

Intérêt du stage hospitalier dans le master de spécialisation en médecine générale ?

Attentes, vécus et (in)satisfactions des candidats en médecine
générale

Etude qualitative auprès des candidats et jeunes médecins diplômés en médecine
générale, portant sur l'expérience de stage hospitalier pendant le master complémentaire.

Pauline SADON

Master complémentaire en médecine générale – UCL

Année académique 2021-2022

Promoteur : Dr D. LAMY

La réalisation d'un TFE n'est jamais un parcours facile, surtout quand l'entièreté du travail, de la question de recherche et du thème doivent être redéfinis du tout au tout à quelques mois à peine de la date de remise.

Je voudrais remercier mon maitre de stage le Dr Olivier Hubert, qui m'a guidée et conseillée pendant toute cette réorientation. Merci au Dr Anne Breugelmans ma maitre de stage adjointe, qui a su être une oreille attentive pendant cette année.

Merci au Dr Dominique Lamy, mon promoteur, pour ses conseils et ses relectures.

Merci à Nico, pour son aide dans la réalisation des stats et de figures de ce travail. Merci pour son soutien sans faille, alors que lui-même affrontait les derniers mois de son doctorat en même temps.

Merci à mon amie le Dr Julie Van Achter, assistante en médecine générale et partenaire de galère depuis 2013, qui m'a rassurée quand je doutais de moi.

Merci à Denis Lambert du CCFMG pour les données transmises.

Merci à mes parents pour les relectures de fautes de frappe et d'orthographe, et à ma famille et mes amis pour leurs encouragements.

DESCRIPTEURS (Q-CODES)

QT12 organisation de l'enseignement, **QT22** formation professionnelle, **QR31** étude qualitative ; **QS41** médecin de famille

Résumé – Abstract

Introduction

La formation des médecins généralistes en Belgique et en Europe a bien évolué depuis les années 70. Cette évolution a été marquée par l'identification des compétences fondamentales du métier de généraliste et l'abandon d'une formation exclusivement hospitalo-centrée pour des stages cliniques de terrain en cabinets de médecine générale. Actuellement en Belgique, seul un faible pourcentage de candidats généralistes réalise encore un stage à l'hôpital durant leur master de spécialisation en médecine générale, contrairement à d'autres pays européens.

Méthodologie

Afin de mieux comprendre quelles étaient les motivations et les critères de satisfaction des candidats qui faisaient le choix d'aller à l'hôpital, nous avons effectué une étude qualitative, en réalisant des entretiens semi-dirigés auprès de 8 sujets ayant effectué un stage dans une structure hospitalière durant leur master complémentaire en médecine générale. L'échantillon était composé de d'étudiants candidats en médecine générale et jeunes généralistes diplômés depuis moins de 2 ans, en Belgique francophone. Les entretiens ont été analysés via la méthode de théorisation ancrée.

Résultats

Trois thèmes principaux ont été identifiés selon une logique chronologique. Le premier était anticipatif et reprenait les attentes, motivations et appréhensions qui accompagnent le choix d'un stage hospitalier. Le deuxième concerne les éléments du vécu même du stage, avec les débuts et l'adaptation dans un monde nouveau, l'organisation de la supervision, les difficultés rencontrées et les conditions de travail. Enfin, le dernier thème s'intéresse aux éléments d'apprentissages que les étudiants estiment à postériori avoir gardés avec eux à l'issue de leur stage.

Conclusion

Notre étude montre que le stage hospitalier peut être source d'une grande satisfaction, être une expérience intense mais riche, ainsi qu'un apport important de connaissances et compétences spécifiques dans la formation du généraliste. Nous encourageons les facultés à en faire la promotion, à poursuivre un encadrement de qualité et à faciliter l'accès aux différentes places de stage à l'hôpital.

Table des matières

Résumé – Abstract	2
Table des matières	3
Introduction.....	4
1. Contexte historique rapide	5
2. Contexte belge	5
3. Contexte européen	7
Méthodologie.....	8
Résultats	10
1. L'échantillon	10
2. Thème 1 : Motivations/Appréhensions/ Attentes	10
3. Thème 2 : Une expérience intense et riche	18
4. Thème 3 : Acquis et apprentissages.....	24
Discussion	31
1. Perspectives & Réflexion personnelle.....	34
2. Force et faiblesse de l'étude	35
Conclusion	38
Annexes	39
Bibliographie	39

Abréviations

MG = Médecine Générale

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

UCL = Université Catholique de Louvain

EURACT = European Academy of Teachers in general Practice/Family Medicine

Introduction

Lors de ma deuxième année d'assistantat, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage d'une année à l'hôpital, 6 mois en médecine interne et ensuite 6 mois aux urgences. Cette expérience a été à la fois très difficile, car j'ai dû m'adapter à un nouveau monde, un nouveau rythme et à de nouvelles exigences. Apprendre rapidement, mémoriser de nouveaux protocoles de prise en charge, afin de travailler vite, bien et efficacement. Mais cette année a aussi été incroyablement formatrice et riche, j'ai pu rencontrer des médecins inspirants qui m'ont appris énormément de choses, j'ai pu me prouver que j'étais capable de m'adapter et de gérer des patients instables aux urgences, j'ai pris confiance en moi, j'ai pu mettre en pratique énormément de connaissances que je n'avais pas encore eu l'occasion de mettre en œuvre lors de ma courte année de stage de master 3. J'en suis sortie grandie et plus forte.

Mais en échangeant avec les autres assistants de médecine générale lors de nos cours ou de nos séminaires, je me suis rendu compte que la plupart d'entre eux n'envisageaient pas du tout d'aller à l'hôpital. En effet, en Belgique dans la formation de MG, il est normalement obligatoire de réaliser un minimum de 6 mois de stage dans une structure hospitalière. Cependant, comme il sera exposé plus tard dans ce travail, une dérogation temporaire en raison de la double cohorte, permet d'être dispensé de cette obligation, en valorisant les stages hospitaliers suivis en 3^{ème} année de master. (1)

Les raisons qui rebutaient mes collègues à retourner à l'hôpital étaient variées, un dégoût de l'hôpital, une trop grande difficulté à trouver une place de stage, une envie de s'investir complètement dans des cabinets de MG. De plus, beaucoup d'assistants me disaient, de manière assez pertinente, que selon eux, la médecine générale s'apprend en médecine générale.

Mais alors, pourquoi retourner à l'hôpital ? Qu'y a-t-il à y apprendre pour les assistants MG ? Quelles ont été les attentes de ceux qui ont fait le choix d'y aller ? Comment ont-ils vécu cette expérience ? Quelle est la satisfaction des assistants à l'issue de leur stage hospitalier ?

