour cette génération, le rapport au patient, jusqu'ici très resserré autour du colloque singulier, se soit distendu. Le problème de la juste distance à tenir entre le patient et le médecin ne semble plus être aussi récurrent. D'ailleurs, on constate qu'aucun médecin de cette génération ne s'est investi dans les groupes Balint.

Paradoxalement, il pouvait encore persister des difficultés relationnelles en début d'exercice : le fait d'être « quitté » par un patient pouvait être source d'importante remise en question pour le médecin, justifiant encore une distension du rapport médecin malade. Par ailleurs, il existait parfois en début d'exercice des difficultés à comprendre la demande des patients, perçue comme insignifiante par rapport à la bénignité des motifs de consultation.

La distanciation des rapports a pu également s'illustrer par le rapport triangulaire de la consultation pour les médecins recevant des étudiants au cabinet. Une personne a souligné que la présence de l'étudiant pouvait apporter une détente dans le colloque singulier. L'instauration du SASPAS aura sans doute contribué à accentuer cet éloignement du médecin vis-à-vis de « son » patient.

Concernant le dialogue entre le médecin et son malade, il semble que l'on s'éloigne de l'approche humaniste développé par les psychiatres. La relation de soin n'a plus vocation à être « thérapeutique » en tant que telle⁽³⁴⁾. Il ne s'agit plus seulement d'user d'une posture empathique⁽³⁵⁾ et d'accompagner le patient pour qu'il trouve la voie de la résilience. Désormais la communication est un outil à maîtriser qui se spécialise en fonction du type de prise en charge souhaité. Process-com pour améliorer son rapport avec les patients, éducation thérapeutique pour les maladies chroniques (ici l'empathie et la compréhension du patient se mêle à la transmission de l'expertise médicale), thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux, counselling interpersonnel pour les syndromes dépressifs. Devenant expert en communication, le médecin reprend le contrôle du patient,

qui se retrouve en quelque sorte «manipulé » par la technique. On peut penser que cette expertise de « communicant » représente en elle-même un nouvel élément de distance avec le patient.

Par ailleurs, le médecin glisse progressivement d'une relation de confiance, très exprimée par les médecins de la première génération, à une relation de réassurance du patient. Or il nous semble que les valeurs proxémiques de ces deux termes ne sont pas exactement les mêmes. Quelques personnes ont également utilisé la notion de service à la personne, voir celle de relation de type clientéliste.

Cette distance s'est également exprimée dans un glissement de l'organisation et de la fonction du soin conçu de plus en plus comme un travail d'équipe. Plus encore, alors que ce travail d'équipe semblait surtout être perçu comme un échange entre pairs médicaux au sein des cabinets médicaux pour la première génération, il s'agit davantage pour la deuxième génération de concevoir des échanges entre médicaux et paramédicaux.

Il serait difficile de ne pas voir ici un certain succès du discours politique entamé depuis la fin des années 1990. Un rapport de l'IGAS en décembre 1997 est assez édifiant : rappelant le levier majeur que représente le numérus clausus pour contrôler la démographie médicale et faire des économies de santé (moins de prescripteurs signifiant moins de dépenses de santé), il souligne que la baisse annoncée de l'offre de soin est l'occasion de repenser l'organisation du système de santé.(36) Les rapports Berland feront un bon écho au rapport précédent, suggérant notamment davantage de coopérations entre professionnels de santé, s'inspirant ainsi des pays européens voisins.(37)

Enfin, le médecin est de plus en plus présenté comme un gestionnaire de santé, ayant un rôle de juste répartition des ressources, ce qui semble également aller en faveur d'un glissement de la fonction soignante purement centré sur la demande du patient. D'autres sources ont d'ailleurs interrogé la notion de mutation du sacerdoce de la fonction de médecin, ce dernier désormais astreint non plus au malade, mais à la santé publique.(38)

LA TROISIEME GENERATION : ORIENTATION RECHERCHE

DES REVENDICATIONS ORGANISATIONNELLES

Alors que les deux premières générations ont dit avoir présenté des difficultés en début d'exercice, les membres de cette génération n'en expriment spontanément aucune. Il semble par ailleurs tout à fait établi que les personnes exercent la médecine générale, et les compétences disciplinaires sont spontanément évoquées en renvoyant à la définition européenne de la médecine générale.

On peut cependant noter que les préoccupations essentielles de cette génération sont plus tournées vers des questions d'organisation du soin (regroupement, travail pluridisciplinaire) ainsi que sur le mode de rémunération (critique du paiement à l'acte, salariat).

