



Faculté de médecine et médecine dentaire

Ecole de médecine

Accueillir un assistant en médecine générale : Quel impact sur la pratique et la vie du médecin généraliste ?

Analyse qualitative du vécu des maîtres de stages à Bruxelles et en région Wallonne

Travail de fin d'études réalisé par

Lilah Mokeddem

Promoteur-tuteur

Dr Claire Stouffs

Année académique 2019-2020

Master de spécialisation en médecine générale

Résumé

Objectifs : Cette étude a permis d'interroger l'expérience des maîtres de stages et de comprendre l'impact que peut avoir l'arrivée d'un assistant dans la vie et la pratique du médecin généraliste. Les objectifs étaient de participer à la sensibilisation de la maîtrise de stage auprès des médecins généralistes et de pouvoir rendre compte aux responsables de la formation d'assistantat, des facilités et difficultés rencontrées par les maîtres de stage, dans le but d'améliorer la qualité de l'assistantat.

Méthode : Pour analyser le vécu des maîtres de stage, une étude qualitative a été menée. La méthode d'analyse par théorisation ancrée a été utilisée pour l'analyse de huit entretiens individuels de maîtres de stages généralistes.

Résultats et Discussion : L'impact de l'accueil d'un assistant sur la vie et la pratique du MG a dû être considéré en deux phases. La première était la « phase d'accueil et d'adaptation » où l'impact positif était peu visible et où ont été mis en avant les difficultés liées à l'organisation et à l'adaptation du maître de stage et de la patientèle. La deuxième était la « phase effective » de travail avec l'assistant, où un impact globalement positif a été recensé sur la qualité de vie du médecin généraliste et sur sa pratique, avec une amélioration globale de la qualité de soins. Plusieurs nuances ont été mises en avant dans cette étude concernant l'amélioration de la qualité de soins : le risque de surmédicalisation de la prise en charge des patients par certains assistants et le manque de flexibilité horaire de certains assistants, pouvant parfois mettre le maître de stage en difficulté.

Conclusion : Cette étude a apporté des éléments explicatifs concernant l'impact globalement positif liée à l'accueil d'un assistant en médecine générale, mais a énoncé également des difficultés pratiques liées à la maîtrise de stage. Elle fait émerger de nouvelles questions, notamment sur l'encadrement de la maîtrise de stage. Elle ouvre également les perspectives sur d'autres sujets, comme l'état de souffrance préoccupant de la première ligne de soins dû la surcharge de travail dont elle est victime.

Indexation

QD8 équilibre travail-vie, QP3 Qualité des soins, QT1 enseignement, QR31 étude qualitative

Table des matières

Résumé	2
Indexation.....	2
1. Remerciements	4
2. Abréviations.....	5
.....	5
3. Introduction	6
4. METHODOLOGIE	9
4.1. Méthodologie de la revue de littérature.....	9
4.1.1. Définitions des mots clés pour la recherche	9
4.1.2 Les différentes bases de données	10
4.2. Méthodologie de la recherche	14
4.2.1. Choix de l'étude : l'étude qualitative	14
4.2.2. L'élaboration du plan de recherche	15
4.2.3. Le guide d'entretien	15
4.2.4. Le type d'entretien	15
4.2.5. La technique d'échantillonnage	16
4.2.6. La récolte des données.....	16
5. RESULTATS	18
5.1. Caractéristiques de l'échantillonnage des maîtres de stages interrogés.....	18
Tableau 1 : Caractéristiques des maîtres de stages interrogés.....	18
5.2. Résultats des entretiens	19
5.2.1. Thème 1 : La phase d'accueil.....	19
5.2.2. Thème 2 : la phase effective – vers une autonomie de l'assistant	23
5.2.3. Thème 3 : Les valeurs défendues par les MS et la perception du rôle de MS	31
6. DISCUSSION	33
6.1. Discussion des résultats	33
6.1.1 Les difficultés de la phase d'accueil	33
6.1.2 L'impact du MACG sur la pratique et la vie du MS lors de la « phase effective ».....	34
6.2. Discussion de la méthodologie : biais et limites de l'étude	39
7. CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	47
Annexe 1 : Le guide d'entretien	47
Annexe 2 : Résultats de l'enquête menée par F. Ketterer	48
Annexe 3 : Exemple d'étiquetage d'entretien retranscrit.....	48

1. REMERCIEMENTS

A mes parents et ma sœur pour leur soutien tout au long de mes études, dont ce travail constitue l'aboutissement,

A ma maman, pour avoir relu l'orthographe et adapté la mise en page de mes entretiens,

A mes tantes paternelles, pour m'avoir apporté leur soutien dans les moments difficiles de mon parcours universitaire,

A mon oncle Joël, pour la relecture et la mise en page de ce travail,

A Graziella Messina, du Bureau d'aide à la recherche (BAR), de la Bibliothèque des Sciences de la Santé (BSS), pour m'avoir formée à la recherche bibliographique,

A Claire Stouffs, ma tutrice et promotrice, pour m'avoir encouragée et supervisée tout au long de ce travail,

A Lucie Duchatel, mon maître de stage, ainsi qu'à tous mes collègues de la Maison Médicale du Nord, pour m'avoir soutenue moralement pour réaliser ce travail. Merci également d'avoir accepté d'adapter mes horaires afin de pouvoir me libérer pour la réalisation des interviews,

A tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude. Merci d'avoir accepté de m'accorder un peu de votre temps malgré la charge de travail que vous devez assumer au quotidien. Le partage de votre vécu et votre enthousiasme ont rendu ces entretiens stimulants pour moi, me donnant chaque fois envie d'en apprendre plus sur ma question de recherche.

A Sylvie et Marco, pour m'avoir aidé à corriger les fautes d'orthographe,

A Gilles Cornelis, ancien condisciple d'auditoire, pour m'avoir conseillée sur la méthode de recherche qualitative,

Au jury, qui va consacrer une partie de son temps à la lecture de ce travail de fin d'études,

2. ABRÉVIATIONS

CCFFMG	Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale
HeTop	Health Terminology Ontology Portal (Portail Terminologique de Santé)
MACG	Médecin assistant candidat généraliste
MesH	Medical subHeading
MG	Médecin(s) généraliste(s)
MS	Maître(s) de stage

3. INTRODUCTION

La formation du médecin généraliste en Belgique

Le parcours de l'étudiant en médecine est maintenant fixé à trois années de bachelier suivies de trois années de master au bout desquelles l'étudiant obtient son diplôme de médecin.

Ensuite, pour exercer en Belgique en tant que médecin généraliste agréé, il doit effectuer une formation spécifique, validée par la Commission d'agrément selon certains critères établis (1).

Cette formation universitaire de master complémentaire a pris différentes formes au cours des années. A ce jour, il est nécessaire pour chaque diplômé en médecine, d'effectuer une formation pratique de 3 années, dont au moins deux années de pratique sous la supervision d'un médecin généraliste (MG). Cette formation est nommée « assistantat » et le médecin en formation prend le nom de « Médecin Assistant Candidat Généraliste » (MACG). Le MG qui accueille le MACG doit avoir le titre de maître de stage (MS).

La réforme des études de médecine de 2012

En 2012, une importante réforme a modifié le parcours des études de médecine, réduisant la durée du master initialement de 4 années, à 3 années. Deux promotions d'étudiants ont donc été diplômées en même temps en 2018. Cela a engendré un doublement de la sollicitation des lieux de formation, dont le nombre était alors insuffisant pour garantir une formation à tous ces jeunes médecins.

La promotion de la maîtrise de stage

Pour contrer ce problème, le CCFFMG a mis en place des stratégies de sensibilisation auprès des médecins généralistes afin de les inciter à devenir MS. Parmi ces moyens de sensibilisation, on retrouve sur le site de la CCFFMG l'enquête menée en 2015 par F. Ketterer, sociologue à l'ULG (2). Cette dernière expose en termes de chiffres et de pourcentages les apports positifs engendrés par l'accueil d'un assistant en médecine générale (annexe 2). On y trouve également les témoignages enthousiastes de MG en vidéo.

Mais qu'en est-il réellement sur le terrain ?

Après une année de pratique en tant que MACG et suite à des échos divergents sur le sujet, je me suis posé la question.

En faisant des recherches, j'ai été déçue de ne pas trouver dans la littérature des études concernant le vécu¹ des MS généralistes en Belgique francophone. Les réponses qui se rapprochaient le plus de mon sujet de recherche ont été trouvées dans un mémoire de médecine générale réalisé en France (3). Le système de formation des MG étant différent là-bas, cette étude française ne concerne pas l'accueil des MACG mais celui des stagiaires de niveau 1. Elle met en évidence une influence globalement positive de l'interne sur la pratique du MS, notamment sur le plan relationnel et sur la formation continue du MS. Elle met également en évidence la contrainte de temps qui est rencontrée par les MS, qui voient leurs consultations s'allonger du fait de devoir enseigner au stagiaire.

Le système de formation médicale étant différent d'un pays à l'autre, je me suis demandé si ces résultats étaient transposables à la Belgique concernant l'assistantat dans la partie francophone.

Un attrait pour l'approche qualitative

Par ailleurs, l'analyse qualitative est un type d'approche qui ne m'était pas familier mais que j'avais envie de découvrir. La question d'analyse du vécu des maîtres de stage était un sujet de recherche idéal pour l'explorer. De plus, comme l'enquête menée sur ce sujet par la CCFFMG (2) révélait des résultats en termes de nombres (Annexe 2), c'était l'occasion pour moi de me lancer dans une approche qualitative de ce sujet. Le but recherché n'était donc plus d'obtenir des sondages de « degré de satisfaction » des expériences, mais plutôt d'en comprendre le sens via les témoignages et ressentis des médecins généralistes.

L'intérêt du travail

¹ L'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle (Dictionnaire Larousse)

Cette étude a permis d'interroger l'expérience des maîtres de stages et comprendre l'impact que pouvait avoir l'arrivée d'un assistant dans la vie et la pratique du médecin généraliste.

Le but de cette analyse n'était pas d'obtenir un constat sur l'impact strictement positif ou négatif lié à l'accueil d'un MACG, mais plutôt d'essayer de comprendre le ressenti des MS et leur perception des éléments qui interviennent dans cette expérience professionnelle.

Selon moi, s'intéresser au vécu des maîtres de stage présente un double intérêt.

Premièrement, à plus petite échelle, cela pourrait décider certains médecins généralistes à devenir maître de stage s'ils sentent leurs attentes rencontrées après la lecture de ce travail. Il pourrait donc contribuer à la sensibilisation déjà en cours pour augmenter les lieux de formation des MACG et donc, à plus grande échelle, renforcer la première ligne de soins. De cette manière, s'intéresser au vécu des MS participerait à l'amélioration globale de la qualité de soins en Belgique francophone.

Deuxièmement, il permettrait aux responsables de formation des MACG et des MS de prendre conscience des facilités et difficultés rencontrées par ces derniers, dans un but d'amélioration constante de la qualité de l'encadrement de l'assistantat.

4. METHODOLOGIE

Ce travail n'est pas une revue de la littérature. La recherche de littérature sur le sujet n'est donc pas exhaustive. Néanmoins, le sujet choisi n'étant pas courant, j'ai dû consulter plusieurs bases de données pour avoir un aperçu de ce qui avait déjà été publié. J'ai utilisé différentes équations de recherche dont j'ai gardé toutes les traces, afin de pouvoir les exposer dans la partie qui suit pour le lecteur qui souhaite en prendre connaissance. La méthodologie de l'analyse qualitative sera détaillée au chapitre 4.2.

4.1. Méthodologie de la revue de littérature

Pour réaliser cette revue de la littérature, je me suis inspirée de la marche à suivre recommandée par le site MGTFE². J'ai également sollicité le Bureau d'aide à la recherche à la Bibliothèque de la santé, qui m'a initié à la recherche de littérature.