Question de recherche :

Quels sont les motivations et critères de satisfaction des assistants en médecine générale vis-à-vis du stage hospitalier durant leur formation ?

A. Contexte historique rapide

La pratique de la médecine générale requiert un enseignement spécifique, dans un monde où la place centrale du généraliste est sans cesse réaffirmée (2). Cela n'a pourtant pas toujours été le cas, en effet, avant les années 70, la spécialisation de médecine générale n'existait pas encore (2,3). S'ils ne s'engageaient pas dans une spécialité, les jeunes diplômés de médecine devenaient généralistes directement, par défaut et devaient se former sur le tas (2). Durant les 2 décennies qui ont suivi, une réflexion grandissante s'est faite sur l'importance et le contenu d'une formation spécifique (2,3). En Belgique et en France, un assistantat dédié a progressivement pris place et les facultés de médecine générale ont vu le jour (3,4).

Pour mettre en évidence ce qui est essentiel à transmettre aux futurs généralistes, l'association internationale des médecins de famille, la WONCA¹, a défini 6 compétences fondamentales du médecin généraliste : la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, l'adoption d'un modèle holistique. (5) L'apprentissage de la MG a donc progressivement débuté, et les généralistes eux-mêmes sont devenus responsables de son enseignement (4). Les stages chez le praticien se sont développés petit à petit, pour devenir ceux que nous connaissons actuellement (4). En effet, au départ d'une formation très hospitalo-centrée jusqu'à la fin des années 90, (3, 4) de plus en plus de voix se sont élevées (6,7), sur l'importance de maximiser l'expérience de stage de terrain, chez le généraliste. Leur proportion dans la formation a ainsi augmenté au fil des années (4).

B. Contexte belge

Actuellement, en Belgique francophone, le master de spécialisation de médecine générale dure 3 ans, et le stage s'effectue dans des pratiques de MG auprès de maîtres de stage agréés (1). Le cadre légal indique que ce stage doit comprendre une partie hospitalière qui dure un minimum de 6 mois, et un maximum de 12 mois (1). Cependant, suite à la réforme des études de médecine qui sont passées d'un programme de 7 ans vers 6 ans, l'arrivée d'une double promotion de jeunes assistants a été anticipée. Face à cette demande accrue, et une offre limitée de maîtres de stage hospitaliers, une dérogation à l'arrêté ministériel est entrée en vigueur pour une durée déterminée et concerne les étudiants diplômés entre 2018 et 2024

¹ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

(1). Il est donc possible pour ces étudiants, de valoriser leur stage hospitalier de 2^{ème} cycle et de réaliser leurs 3 ans de stage de 3^{ème} cycle exclusivement en MG (1). Chaque étudiant peut donc librement choisir d'intégrer ou non, une partie hospitalière à sa formation.

Mais qu'en est-il concrètement ? Selon des chiffres communiqués par le CCFFMG² (Tableau 1 et figure 1), il est possible d'estimer que chaque année académique, 7 à 9 % des assistants déclarent au moins une convention de stage hospitalier auprès du CCFFMG. Cependant, ces chiffres sont très probablement sous-estimés, car certains hôpitaux préfèrent rédiger un contrat directement avec les étudiants, sans passer par le CCFFMG. Les conventions de stage qui en résultent n'apparaissent donc pas dans le tableau ci-dessous. Cette base de données présente donc des failles mais permet de dresser un bref état des lieux.

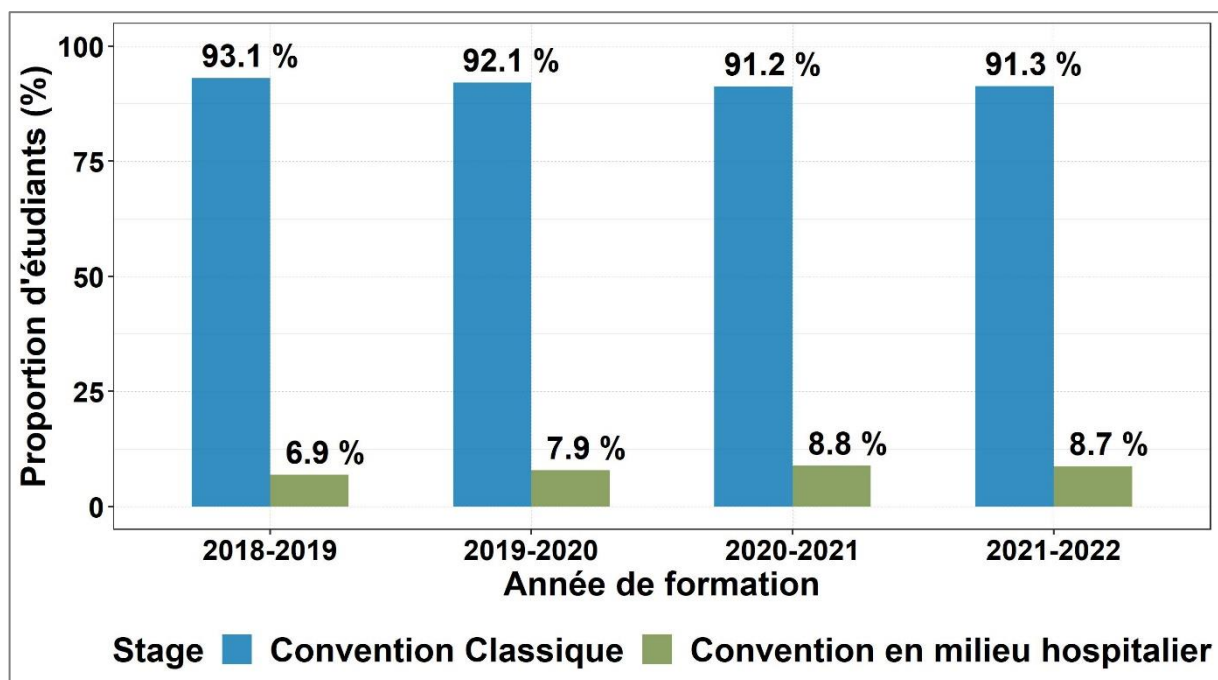


Figure 1 : Histogramme comparatif de la proportion d'étudiants qui déclarent un stage à l'hôpital chaque année académique. Ces chiffres concernent les étudiants des 3 universités francophones de Belgique.

² Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale

Tableau 1 : Nombre d'étudiants ayant déclaré au moins 1 convention de stage hospitalier sur l'année, par années de stage, et par années académiques. Les étudiants ayant déclaré au moins 1 convention de stage hospitalier au CCFMG, pendant l'année académique, sont repris dans la colonne « Stage Hospitalier », d'abord en nombre absolu puis en pourcentage. Ce tableau reprend les étudiants issus des 3 universités francophones (UCL, ULB, ULg)

Année académique	Année de stage	Stage en MG	Milieu Hospitalier	Nombre d'étudiants total
2018-2019	1 ^{ère}	646 (94,0%)	41 (6,0%)	687
	2 ^{ème}	100 (87,7%)	14 (12,3%)	114
	3 ^{ème}	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7
2019-2020	1 ^{ère}	384 (91,9%)	34 (8,1%)	418
	2 ^{ème}	639 (93,7%)	43 (6,3%)	682
	3 ^{ème}	61 (79,2%)	16 (20,8%)	77
2020-2021	1 ^{ère}	403 (93,5%)	28 (6,5%)	431
	2 ^{ème}	369 (92,0%)	32 (8,0%)	401
	3 ^{ème}	320 (87,4%)	46 (12,6%)	366
2021-2022	1 ^{ère}	373 (93,3%)	27 (6,8%)	400
	2 ^{ème}	365 (90,1%)	40 (9,9%)	405
	3 ^{ème}	339 (90,4%)	36 (9,6%)	375

Si on s'intéresse uniquement aux étudiants dont l'entièreté du parcours académique est reprise dans la base de données (les 3èmes années des années académiques 2020-2021 et 2021-2022) on peut donc estimer que 9,2% des étudiants auront fait un stage hospitalier au moins 1 fois au cours de les 3 années de formation.

C. Contexte européen

Dans le reste de l'Europe, les modalités de l'assistantat (aussi appelé internat ou Résidanat en fonction des pays) de médecine générale sont assez variées. Le site de *la European Academy of Teachers in general Practice/Family Medicine* (EURACT)³ met à disposition une base de données interactives, qui permet de comparer les différentes formations dans plusieurs pays (8).

On peut par exemple y apprendre qu'en Allemagne, sur 5 ans de formation totale en MG en plus de la formation de base, 2 à 3 ans sont réalisés en cabinet de médecine générale et 1 à 3 ans à l'hôpital. En Suisse, il faut également suivre 5 ans de formation en MG, dont minimum 2 ans en hospitalier. En Finlande, la formation dure 6 ans, et est répartie en 3 ans d'hôpital et 3 ans de pratique ambulatoire. La France n'y est pas reprise, mais d'autres sources (2) indiquent

³ Organisme gérant le réseau de la WONCA dédié à l'éducation.

que la formation y est découpée en 6 semestres (3ans), avec 2 semestres passés en MG, et 4 semestres répartis dans les services d'urgence, de médecine interne/médecine polyvalente, pédiatrie et gynécologie.

Il faut néanmoins préciser que cette base de données n'est pas exhaustive, et chaque pays est responsable de l'actualisation et de la véracité des informations figurants sur sa propre page.

Actuellement, l'EURACT plaide pour que les formations en médecine générale soient uniformisées à travers l'Union Européenne. Dans le but de pouvoir acquérir les 6 compétences essentielles (citées précédemment), l'EURACT recommande que la formation dure un minimum de 3 ans, comprenant un minimum de 6 mois en pratique de médecine générale et un minimum de 6 mois en hospitalier. La formation doit être à la fois théorique et pratique et devrait être réalisée en pratique de médecine générale pour au moins 50% du temps. (9)

Méthodologie

A. Revue de la littérature et Recherche bibliographique

La recherche de littérature a premièrement été réalisée via les moteurs de recherche classiques tels que *PubMed*, *Cochrane* et *Google Scholar* avec les MeSH suivants :

“General practice”, “education”, “Internship and Residency “

Et mots clés suivants:

“Hospital training”, “hospital internship”, “Family practice”, “training”

Si les rares documents trouvés abordaient les questions de formation d'internes ou assistants, il s'est avéré qu'aucun article n'abordait suffisamment de thèmes recherchés que pour devenir pertinent. Dans un deuxième temps, la recherche s'est concentrée sur des sources d'informations plus spécifiques tel que le site de la revue médicale *Pédagogie Médicale* et sur le site de la *WONCA*, notamment le site *EURACT*.

B. Méthodologie qualitative

Afin de comprendre au mieux le ressenti et l'expérience des personnes concernées, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative, en interviewant des assistants en médecine générale et des jeunes médecins généralistes diplômés, qui avaient réalisé une partie de leur assistantat à l'hôpital.

J'ai rencontré et discuté avec 8 personnes lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Les discussions ont été conduites par un guide d'entretien (Annexe 1), qui reprenait un ensemble

de questions, permettant de parcourir les différents aspects du sujet étudié. Ces questions étaient organisées en 3 parties, selon la chronologie de l'expérience vécue par les sujets : une première partie « avant stage » qui reprenait des questions liées aux motivations et aux attentes, une deuxième partie qui se concentrait sur le vécu pendant le stage, et ensuite une troisième partie plutôt rétrospective, sur les acquis à l'issue du stage et le regard final posé par l'étudiant sur son expérience. Chaque entretien a été enregistré et ensuite retranscrit. Le protocole de cette étude a été examiné en février 2022 par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) qui n'a pas estimé que le projet nécessitait d'être examiné plus spécifiquement par le comité d'éthique universitaire concerné.

1. L'échantillon – recrutement

Les participants à l'étude ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- Assistants en cours de formation ayant déjà validé un/des stages à l'hôpital.
- Médecins généralistes diplômés depuis moins de 2 ans
- Stage hospitalier réalisé en Belgique

Le but de cette étude était d'interroger des personnes qui avaient déjà validé un stage hospitalier. Il fallait que ce stage soit achevé, afin qu'ils puissent donner un avis global sur leur expérience, mais suffisamment récent aussi, pour qu'ils puissent développer une vision détaillée et actuelle. Un panel de 8 personnes a été recruté, comprenant des hommes et des femmes, et des participations à des stages différents, lors d'années d'étude différentes.

Pour le recrutement des assistants, une annonce a été postée sur un réseau social en ligne qui rassemble les différentes promotions d'assistants en médecine générale de l'UCL. La publication s'adressait aux assistants qui avait vécu un stage hospitalier et les sujets se sont manifestés sur base volontaire. Les premiers sujets recrutés ont référencé des médecins diplômés, qui ont été contactés par e-mail.

2. Recueil des données : déroulement des interviews

Les entretiens ont eu lieu entre les mois d'avril et juin 2022, lors de rencontre en face à face ou via des appels en vidéo-conférence. Le sujet de l'étude ainsi que les modalités d'anonymisation ont été expliquées avant chaque discussion. Les interviews ont été enregistrées grâce à un dictaphone, et ont duré entre 45 minutes et 1 heure.