Lorsqu'elles se sont posées, ces réflexions étaient largement anticipées par rapport au début de l'exercice, le plus souvent développées pendant le troisième cycle, parfois avant même d'avoir réalisé le premier stage en médecine générale, au travers d'un syndicalisme étudiant très impliqué dans les manifestations et réflexions accompagnant les réformes de santé et la mise en place de la filière universitaire.(39)

La critique du paiement à l'acte n'est pas critiquée en terme de valorisation mais en ce qu'il pourrait avoir de néfaste pour l'organisation du travail en équipe et le rapport de consommation de soin qu'il induit dans la relation médecin patient. Cependant, cette critique n'est pas nouvelle puisqu'elle est portée depuis trente ans par le syndicat de médecine générale auquel avait adhéré un certain nombre de personnes interrogées dans la première génération. Il en est d'ailleurs de même pour l'exercice regroupé, bien qu'à l'époque la réflexion semblait moins porter sur le travail pluridisciplinaire.

D'autre part, pour les chefs de clinique, ces organisations et modes de rémunération nouveaux, semblent être les formes idéales pour un exercice « sur mesure », permettant de libérer le médecin des contraintes de gestion de l'entreprise médicale. Le temps ainsi gagné permettant d'assumer plus facilement la charge des trois valences universitaires.

SENSIBILISES A LA RECHERCHE

Parmi les personnes ayant choisi de s'engager dans la filière universitaire, la plupart y avait été préparé dès les premier et deuxième cycles des études médicales. On peut voir à cela une particularité générationnelle, car avant que ne se mette en place la filière licence master doctorat, les étudiants étaient encouragés à s'engager dans la voie de la recherche par l'acquisition de maîtrises de sciences biologiques et médicales (MSBM)(40). Or, ces dernières existent depuis 1987 et aucune personne des première et deuxième générations n'a dit s'être engagée dans leur validation.

Il est également remarquable de constater que l'orientation en médecine générale avant l'existence d'une filière universitaire officialisée pour cette spécialité, ait pu pour un temps décourager les personnes de poursuivre leurs efforts dans cette voie.

On peut donc raisonnablement penser que la création officielle d'une voie de recherche universitaire pour la médecine générale encouragera, à l'avenir, une orientation précoce des étudiants se destinant aux carrières universitaires.

LA VOIE SANTE PUBLIQUE POUR REJOINDRE UN CURSUS UNIVERSITAIRE

Dans notre étude, il est frappant de constater que parmi les chefs de clinique investis dans la recherche, tous sont passés par la filière santé publique. On peut faire l'hypothèse que cette orientation n'est pas le fruit du hasard et nous percevons quelques éléments d'explication à travers l'analyse de nos résultats :

-d'une part, les concepts véhiculés par la discipline de médecine générale ont développé une vision communautaire de la santé, plus proche des préoccupations des politiques de santé publique que des sciences biologiques. Or les mastères proposés dans les sciences médicales sont très orientées vers ces dernières, ce qui en limite l'intérêt.

-d'autre part, les personnes interrogées ne semblaient guère se destiner à ce genre d'orientation, ce qui constitue peut-être une forme « identitaire » des médecins généralistes, qui semble correspondre à des profils « ouverts » délaissant les orientations spécialisées. Une vision technique des soins rebute d'ailleurs la majorité des personnes interrogées.

- la spécialité de santé publique correspond davantage à une spécialité élargie, prenant du recul sur les soins, ce que toutes les personnes investies dans cette voie ont dit rechercher.

-enfin, la santé publique laisse une grande place à une réflexion sur les soins et s'ouvre naturellement sur les sciences humaines et sociales, matières auxquelles bon nombre de médecins avaient été sensibilisés, notamment lors des enseignements de troisième cycle dispensés par les médecins de première génération.

ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT, LES INDICATEURS

On peut constater que cet intérêt porté à la santé publique aura contribué à marquer fortement la conception disciplinaire des chefs de clinique puisqu'ils ont exprimé une vision très communautaire des soins. Cependant, cette vision semble s'éloigner de celle développée initialement par le syndicat de médecine générale, en ce qu'elle paraît (en tout cas dans son expression au cours des entretiens) davantage rationalisée au service de la gestion des ressources de santé et moins en termes de réflexion sur l'accès aux soins. Bien que l'intérêt porté à la proximité du médecin envers les malades (le médecin de la « vraie vie ») soit très appuyé, il semble davantage s'établir autour de l'intérêt de justifier une recherche en soins primaires. On le voit assez nettement si on considère l'obsession développée par cette génération pour la mesure des indicateurs santé, censés évaluer le suivi des pratiques, la performance des médecins et la matière qu'ils constituent pour développer des travaux de recherche.