4.1.1. Définitions des mots clés pour la recherche

Par rapport au thème choisi, j'ai défini des mots-clés en français, que j'ai traduits ensuite en anglais dans le but d'obtenir un maximum de résultats. Pour formuler une recherche dans le domaine médical, le modèle PICO est habituellement l'outil idéal définir les mots clés. Dans ce cas-ci, ce modèle n'était pas entièrement transposable, mais m'a tout de même servi de base pour définir les mots-clés suivants :

P (population étudiée)	Médecin généraliste (MG)
I (intervention)	Etre MS (ou accueillir un MACG)
C (comparaison)	/ (ou ne pas être MS)
O (résultats ³)	Vécu

² MGTFE : site internet commun aux trois universités ULB, ULg, UCL consacré au TFE de médecine générale.
<http://www.mgtfe.be/>

³ O de « outcome » = résultats

Pour traduire ces mots en anglais, j'ai utilisé le site de l'Inserm MesH bilingue⁴, qui m'a permis de trouver les termes MesH correspondant ainsi que les synonymes ou MesH liés à ces termes. Toujours pour la traduction, j'ai également utilisé les outils HeTop, Wordscope et le MesH de PubMed.

Médecin généraliste	<i>Generalist physican, General practice, Medical practitioner, General practitioner, Primarycare practitioner, Generalist doctor</i>
Maître de stage	<i>Training supervisor, Supervising professional person</i>
Vécu / Expérience	<i>Life event</i>

Via les MesH de PubMed, en analysant l'arborescence en aval du terme « Education, Medical », pour caractériser la « maîtrise de stage » j'ai trouvé les mots suivants :

- « *Mentoring* » : l'art de guider quelqu'un de moins expérimenté dans un service médical
- « *Preceptorship* » : expérience pratique qui se passe dans le cadre d'un programme éducationnel où l'étudiant en formation travaille en dehors du milieu académique

En combinant l'ensemble de ces mots-clés à l'aide des opérateurs booléens [AND] et [OR] dans les différentes bases de données, je n'obtenais pas beaucoup de réponses à ma question de recherche. J'ai donc été obligée au fur et à mesure de mes recherches d'adapter ces mots-clés, ou d'ajouter d'autres synonymes proposés par les bases de données, notamment avec Embase, qui offre cette possibilité.

4.1.2 Les différentes bases de données

4.1.2.1. Tripdatabase

L'utilisation de l'outil PICO pour cette base de données n'a fourni aucun résultat et la combinaison de mots-clés non plus. Le seul mot-clé ayant permis d'obtenir des résultats pertinents est le terme « Preceptor », proposant 508 résultats, qu'il m'a fallu trier :

⁴ Inserm (Institut National de la Science et de la Recherche médicale) MesH Bilingue : <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>

- Par qualité ⇒ les 30 premiers titres concernent le sujet de la maîtrise de stage dans les milieux du nursering, de la pharmacie et de la médecine générale. Beaucoup de ces articles concernaient le point de vue des étudiants ou des médecins en formation. Par contre, aucun d'eux ne concernait le vécu des médecins généralistes enseignants, sauf un, sur les motivations d'enseignement dans la formation continue des MG (4)
- En sélectionnant uniquement les revues systématiques ⇒ 5 revues, hors du thème.
- En sélectionnant « All secondary Evidence » ⇒ 49 résultats dont les titres ont été lus et dont aucun n'a été retenu pertinent pour le sujet⁵.

4.1.2.2. CisMef

J'ai introduit l'équation de recherche suivante : « maîtrise de stage » [AND] « généraliste », qui m'a donné 9 résultats dont :

- 3 concernent le site internet de promotion de la maîtrise de stage universitaire en France
- 1 qui renvoie vers la page internet « devenir un MSU »⁶, et qui cite une référence intéressante sur l'impact du stagiaire sur la pratique et la vie du MG (5)
- 1 hors sujet sur le retard de langage
- 1 hors sujet sur les internes et leurs compétences
- 3 qui concernent la maîtrise de stage (6-8)

4.1.2.3. Medline via PubMed

Premièrement, grâce à la marche à suivre disponible sur le site MGTFE, j'ai créé un filtre « general practice » (GP) afin de pouvoir sélectionner uniquement les travaux pertinents pour la médecine générale.

Deuxièmement, j'ai introduit les équations de recherche suivante :

- [Mentoring] or [Preceptorship] and [Life change event] ⇒ 8 résultats au total, et 1 seul après application du filtre GP. Aucun n'était pertinent.
- [Mentoring] or [Preceptorship] and [Physician assistant] ⇒ 52 résultats au total et 5 résultats après application du filtre « GP ». Aucun pertinent.

⁵ Dans ce travail, j'ai utilisé le terme « pertinent » pour désigner les articles en relation avec le sujet étudié, indépendamment du niveau de preuve

⁶ via le site <http://www.medecinmsu.fr>

- [Mentoring] or [Preceptorship] ⇒ 6628 résultats dont 587 après application du filtre GP. Triés par ordre chronologique, j'ai lu les abstracts des 40 articles les plus récents. Parmi ceux-là, 5 ont été retenus comme pertinents pour le sujet (9-13).

4.1.2.4. Embase

Premièrement, grâce à cette base de données, dont les mots-clés appelés « Emtree »⁷ sont reliés automatiquement aux mots-clés dit « MeSH » dans PubMed, j'ai utilisé l'outil PICO avec les mêmes mots-clés pour PubMed, avec pour avantage l'ajout de tous les synonymes proposés par Embase pour chaque mot-clé. Voici mes différentes équations de recherche :

P	<i>Family physician</i>
I	<i>Mentoring or Preceptorship</i>
C	/
O	<i>Life change event</i>

P	<i>Family physician</i>
I	<i>Mentor</i>

P	<i>Family physician</i>
I	<i>Mentoring</i>

P	<i>General practitioner</i>
I	<i>Clinical education</i>
C	/
O	<i>Feeling</i>

P	<i>General practitioner</i>
I	<i>Clinical education</i>

Deuxièmement, j'ai fait une « quick search » en combinant les termes MesH avec les opérateurs booléens « AND » et « OR » pour obtenir différentes équations de recherche.

⁷ Emtree = mot-clé équivalent au terme « MeSH », mais spécifique à la base de données Embase

Aucune de ces deux méthodes ne m'a permis de trouver de nouveaux articles sur le sujet qui m'intéressait.

4.1.2.5. Le CAIRN

Cette base de données m'a permis d'effectuer les recherches suivantes en français :

- « Maître de stage » ⇒ 426 résultats, trop vaste
- « Maître de stage » + « médecine générale » ⇒ 54 résultats dont un pertinent (14)

4.1.2.6. La revue Pascal

Via l'onglet « recherche avancée », j'ai formulé les équations de recherche suivantes :

- « Médecine générale » + « maître de stage » + « vécu » ⇒ 20 résultats dont aucun pertinent
- « Médecine générale » + « maîtrise de stage » ⇒ 28.564 résultats : trop vaste
- « General practitioner » AND « Teaching » AND « Experience » ⇒ 1426 résultats. Parmi les 30 premiers titres, triés par pertinence, un seul concernait le sujet (15)

4.1.2.7 PsycInfo

J'ai recherché en texte libre en anglais

- « clinician teaching experience » ⇒ 706 résultats dont j'ai lu les titres des 30 premiers triés par pertinence. Seul deux d'entre eux étaient pertinents pour le thème de la maîtrise de stage, même s'ils ne concernent pas la médecine générale. (16,17)
- « preceptor AND family doctor » ⇒ 9 résultats dont un seul pertinent et déjà lu sur une autre base de données (10)
- « Family Physicians AND medical Education » avec filtre temporel (de 2010 à 2018) ⇒ 59 résultats dont les titres ont été lus mais aucun ne semblaient concerner le sujet de recherche.
- « Mentoring AND Experience AND Family physician » ⇒ 21 résultats, jugés non pertinents.

4.1.2.8. La littérature grise

Etant donné l'absence de résultat intéressant avec les bases de données utilisées, j'ai également cherché dans la littérature grise via Google Scholar avec les termes suivants :

- « Vécu du maître de stage médecin généraliste », en sélectionnant les résultats disponibles depuis 2016 ⇒ 1200 résultats. Les 30 premiers titres ont été lus. Beaucoup d'articles ont été jugés non pertinents car ils concernaient le vécu des assistants. Un seul article concernait le vécu du maître de stage par rapport à sa patientèle (18).
- « Maître de stage + impact sur le vécu du généraliste » ⇒ 1170 résultats. Les 30 premiers titres ont été lus et 2 ont été retenus pertinents, dont un déjà trouvé précédemment (3,19).

4.2. Méthodologie de la recherche

4.2.1. Choix de l'étude : l'étude qualitative

Pour explorer le vécu des MS afin de répondre à ma question de recherche, j'ai eu recours à l'analyse qualitative, qui permet de comprendre ce que ressentent et vivent les acteurs interrogés. Il existe différentes méthodes d'analyse qualitative. Celle que j'ai choisie ici est la méthode par théorisation ancrée, qui vise à construire une théorie au départ de la récolte du matériel empirique. Le matériel récolté ici est le témoignage des maîtres de stage sur leur vécu à la suite de l'arrivée d'un assistant dans leur pratique.

Pour appliquer cette méthode, j'ai retranscrit mot à mot les témoignages des MS, afin d'être au plus proche du matériel empirique et de pouvoir l'analyser.

Pour l'analyse du matériel, je suis passée par trois étapes de codage (ouvert, axial et sélectif). Le premier codage, le codage ouvert consiste à un étiquetage⁸ des entretiens pour définir des propriétés⁹ qui caractérisent des catégories¹⁰. Ensuite, le codage axial, nécessite d'articuler les

⁸ Etiquetage : générer des étiquettes, qui sont des mots apposés sur le texte des entretiens et utilisés pour qualifier le vécu, les émotions, les représentations des acteurs. Un exemple d'étiquetage d'entretien est à disposition en annexe à titre illustratif (Annexe 3).

⁹ Caractéristiques du vécu des acteurs. Elles caractérisent la catégorie à laquelle elles appartiennent.

¹⁰ Concept défini par des propriétés

propriétés entre elles pour comprendre comment elles varient les unes par rapport aux autres. Et enfin, pour construire la théorisation, j'ai dû sélectionner les propriétés pertinentes pour répondre à la question de recherche de départ, et écarter certains éléments non pertinents, ce qu'on appelle le codage sélectif (20-23).

4.2.2. L'élaboration du plan de recherche

Plutôt que d'organiser la recherche de manière séquentielle où la problématisation, la collecte des données, l'analyse et la rédaction se succèdent, j'ai opté pour une organisation parallèle de ces étapes. Cela signifie qu'après la lecture de la littérature sur le thème du vécu des maîtres de stage, j'ai problématisé le sujet puis j'ai commencé à collecter les données sur le terrain et à les analyser au fur et à mesure. Simultanément à la récolte de données et à leur analyse, je rédigeais chaque fois des comptes rendus, faisant émerger de nouvelles questions qui m'ont amenée à modifier mon guide d'entretien tout au long de la récolte de données. Enfin, pour réaliser l'analyse, j'ai utilisé la méthode par théorisation ancrée décrite au point précédent.

4.2.3. Le guide d'entretien

Pour réaliser le guide d'entretien, j'ai d'abord fait un premier entretien exploratoire ouvert avec un médecin généraliste pour l'interroger de manière large sur son vécu en tant que MS. Ensuite, j'ai établi une liste des questions précises que je me posais sur la problématique. J'ai ensuite regroupé ces questions précises en thèmes globaux. De ces thèmes, j'ai formulé des questions les plus ouvertes possibles, avec des questions de relance au cas où la personne interviewée trouvait la question trop large.

4.2.4. Le type d'entretien

Des entretiens « semi-directifs » ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien.

Dans le but de diminuer les biais liés à la pression de groupe et pour des raisons logistiques vu le temps qui m'était imparti, j'ai choisi de réaliser des entretiens individuels où j'ai interrogé des médecins généralistes qui sont maîtres de stages.