3. Analyse

Les entretiens ont été retranscrits de manière anonyme en texte par l'autrice (Annexe 2), et ont ensuite été analysés par théorisation ancrée. Les textes ont été lus à plusieurs reprises et ont ensuite subi un travail d'étiquetage, chacun dégageant 30 à 50 thèmes. Les thèmes considérés comme étant les plus caractéristiques du sujet étudié, qu'ils soient uniques, ou partagés par plusieurs candidats, ont permis de faire émerger des catégories de concepts. Le but de cette analyse n'était pas de retranscrire de manière exhaustive et approfondie l'entièreté de l'opinion de chaque candidat, mais de mettre en évidence les propriétés du sujet étudié.

Résultats

A. L'échantillon

Grace aux annonces postées, 8 médecins ont été contactés afin de participer à l'étude. Ces 8 médecins ont réalisé des stages dans un total de 9 hôpitaux différents. Cet échantillon n'est pas statistiquement représentatif de la population étudiée, mais plusieurs profils différents ont été contactés afin d'obtenir un échantillon suffisamment diversifié et hétérogène. Les profils des sujets interrogés sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Profils des sujets interrogés.

	STATUT ACTUEL	GENRE	STAGE HOSPITALIER SUIVI	DURÉE TOTALE	ANNÉE LORS DU STAGE
SUJET 1	Assistante 2 ^{ème}	F	Médecine interne et urgences	12 mois	1 ^{ère} année
SUJET 2	Jeune médecin	M	Urgences	6 mois	3 ^{ème} année
SUJET 3	Jeune médecin	F	Urgences	6 mois	3 ^{ème} année
SUJET 4	Assistante 3 ^{ème}	F	Urgences et psychiatrie	12 mois	1 ^{ère} année
SUJET 5	Assistante 3 ^{ème}	F	Gériatrie et urgences	12 mois	2 ^{ème} année
SUJET 6	Assistant 3 ^{ème}	M	Urgences	6 mois	2 ^{ème} année
SUJET 7	Assistant 2 ^{ème}	M	Urgences et médecine interne	12 mois	1 ^{ère} année
SUJET 8	Assistante 2 ^{ème}	F	Urgences et gériatrie	12 mois	1 ^{ère} année

B. Thème 1 : Motivations/ Appréhensions/ Attentes

Afin de mieux comprendre les critères qui influencent la satisfaction des assistants vis-à-vis de leur expérience en hospitalier, il est d'abord intéressant de se pencher sur **les attentes** qu'ils ont en début de stage, afin de voir si elles ont été remplies par la suite. L'analyse des entretiens a permis d'organiser ces attentes en 2 volets différents : **motivations** et **appréhensions**. Cette

analyse a également permis d'observer les différents critères qui influencent les candidats dans **le choix de l'hôpital et du service hospitalier**.

1. Les motivations à faire de l'hospitalier

La décision des assistants de médecine générales de s'engager dans un stage hospitalier est associée à différentes motivations. Celles-ci ont été reprises dans 5 catégories différentes et reprennent notamment, des envies de mieux connaître le milieu hospitalier, d'augmenter ses connaissances dans un domaine spécifique, un plan par rapport à la future pratique, ou une recherche de défis personnels.

1.1. L'envie de regarder derrière le rideau

Il ressort fréquemment dans les entretiens, une envie de s'immerger dans le système hospitalier afin de mieux comprendre ce système de soins. En s'engageant dans un service, certains candidats souhaitaient pouvoir expérimenter des prises en charge de 2^{ème} ligne, entourés de spécialistes, et du plateau technique de l'hôpital. Notamment dans le but de pouvoir ensuite mieux expliquer certaines procédures aux patients une fois qu'ils seraient de retour en médecine ambulatoire.

« C'est bien de voir l'envers du décor, de comprendre tous les gestes techniques. (...) mais après au moins on sait de quoi on parle, ce n'est pas juste un truc qu'on a lu une fois dans un cours. » (Sujet 1)

« Je trouvais ça intéressant d'avoir un point de vue externe, de ce qu'on pouvait proposer en médecine générale. Quand on se dit « j'envoie quelqu'un en à l'hôpital » qu'est-ce enfin qu'est ce qui se passe derrière les rideaux après ? Cela vaut-il la peine d'envoyer aux urgences si on sait quels examens il va avoir, ou ne pas avoir. » (Sujet 4)

Certains participants souhaitaient mieux comprendre le système hospitalier pour pouvoir, en tant que futurs généralistes, référer plus adéquatement leurs patients vers la 2^{ème} ligne de soins.

« Quand tu travailles aux urgences, tu peux voir les bêtises qu'on veut potentiellement t'envoyer aux urgences. Ça te permet d'apprendre ce qui vaut la peine d'être adressé aux urgences, mais aussi d'apprendre quand tu y es, comment tu gères la suite en fait ? » (Sujet 3)

« Qu'est-ce enfin qu'est ce qui se passe derrière les rideaux après ? Cela vaut-il la peine d'envoyer aux urgences si on sait quels examens il va avoir, ou ne pas avoir a priori. Ça permet en tant que généraliste de savoir ce qu'on peut initier chez nous, en cabinet. » (Sujet4)

« Je voulais aussi voir comment un service d'urgences était organisé pour, (...), en tant que médecin de première ligne, pouvoir référer plus adéquatement des patients en salle d'urgence. » (Sujet 5)

1.2. Développer des acquis spécifiques

Le stage est aussi une opportunité d'améliorer ses connaissances médicales en général, en rencontrant un grand nombre de patients, avec une plus grande variété de pathologies

différentes. Selon un candidat, ses stages de master 3 n'avaient pas duré assez longtemps pour lui permettre de voir suffisamment de cas différents.

« Je trouvais ça super important de faire de l'hospitalier pour approfondir les connaissances, c'était un incontournable à mes yeux. » (Sujet 1)

« Pour apprendre, pour approfondir certains aspects de la MG, et fonction du stage, ça va t'apporter telle ou telle choses. Les stages de master sont assez réduits, même si on fait beaucoup de services, on ne passe que 1 ou 2 mois dans un service donc on n'a pas le temps de voir énormément. » (Sujet 2)

« Et deuxièmement, à l'hôpital tu vois plus de pathologies diverses, tu vois plus de patients, et plus de choses différentes. Et je pense qu'en hôpital, c'est connu qu'on apprend peut-être plus de choses plus vite, c'est dû au fait qu'on voit plus de pathologie en moins de temps quoi. » (Sujet 3)

Selon d'autres, ce choix avait pour but d'approfondir leurs connaissances dans des domaines plus spécifiques, comme la gériatrie.