Pour accentuer notre propos, nous pouvons être relativement étonnés de la rareté des propos concernant la relation médecin malade. Encore une fois, c'est l'obsession de la

recherche qui prend le pas : la recherche en sciences humaines pour comprendre les malades, la recherche en communication pour mieux parler au malade. Les références à la psychiatrie semblent abandonnées, laissant derrière elles la vision humaniste des soins développées par Rogers, ou l'implication thérapeutique du médecin formulé par Balint.

Cependant, à la décharge des chefs de clinique, nous pouvons là aussi faire deux hypothèses :

-soit les conceptions relationnelles de la première génération ont été déjà enseignées et elles sont acquises et évidentes, ce qui laisse peu de place au développement spontané lors des entretiens.

-soit l'expérience du soin et de la relation au malade en début de « carrière » n'est pas suffisante pour avoir eu le temps de se confronter à de telles questions.

FILIATIONS INTERGENERATIONNELLES

DES SEPARATIONS RELATIVES

Il faut toutefois se méfier de vouloir trop séparer ou compartimenter les générations car chacune a contribué à enrichir les autres, et la première génération a elle-même été témoin et participé à toutes les transformations disciplinaires. Par conséquent, l'existence de « profils générationnels » ne peut être que pondérée et n'a pour objet que de forcer un peu le trait sur les différences observées dans notre étude. Chaque génération a donc participé à enrichir, à sa manière les trois valences universitaires, bien que comme nous avons pu le montrer, chacune semble en avoir privilégié une.

LES CONCEPTS DISCIPLINAIRES SONT BIEN ETABLIS

Il est remarquable de relever que l'activité de soin est à peu près la même pour chaque génération. Tout le monde exerce une activité centrée sur le patient, s'investit dans l'accès aux soins, fait de la coordination et de la continuité des soins. Il semble donc à priori, que tout le monde pratique la même médecine et développent les mêmes compétences.

TOUTEFOIS LA CONCEPTION DES SOINS EVOLUE

On note cependant que la conception des soins peut être différente d'une génération à l'autre.

LA QUESTION DE L'EXPERTISE

Par exemple, la conception de l'expertise biomédicale du médecin généraliste semble renforcée pour les deuxième et troisième générations. Ainsi, pour ces dernières, le médecin

se doit d'être très bon dans ce qui est fréquent dans sa pratique ou ce qui est grave. Pour la première génération, le discours sur l'expertise n'a pas le même sens : le terme regroupe l'idée plus générale que le médecin généraliste porte en lui-même une expertise, celle de sa discipline. La question de l'expertise s'est donc davantage posée pour réfléchir au contenu de l'enseignement ou de la formation continue.

Cependant, on peut aussi discuter cette interprétation et se demander si l'aspect biomédical de la pratique ne serait pas plus une préoccupation de début de carrière, ce qui expliquerait qu'il n'ait pas été plus développé dans les entretiens des médecins de la première génération. Plusieurs témoignages sont d'ailleurs allés dans ce sens, reléguant l'activité biomédicale à une activité de base, ne préoccupant plus guerre.

LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS

Nous avons déjà largement évoqué un certain glissement de l'objet du travail médical vers les préoccupations de santé publique. La promotion de la santé pour un meilleur accès aux soins, développée par les médecins de première génération pour des revendications d'ordre idéologique (plutôt de gauche avec le syndicat de médecine générale) semblent avoir glissé et s'être emboîtée dans des préoccupations d'ordre plus politique et économiques. L'accès aux soins s'inscrit désormais dans une pénurie de l'offre de soin qui a été voulue par les décideurs publics. Il s'en est suivi une politique axée sur la réorganisation du système de santé, encourageant les regroupements professionnels et les délégations de compétences. Par conséquent, il est plus que jamais nécessaire d'inscrire la prévention dans les politiques de santé publique.

LA RELATION MEDECIN MALADE

Un autre exemple, mais nous l'avons déjà vu partiellement, est celui de l'investissement du médecin auprès du malade. On voit bien qu'il y a eu un glissement de l'objet de cette relation, le médecin semblant prendre de plus en plus de distance avec le patient. Parmi les personnes de la deuxième et de la troisième génération, les groupes Balint sont inexistantes.