4.2.5. La technique d'échantillonnage

Pour comprendre le vécu des acteurs dans l'analyse qualitative, il m'a fallu d'abord collecter des témoignages comparables pour découvrir des propriétés et catégories. Ensuite, pour comprendre les conditions de pertinence de ces propriétés, il a fallu augmenter les différences entre les personnes interrogées pour maximiser l'apparition des cas « rares » et donc explorer un maximum de propriétés.

Le recrutement des maîtres de stage interrogés s'est donc fait sous un mode d'échantillonnage intentionnel dans le but d'obtenir une population hétérogène en termes d'âge, de type de pratique (urbain/rural, solo/groupe) et d'ancienneté en tant que MS.

J'ai d'abord obtenu des contacts via mes maîtres de stage actuels et anciens (MG travaillant en province de Liège, de Namur et à Bruxelles). Ces vingt-huit contacts ont été sollicités par téléphone ou par mail. Six d'entre eux ont accepté de participer.

Après la réalisation de ces six premiers entretiens et de l'analyse, il manquait encore des candidats pour arriver à saturation des données. En poursuivant dans cette recherche d'hétérogénéité, comme j'avais déjà interrogé une majorité de médecins en pratique de groupe et en pratique urbaine, j'ai sollicité volontairement des médecins généralistes travaillant en solo et en province. Comme je n'avais pas encore interrogé de médecins des provinces du Hainaut et du Luxembourg, j'ai sollicité par mail la participation de tous les médecins généralistes présents sur la liste de FORDOC¹¹ avec les codes postaux correspondant aux provinces du Hainaut et du Luxembourg. J'ai obtenu 3 réponses.

L'échantillonnage s'est arrêté après le 8^e entretien, j'étais arrivée à saturation des données.

Les critères d'inclusion des personnes interrogées étaient d'être médecin généraliste et maître de stage et d'avoir déjà accueilli au moins un assistant.

4.2.6. La récolte des données

Les six premiers entretiens se sont déroulés à la meilleure convenance des participants, sur le lieu de leur choix (lieu de travail pour tous sauf pour le M6 qui a été réalisé à son domicile). Ensuite, à cause de l'épidémie de Covid-19 et des mesures de confinement survenues en mars 2020, les deux derniers entretiens ont été réalisés par vidéoconférence. Afin de limiter les

¹¹ FORDOC est l'application informatique qui permet aux Candidats Médecins Généralistes et aux Maîtres de Stage d'identifier leurs données ; de préparer les conventions de coordination, de maîtrise de stage, de formation ; d'encoder les états de prestations ; de suivre les paiements.

biais, j'ai insisté auprès de tous les participants pour que tous les entretiens aient lieu à un moment qui laissait place à une discussion sans contrainte de temps, avec un minimum de 30 min pour être large. J'ai dû exclure certains maîtres de stage qui proposaient de participer à mon travail mais qui avaient moins de 30 minutes à y consacrer. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes, allant de 19 minutes à 35 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits, avec l'accord des intervenants, moyennant la garantie de l'anonymat et la destruction des enregistrements vocaux.

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques de l'échantillonnage des maîtres de stages interrogés

Tableau 1 : Caractéristiques des maîtres de stages interrogés

M	H/F¹²	Age	Pratique	Zone¹³	Nombre d'années de pratique	Nombre d'assistants	Province
M1	H	67	solo	Semi-rurale	43	2	Liège
M2	H	42	groupe	Semi-rurale	17	1	Liège
M3	F	37	groupe	Non classée	10	1	Namur
M4	H	47	solo	Semi-rurale	20	2	Liège
M5	H	69	groupe	Urbaine	38	10	Bruxelles
M6	H	47	groupe	Urbaine	22	8	Bruxelles
M7	F	50	solo	Semi-rurale	25	3	Liège
M8	F	49	solo	Rurale	23	7	Luxembourg

¹² H/F = Homme/Femme

¹³ Classement des zones en zones rurales, semi-rurales et urbaines selon l'IWEPS (24)

5.2. Résultats des entretiens

L'analyse des données concernant l'impact de l'accueil d'un assistant en MG, donne lieu à la distinction de deux grandes parties. Le terme « thème » selon moi convient peu ici, car il est question de distinguer des parties d'un phénomène évolutif. Néanmoins, pour des facilités de présentation des résultats ce terme a été gardé.

Ces parties sont **la phase d'accueil de l'assistant**, avant qu'il atteigne son autonomie, et ensuite **la phase effective**. Dans ces deux grandes phases on distinguera plusieurs catégories, elles même caractérisées par les propriétés qui seront citées et illustrées.

5.2.1. Thème 1 : La phase d'accueil

5.2.1.1. Catégorie n°1 : « Accueillir un assistant, ça se prépare ! »

Une fois passée la période d'hésitation à devenir MS, puis celle de formation, vient le moment d'organiser l'accueil du MACG.

Accueillir un MACG en MG requiert de s'organiser de différentes manières.

Choisir un MACG à son image

Dès le recrutement, choisir un MACG qui nous ressemble permet de diminuer le risque de discordance de valeurs par rapport à la pratique médicale.

- *« Il faudrait pouvoir affiner les choix, pas seulement en fonction des compétences intellectuelles et de la pratique, parce que ça je pense que vous êtes bien préparé. Mais par rapport au caractère [...] avoir quelqu'un qui travaille plus ou moins de la même manière et qui a plus ou moins les mêmes centres d'intérêt » (M8).*

Il en va de même pour la pratique de groupe :

- *« Dans une équipe de médecins, c'est important d'être sur la même longueur d'onde, d'avoir des valeurs communes. Ce sont des éléments qui favorisent la bonne prise en charge des patients [...] Donc j'attends effectivement de l'assistant, qu'on soit bien d'accord là-dessus » (M6)*

Réorganiser son agenda

Préciser des plages horaires, réorganiser l'agenda et redistribuer le travail est nécessaire une collaboration optimale avec le MACG

Une organisation logistique à prévoir

Un aménagement du lieu de travail pour fournir au MACG son propre cabinet peut être envisagé pour bénéficier de l'apport positif de travailler en parallèle avec l'assistant

- *« Au début [...] on ne travaillait pas en parallèle parce qu'il n'y avait qu'un cabinet [...] bah c'était pas terrible [...] mon collègue [...] lui, il travaillait en parallèle avec l'assistant et trouvait ça vraiment une expérience enrichissante, parce qu'il pouvait partager beaucoup de choses [...] Maintenant, il (le MACG) a le bureau au-dessus de chez moi [...] ça c'est très gai [...] Je vois quelque chose que je veux lui montrer, il descend [...] s'il a une question je peux monter [...] ça casse notre solitude » (M7)*

Introduire le MACG auprès de la patientèle

Expliquer dès le départ aux patients la collaboration avec le MACG garantit une meilleure intégration de celui-ci sur le lieu de travail pour pouvoir obtenir l'impact positif de ce travail de collaboration

Garantir l'efficacité du travail en équipe

Elaborer des protocoles de prise en charge communs garantit un travail efficace en équipe (comme c'est déjà le cas en médecine de groupe)

Devoir faire preuve de stratégie lorsqu'on est MG indépendant

Être médecin indépendant implique de gérer soi-même l'aspect économique de la pratique. Eviter les problèmes financiers tout en prêtant attention à ne pas devenir dépendant de son MACG requière de construire un jeu stratégique.

- *« Je n'ai pas besoin de main d'œuvre mais en pratique, en augmentant ma patientèle pour que le MACG ait assez de travail, s'il n'est plus là, je me retrouve avec trop de patient, donc j'ai besoin de main d'œuvre, donc ça c'est un jeu, une construction stratégique parfois un peu compliquée » (M2)*

5.2.1.2. Catégorie n°2 : Sortir de sa zone de confort

Accueillir un MACG signifie aussi devoir changer ses habitudes et donc oser sortir de sa zone de confort.

La rigueur pratique

Bénéficier d'un regard extérieur implique de se remettre en question et d'être plus rigoureux.

- « *L'assistant, il a un autre regard [...] Il me met peut-être en face des yeux, pourquoi vous faites-ci, pourquoi vous faites-ça [...] Ça permet de me remettre en question* » (M5)
- « *Je pense que ça apporte aussi une certaine rigueur en plus, que la rigueur qu'on a, qu'on essaie d'avoir au départ. Je pense qu'on tend vers plus de systématisation, vers plus de précision, dans certaines situations qu'on rencontre* » (M6)

La rigueur administrative

Pour assurer une bonne continuité des soins, travailler en binôme avec un MACG exige une tenue des dossiers plus rigoureuse et plus claire.

- « *Quand j'étais tout seul, je notais beaucoup moins dans le dossier du patient que maintenant [...] pour qu'ils (les MACG) voient ce que j'ai déjà fait [...] qu'avant je faisais un peu plus confiance à ma mémoire [...] donc ça permet d'être plus précis* » (M4)

Pouvoir s'adapter à l'autre

Comme dans le travail en équipe, travailler en binôme avec le MACG requiert de s'adapter à l'autre, à l'image d'un couple

- « *Faut qu'on accepte que l'autre ne travaille pas comme nous. Et ce n'est pas toujours facile, et ce n'est pas nécessairement nous qui avons raison [...] si vous êtes organisé [...] et que vous avez un assistant qui est très bordélique, c'est un peu compliqué [...] Ce n'est pas grave dans l'absolu, mais c'est des choses auxquelles il faut s'habituer, à la rigueur je dirais, comme dans un couple* » (M7)

5.2.1.3. Catégorie n°3 : Intégrer l'assistant auprès de la patientèle

Pour la patientèle qui n'a jamais rencontré de MACG, il est difficile au début de désancrer les habitudes. Avoir peur d'abandonner son patient et de le voir partir, peut amener le MG à se mettre une certaine pression pour le recevoir. Cela peut réduire l'impact positif de diminution de la charge de travail du MG.

Désancrer les habitudes du patient

- « *Ici, dans la région, je pense que vous l'avez vécu, il n'y a pas la culture de l'assistant, ils (les patients) n'ont pas la culture de la pratique de groupe* » (M3)

Avoir peur d'abandonner le patient

- « *On a parfois un petit côté maternant je vais dire, et donc c'est un petit peu difficile. On a un peu l'impression d'abandonner son bébé à quelqu'un d'autre* » (M7)

Avoir peur de perdre le patient

- « On se dit à un moment donné est-ce que le patient ne va pas partir ? [...] Donc on se met une pression pour le recevoir. Mais ça a duré quelques mois, puis après c'était terminé. Je me suis dit ce n'est pas une vie non plus de devoir à chaque fois travailler plus entre guillemets de peur de perdre le patient » (M4)

Voir ses craintes se dissiper

Après quelques mois d'adaptation de la patientèle, les témoignages positifs des patients auprès du MG concernant son MACG vont contribuer à dissiper cette crainte initialement ressentie par le MG.

- « [...]Puis après 6 mois, [les patients disent] « si ton assistante a de la place, je veux bien y aller aussi ! » Donc c'est bien la preuve que ça c'était bien passé ». (M4)
- « C'est quelqu'un en qui j'avais toute confiance, et tout de suite ça a confirmé mes dires. On voit tout de suite le retour des patients » (M3)

Présenter son arrivée

Tous s'accordent pour dire qu'il est nécessaire de présenter l'arrivée du MACG (par affichage en salle d'attente, sur le site internet, ou en consultation).

Répondre aux inquiétudes des patients

Tenir compte du questionnement des patients et y répondre concernant les fonctions du MACG contribue à les sécuriser.

Choisir un MACG qui connaît déjà la patientèle

Avoir déjà fait un stage sur le lieu d'assistantat aide le MACG à se familiariser avec la structure, mais aide également la patientèle à se familiariser avec le MACG.