« Alors la première chose, c'est que j'avais envie de me sentir un petit peu plus à l'aise dans certains domaines médicaux, notamment (...) le domaine de la gériatrie. Parce que j'ai toujours bien aimé les prises en charge des patients âgés, (...) Et donc j'avais envie de me perfectionner dans ce domaine-là. J'avais envie de voir comment ça se passait quand une personne âgée, était hospitalisée. » (Sujet 5)

Ou de maîtriser des actes techniques bien spécifiques comme les sutures, les gazométries, les soins de plaies, ou l'utilisation des plâtres en traumatologie.

« Concernant les connaissances, par exemple les plâtres, ce n'est pas forcément quelque chose que tu vois en médecine générale à Bruxelles. Donc c'était intéressant pour ma formation de médecin de base, (...). Sinon apprendre à faire une gazométrie, même si je ne l'ai pas fait tant de fois que ça pendant le stage au final. Les sutures aussi, que j'aime bien faire et forcément en médecine générale, bah t'as pas le temps car tu consultes, et souvent les gens en général, quand ils ont une plaie assez grande, ils vont directement aux urgences. (...) Même les plaies en elles-mêmes, le fait de voir des plaies plus compliquées (...). » (Sujet3)

« C'est vrai que moi, je suis quelqu'un qui de base, a un petit peu peur des actes techniques et donc j'avais envie justement, par mon stage aux urgences de me booster et de me driller avec certains actes techniques, notamment les sutures, les soins de plaies, le plâtrage. J'avais vraiment envie de me sentir plus à l'aise. » (Sujet 5)

Certains candidats souhaitent également développer plus d'assurance face aux situations aiguës, et se savoir capable de gérer des cas urgents si nécessaire.

« J'avais envie aussi de me confronter à des situations médicales plus aiguës et donc c'est pour ça que j'ai voulu aussi faire un stage aux urgences parce que je me rendais bien compte que je ne me sentais pas encore suffisamment à l'aise dans certaines situations cliniques. » (Sujet 5)

« Pour les urgences, c'est tout bête, mais c'était comment gérer une urgence médicale que pouvait rencontrer un médecin généraliste. » (Sujet7)

1.3. Se mettre à l'épreuve

Pour plusieurs sujets, choisir de faire une partie de leur assistantat à l'hôpital était un moyen de se challenger, de sortir de leur zone de confort et de prendre confiance en eux.

« A la base, je ne voulais pas du tout faire d'hôpital (...) Et puis je me suis dit que ça faisait quand même 2 ans et demi que j'étais resté au même endroit, et que ça me permettrait de changer un peu d'environnement. (Sujet 3)

« J'ai l'impression qu'à la sortie de l'unif, on était vraiment pas du tout formés à avoir confiance en soi, à réagir face à la pression. Donc je me suis dit que les urgences étaient une bonne idée pour développer tout ça. » (Sujet 4)

« J'y étais en tant que stagiaire, mais prendre des décisions de devoir gérer soi-même des cas de médecine internes plutôt que médecine générale, là aussi c'était une histoire de se challenger, de se sentir un peu capable de le faire aussi si jamais ça s'avérait nécessaire. » (Sujet 6)

1.4. Formation rime avec responsabilisation.

Pour plusieurs candidats, « retourner à l'hôpital en tant qu'assistant » était une manière de compléter l'expérience qu'ils avaient acquise en tant que stagiaire de master 3. A la différence que cette fois-ci, ils allaient porter le poids de la responsabilité du patient. Endosser cette responsabilité, et être plus investi dans la prise en charge allait leur permettre d'apprendre davantage sur le plan médical.

« Alors, OK, on a été stagiaires avant, mais ça n'a pas du tout le même poids pour moi. J'avais déjà fait un an d'hôpital en 3ème année de master, mais ça n'a rien à voir, c'est quand tu as le poids des responsabilités que tu apprends. Quand on est stagiaires on est beaucoup plus passifs. Les actes techniques c'est une chose, mais c'est aussi le fait qu'en tant qu'assistant tu développes une routine. Il y a des notions qui s'impriment en les pratiquant. (...) Ce n'est pas du tout comparable sur le plan des responsabilités, car selon moi au plus tu as des responsabilités, au plus tu apprends. » (Sujet 1)

« Etant donné que t'es responsable du patient jusqu'à ce qu'il sorte de ton box et de ta responsabilité, et bien tu retiens plus parce que t'es impliqué. » (Sujet 3)

« C'était donc un peu la continuité de ça, de me dire que maintenant, c'est moi qui suis le médecin, je ne suis pas le stagiaire qui va juste faire les anamnèses. Je gère mon cas de A à Z, j'écris ma lettre, je transmets le cas aux spécialistes, donc ça me semblait aller un peu plus loin encore dans cette démarche-là. » (Sujet 6)

1.5. Tisser un réseau

Un des participants voulait profiter de ce stage pour rencontrer des spécialistes avec qui il pourrait collaborer en tant que généraliste après, car il savait qu'il s'installerait dans la région à l'issue de sa formation.

« L'idée, c'était aussi, comme je ne travaille pas trop loin de cet hôpital-là plus tard, donc de faire des contacts peut être un peu plus privilégiés que simplement travailler en cabinet une fois de temps en temps, en appelant des spécialistes de divers hôpitaux. » (Sujet 6)

2. Les appréhensions

Les entretiens révèlent que devenir assistant dans un service hospitalier, génère également des craintes et des appréhensions auprès des jeunes médecins. Celles-ci concernant

généralement une peur de ne pas être à la hauteur ou des peurs vis-à-vis du rythme de travail à l'hôpital.

2.1. Être à la hauteur

Une appréhension assez récurrente lors des entretiens, est la peur de ne pas être à la hauteur des tâches qui seront données et des responsabilités qu'ils auront. Plusieurs candidats craignaient de ne pas être capable ou d'être dépassé.

« En fait, je n'avais pas tellement d'attente, j'avais surtout des craintes. (...) J'avais peur qu'on me questionne trop, j'avais peur de faire des présentations lors des « Journal Club ». » (Sujet 1)

« A la base, je ne voulais pas du tout faire d'hôpital, plutôt par peur, à cause du niveau d'exigence, le nouveau rythme. (...) car je m'attendais à en avoir beaucoup, à ce qu'il y ait plein de choses que je ne sache pas faire. » (Sujet 3)

« Oui, j'avais quand même une certaine appréhension, j'avais peur déjà de pas être à la hauteur, je pense dans un premier temps. Avec mon petit bagage d'un an en médecine générale, j'avais peur de me sentir dépassée dans certaines situations. Je redoutais notamment les gardes aux urgences ou je savais qu'on pourrait être appelés dans n'importe quel étage ou service de l'hôpital pendant la nuit. Donc (...) je me disais, Aïe, aïe, aïe, comment je fais si j'ai un patient qui foire ? » (Sujet 5)

2.2. Le mythe du « marche ou crève »

Plusieurs assistants interrogés, s'attendaient à devoir travailler dans des conditions plus difficiles qu'en médecine générale, notamment en termes **d'horaires**.