Par contre les groupes de pairs ou groupes d'échanges de pratique se sont développés (accroissement favorisé par la mise en place de l'EPP) et sont bien vécus par les générations les plus jeunes, alors qu'on peut s'étonner, au premier abord, qu'ils soient moyennement appréciés par les médecins de la première génération. Parmi les facteurs explicités pour justifier ce manque d'engouement pour les groupes de pairs, on retrouve la peur de la concurrence, ce qui peut être interprété comme la persistance d'un surinvestissement de la relation médecin malade favorisé entre autre par le paiement à l'acte. Le contexte historique de début d'exercice de ces médecins peut également expliquer ce réflexe de peur, à un moment où la démographie médicale avait favorisé une répartition plus étalée des médecins ainsi qu'un exercice plus solitaire.

OU SONT LES GRANDS NOMS DE LA MEDECINE GENERALE ?

Plus amusant, certains médecins expriment un certain dégoût pour les tournures magistrales que prennent parfois les séances dans les groupes de pairs, tournures orchestrées par les pairs eux-mêmes. Ce constat peut paraître anecdotique mais il nous a cependant paru symptomatique d'un état d'esprit du corps généraliste : celui d'un certain mépris pour les pairs de sa corporation, et donc, par conséquent, d'une non reconnaissance de l'honorabilité de certains membres de leur propre discipline, et plus encore, de la discipline elle-même. Cela a encore été marqué par les propos de personnes de la deuxième génération, faisant état d'une interrogation concernant les activités des médecins généralistes au sein des départements de médecine générale, mais encore concernant l'intérêt de l'existence même d'une filière universitaire.

Il semble cependant que les personnalités historiques de la discipline commencent à être reconnues (peut-être encore seulement par les initiés), notamment dans leur rôle joué dans l'histoire du développement de la formation continue et la recherche. (5)(41) La naissance d'une filière universitaire, avec autant de chefs de clinique et de professeurs nommés, tout comme le développement des travaux de recherche et les publications aura peut-être pour effet de faire sortir de l'ombre les pairs les plus méritants de notre discipline. Nous faisons l'hypothèse que seule la reconnaissance du corps professionnel pour ses pairs permettra la naissance d'un véritable corps disciplinaire.

ENSEIGNEMENT, EN DANGER ?

Concernant les rapports à l'enseignement on a vu que la première génération avait eu un rôle déterminant. On est cependant frappé de la quasi absence de la deuxième génération au sein des enseignements de médecine générale à la faculté. Les seules personnes ayant approché le département sont des personnes ayant eu des maîtres de stage déjà fortement impliqués dans les départements. Ces derniers semblent avoir été très influents pour encourager une certaine relève. Cependant, malgré les « vellétés » d'investissement au début de leur carrière, notamment par des inscriptions au D.U de pédagogie, deux personnes de la deuxième génération n'ont pas poursuivi leur implication au sein des départements et se sont davantage tournés vers la formation professionnelle. C'est peut-être le statut de « bénévole » qui n'a pas convenu à ces médecins, ce que nous disent plusieurs personnes de la troisième génération, choquées par l'investissement gratuit de leurs aînés et du manque persistant de moyens dispensés pour les départements de médecine générale.

Pour les médecins de la deuxième génération, l'implication a donc porté essentiellement sur la maîtrise de stage, activité semblant être investie davantage pour rompre une certaine

monotonie de la pratique que pour conduire un enseignement qui ne semble relever pour l'essentiel que de la transmission de savoirs implicites(42).

Pour les chefs de clinique, l'enseignement au sein des départements semble être la « troisième roue du carrosse ». Cette valence semble le plus souvent être vécue comme chronophage et épuisante, et les activités de recherche paraissent plus valorisantes.

Aujourd'hui les médecins de la première génération approchent de la retraite et se pose la question de la relève. Certains se demandent avec angoisse si la filière universitaire telle qu'elle est organisée aujourd'hui pourra supporter le poids de l'enseignement. La crainte est celle d'un surinvestissement dans la recherche au détriment de l'enseignement. D'autres ont peur que la recherche se déconnecte inéluctablement de l'activité de soin.

UNE RECHERCHE DESTRUCTUREE

LES CHERCHEURS DE LA PREMIERE GENERATION, UNE NOTE MILITANTISTE

Les personnes de la première génération qui se sont investies dans des travaux de recherche ont essentiellement réalisé des travaux descriptifs de la pratique visant à conceptualiser un enseignement. Les pratiques d'encodage ont également pu faire entrevoir la possibilité de conduire des travaux de recherche épidémiologiques(43). Aujourd'hui, certaines personnes investissent d'autres champs, notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, et s'intéressent aux spécialités sociologiques et anthropologiques. Cependant, il est difficile de « palper » ce que représentent effectivement ces aspects de la recherche et leur implication en termes de résultats, et nos entretiens n'ont pas assez insisté sur ces questions.