Une question d'habitude

Après l'accueil du 1^{er} MACG, les patients s'habituent à ce que leur MG fonctionne avec un médecin en formation

- « Maintenant ils sont habitués (les patients). J'ai une patiente, elle m'a dit 'Tiens l'année prochaine, vous gardez la même ou vous changez ? ' » (M4)

Sécuriser le patient

Valoriser le MACG et lui faire confiance lui permet d'augmenter sa confiance en soi, ce qui va également sécuriser le patient. Cela permet d'éviter les doubles consultations, qui font perdre du temps au MG et qui risquent d'atténuer l'impact positif de diminution de la charge de travail.

- *"On demande un minimum d'assurance, parce que les patients ont besoin de ça [...] quand le médecin n'est pas sûr c'est recta qu'ils vont revenir chez nous » (M6)*

Le profil de patient

Avoir un certain profil de patient va contribuer à ce que ce changement d'habitude se fasse avec plus ou moins de facilités.

La relation avec le patient

Tous s'accordaient à dire que travailler avec un MACG n'a pas changé leur relation avec leur patientèle. Néanmoins, à travers le témoignage de leur vécu, certains témoignaient d'un impact positif sur celle-ci.

- Les affinités de la patientèle amenaient les patients à consulter certains profils de médecins plutôt que d'autres et parfois même préférer consulter le MACG en premier choix dans certaines situations.
- Travailler avec un MACG augmentait la disponibilité horaire et l'offre de soins (dont il sera question dans la catégorie « améliorer la qualité de soins »), permettant au MG de ne plus faire face à des patients en colère lorsqu'il était indisponible.

5.2.2. Thème 2 : la phase effective – vers une autonomie de l'assistant

5.2.2.1. Catégorie n°1 : « Améliorer sa qualité de vie »

Travailler avec un MACG permet au MG de partager, diminuer sa charge de travail, avoir plus de temps libre, se donner le droit de prendre congé, retrouver l'attractivité pour sa profession.

Partager

Le partage permet de débriefer des situations difficiles que le MG devait affronter seul auparavant :

- *« On a parfois des situations difficiles à gérer, donc le fait de pouvoir le partager, pas nécessairement d'avoir la solution chez l'autre, mais pouvoir le partager, avoir des pistes ça peut être intéressant » (M1)*
- *« Analyser une situation difficile au niveau relationnel, ou difficile que lui a rencontré, je pense que le fait d'énoncer les choses, et de réfléchir avec quelqu'un qui a eu une situation compliquée, permet d'avoir aussi un retour sur sa propre façon de réagir dans certaines situations » (M6)*

Diminuer sa charge de travail

Diminuer la charge de travail du MG, en semaine mais également pour les gardes de week-end.

- « Comme on est surchargé, ils sont là pour nous aider. Donc ça nous permet entre guillemets de ne plus avoir des journées extensibles car ils font des appels du jour, qu'on devait faire soit le soir ou le temps de midi. Donc ça permet de dégager des horaires un peu plus convenables » (M4)
- « Effectivement je fais beaucoup moins de gardes. Donc dans ce sens-là ça l'influence positivement, c'est moins de travail. Donc il y a effectivement un allègement de la charge de travail quand les assistants sont là. Parce qu'ils peuvent faire des consultations le soir [...] donc un meilleur équilibre dans la vie privée » (M3)

Avoir plus de temps libre

- « Du temps libre. En fait moi depuis que j'ai mon assistante, je fais 4/5^e donc je ne travaille pas le mardi, et ça m'a permis de commencer une formation en guide nature, ça n'a rien à voir avec ça, mais ça m'a changé un peu l'esprit » (M1)
- « Ici ça m'a permis de récupérer des horaires où je peux me libérer des plages en sachant que comme je vais nager ou je vais courir, j'ai quand même l'assistant qui est présent pour assurer quand même les patients du cabinet pendant que je m'amuse entre guillemets, sans me dire que c'est un autre médecin, un autre confrère du village qui est en train de se surcharger à cause de moi » » (M4)
- « Ça me permet de voir un peu plus mes enfants, un peu plus mon mari, de dormir correctement, d'être plus reposée, parce que je ne vous cache pas que les dernières années c'était très difficile. La masse de patientèle avec le peu de médecins que nous sommes. Mais ça me permet de mieux travailler car je prends soins de moi d'une manière plus normale je dirais » (M8)

Être plus serein

Être plus serein, Diminuer le stress, et même le stress de toute l'équipe.

- « *C'est un peu moins stressant parce que je peux m'appuyer sur quelqu'un qui peut me dépanner [...] C'est plutôt confortable au niveau de la gestion du temps* » (M1)
- « *Je suis plus sereine quand je démarre ma journée, sachant que l'imprévu sera plus facilement géré du fait d'être deux plutôt que d'être toute seule* » (M3)
- « *Ça rend les choses moins stressantes pour les accueillantes, qui savent qu'il y a encore des places si le patient d'un des médecins téléphone* » (M5)

Se donner le droit de prendre congé

En tant que MG, s'absenter signifie avoir plus de travail avant et après son absence mais signifie aussi culpabiliser d'infliger plus de travail aux confrères qui le remplacent. Travailler avec un MACG permet de se libérer de cette culpabilité, et d'absorber également la charge de travail avant et après le départ du MG en vacances.

- « *Avant, quand vous rentriez de congé, c'était l'enfer sur Terre ! Parce que vous aviez les [patients] aigus et les chroniques qui se télescopaient* » (M7)
- « *Le problème, c'est que tout le monde est tout le temps surchargé. Si je partais en vacances, le confrère ou la consœur qui me remplaçait allait vivre un enfer [...] Ce n'est pas évident, ils disent oui je veux bien te remplacer, mais pas tout seul* » (M3)

En contrepartie de ces avantages, le MS a tout de même l'obligation d'être joignable par téléphone lorsque le MACG travaille, notamment lors des gardes, où le MS doit accepter de pouvoir être dérangé à son domicile en dehors de ses heures de prestations effectives.

5.2.2.2. Catégorie n°2 : « Retrouver l'attractivité pour sa profession »

Le renouveau, le travail en équipe, le questionnement médical émanant du jeune médecin en formation entraînent un effet stimulant sur le maître de stage, avec pour conséquence une lecture plus approfondie de la littérature médicale.

Pour les médecins travaillant en solo, devenir MS constitue leur première expérience en équipe. Elle exige donc une organisation du travail (détaillée précédemment) mais entraîne également un impact positif via la stimulation mutuelle et le partage.

- « Ça remet un peu en question, c'est amusant intellectuellement et humainement. Ça rend un peu le métier de nouveau un peu plus attrayant finalement » (M1)

Le partage (à la fois des expériences, mais également des savoirs)

Même dans les pratiques initialement de groupe (en maisons médicales, par exemple), la présence du MACG peut avoir une plus-value. Elle permet à la structure d'intégrer des suggestions extérieures.

- « Mais je pense aussi que ce qui est intéressant, c'est de pouvoir être ouvert à des réflexions, ou des suggestions, justement qui peuvent venir de quelqu'un d'extérieur [l'assistant], et qui finalement s'arrête un an ou deux dans cette pratique, et de pouvoir entendre, certaines réflexions qu'ils se fait » (M6)

5.2.2.3. Catégorie n°3 : « Améliorer la qualité de soins »

Un regard nouveau

La chronicité de la pratique en médecine générale et le fait de connaître trop bien son patient peuvent induire le MG en erreur ou l'amener à oublier l'essentiel dans certaines situations.

- « Le médecin qui travaille depuis des années, il travaille plus par intuition. Il a sa première idée assez rapidement [...] Ce qui est intéressant c'est de refaire le cheminement intellectuel que moi en tant que MG plus âgé, je ne fais plus beaucoup [...] Je vais plus vite sur les diagnostics, au risque de me tromper » (M1)
- « Quand on est médecin depuis des années, on est un peu enkysté dans la routine [...] Parfois on oublie des fondamentaux » (M2)
- « Je leur dis toujours, je vous connais tellement bien que parfois je passe à côté de certaines choses. Et donc je ne raisonne plus comme avant que quand c'est quelqu'un de nouveau. C'est l'avantage d'avoir un assistant. C'est qu'il voit votre dossier avec un autre regard, et je dis, parfois, c'est intéressant [...] ça améliore la prise en charge (M4)

La remise en question

A l'inverse, travailler avec un MACG amène un regard nouveau et permet d'échanger, d'élaborer, de réfléchir et de redécouvrir la démarche diagnostique depuis les bases. Cela amène le MG à se remettre en question et à avoir un autre regard sur sa propre pratique.

- *« Ce n'est pas que j'oubliais de me remettre en question, mais on se sent encore plus obligé de se remettre en question quand on fait quelque chose, car quand l'assistant demande « pourquoi vous faites ça ? » eh bien oui, finalement pourquoi est-ce que je le fais... ? » Donc voilà (M7)*
- *« L'assistant il vient avec toute sa motivation. Il va fouiller un dossier, il se pose des questions, il fait un " Start et Stop " en maison de repos et il va demander "pourquoi tu donnes ça depuis des années ? Il faut l'arrêter là !" donc ça nous secoue aussi » (M2)*

L'enthousiasme du jeune médecin

- *« Sa manière innocente de voir des choses. Nous on va peut-être plus vite jeter l'éponge sur certaines choses parce qu'avec l'expérience on sait qu'on va s'essouffler [...] Dans des suivis plus compliqués de style alcoolisme [...] ils vont trouver la motivation chez le patient [...] et donc le fait d'avoir un assistant qui change tous les deux ans, à chaque fois ça redémarre, avec plein d'espoir, et puis à un moment donné c'est bingo pour le patient, parce que c'est le bon moment, il a trouvé les mots pour aider le patient ». (M3)*

L'endurance et la ferveur du MACG exposées ici permettent d'améliorer la prise en charge là où le MG qui travaille avec le patient depuis plusieurs années peut être découragé à force d'échecs à répétition.

Le travail en équipe avec le MACG

En dehors des effets positifs déjà cités, il a aussi un impact positif sur la qualité des soins en diminuant la charge de travail qui permet au MS d'octroyer plus de temps aux patients.

Un temps suffisant pour chaque patient

Cela permet de consacrer le temps qu'il faut pour chaque patient sans allonger les journées de travail.

- « Ça diminue mon stress aussi car je sais que je ne vais pas devoir rester plus longtemps, ou pas devoir intercaler à mort dans mon horaire [...], il y a des médecins qui voient plus que ça, mais ici on a pris un horaire où on consacre 20 min par patient [...] (travailler avec un assistant, ça permet) de pas devoir galoper, pas intercaler trop souvent, pas dépasser les heures » (M5)

Peaufiner la recherche d'information médicale

- « Je pense qu'un des éléments pour moi qui a été peaufiné, c'est l'aspect recherche d'information ; via des sites qui sont recommandés, je pense que je suis peut-être plus attentif à cet aspect-là des choses, avoir vraiment des sites de référence, peut être encore plus que ce que j'en avais avant » (M6)

Améliorer la prévention

- « L'aspect préventif : je trouve qu'on fait du meilleur travail que tout seul, avec énormément de patients, le nez dans le guidon, à tout gérer au plus vite et finalement on risque de louper des contrôles » (M8)

Elargir sa pratique médicale

- « Mon voisin de bureau, il a acheté un échographe, donc voilà, j'ai fait la formation en échographie en me disant voilà, peut être que c'est quelque chose qu'on pourra utiliser tous ensemble » (M7)
- « Ça m'a permis de pouvoir me libérer des plages vraiment, où je fais de la médecine du sport et je sais que s'il y a un besoin urgent en médecine générale, le MACG est là pour répondre à la demande » (M3)

Consacrer du temps à la formation du MACG

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que cette amélioration de la qualité de soins ne peut pas avoir lieu sans avoir préalablement formé/encadré le MACG pour assurer les consultations adéquatement, mais également pour participer à sa formation.