« Au niveau horaire, je m'attendais à avoir des horaires plus lourds en termes d'heures par semaine (...) » (Sujet 2)

« Mais de toute façon, je me disais que j'allais être à l'hôpital donc je m'attendais à faire de gros horaires. Parce qu'on connaît très bien la réputation des assistants hospitaliers qui font des 70-80 h. » (Sujet 3)

Cette peur de devoir réaliser des gros horaires, peut se concrétiser lors de la signature de **l'Opting out**⁴. Cette situation a été rencontrée par deux sujets, qui indiquent qu'ils n'avaient initialement pas envie de le signer, mais qui l'ont finalement accepté, soit parce que leurs collègues avaient signé avant eux, soit par peur de déplaire.

« L'hôpital en question ne collaborait pas avec le CCFMG, on devait signer un contrat direct avec le groupe hospitalier. Quand j'ai été convoquée (...) je me suis rendu compte qu'on nous faisait signer l'Opting-Out (mais sans que ce soit dit, que ce soit écrit sur le document). (...) ça me faisait assez peur franchement et donc j'ai contacté plusieurs futurs assistants de la clinique, pour leur demander si eux ils l'avaient signé. Ils étaient plusieurs à avoir déjà signé ce papier, donc j'étais vachement embêtée et je l'ai signé aussi. Durant l'année, j'avais peur de me faire entuber, je craignais de dépasser mes horaires. Pour moi c'est quelque chose de quand même important. » (Sujet 1)

⁴ Nom communément donné en Belgique Francophone, à un document annexe à la convention de stage. En le signant l'assistant marque son accord pour travailler au-delà des 48h hebdomadaires prévues.

« Il y a eu une réflexion qui s'est posée sur la signature de l'Opting-out. J'étais partie du principe que je ne le signerais pas. (...) pour mon stage en gériatrie, la secrétaire de direction de l'hôpital m'a présenté tout de suite ce document avec mon contrat. Quand j'ai dit que je n'étais pas sûr de vouloir le signer, elle a eu un petit effet de surprise sur son visage. Donc j'ai un peu paniqué et par pression je l'ai signé ». (Sujet 5)

Plusieurs assistants rapportent avoir eu des a priori négatifs en ce qui concerne la supervision de leur stage. Plusieurs d'entre eux avaient entendu qu'ils risquaient de se retrouver seuls, avec une **supervision insuffisante**, notamment durant les gardes de nuit.

« Je souhaitais être bien supervisé, avec un senior toujours présent. C'était ce que j'espérais mais je ne m'attendais pas forcément à l'être. Je m'attendais à me retrouver seul » (Sujet 2)

« Oui c'est pour ça que j'avais peur de l'hôpital, en ayant eu des stages en Master, tu sais qu'il peut y avoir des problèmes de supervision. Tu entends les rumeurs sur les hôpitaux « Oh là on est mal supervisés, oh dans celui-là on te laisse seul la nuit,... ». Justement les nuits, tu sais que tu vas en faire et que ce moment-là, il y a moins de gens donc tu risques plus de te trouver seul donc j'avais clairement cette appréhension. » (Sujet 3)

« J'avais peur de me sentir dépassée dans certaines situations, ou peut-être de pas être suffisamment encadrée dans certaines situations. Parce que j'ai déjà entendu des histoires d'assistants qui se retrouvaient dans des situations pas faciles, avec un superviseur pas toujours présent, ou seulement par téléphone. » (Sujet 5)

« Mais je n'avais pas beaucoup d'attente (...) vu les témoignages des années précédentes et des assistants qu'on rencontre en stage de master 3. Des attentes (...) envers les maîtres de stage, je savais que je n'en avais pas et qu'il ne fallait pas en avoir, sinon j'allais être déçue. Parce que justement, via les assistants qui sont passés par là, j'avais eu des échos que ce n'était pas fou, que t'étais très solo ou que si tu fais une nuit, tu l'as fait toute seule. » (Sujet 8)

2.3. Il faut souffrir pour progresser

Malgré des conditions de travail que les sujets anticipaient comme difficiles, ceux-ci disent qu'ils étaient prêts à les affronter pour le bien de leur formation et dans l'optique que la difficulté serait de durée courte et déterminée.

« Parce qu'on connaît très bien la réputation des assistants hospitaliers qui font des 70-80 h. Donc je me suis dit qu'il y avait un risque que ça arrive, mais tant pis, c'est pour 6 mois, c'est parce que je veux apprendre, et que j'assumerais si c'était le cas. » (Sujet 3)

« Dans ma démarche de recherche de cette autonomie, (...), je me suis dit « quoi de mieux que d'être les pieds dans le plat pour s'en sortir ». (...) je me suis dit que c'était juste pour 6 mois, donc je mords sur ma chique..(Sujet 8)

2.4. Ou tout le contraire ! La peur de la consultation

L'hôpital peut créer des peurs, ou bien au contraire, peut rassurer les jeunes assistants qui viennent d'achever une année de master 3, passée principalement dans les hôpitaux. Parmi les sujets qui ont choisi de faire leur stage hospitalier en 1ere année d'assistantat, certains rapportent une certaine appréhension à l'idée de commencer leur pratique directement en

cabinet de médecine générale, seul en consultation face aux patients. Il leur semblait plus facile de profiter du cadre hospitalier pour débiter leur carrière.

« J'avais peur de la toute première consultation avec le patient, de me retrouver toute seule dans un bureau face à eux, et de ne pas savoir quoi faire. Alors que vu que j'avais déjà travaillé aux urgences, (...). Je savais, qu'on était d'office assis en face ou à côté d'un autre confrère dans le bureau médical, qu'il y aurait plein d'assistants. Et donc je m'attendais à avoir un meilleur encadrement qu'en médecine générale, où je craignais d'être larguée. (Sujet 4)

« L'hôpital est d'après moi un milieu qui est très formateur, et particulièrement les urgences. Je ne me voyais pas commencer à m'occuper de patients dans un cabinet de médecine générale. Le cabinet reste formateur, attention, je ne dis pas le contraire. Mais d'après moi, c'est l'hôpital qui te forme le mieux. Et donc c'est pour ça que j'ai commencé par les stages hospitaliers et par les urgences notamment. » (Sujet 7)

« Moi, j'ai commencé par ça parce que je trouvais ça plus facile de commencer à pratiquer, dans un contexte où tu n'es pas direct en face-à-face avec le patient, donc une consultation de 20 minutes où tu dois « obtenir un résultat ». Tu ne peux pas avoir le temps de réfléchir, de faire des recherches. (Sujet8)

3. Que choisir ? Où aller ?

3.1. Un hôpital recommandé et proche

Quel hôpital choisir ? Dans quel service postuler ? Pour certains candidats, le choix de l'hôpital s'est fait en fonction des endroits qu'ils connaissaient déjà, via l'expérience antérieure qu'ils avaient eue en tant que stagiaire en master 3.