Enfin, il semble actuellement que l'orientation développée par cette génération plaide pour des travaux de recherche en soins primaires qui réinterrogeraient les résultats de travaux menés par d'autres champs disciplinaires. C'est le cas par exemple de l'étude Astrolab(44) pour l'asthme. Les récentes prises de positions par le CNGE sur le diabète de type 2(45) ou le dépistage du PSA(46) vont également dans ce sens. Il s'agirait donc de la conduite de travaux en soins primaires portant une vision disciplinaire de la recherche et se plaçant en défenseur de l'intérêt des malades tout en prônant une posture d'indépendance vis-à-vis du lobbying pharmaceutique ou des laboratoires. On reconnaît bien là un certain militantisme qui caractérise les personnes de la première génération.

UNE DEUXIEME GENERATION INTERESSEE MAIS PEU IMPLIQUEE

Les personnes de la deuxième génération s'investissent très peu dans la recherche, en dehors de la mise à disposition de leur cabinet ou de leur temps personnel pour aider les étudiants à réaliser leurs travaux de thèse. Les travaux de recherche sont vécus soit comme

chronophages, soit comme vaporeux. Quelques personnes ont d'ailleurs regretté l'insuffisance de communication des départements de médecine générale au sujet de la recherche. Pour l'essentiel, la recherche a toutefois paru utile et les travaux de thèse semblent intéresser et avoir des implications directes sur les pratiques des médecins généralistes de cette génération.

LA TROISIEME GENERATION, EN QUETE DE STRUCTURATION

Pour ce qui est des chefs de clinique, la plupart se sont investis dans les travaux de recherche. La forte sélection opérée pour pouvoir prétendre à un poste de cliniciat semble actuellement obligatoire, ce qui explique que la plupart ait validé des mastères et se soient investis dans des travaux de thèse de sciences. Leur implication dans l'encadrement de travaux de thèse des internes est majeure et leur formation en méthodologie de la recherche leur donne une légitimité au sein des départements de médecine générale.

Cette génération promeut activement la recherche, et voit dans l'analyse codifiée des pratiques un outil obligatoire pour développer ses travaux. Les axes de recherche sont divers, allant de la recherche clinique en passant par des travaux plus qualitatifs ou mixtes impliquant des cohortes. Il peut s'agir d'une recherche sur les systèmes de santé mais aussi de travaux impliquant les sciences humaines. Le médecin généraliste chercheur est impliqué dans une équipe pluridisciplinaire de recherche au sein d'unités Inserm. Une réflexion est menée sur une structuration de la recherche (pôles, qualité et nombre des investigateurs), et la recherche est vue le plus souvent comme une recherche en soins primaires et non plus seulement en médecine générale. Cependant, l'étendue des questions de recherche ne rend pas encore bien lisible ce que pourrait constituer une recherche propre à la discipline.

Enfin, un témoignage a mis l'accent sur une récente prise de conscience des chefs de clinique de réintégrer le corps des enseignants chercheurs au sein du reste du corps professionnel, ceci pour stopper une certaine forme de division professionnelle. On peut rappeler en effet qu'actuellement, le corps des enseignants a un syndicat propre, celui du syndicat des enseignants de médecine générale. Il semble que la constitution de ce syndicat ait été importante dans les dernières étapes de création de la filière universitaire de médecine générale. Récemment, les chefs de clinique ont souhaité quant à eux s'inscrire au sein d'un jeune syndicat, le syndicat REAGJIR, lui-même très proche du syndicat ISNAR IMG représentant la plupart des internes de médecine générale en France.

L'OBJET DISCIPLINAIRE

Si nous avons déjà défini la discipline de médecine générale et ses trois valences universitaires en introduction, il nous apparaît à ce stade opportun d'apporter un éclairage complémentaire, issu des sciences humaines pour concevoir ce que nous appellerons l'« objet disciplinaire ». Définir cet objet peut nous permettre d'avoir une vision plus claire sur les dynamiques qui se jouent au sein des interactions générationnelles.

Nous citerons ici plusieurs extraits d'un commentaire de la revue électronique anthropologique « l'Homme »(47), au sujet de l'ouvrage « Qu'est-ce qu'une discipline ? ».

Tout d'abord, on peut lire « *qu'il s'agit à fois de la stabilisation d'un objet de connaissance, de la sécurité aux frontières et de l'établissement de modes unifiés de traitement d'objets préalablement découpés* ».