- *Bien sûr il faut aussi donner de son temps aussi dans l'autre sens. L'assistant ne va pas tout donner si tu ne lui donnes rien dans l'autre sens aussi. (M1)*

- *Il faut du « win-win ». Donc là je dis, je suis surchargé donc j'ai besoin que tu m'aides dans ma surcharge de travail [...] je fais de la médecine du sport donc j'essaie de les former dans les techniques d'infiltration. Donc je trouve qu'on essaie d'avoir un échange (M4)*

La gestion des débordements et des urgences

L'amélioration de la qualité de soins passe par l'augmentation de l'offre de soins via la gestion des débordements et la gestion des urgences.

- *« Une patiente que j'ai dû rajouter après 18h pour son enfant, et pour finir ce rendez-vous s'est annulé dans le courant de la journée parce qu'elle a trouvé une disponibilité chez l'assistant qui l'arrangeait mieux. Et je comprends, on a un emploi du temps fort chargé [...] elle ne voulait pas attendre cette heure-là. Donc on devient un peu une médecine à la carte » (M3)*

[Et concernant les domiciles] :

- *« Plus on a de patients, moins on est disponible pour les domiciles [...] et donc c'est vrai qu'on est content de les avoir (les MACG) quand une visite tombe à l'improviste en pleine consultation » (M3)*
- *« Ça augmente l'offre de soins (d'avoir un MACG) [...] il y a encore de la place si un patient téléphone [...] il y a des patients qui découvrent une pathologie au cours de la journée [...] puis comme vous savez sans doute, il y a des patients, ce n'est pas des urgences, mais c'est des patients pressés » (M5)*

Apprendre du MACG

- *« Moi souvent, je demande à l'assistant "Et vous qu'est-ce qu'on vous a appris sur tel point ? ", et c'est comme ça que j'ai appris les dernières recommandations pour diverses choses. Et alors je le dis toujours en boutade au patient, parce que je demande devant le patient " Oui, lui il sort de l'école, c'est normal, donc il sait tout ! Moi je sais le faire, mais lui il sait pourquoi je dois le faire " » (M7)*

Assurer la continuité des soins

Travailler avec un assistant permet d'assurer la continuité des soins. Notamment lorsque le MS part en vacances ou pour toute autre absence.

- « Ça m'a permis de récupérer des horaires où je peux me libérer des plages sachant que comme je vais nager ou je vais courir, j'ai quand même l'assistant qui est présent pour assurer quand même les patients du cabinet » (M4)

Augmenter la rigueur

Comme déjà illustré plus haut, collaborer avec l'assistant augmente la rigueur aussi bien dans la pratique clinique que dans la tenue des dossiers, mais une petite nuance tout de même doit y être apportée. En effet, suivre les recommandations médicales à la lettre peut parfois être perçu par le MG comme ayant un impact négatif sur la qualité de soins.

- « Il m'est arrivé d'être face à des assistants très maniaques, méticuleux, avec une certaine rigidité [...] Il (le MACG) attire l'attention sur le plan scientifique, et moi, je trouve que c'est bien, mais, je ne suis pas toujours d'accord sur l'implication que ça va avoir dans la vie du patient » (M5)

Les entraves à la continuité des soins

Le statut du MACG est un statut d'employé qui fonctionne avec un contrat fixant des heures de travail allant de 38 à 48h par semaine, dont 10h de formation. Certaines règles reprises dans le contrat permettent une flexibilité de ces horaires. Néanmoins, le manque de souplesse du MACG par rapport à l'application de ces horaires peut mettre le MS en difficulté, notamment pour assurer la continuité des soins.

- « Nous avons eu une assistante qui regardait sa montre parce que c'était x minutes par jour et pas une de plus. Voilà vous avez goûté à la médecine générale hors ville. Et vous savez qu'on ne peut pas fonctionner comme cela, donc c'est difficile de fonctionner comme cela » (M7)
- « Ce qui est parfois perçu difficilement ... nous en tant qu'indépendant donc on doit s'adapter en grosse période, on fait plus d'heures, quand c'est un peu plus calme on fait moins d'heures. Là où ça a pu coïncider à certains moments, notamment avec la première assistante [...] c'est qu'elle comptait vraiment ses heures, donc quand il était telle heure, salle d'attente pleine ou pas, elle partait. C'est le système 38h semaine, et puis c'est tout. Donc si on a un assistant qui applique ça de manière très rigide, c'est un peu difficile. » (M8)

L'image du « médecin fonctionnaire » qui peut être attribuée au MACG est questionnée concernant sa valeur formative pour préparer l'assistant à son futur métier de médecin généraliste.

- *« Dans la formation des assistant, ce qui m'ennuie le plus c'est côté un petit peu, j'exagère [...] mais l'image un peu fonctionnaire de l'assistant [...] je trouve que mettre des horaires [...] mettre un jour de congé pour le TFE [...] des jours de récupérations quand le jour férié tombe un dimanche, je trouve que ce n'est pas la médecine générale » (M4)*

5.2.3. Thème 3 : Les valeurs défendues par les MS et la perception du rôle de MS

Après avoir exposé ces deux phases, un thème important s'est dégagé du matériel analysé. Il est à décomposer en deux sous-thèmes : le sous thème des valeurs du MS et celui la perception du rôle de MS par les MS eux-mêmes. Nous exposons ces résultats en dernier, car même s'ils ne répondent pas directement à la question de recherche, ils s'articulent avec certaines des propriétés et ils font partie des résultats récoltés et analysés.

5.2.3.1. Sous-thème 1 : Les valeurs

Les valeurs qui sont apparues aux cours des entretiens sont : Défendre le patient, garantir sa sécurité, respecter le choix du patient, respecter le MACG, le valoriser, respecter son bien-être et celui du MS, assurer la continuité des soins.

5.2.3.2 Sous-thème 2 : La perception du rôle de MS

Par rapport à la perception du rôle de MS on distingue deux catégories :

5.2.3.2.1 Catégorie 1 : Le rôle pédagogique

Tous s'accordent à dire que ce rôle est avant tout pédagogique, et qu'il consiste à :

Transmettre le savoir, combler les lacunes du MACG, apprendre et enseigner la pratique mais également adapter l'encadrement en fonction des forces et des faiblesses du MACG.

La légitimité de ce rôle pédagogique est tout de même questionnée :

« Quand ils disent “ vous avez un rôle pédagogique“, je me demande toujours quelle est ma légitimité là-dedans [...] il peut observer ce que je fais, mais est-ce que ce que je fais est bien ? Alors là ! Là est toute la question » (M7)

Remplir ce rôle pédagogique implique notamment de :

- Devoir donner du travail à l'MACG pour accomplir sa formation et lui permettre d'atteindre l'autonomie attendue

« En contrepartie [d'alléger la charge de travail du MDS], le fait de leur donner du boulot, ça leur permet d'avoir une certaine pratique et d'avancer plus vite [...] Je pense qu'on est mieux formé quand on a vu 20 patients par jour que quand on en a vu deux » (M4)

- S'intéresser au vécu du MACG pour permettre d'adapter l'encadrement.

« Elle m'a dit « ça ne va pas » [...] Ces stages en MG, en gériatrie n'avaient pas été supers [...] donc j'ai fait marche arrière [...] Tu vas m'accompagner deux semaines » (M4)

5.2.3.2.2 Catégories 2 : Donner de l'assurance au MACG

Au-delà du volet pédagogique, le rôle de maître de stage est également perçu comme devoir donner de l'assurance au MACG en faisant du renforcement positif, mais également en assurant une supervision et un encadrement suffisant pour que le MACG se sente en confiance malgré ses incertitudes.

- *« Qu'ils aient de plus en plus confiance en eux et plus de se dire « est ce que j'ai bien fait ou pas bien fait ? » » (M4)*
- *« Un rôle de transmission de savoir [...] mais avec une supervision régulièrement, qu'ils puissent se sentir en sécurité » (M3)*

6. DISCUSSION

6.1. Discussion des résultats

Dans ma recherche bibliographique, les études retrouvées sur le thème de la maîtrise de stage en médecine, portaient sur l'encadrement des stages d'étudiants en médecine dont le niveau d'autonomie est très restreint (3,5).

En Belgique, et en ce qui concerne le sujet de l'assistanat qui m'intéresse, au contraire, l'autonomie du MACG fait partie des compétences à acquérir assez rapidement dans sa formation. Généralement, après quelques semaines d'observation du fonctionnement du cabinet (variable en fonction de sa formation antérieure), le MACG peut mener seul les consultations. L'impact attendu est donc différent et il est sensé évoluer en fonction de la progression de l'autonomie du MACG sur le lieu d'assistanat.

Pour interpréter les résultats et répondre à la question, on doit considérer deux « phases ». La première, c'est la « phase d'accueil et d'adaptation ». Elle est indispensable pour optimiser l'impact positif de la phase qui suit, et elle comporte des difficultés qui ont été soulevées dans les résultats.

La deuxième, c'est la « phase effective » du MACG, qui comporte plusieurs catégories, avec un impact globalement positif sur la pratique et la vie du MG, mais qui comporte également quelques difficultés.

6.1.1 Les difficultés de la phase d'accueil

Consacrer le temps nécessaire au recrutement du MACG

Pour minimiser les difficultés de la phase d'accueil-adaptation, il était important que le MS consacre du temps et de la réflexion au recrutement du MACG, afin de choisir quelqu'un qui corresponde à ses attentes et ainsi pouvoir profiter des impacts positifs de la collaboration.

S'organiser

Une fois le choix du MACG établi, le MS devait mettre en place une série d'adaptations. Il devait adapter l'infrastructure du lieu de travail pour accueillir ce dernier dans de bonnes

conditions. Il devait le rendre conforme à ses attentes et par exemple fournir au MACG son propre cabinet pour pouvoir profiter des avantages du partage et d'échange avec lui. Il devait également adapter l'organisation de son agenda.

Intégrer le MACG auprès des patients

Il fallait également présenter le MACG à la patientèle et le faire accepter. Les difficultés évoquées par les médecins généralistes étaient essentiellement basées sur la crainte d'abandonner le patient et de le perdre.

Sur ce point, il est intéressant de noter que dans la littérature, une étude qualitative française montre que cette crainte était également partagée par les MS qui encadrent des stagiaires (18). Pourtant, cette même étude révélait que les patients avaient une vision très valorisante du statut de maître de stage. Ils percevaient leur MG comme plus compétent et avec un niveau de formation supérieur.

De plus, la relation médecin-patient n'était pas altérée et au contraire, le patient se sentait impliqué dans la relation éducative. Toutefois, il faut noter que dans ce cas, le patient qui consultait le MG était reçu par le stagiaire, accompagné de son MS.

En ce qui concerne l'assistantat en Belgique, les implications sont différentes car le patient est reçu en consultation par le MACG seul, ce qui pourrait expliquer les difficultés rencontrées pour faire accepter à sa patientèle ce fonctionnement.

Malgré cette réticence, notre étude qualitative révélait que les MS interrogés n'ont pas vu changer leur relation avec les patients. De plus, leurs craintes initiales s'étaient très vite dissipées par les retours positifs de la patientèle, une fois qu'elle s'était habituée à la collaboration de son MG avec le MACG. Il apparaissait même que le patient préférait parfois consulter spécifiquement chez le MACG, pour des raisons d'affinités ou de meilleure disponibilité horaire.

6.1.2 L'impact du MACG sur la pratique et la vie du MS lors de la « phase effective »

L'impact positif du MACG mis en évidence dans cette analyse révélait beaucoup de propriétés en commun avec les analyses précédemment réalisées concernant la maîtrise de stage pour étudiants en médecine (3, 5). Parmi celles-ci on retrouvait la rupture avec la solitude, l'augmentation de la rigueur, l'amélioration de la relation médecin-patient, la

remise en question et l'approfondissement de la littérature médicale.

La rupture avec la solitude

Avec un impact plus marqué chez le MG travaillant en solo, cette rupture avec la solitude était aussi retrouvée chez le MG travaillant équipe. En effet, la présence du MACG avec lequel le MS partageait le suivi des patients permettait de partager et dénouer des situations difficiles, avec comme conséquences un effet positif sur la qualité de vie du MG, mais également sur la qualité des soins.