« C'était un hôpital où j'avais fait beaucoup de mes stages de master 3, donc je le connaissais bien. (...) j'avais directement postulé dans cet hôpital, le maître de stage de pneumologie, j'avais fort accroché avec lui en master 3 (...) (Sujet1)

« Je trouvais ça « facile » comme endroit stage à trouver pour commencer, parce que c'était lié à mon stage de master 3 des urgences. Donc j'ai simplement revu mon maître de stage pour conclure avec lui un contrat d'assistantat de 6 mois. » (Sujet 4)

D'autres candidats se sont fiés aux retours de leurs collègues assistants, ou de leurs précédents maîtres de stage généralistes.

« J'ai choisi ces lieux de stage (...) via le bouche-à-oreille et les recommandations. J'avais aussi postulé à Ottignies car mon maître de stage est aussi urgentiste là-bas. » (Sujet 2)

« J'ai fonctionné avec le bouche-à-oreille, j'ai demandé un peu autour de moi. (...) J'avais un ami qui avait un Baby-Doc dans la clinique où je suis allée, et qui m'avait dit que c'était bien comme stage, qu'on pouvait facilement poser nos questions.» (Sujet 3)

« Via le bouche-à-oreille et les recommandations des autres assistants, exclusivement. » (Sujet 6)

« C'est via le bouche-à-oreille. C'est mon ancien maître de stage de médecine générale qui connaît le chef de service des urgences et qui m'a donné son numéro de téléphone. » (Sujet 7)

La proximité avec le lieu de résidence est également un facteur qui a influencé le choix de plusieurs candidats. Comme cité précédemment, pour un des candidats, il fallait également

trouver une proximité avec le futur lieu de pratique, afin qu'il puisse se créer des contacts professionnels.

« C'est un feeling global, il faut aussi tenir compte de la distance par rapport à chez toi pour les trajets. » (Sujet 1)

« Et puis il y avait le fait qu'il fallait que ce soit à proximité de mon domicile et de mon futur lieu de travail. » (Sujet 6)

Selon une candidate, il faut privilégier un lieu où on se sent bien, qui dégage une certaine bienveillance.

« Je crois qu'il faut penser au bien-être. Tu vois quand je vois la structure hospitalière de prime abord, la première chose sur laquelle je me concentre, c'est bien être. « Est-ce que je vais travailler dans une structure qui est bienveillante envers moi ? ». (Sujet 1)

Une candidate a trouvé cette recherche de stage très anxiogène, car les places de stages en hôpital pour les assistants de médecine générales sont moins nombreuses. Trouver une place demande d'y consacrer du temps et il faut s'y prendre suffisamment tôt.

« J'ai trouvé cette recherche stressante parce que je m'y suis mise un peu tard et ça c'est probablement ma faute. Et parce que je me suis rendu compte aussi, via la bouche à oreille, que les places de stage en hospitalier partaient très vite, parce qu'il n'y en avait pas beaucoup (En tout cas pour les assistants en médecine générale). Ça m'a mis un petit peu la pression, donc je me rappelle avoir été stressé pendant cette période-là. » (Sujet 5)

« C'est en cours de première année que j'ai eu le temps d'y réfléchir et de chercher un endroit, mais je t'avoue qu'au tout début ça a été la course pour commencer l'assistantat dans de bonnes conditions et que je n'avais pas le temps de chercher un stage hospitalier en plus. » (Sujet 6)

Pour optimiser les chances de trouver un stage il faut parfois élargir les recherches vers un autre réseau universitaire.

« Dans un deuxième temps, j'ai simplement envoyé mon CV à tous les hôpitaux dans la région dans laquelle j'avais envie de travailler. Peu importe s'ils étaient repris sur Fordoc ou pas. Et puis à un moment, j'ai élargi mes recherches et j'ai fini par trouver dans le réseau ULB. » (Sujet 5)

3.2. Un service utile à la future pratique

Dans quel service aller s'immerger ? Selon les candidats interrogés, il faut privilégier un service dont les connaissances pourront être le plus utiles en médecine générale, comme les urgences, la gériatrie ou la pédiatrie. Certains voulaient privilégier les urgences car selon eux c'est un service avec lequel les généralistes interagissent fréquemment.

« Je voulais travailler dans un service hospitalier, dont la spécialité était proche de la médecine générale et que ça soit le plus intéressant et le plus utile pour ma pratique. Je voulais un service qui est en relation, et qui interagit le plus avec la médecine générale. » (Sujet 2)

« J'ai choisi spécifiquement les urgences parce que ça me semblait plus polyvalent, on avait accès à tout le plateau technique de l'hôpital sans pour autant être cantonné à une spécialité en particulier. » (Sujet 6)

« Parce que je trouvais ça très complémentaire avec la médecine générale. Si j'avais eu l'occasion, j'aurais aussi fait de la pédiatrie (...) Mais je trouve que la gériatrie, la pédiatrie, les urgences, c'est un peu la base pour la médecine générale. » (Sujet 8)

Mais avant tout un domaine ou une spécialité qui intéresse personnellement le candidat généraliste.

« Concernant le choix du service, je pense que ça dépend de chaque personne. Il faut se poser les questions de : « Comment est-ce que je vois ma future pratique de médecine générale ? » et aussi « Quels cours j'ai aimés ? ». On a tous un tropisme, et même si on fait de la médecine générale, il faut identifier ces tropismes » (Sujet 1)

« Il faut trouver quelque chose qui te passionne, si t'aimes pas les enfants, ça ne sert à rien d'aller faire de la pédiatrie quoi. Mais si t'es passionné par la dermato, Ben il faut foncer. Si t'as envie de faire de la gynéco ou du planning plus tard, ouais vas-y fonce en gynéco. Il faut vraiment choisir ce qui nous plaît, et ce qu'on utilisera plus tard. En fonction de ce qu'on veut faire dans sa pratique de la médecine générale. » (Sujet 8)

3.3. La qualité de la supervision

La qualité de l'encadrement est un élément important qui influence le choix du lieu de stage.

Les assistants comptent sur les recommandations qu'il se font entre eux, car il s'agit d'un élément qui peut être difficile à évaluer à l'avance.