Ainsi, on remarque que la discipline est un objet vivant et actif, soucieux de sa préservation. Présentée comme cela, aucune indication portant sur son élaboration n'est évoquée. L'objet disciplinaire est ici déjà constitué. Il peut cependant être éclairant sur le comportement ancien et actuel de notre discipline. Pendant trente ans, elle n'a cessé d'enrichir sa définition. Aujourd'hui, force est de constater qu'elle reste très centrée sur elle-même, nous le voyons par exemple lorsqu'on analyse la qualité de ses travaux de recherche qui reste très « centrée médecin ».(48)

Par ailleurs, l'article nous livre l'analyse étymologique du mot discipline, appartenant à deux objets historiques différents. On apprend ainsi qu'il existe une acception ancienne du mot, bâtie « *autour du discipulus* », la discipline mettant alors « *au centre du système pédagogique l'élève* », et se souciant du « *modus operandi établissant l'autorité pédagogique, assurant la réception et le contrôle des connaissances.* »

Il est ici troublant de constater à quel point cela peut faire écho à l'histoire de la discipline en médecine générale, celle-ci s'étant développée à travers la constitution d'un enseignement. L'enseignement et la certification poursuit d'ailleurs son évolution et reste une « obsession » pour la première génération.(27) La discipline de médecine générale est par ailleurs une des rares professions médicales à avoir élaboré des référentiels métiers.(49) En France, un référentiel a finalement été adopté(50), présenté comme « *le socle d'un futur dispositif d'évaluation des compétences médicales.* »

L'article de l'Homme poursuit en présentant l'étymologie la plus récente, où la discipline devient « *l'organisation particulière au sein de laquelle se développent les savoirs modernes comme ensemble de pratiques codifiées et reconnues valides par un collectif auto-délimité* ». Et le commentaire de poursuivre, « *de fait, la science serait l'espace logique de l'activité scientifique tandis que la discipline serait son espace historique. Exigence d'innovation et de*

dépassement d'un côté, afin de promouvoir le progrès scientifique, stabilisation d'un corpus de connaissance de l'autre, afin d'assurer la stabilité et la reproduction disciplinaires [...] »

Cette version de l'objet disciplinaire peut interroger :

-on peut se demander qui est ce collectif auto-délimité en ce qui concerne les acteurs de la médecine générale. S'agit-il des membres des sociétés savantes ? Du corps des enseignants chercheurs représentés par les membres du CNGE ou les acteurs historiques de la discipline ? Qu'en est-il par ailleurs du reste du corps professionnel ?

-cette définition pose également la question de ce que représentent « les savoirs modernes » : s'agit-il des recherches menées pour conceptualiser la discipline ? Peut-on seulement parler de recherche à ce propos ? Si on suppose que la discipline revêt un espace historique et une activité scientifique, où en est-on de l'histoire de notre discipline ?

Nous faisons ici l'hypothèse que l'espace historique a été celui de l'élaboration d'une définition de notre discipline et que cette dernière débute seulement maintenant son activité scientifique. Nous en sommes actuellement au stade du « dépassement » par la volonté de promouvoir le progrès scientifique.

Enfin, un dernier extrait a retenu notre attention. Il concerne l'observation que les sciences sociales feraient d'elles-mêmes : *« Tout pathos mis à part, il n'empêche que les récits et les mythes des origines [...] que les sciences sociales se racontent à elles-mêmes sont extrêmement révélateurs. Ces constructions à posteriori de l'histoire de la discipline, pour partie décontextualisées, sont importantes et montrent le choix des moments fondateurs, des pères fondateurs variables, selon les époques, constitue un enjeu pour l'institution d'une discipline, qu'il a un effet performatif en ce sens qu'un récit des origines est une institution en lui-même et sert à légitimer des pratiques, des objets, des lignées théoriques. »*

La question des « mythes des origines », des « pères fondateurs », a déjà plus ou moins été exposée dans les développements précédents. Il semble aujourd'hui essentiel que la médecine générale s'intéresse davantage à promouvoir parmi les étudiants en médecine la question de ses origines dans ses aspects sociohistoriques. Une certaine forme d'ignorance existe aujourd'hui à ce propos⁽²⁾ et nous faisons l'hypothèse que cela participe à la persistance d'une dévalorisation disciplinaire, y compris parmi les pairs du même corps professionnel.

CONCLUSION

Contre toute attente, la médecine générale est sans doute la dernière-née des disciplines médicales. Cela semble paradoxal, car avant d'être spécialisée, la médecine était « générale ». Cependant, la médecine générale n'a rien à voir avec cette médecine d'un autre siècle et les médecins qui ont participé à la concevoir nous ont bien montré qu'elle n'avait rien d'une « omni-pratique ». Les sociologues de la santé ont récemment décrit le corps des médecins généralistes comme « *une groupe par défaut [...] doté d'une identité collective en creux* »(51) se construisant en négatif des autres spécialités.