L'augmentation de la rigueur scientifique

Être MS augmentait la rigueur de la pratique du MG. Cet effet, commun à la maîtrise de stage des stagiaires et des MACG, était dû à la pression ressentie via le rôle du modèle. Dans le cas de l'encadrement du MACG, on notait également une augmentation de la rigueur concernant la tenue des dossiers. En effet, cette rigueur administrative était nécessaire pour assurer la continuité correcte des soins, valeur défendue par le MG. Elle avait un effet positif sur la qualité de soins.

L'amélioration de la relation médecin-patient

Dans les études retrouvées dans la littérature, la relation médecin-patient était améliorée par le fait que le patient valorisait la fonction de MS du MG et aussi parce qu'il se sentait impliqué dans la formation du stagiaire (18).

Dans le cas de l'assistantat, la relation des MS avec leur patientèle était soit inchangée, soit améliorée par une meilleure satisfaction des patients. Ceux-ci voyaient l'offre de soins augmenter via une meilleure disponibilité horaire, une meilleure gestion des imprévus et des urgences. De plus, le fait de travailler avec un MACG augmentait la possibilité de voir les attentes des patients rencontrées par la présence d'un deuxième médecin avec lequel ils pouvaient développer des affinités et qu'ils pouvaient finalement préférer consulter.

La remise en question et l'approfondissement de la littérature médicale

Aussi bien le stagiaire que le MACG partagent et discutent des situations cliniques avec le MS. Pour trouver réponses aux questions qui émanaient de ces discussions cliniques, une consultation de la littérature était souvent nécessaire, ce qui poussait le MS à lire plus de lecture médicale que ce qu'il en avait l'habitude lors qu'il travaillait seul.

Certaines études mettaient en avant la capacité des MG qui ont de l'expérience à détecter certains signes d'alarme face à une situation clinique qui cache une maladie grave (25).

Bien que ce phénomène d'intuition permette au MG d'expérience de gagner du temps pour poser un diagnostic, on note ici qu'il pouvait parfois être piégeant. Ainsi, le fait de travailler avec un MACG obligeait le MS à se remettre en question quand il posait un diagnostic ou décidait d'une prise en charge.

En discutant avec le stagiaire ou le MACG, il pouvait observer une autre réflexion diagnostique, une autre pratique, l'amenant à remettre la sienne en question, à la comparer à ce qui est retrouvé dans la littérature, avec pour conséquence une optimisation de la prise en charge des patients.

L'augmentation de la productivité du MS

D'après les études françaises et la littérature anglophone sur la maîtrise de stage, il apparaissait que travailler aux côtés d'un stagiaire allongeait les consultations et diminuait la productivité du MG (15, 16, 26).

Cela pouvait être perçu comme un point positif par le patient, qui voyait son MG passer plus de temps avec lui. Néanmoins, cela pouvait avoir un impact négatif sur le temps d'attente des patients et également sur la rentabilité du MG indépendant.

Dans notre étude qualitative, nous avons constaté que l'effet sur la gestion du temps du MS est inverse, avec un gain de temps important via la diminution de la charge de travail, ayant pour effet une amélioration de la qualité de vie du MS, une meilleure disponibilité horaire pour les patients, une occasion pour le MS de consacrer plus de temps par consultation, et d'élargir sa pratique au-delà de la médecine générale.

L'amélioration de la qualité de vie du MG

En plus des effets positifs communs à ce qui était déjà retrouvé dans la littérature, cette analyse a mis en lumière des éléments supplémentaires qui contribuaient à l'amélioration de la qualité de vie du MG grâce à la collaboration avec un MACG : la diminution de la charge de travail quotidien, la diminution du stress, le fait de pouvoir programmer des vacances.

Le transfert de la charge de travail du MG au MACG améliorait la qualité de vie du MG. Il lui permettait de dégager du temps libre qu'il pouvait consacrer à sa vie de famille, à ses loisirs.

Travailler avec un MACG permettait au MS une meilleure gestion de l'urgence et des imprévus, avec pour conséquence une diminution du stress et une sensation de sérénité. Cela lui permettait de programmer des vacances sans devoir se préoccuper de trouver un remplaçant. Cela évitait au MG de se sentir coupable de transférer sa charge de travail à un confrère probablement déjà surchargé. En contrepartie, cela permettait au MS de remplir sa fonction d'enseignant en fournissant suffisamment de travail à l'assistant pour qu'il poursuive son chemin vers l'autonomie. Cela impliquait malgré tout d'être joignable par téléphone si le MACG avait besoin de supervision durant cette période d'absence.

Retrouver l'attractivité de la MG

La stimulation mutuelle et le partage avec le MACG induisaient chez le MG un regain d'attractivité pour sa pratique.

L'amélioration de la qualité des soins

Cette étude a permis de montrer qu'accueillir un MACG en MG menait globalement à une amélioration de la qualité des soins grâce à :

- **La diminution de la charge de travail**, qui entraînait une meilleure gestion du temps du MG. Grâce à cela, le MG peut consacrer plus de temps en consultation, investir ce temps dans de la prévention médicale, ou investir ce temps dans des formations/

pratiques médicales supplémentaires (comme par exemple la médecine sportive ou l'échographie).

- **L'augmentation de l'offre de soins** grâce à l'augmentation de la disponibilité horaire du MG
- **Une amélioration de la prise en charge des patients**, via la stimulation intellectuelle mutuelle, la lecture des dernières recommandations dans la littérature et la remise en question permanente.
- **L'augmentation de la rigueur**, explicitée plus haut comme propriété commune avec celles retrouvées dans les études qualitatives françaises. Dans notre analyse ici, on notait une nuance tout de même pour cette propriété qui, si elle était excessive, pouvait être perçue par le MS comme un excès pouvant être délétère à la prise en charge des patients.

Les difficultés rencontrées par le MG

Parmi les difficultés rencontrées par les MS, le manque de flexibilité horaire de la part du MACG pouvait poser un problème, notamment pour assurer la continuité des soins en période plus intensive.

Une discordance de valeur chez le MS était aussi rencontrée entre, d'une part, la perception qu'il pouvait avoir de son rôle formateur en médecine générale et, d'autre part, l'octroi à l'assistant de droits qu'il considérait non compatible avec la pratique réelle du terrain auquel il était censé préparer l'assistant (récupérations de jours fériés, les lendemains de nuit de garde).

6.2. Discussion de la méthodologie : biais et limites de l'étude

Revue de la littérature

J'ai éprouvé quelques difficultés à effectuer mes recherches dans la littérature. Tout d'abord parce que ma question de recherche concernait un sujet lié à l'éducation médicale et à l'impact sur le vécu des personnes. Or, les différentes bases de données consultées en premier lieu ne sont pas les plus adaptées pour ce type de sujet. De plus, j'ai commencé la recherche en m'intéressant à la littérature anglophone, pensant y trouver plus d'articles qu'en français alors que c'est finalement en français que j'ai trouvé les travaux qui se rapprochaient le plus de ma question de recherche, même si la plupart ne sont que des travaux de fins d'études de médecine générale.

Les entretiens

Pour interroger le vécu personnel des MS, j'ai volontairement opté pour des entretiens individuels dans le but de favoriser l'intimité de la discussion et limiter la pression du groupe qui aurait pu être retrouvée avec des focus groupe. Cela m'a pris beaucoup de temps car il a fallu attendre 8 entretiens pour arriver à saturation des données alors que peut-être un seul focus groupe aurait permis d'y arriver, libérant du temps pour approfondir l'analyse.

Ces entretiens se sont toujours déroulés à la meilleure convenance des participants, afin qu'ils se sentent libre de s'exprimer aussi longtemps qu'ils le veulent sur le sujet, sans devoir penser à autre chose. La garantie de l'anonymat a été établie dès le départ, avec également la garantie de destruction des enregistrements après retranscription.

Parmi les biais, je dois signaler qu'il a été très difficile de recruter des participants, malgré le bouche à oreille. Le motif principal de refus était le manque de temps à m'accorder pour un entretien. Il faut noter également que les MS qui ont accepté de participer disaient être particulièrement intéressés par mon sujet. Par ce constat, je peux donc mettre en évidence au moins deux biais.

Premièrement, il n'est pas exclu que les MS qui ont accepté de participer sont parmi ceux qui souffrent le moins de surcharge de travail. Or, la diminution de la charge de travail est une propriété qui est retrouvée dans l'analyse, induisant un impact positif sur la pratique et la qualité de vie du MG. Il se peut que les MS qui ont une expérience négative de l'accueil d'un

MACG dans leur pratique due à l'absence de diminution de la charge de travail, n'aient pas pu avoir l'occasion de l'exprimer.

Deuxièmement, il n'est pas exclu que les MS interrogés fassent partie de ceux qui se sentent particulièrement concerné par le sujet de l'éducation médicale, partageant alors des valeurs qui sont facilement conciliables avec la maîtrise de stage et donc pouvant également favoriser une bonne expérience de celle-ci.

Un autre élément à prendre en compte parmi les biais, ce sont mes interventions aux cours des entretiens. Bien que j'aie essayé d'intervenir le moins possible pour laisser les MS s'exprimer librement, j'ai parfois dû les interrompre pour reformuler certaines de leurs paroles afin de m'assurer d'en avoir correctement compris le sens.

Concernant le guide d'entretien, au fur et à mesure des entretiens, il a pu être ajusté pour explorer chaque fois de nouvelles propriétés, comme il est requis de le faire dans l'analyse qualitative.

L'analyse des résultats

Les entretiens ont été retranscrits intégralement puis étiquetés. Les étiquettes ont été regroupées en catégories et ensuite articulées entre elles via les méthodes de codages ouvert, axial, sélectif pour dégager une série de résultats aboutissant à une théorisation. Pour formuler ces résultats en restant dans l'esprit de la méthode par théorisation ancrée, je devais accorder autant d'importance à une propriété, qu'elle survienne une seule ou plusieurs fois. Afin d'éviter donc la notion d'occurrence, pour articuler les propriétés, j'ai usé de la « technique des trois verbes » conseillée par C. Lejeune (20). Elle consiste à exprimer les résultats en termes de propriétés et pas d'individus. Par exemple : « s'échauffer avant le sport contribue à diminuer les risques de blessures pendant l'entraînement », ce qui évite les formulations déclaratives du type « Les sportifs trouvent que... »

Pour les présenter dans la partie résultat, en suivant ces exemples, j'ai souvent dû utiliser le temps du présent.

Néanmoins, cette formulation ne doit pas faire apparaître ces conclusions comme des vérités. Elle reflète uniquement l'articulation des propriétés qui sont ressorties de l'interrogation du vécu des maîtres de stages dans cette analyse donc il est important de le préciser.

Plus loin, pour la partie discussion, j'ai suivi les directives données pour le travail, en faisant références aux résultats au temps du passé.

Concernant les biais de l'analyse qualitative, on sait que l'analyse est analyseur-dépendant car la définition des propriétés et des catégories dépend de l'interprétation que l'auteur fait du matériel analysé. Il est donc intéressant de faire relire et analyser les entretiens par une seconde personne pour limiter ce biais. Je n'ai malheureusement pas trouvé quelqu'un qui était disponible pour se former en si peu de temps à l'analyse qualitative, relire et analyser ces entretiens, d'une longueur non négligeable.

7. CONCLUSION

Ce travail a montré que l'impact lié à l'accueil d'un MACG en médecine générale variait en fonction de l'adaptation et l'intégration de l'assistant dans la pratique du MG.

En effet, le travail avec un assistant se passait en deux temps :

D'abord, il y avait la phase d'accueil et d'adaptation de l'assistant. Cette phase demandait une réadaptation notamment en termes d'organisation au sens large (recruter le MACG, s'organiser, s'adapter et présenter le MACG à la patientèle).

Ensuite, venait la phase effective de la pratique de l'assistant durant laquelle le MS notait un impact globalement positif de la maîtrise de stage sur sa pratique et sa vie d'homme ou de femme.

Parmi ces aspects positifs, on retrouvait comme dans la littérature, la rupture avec la solitude, l'augmentation de la rigueur, l'amélioration de la relation médecin-patient, la remise en question et l'approfondissement de la littérature médicale.

On notait également que l'amélioration de la relation médecin-patient dans ce cas-ci n'était pas liée à la même cause que dans la littérature française. En effet, ici c'était grâce à la meilleure disponibilité horaire du MACCG et grâce aux affinités qu'il pouvait rencontrer avec celui-ci, que la relation avec le patient était améliorée.

Par ailleurs, cette étude montrait qu'à terme, la charge de travail du MS diminuait et que cela lui permettait de dégager du temps. Ce gain de temps pouvait lui permettre une amélioration de la qualité de soins ainsi que de sa qualité de vie.

Les perspectives

Il pourrait être intéressant d'utiliser les différents points positifs et difficultés soulevés dans cette étude qualitative et de les évaluer d'un point de vue quantitatif, de manière à obtenir une analyse un peu plus approfondie que celle de l'enquête déjà réalisée pour la CCFFMG (2) (annexe 2).

Par ailleurs, ce travail a élargi mon questionnement au-delà de la simple compréhension de l'expérience de la maîtrise de stage.

Tout d'abord, au travers des témoignages recueillis, j'ai été interpellée par la souffrance des médecins généralistes, qui semblent seuls face à une charge de travail trop importante. Malgré les initiatives déjà mises en place depuis plusieurs années pour aider la première ligne de soins, il semblerait qu'il soit toujours nécessaire de s'y intéresser et de lui apporter du soutien. Il est encourageant de constater que la maîtrise de stage constitue un moyen pour pallier ce problème même si ce n'est pas le but initialement recherché. Sur ce point, il serait intéressant d'aller plus loin et d'analyser de manière plus spécifique dans quelle mesure la maîtrise de stage pourrait participer à la prévention du burnout chez les médecins généralistes.

Ensuite, j'ai remarqué que le maître de stage semblait exercer son rôle de manière assez informelle, sans outil spécifique pour le guider. Or, on pourrait imaginer un encadrement plus formel, comme par exemple un guide de bonne pratique. Il serait intéressant d'analyser l'utilité des formations déjà existantes pour les MS et voir quel type de formation ou quels outils seraient utiles pour répondre plus adéquatement aux besoins des MS dans un but d'amélioration constante de la qualité de l'enseignement.

Au-delà de l'encadrement du rôle pédagogique, il serait aussi intéressant d'approfondir quels moyens pratiques pourraient aider le maître de stage dans l'accueil d'un assistant, notamment par exemple face aux difficultés pratiques évoquées dans ce travail (logistique d'aménagement, flexibilité horaire).

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes du 1^{er} mars 2010, M.B, 4 mars 2010
2. CCFFMG [En ligne]. Belgique : Accueillir un(e) assistant(e); Disponible sur : <http://www.ccffmg.be/accueillir-un-e-assistant-e-en-medecine-generale/>
3. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [mémoire de Master en ligne] Faculté de médecine de Tours (France) ; 2017 [cité le 24 mai 2020] Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_HahusseauMarion.pdf
4. Ren W, Hasenbieke N, Liu Y, Qiu Y, Zhou ZN, Mao XY, Ren JJ. Motivations and Training Needs of General Practitioner Preceptors. Chin Med J [en ligne] 2017 [cité le 24 mai 2020];130:1689-93. Disponible sur : <https://doi.org/10.4103/0366-6999.209894>
5. Vivot E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Mesure qualitative par « focus group » de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste [mémoire de Master en ligne] Université de Lorraine (France); 2018 [cité le 24 mai 2020] Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIVOT_EVE_MARIE.pdf
6. Bouvrais C. et Gauthier C. Les internes SASPAS et leur devenir MSU : description et bilan d'une intervention en groupe d'analyse de pratique [mémoire de Master en ligne] Université d'Angers (France) ; 2019 [cité le 24/05/2020] Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/15008171/2019MCEM10897/fichier/10897F.pdf>
7. Le Floch B. Quels facteurs positifs déterminent l'attrait vers la médecine générale et le maintien dans leur pratique clinique ? [Thèse de doctorat en ligne] Ecole Doctorale-Santé de Rennes ; 2018 [cité le 24/05/2020] Disponible sur : <http://www.theses.fr/2018BRES0036>
8. Cousty M. Motivation et freins des jeunes médecins généralistes charentais à devenir MS : étude qualitative. [mémoire de master en ligne] Université de Poitiers (France) ; 2015 [cité le 24/05/2020] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01115384/document>

9. Minor S, Huffman M, Lewis PR, Kost A, Prunuske J. Community Preceptor Perspectives on Recruitment and Retention: The CoPPRR Study. *Fam Med*. [En ligne] 2019 [cité le 24 mai 2020] ; 51(5):389-398. Disponible sur : <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.937544>
10. Rodríguez C, Bélanger E, Nugus P, et al. Community Preceptors' Motivations and Views about Their Relationships with Medical Students During a Longitudinal Family Medicine Experience: A Qualitative Case Study. *Teach Learn Med*. [en ligne] 2019 [cité le 24 mai 2020] ; 31(2):119-128. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10401334.2018.1489817>
11. Evans TC, Wick KH, Andrilla CHA, Skaggs SA, Burgin T. A Method to Study the Effect of a Physician Assistant Student on Preceptor Productivity. *J Physician Assist Educ*. [en ligne] 2018 [cité le 24 mai 2020] ; 29(4):205-210. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/JPA.0000000000000220>
12. Lemire F. Role modeling in family medicine. *Can Fam Physician*. [en ligne] 2018 [cité le 24 mai 2020];64(10):784 Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6184955/pdf/0640784.pdf>
13. Cuncic C, Regehr G, Frost H, Bates J. It's all about relationships : A qualitative study of family physicians' teaching experiences in rural longitudinal clerkships. *Perspect Med Educ*. [en ligne] 2018 [cité le 24 mai 2020];7(2):100-109. Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/323703459> It's all about relationships A qualitative study of family physicians' teaching experiences in rural longitudinal clerkships
14. Bouton, C., Leroy, O., Huez, J., Bellanger, W. & Ramond-Roquin, A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique* [en ligne] 2015 [cité le 24 mai 2020] vol. 27(1), 59-67. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-59.htm>
15. Sturman, N., Régo, P. and Dick, M.-L. Rewards, costs and challenges: the general practitioner's experience of teaching medical students. *Medical Education*, [en ligne] 2011 [cité le 24 mai 2020] 45: 722-730. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03930.x>
16. Wenrich, Marjorie D. MPH; Jackson, Molly B. MD; Ajam, Kamal S. MD; Wolfhagen, Ineke H. PhD; Ramsey, Paul G. MD; Scherpbier, Albert J. MD Teachers as Learners: The Effect of Bedside Teaching on the Clinical Skills of Clinician–Teachers, Academic

Medicine: July 2011 - Volume 86 - Issue 7 - p 846-852. Disponible sur :

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31821db1bc>

17. Edward W. Taylor, Elizabeth J. Tisdell & Maryellen E. Gusic (2007) Teaching beliefs of medical educators: perspectives on clinical teaching in pediatrics, *Medical Teacher*, 29:4, 371-376, DOI: [10.1080/01421590701510553](https://doi.org/10.1080/01421590701510553)
18. Sarti R. Impact du statut de maître de stage universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les bouches du Rhône. [mémoire de Master en ligne] Université de Marseille (France) ; 2018 [cité le 24 mai 2020] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01875751/document>
19. Lecroc C. Satisfaction des médecins généralistes libéraux installés en France. Influence de la fonction de maître de stage [Thèse de doctorat en ligne], Université de Bretagne occidentale Faculté de médecine ; 2018 [cité le 24/05/2020] Disponible sur :
<https://pdfs.semanticscholar.org/b565/2dc417b7e2b4328bacdd0342e1eb8b3f6437.pdf?ga=2.144191100.892048565.1590073165-2008720727.1589657276>
20. Lejeune C., Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer, Louvain-La-Neuve (Belgique), De Boeck, 2019. 155p.
21. Didier Roche, Réaliser une étude de marché avec succès, Paris, Eyrolles, 2009 : 31-44
22. Joëlle Kivits, Frédéric Balard et Cécile Fournier : Les recherches qualitatives en santé, Malakoff, Armand Colin, 2016 : 43-59, 86-101
23. Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique [en ligne] 1994 [cité le 24 mai 2020] (23), 147–181. Disponible sur :
<https://doi.org/10.7202/1002253ar>
24. IWEPS Communes rurales et semi-rurales en Wallonie [Web page] 7 avril 2015. Disponible sur :
https://www.frw.be/uploads/7/8/3/9/78394446/frw_carte_communes_rurales.pdf
(consulté le 02/03/2020)
25. Peter Hjertholm, Grete Moth, Mads Lind Ingeman An Peter Vedsted : Predictive values of GPs' suspicion of serious disease : a population-based follow-up study. *British Journal of General practice* [en ligne] 2014 [cité le 24 mai 2020] Disponible sur : <https://bjgp.org/content/bjgp/64/623/e346.full.pdf>

26. Margaret Henderson, Susan Upham, David King, Marie-Louise Dick & Mieke van Driel. Medical students, early general practice placements and positive supervisor experiences. *Educ Prim Care*. [en ligne] 2018 [cité le 24 mai 2020] 29(2), 71–78. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/14739879.2017.1409084>

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

THEMES	Questions pratiques	Questions de relance	Autres (préjugés, Articles)
Le changement	Qu'est-ce que ça change d'avoir un assistant en médecine générale ?	En quoi ça influence votre pratique ? En quoi ça change votre vie privée ? Comment ça modifie votre relation avec la patientèle ?	
L'intégration de l'assistant	Comment préparez-vous l'arrivée de l'assistant ? Comment le présentez-vous aux patients ?	Quelles mesures mettez-vous en place ? Et comment ça se passe ?	
Les attentes du MS	Qu'est-ce que vous attendez d'un assistant ? Selon vous, c'est quoi être maître de stage ?	Qu'est ce qui est important pour vous ? Selon vous, c'est quoi une bonne relation entre un assistant et son maître de stage ?	La confiance et la communication, sont deux éléments qui reviennent souvent dans la littérature et dans les entretiens comme étant importantes pour

			les MS. Quel est votre point de vue là-dessus ?
Les difficultés	Avez-vous été confronté à des difficultés en tant que MS ?	Si oui, comment ?	
Autres	Voyez-vous d'autres éléments concernant votre vécu en tant que maître de stage que nous n'avons pas abordé ici ?		

[Annexe 2 : Résultats de l'enquête menée par F. Ketterer](#)

Quel est l'apport personnel pour le Maître de stage¹ ?

- 72%** en retirent un partage positif et un échange
- 41%** améliorent leurs propres conditions de travail
- 31%** peuvent ainsi se remettre en question
- 30%** en retirent du plaisir
- 12%** ont l'occasion d'accroître leurs connaissances scientifiques

¹ Selon une enquête commanditée pour le compte du CCFMFG; menée par Frédéric Ketterer, sociologue, DUMG, ULg; réalisée entre le 15 juin et 15 juillet 2015; via questionnaire en ligne. Ont répondu 99 maîtres de stage sur 258 > 38,4%

Image capturée sur le site de la CCFMFG (2)

[Annexe 3 : Exemple d'étiquetage d'entretien retranscrit](#)

Les étiquettes sont apposées dans le texte en rouge, entre crochets.

Qu'est-ce que ça change d'avoir un assistant en médecine générale ?

M1:

Ce qui change surtout, c'est le partage. [partage] Parce que tout seul, on a parfois des situations difficiles à gérer [gestion difficile], donc le fait de pouvoir le partager, pas nécessairement d'avoir la solution chez l'autre, mais pouvoir le partager, avoir des pistes ça peut être intéressant.