Pourtant, une génération de médecins, grâce à des éléments conjoncturels divers (réformes successives des études médicales, naissance de la formation médicale continue) a su insuffler un élan positif à la construction d'une discipline nouvelle et bâti son socle historique à travers la construction d'un enseignement. Aujourd'hui, les pères fondateurs commencent tout juste à être reconnus par les pairs.

La médecine générale doit maintenant parcourir un grand chemin pour finir de se distinguer des autres spécialités et contribuer à son tour au progrès scientifique grâce à la production d'une recherche en soins primaires. La stabilisation disciplinaire nécessitera cependant une relève du corps enseignant de la première génération. Encore un combat à mener.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
2. Bloy G. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique;
3. INRP - Recherche et formation - Archives : Fascicule N°45 - 2004 Transmission intergénérationnelle et formation professionnelle [Internet]. [cited 2014 Feb 18]. Available from: http://ife.ens-lyon.fr/edition-electronique/archives/recherche-formation/web/fascicule.php?num_fas=533
4. De Pourvoirville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : proposition. 2006 mai p. 41.
5. Renard V. exercer, la revue française de médecine générale. 2011;Mars- Avril(96):35.
6. Bryne PS, Knox JDE. The general practitioner in Europe. Med Educ. 1976 May;10:235–6.
7. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Français Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cited 2014 Feb 18]; Available from: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
8. Auquier L. Histoire de l'internat. La Revue du Praticien. 2002;(52).
9. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 Jan 17, 2002.
10. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 Jan 16, 2004.
11. Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises. 1998 Sep.
12. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.
13. Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales et odontologiques.
14. Création de la filière universitaire de médecine générale [Internet]. [cited 2013 Sep 9]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000231/index.shtml>

15. LOI n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. 2008-112 février, 2008.
16. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
17. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
18. Bertaux D, Singly F de. Le récit de vie. Paris: Colin; 2010.
19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. exercer, la revue française de médecine générale. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2009;(87):74 à 79.
20. Miles M, Huberman AM, Hlady-Rispal M. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck Université; 2007.
21. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. exercer, la revue française de médecine générale. 2009;(88):106 à 112.
22. Le maître de stage, guide pratique [Internet]. 1978. Available from: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/522/fichier_fichier_edrmg_6_-_le_maitre_de_stage_20045d750d8869.pdf
23. Pierre GALLOIS : 30 ans d'histoire de la FMC et de l'UNAFORMEC [Internet]. 2008. Available from: <http://www.unaformec.org/Pierre-GALLOIS-30-ans-d-histoire.html>
24. Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence d'une discipline générale universitaire. exercer, la revue française de médecine générale. 2013 Nov;24(110):244–9.
25. Rouy JL. L'école de Riom, formation pédagogique des enseignants de médecine générale [Internet]. Pédagogie Médicale. 2000. Available from: <http://www.pedagogie-medicale.org>
26. Rogers CR. Freedom to learn: a view of what education might become. Columbus, Ohio: C. E. Merrill Pub. Co.; 1969.
27. Compagnon L, Bail P, Huez F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer, la revue française de médecine générale. 2013 Juillet- Août;24(108):148–55.
28. Dictionnaire des résultats de consultation. Available from: http://www.sfmng.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/

29. Ivernois J-F d', Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient approche pédagogique. Paris: Maloine; 2011.
30. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases ; report of a WHO working group. Copenhagen; 1998.
31. Hardy A-C. Travailler à guérir: sociologie de l'objet du travail médical. Rennes: Presses de l'école des hautes études en santé publique; 2013.
32. Orcel D, Jacquet Renoux C. Représentations du métier de médecin généraliste chez des internes en médecine générale et confrontation à la réalité de l'exercice autonome en SASPAS: une enquête qualitative. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
33. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. IGAS; 2008 p. 124. Report No.: RM2008.
34. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996.
35. Rogers CR, Herbert EL. Le développement de la personne. Paris: InterEditions; 2009.
36. Choussat J. Rapport d'ensemble sur la démographie médicale. France: Inpection générale des affaires sociales : inspection générale des finances; 1997 Décembre p. 45.
37. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [Internet]. [cited 2013 Sep 10]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>
38. Monneraud L. Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce. Rev Fr Aff Soc. 2011 Dec 16;n° 2-3(2):276–96.
39. admin. Historique de l'ISNAR IMG [Internet]. ISNAR-IMG. 2012 [cited 2014 Feb 19]. Available from: <http://www.isnar-img.com/content/historique-de-lisnar-img>
40. Arrêté du 24 juin 1987 portant création de la maîtrise de sciences biologiques et médicales.
41. Hommages de la SFMF au professeur Jean de Butler [Internet]. SFMG. 2014. Available from: http://www.sfmfg.org/actualites/prendre_la_parole/hommages_de_la_sfmfg_au_professeur_jean_de_butler.html
42. Bernard J, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie). Pédagogie Médicale. 2001 Aug;2(3):163–9.
43. Didier Duhot OK. L'observatoire de la médecine générale. Prim Care. 2009;9(2):41.