Puis, ça renouvelle un peu. [Renouveau] Quand on est jeune médecin, on cherche beaucoup dans les diagnostics, quand on a quelqu'un en face de soi, on cherche les choses un petit peu plus rare. [Diagnostic différentiel] Le médecin qui travaille depuis des années, il travaille plus par intuition. [Intuition] Il a sa première idée assez rapidement. Le médecin qui commence, il a encore toutes les informations médecine de pointe dans sa tête, [connaissances théoriques récentes] donc il pense déjà à des choses plus compliquées, plus rares. [Complexité de la démarche diagnostique] Ce qui est intéressant c'est de refaire le cheminement intellectuel que moi en tant que médecin généraliste plus âgé je ne fais plus beaucoup. [Intérêt intellectuel] [Démarche diagnostique] Je travaille par intuition, et moins par raisonnement logique, à partir des symptômes. J'ai plus du ressenti rapidement. Je vais plus vite sur les diagnostics au risque de me tromper, donc c'est un peu le piège. [Risque d'erreur] Ça c'est intéressant parce qu'on est obligé quand on discute avec l'assistant de refaire le raisonnement depuis le départ puis on est un peu surpris qu'on a oublié des choses, ou des choses qu'on ne pense pas. [Discussion] [Raisonnement depuis les bases] Ça remet un peu en question [Remise en question], c'est amusant intellectuellement et humainement. [Amusement intellectuel] Ça rend un peu le métier de nouveau un peu plus attrayant finalement. [Attrait pour la MG] Il faut dire que j'ai eu de la chance car j'ai chaque fois eu des assistantes vraiment bien particulièrement celle-ci qui est très intelligente, et très proactive, ça veut dire qu'elle fait des démarches intelligentes. [Valorisation de la proactivité] [Expérience positive] Bien sûr elle me tient au courant, elle est très proactive, elle va téléphoner à un spécialiste pour avoir son avis, elle envoie des électrocardiogrammes par WhatsApp au cardio quand elle ne sait pas. [Communication] [Interactions multidisciplinaires] Et pareil avec le dermato, elle lui montre. Enfin elle fait plein de trucs que moi je n'ai jamais fait, donc ça renouvelle un peu l'ambiance

de travail. [Renouvellement de la pratique] Déjà j'ai connu ça avec l'assistant précédent et avec ma fille, mais alors celle-ci elle est « ... » (acquiescement de la tête pour marquer sa satisfaction) donc pour moi c'est vraiment bien, parce que je sais que certains maîtres de stage ont des difficultés avec certains assistants, j'ai eu de la chance. Voilà ce que je peux dire, c'est mon impression première.

D'autres éléments qui influencent la pratique ?

M1:

Oui, au niveau du timing c'est intéressant. Moi je peux un peu me reposer sur elle, si je suis en consultation, si j'ai une urgence je sais l'appeler, elle est disponible. [Compter sur quelqu'un] [Gérer l'urgence] Donc c'est un peu moins stressant parce que je peux m'appuyer sur quelqu'un qui peut me dépanner donc c'est l'aspect pratique. [être moins stressé] [dépanner] Et avoir un autre avis aussi c'est bien. [Second avis] Elle voit aussi souvent au départ on l'accompagne un petit peu puis après elle fait un peu plus de patients en maison de repos parce que c'est une patientèle plus facilement partagée, alors en voyant les patients en alternance tu vois tu as parfois des idées, des choses auxquelles tu n'as pas pensé, « j'ai pensé à ça, j'ai remarqué ça » parfois, on fait des découvertes. [Partager la patientèle] [Nouvelles idées] Mais, c'est plus confortable au niveau de la gestion du temps. [Confort] [Meilleure gestion du temps]

Bien sûr il faut aussi donner de son temps aussi dans l'autre sens. L'assistant ne va pas tout donner si tu ne lui donnes rien dans l'autre sens aussi. [Echange]

Vous, vous donnez (de votre temps) ?

M1:

On a un espace où on se voit tous les 3 une fois par semaine, pour discuter un peu des cas difficiles, mais c'est toujours le jour, au téléphone, entre deux patients, qu'on a l'occasion de parler. [Communiquer] Mais, encore une fois j'ai eu de la chance, parce que je n'ai jamais dû

faire de remarque négative, j'ai juste insister sur les choses qui m'importent au départ, et elle aussi, les choses qui étaient importantes, puis ça s'est fait vraiment très facilement, ça s'est bien déroulé. [Communiquer dès le départ]

Cela répond déjà à ma question suivante : quelles sont vos attentes par rapport à l'assistant ?

M1:

L'attente principale c'est la conscience professionnelle.

Connaître ses limites et ça j'ai toujours dit dès le départ, quand tu as un doute, tu téléphone il ne faut pas foncer droit devant. Il faut prendre des précautions, prendre des avis. Enfin ça elle fait déjà elle-même mais j'ai insisté dessus. [conscience de ses limites] [permettre le doute] [se rendre disponible] [se concerter]

La ponctualité j'aime bien aussi.

Vis à vis du patient, c'est l'attitude classique qu'on attend d'un médecin : discrétion, l'empathie, enfin ce que le patient recherche, l'écoute etc.. [Répondre aux attentes du patient]

Ce qu'on attend d'un médecin généraliste en fait ?

M1:

Oui c'est ça.

En quoi est-ce que ça change votre vie privée ?

M1:

Du temps libre : en fait moi depuis que j'ai mon assistante, je fais du 4/5^e donc je ne travaille pas le mardi, et ça m'a permis de commencer une formation en guide nature, ça n'a rien à voir avec ça, mais ça m'a changé un peu l'esprit. Donc j'étais toujours disponible. [Temps libre] [se changer l'esprit]

Au niveau relation avec votre patientèle, de quelle manière le fait de prendre un assistant a-t-il influencé votre relation avec les patients ?

M1:

Ça s'est bien passé. Il y en a même qui demande à la voir elle plutôt que moi. [Préférences] [choix de son médecin] Surtout des jeunes et tout ça tu vois, des jeunes filles. Ma fille déjà a récupéré quelques jeunes que moi j'avais. Je ne vais pas être jaloux de ma fille. Oui il y a eu des changements, il y a une attirance par la proximité de l'âge.

Et au niveau de votre relation avec vos patients, en quoi cela a changé ?

M1:

Ça n'a pas changé grand-chose. [Stabilité de la relation médecin-patient] De toute façon on note chaque fois à la consultation explicité dans le dossier, donc on sait ce qui s'est passé la fois avant. [Continuité des soins] C'est un peu l'évolution de la médecine de groupe maintenant. [Travailler en équipe] Ça n'a pas posé de problème. Maintenant de temps en temps, il y en a qui veulent absolument que ça soit moi. Dans ce cas on essaie de respecter aussi. [Respect du choix du patient]

Au niveau qualité de vos soins ?

M1:

Plutôt positif.

Avez-vous l'impression que ça améliore du fait d'élargir les diagnostics ? Vous voyez d'autres impacts ? Par rapport aux dossiers, rien de différent ?

M1:

Moi je suis plus rapide dans ce que je marque dans un dossier. Je crois que c'est un petit peu parce que ça vient de se terminer. Ils ont l'habitude de mettre tous les SOAP. [Etre systématique] [Etre exhaustif] Moi je ne mets que le diagnostic. [Concision] Eux sont plus

bavards (ma fille aussi) mais c'est peut-être un peu féminin. Ou c'est l'âge... mais ça a apporté de la qualité je crois. [Qualité de soins]

Par rapport à l'introduction de l'assistant dans le cabinet, comment préparez-vous son arrivée ?

M1:

Le premier mois je l'accompagne pour la présenter aux patients. Ça s'est déroulé très vite parce que j'avais très confiance en elle. [Présenter aux patients] [Avoir confiance]

Avant que l'assistant n'arrive, il n'y a rien de spécial ?

M1:

Je l'ai vue 2-3 fois, on a parlé de ce qu'on attendait l'un de l'autre, donc voilà. Des choses qui l'intéressent davantage. [Discuter des attentes]

Par rapport à votre patientèle, est ce que vous les préparez ?

M1:

Oui dans la salle d'attente plusieurs mois avant, et comme ça dans une conversation, mais pas de manière systématique avec des flyers ou des choses comme ça.

Et donc comment ça se passe quand vous faites cette préparation?

M1:

Bien.

Si il y a une personne qui dit « non moi je ne veux pas l'assistant » mais c'est rare, rare de rare. Mais bon, la connaître c'est l'adopter. A partir du moment où c'est quelqu'un qui fait bien son travail, qui est bien, voilà. [Etre compétant]

La relation entre l'assistant et le maître de stage, c'est quoi pour vous une bonne relation entre le maître de stage et son assistant ?

M1:

Une relation de confiance, avec une distance qui s'avère nécessaire aussi. [Confiance] [Distance] Pas trop proche mais pas trop éloignée non plus. Enfin ça s'est passé comme ça. Une relation donnant, donnant. [Echange] Je trouve qu'il faut donner pour recevoir. Donc, ça se passe comme ça.

Une des dernières questions, être maître de stage pour vous c'est quoi ?

M1:

C'est aussi tout le domaine pédagogique évidemment, mais encore une fois, c'était une assistante douée, on n'a pas eu de difficulté, où il fallait remettre les choses à leur place, mettre les points sur les i. [Rôle pédagogique] [Recadrer] Deux trois petites choses comme ça, un peu nerveuse, un peu distraite, donc parfois elle s'échappe de chez les gens un peu rapidement comme ça, c'est dans son caractère elle est fort spitante, on lui a dit ça deux trois fois très rapidement.

Ce qui revient souvent c'est la communication quand on parle de relation maître de stage/assistant. Pour vous en quoi c'est quelque chose d'important ?

M1:

C'est vraiment très important. Encore un fois, l'absence de difficulté majeure, n'a pas amené de problème de communication. [Absence de difficultés] [Bonne communication] Quand on doit communiquer des éléments négatifs, c'est là qu'est tout l'art de la communication. Il faut arriver alors à dire les choses, tout en restant positif, en ne dévalorisant pas. [Communiquer en restant positif] Je n'ai pas eu ce genre de situation. Moi j'ai plutôt eu tendance à la valoriser, donc c'est toujours positif. [Valoriser] [Renforcement positif] C'est très très important.

Donc ce n'est pas parce qu'il n'y a rien qui se passe mal qu'on ne peut pas communiquer ?

M1:

Bien sûr on communique toujours. [Communication permanente]

C'est organisé de quelle manière ?

M1:

Au jour le jour, par téléphone, par WhatsApp et une fois par semaine systématiquement. [Communication systématique]

On n'a pas encore parlé de l'organisation, de quelle façon ça a changé votre organisation d'avoir un assistant ?

M1:

J'ai dû lui mettre des plages horaires de consultation donc j'ai supprimé certaines de mes plages horaires à moi. [Organiser l'horaire] Aujourd'hui par exemple, elle travaille le matin, le soir elle fait ma consultation. Elle a des plages horaires bien précises. De son côté elle a des demi-journées libres pour la formation. Donc on distribue les visites à domicile en fonction du temps disponible pour elle. [Distribuer la charge de travail] Mais j'ai toujours fait attention de ne pas lui donner trop de travail pour qu'elle ait le temps de voir les gens à son aise, de ne pas profiter d'elle. [Consacrer du temps avec les patients] [ne pas surcharger l'assistant de travail] Je vois qu'il y a des assistants qui se sont déjà plaint, qu'on profitait un peu d'eux. Il faut avoir du respect pour elle. [Respecter l'assistant]

Ca rejoint le rôle du maître de stage ?

M1:

Oui, il faut la respecter comme on peut avoir l'effet inverse. Et ça s'est vraiment déroulé naturellement. [Déroulement naturel]

Par rapport à votre vécu en tant que maître de stage est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

M1:

Non, très positif, je vais en reprendre une d'ailleurs.