44. Astrolab [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2012. Available from: http://www.cnge.fr/la_recherche/astrolab/
45. Congrès du CNGE : plénière “Patients diabétiques de type 2, recommandation et données actuelles de la science-Que faire en pratique ?” [Internet]. Communiqués du Conseil Scientifique, CNGE. 2013. Available from: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/congres_du_cnge_pleniere_patients_diabetiques_de_t/
46. Dépistage du cancer de la prostate : et après ? [Internet]. Communiqués du Conseil Scientifique, CNGE. 2011. Available from: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_cancer_de_la_prostate_et_apres_septem/
47. Laurière C. Jean Boutier, Jean-Claude Passeron & Jacques Revel, eds, Qu’est-ce qu’une discipline ? L’Homme Rev Fr D’anthropologie. 2008 Apr 2;(185-186):503–6.
48. Rigaux S, Pouchain D. Thèmes, objets et méthodes de recherche dans les Abstracts des présentations orales acceptées dans les congrès de Médecine Générale de 2007 à 2010: TOMATE - MG. Tours, France: SCD de l’université de Tours; 2013.
49. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. 21(91).
50. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
51. Bloy G. La constitution paradoxale d’un groupe professionnel. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l’Ecole des hautes études en santé publique;

ANNEXE : LE QUESTIONNAIRE

Au fil des entretiens, voici les questions que nous avons jugées les plus pertinentes pour mener notre étude.

- 1) Au fond de vous-même, qu'est ce qui a fait que vous vous soyez orienté vers médecine ?
- 2) La période des études ont été pour beaucoup un moment privilégié pour réfléchir ou se projeter dans le métier de médecin généraliste, quand est-il pour vous ?
- 3) Si vous deviez donner votre définition du métier de médecin généraliste, quelle serait-elle ?
- 4) Que vous évoque la recherche en médecine générale ?

**SOIN, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE :
Comment trois générations de médecins généralistes ont intégré les valences
universitaires dans leur discipline**

Résumé

Introduction : L'étude se proposait d'étudier un groupe social, celui des médecins généralistes investis dans la formation médicale initiale des étudiants de troisième cycle. A travers leur réflexion sur le métier au cours de leurs trajectoires d'étudiants puis de professionnels, les médecins ont raconté la naissance et la construction de leur discipline.

Matériel et Méthodes : il s'agissait d'une étude qualitative utilisant la méthode des récits de vie. La construction de l'échantillon a été progressive, suivant les étapes de raisonnement du chercheur et le recrutement des interviewés a été réalisé de manière séquentielle. Trois groupes générationnels ont pu être identifiés en fonction des récentes réformes des études médicales françaises : celle du troisième cycle en 1982 faisant apparaître le résidanat remplaçant le « stage interné », et celle de la suppression du concours de l'internat substitué par l'examen classant national en 2004. Vingt-quatre entretiens ont été réalisés. Vingt et un ont été exploités et anonymisés. Un codage de verbatim a été réalisé avec le logiciel Nvivo 9 Student®.

Résultats et discussion : La première génération a pris le relai de la génération antérieure en développant de manière accélérée un enseignement disciplinaire structuré. Elle a puisé ses ressources dans la formation médicale continue et dans les échanges entre pairs. En s'engageant pleinement dans la formation médicale continue et en suivant le cours de l'évaluation des pratiques professionnelles mise en place en 2004, la deuxième génération a développé un discours sur l'expertise du soin. La troisième génération s'implique davantage dans la structuration et le développement d'une recherche en soins primaires et valorise la santé publique dans la part soin.

Conclusion : La discipline de médecine générale a assis son socle historique à travers la construction d'un enseignement. Il lui reste à valoriser ses mythes fondateurs et à concourir au progrès scientifique au côté des autres spécialités médicales. La stabilisation disciplinaire nécessitera cependant une relève du corps enseignant de la première génération.

Mots-Clés :

Génération, universitaire, soin, enseignement, recherche, discipline, médecine générale, soins primaires, récits de vie.