« Un endroit avec une bonne supervision, sinon tu ne vas pas apprendre, ou pire, tu vas apprendre mais mal. Mais ça, tu ne peux jamais vraiment savoir comment ce sera, donc c'est pour ça que le bouche-à-oreille, c'est super utile. Tu sais juste via l'expérience des autres.» (Sujet 3)

« Le deuxième critère c'est tellement l'encadrement. (...) je privilégierais plus la qualité de l'encadrement que le respect des heures. Si tu respectes les 38 h mais que ne t'es pas encadré, fondamentalement, je ne pense pas que l'apprentissage sera top. C'est un milieu où on a moins l'habitude donc un encadrement doit être là. » (Sujet 2)

Une assistante raconte qu'elle souhaitait trouver un maître de stage qui soit pédagogue et qui aurait envie de lui transmettre ses connaissances.

« J'attendais que qu'il y ait un médecin référent sur place (soit maître de stage, soit le chef de service). Qu'il soit là pour répondre à mes questions quand j'en avais besoin et qu'il soit disponible si je me retrouvais dans une situation médicale qui me dépassait. Je voulais avoir un maître de stage ou un chef de service pédagogue. Quelqu'un qui a envie de transmettre son savoir, qui ne nous utilise pas juste comme des petites mains, juste comme un travailleur en plus. Je ne voulais pas d'une situation où on se forme uniquement en voyant des patients à la chaîne. Je pense qu'on se forme aussi au travers des contacts, des questionnements et des discussions autour de cas cliniques, avec le maître de stage et avec le chef de service. J'avais envie que le maître de stage me stimule, me pose des questions sur mes connaissances, me pousse à chercher plus loin. » (Sujet 5)

C. Thème 2 : Une expérience intense et riche

Les candidats interrogés ont réalisé entre 6 mois et 12 mois de stage hospitaliers, dans des services variés. Les récits de leurs expériences ont permis de faire émerger 5 catégories de thèmes différents concernant leur vécu de stage. Tout d'abord, on note une arrivée dans un

monde peu connu, un service à la dynamique nouvelle, ce qui nécessite une **adaptation**. Chacun a pu échanger et être supervisé par son maître de stage et avec les autres médecins du service, les modalités de **supervision** pouvant fort varier d'un lieu de stage à un autre. Les **conditions de travail** que les candidats ont vécues étaient différentes de celles qu'ils connaissaient en médecine générale, ce qui a amené son lot de **difficultés**.

1. Jeté dans le bain

1.1. Un petit poisson dans l'eau

De manière générale, la plupart des candidats interrogés évoquent leur stage comme étant une expérience positive. Leur arrivée dans un nouveau service a bien sûr engendré des difficultés d'adaptation, il s'agit d'un autre environnement, où tout est nouveau, et où il faut trouver ses marques. Pour se familiariser avec ce nouveau rythme, les candidats ont pu compter sur leurs collègues, infirmiers, médecins, ou co-assistants.

« Je me suis sentie vraiment super bien. Je dirais que des difficultés, il y en avait un peu tous les jours parce que tout est un peu nouveau. Mais finalement, on est quand même entourés. (...) Dans l'ensemble, j'ai trop adoré. » (Sujet 1)

« Globalement bien, au début forcément t'es un peu paumé, un peu perdu, même si c'était ma 3ème année, t'as beaucoup d'habitudes et de repère en MG mais peu en hospitalier. Mais je me suis sentie bien, car l'équipe était cool et j'étais bien accompagné et beaucoup d'autres assistants en MG. » (Sujet 2)

« Globalement ça s'est bien passé, dans le sens où on me répondait quand je posais des questions. (...) Ce qui m'a marquée, c'est plus le stress, mais je suis quelqu'un de super stressée et de stressée pour rien. Mais globalement j'étais plutôt satisfaite de mon expérience. » (Sujet 3)

« J'ai pu découvrir l'émulsion aux urgences, tout le monde qui court dans tous les sens, des prises en charge plus difficiles avec des patients qui décompensent. (...) Il y avait toujours quelqu'un pour m'aider quand j'avais besoin, donc je me suis sentie comme un poisson dans l'eau. (...) c'était une expérience riche et je me rappelle que j'ai vraiment beaucoup aimé. » (Sujet 5)

« Lors de mon premier stage, j'ai senti que j'étais de plus en plus en confiance dans ma pratique. Les débuts, bien sûr c'est très difficile hein. Parfois on ne sait pas quoi faire. On ne connaît pas forcément toutes les molécules. Mais on est très vite à l'aise, on apprend très vite et j'étais extrêmement à l'aise. » (Sujet 7)

1.2. Sans bouée de sauvetage

Pour une autre candidate, le début de stage a été, au contraire, plutôt difficile, car elle a directement eu la responsabilité de la moitié des patients hospitalisés de l'unité et elle s'est sentie fort seule et stressée.

« Durant mon premier stage, les premières semaines ont été très difficiles. Je me suis retrouvée à gérer un étage, où je ne m'occupais d'emblée de la moitié des patients. Je connaissais pas du tout le programme informatique et je n'avais jamais prescrit des médicaments en IV. Je me

rappelle que j'étais fort stressé parce que je prenais beaucoup de temps pour faire les différentes tâches et parce que je me sentais un petit peu livré à moi-même. » (Sujet 5)

Un autre candidat a vécu cette période d'intégration avec beaucoup de stress aussi, mais parce qu'il se sentait insuffisamment préparé aux tâches qui l'attendaient. Selon lui, ce manque de préparation était dû à un manque d'expérience et, par comparaison avec ses collègues assistants spécialistes, une moindre connaissance théorique initiale.

« Pas suffisamment formé au moment de commencer, je sentais que par rapport à mes collègues assistants MACCS, j'avais quand même pas mal de retard à rattraper, donc ça a été quand même assez stressant, je dirais. (..) Et donc voilà, je dirais que c'est principalement un manque d'expérience et c'est en partie aussi parce qu'il y a des connaissances théoriques, mais il faut savoir les utiliser. » (Sujet 6)

« Ça m'a beaucoup stressé au début parce que c'était une grande inconnue. Il y a eu beaucoup de choses à apprendre en très peu de temps et donc je trouvais à ce moment-là que ce n'était peut-être pas raisonnable de me confier la responsabilité de cas de médecine interne, un peu "décompensé". » (Sujet 6)

2. Qualité de la supervision

La qualité de l'encadrement était, comme indiqué précédemment, un critère impactant le choix de lieu de stage des assistants. Lors de leur stage, ceux-ci ont pu rencontrer différentes formes de supervisions, certains médecins superviseurs se disaient disponibles à distance par téléphone, d'autres accompagnaient les assistants très régulièrement pour faire le tour des patients dans le service, ou pour faire le point sur leurs prises en charge de la journée écoulée.

« A la fin de chaque journée (quand c'était possible et que ce n'était pas trop l'enfer et la course aux urgences), le superviseur de la journée revenait avec nous sur les cas qu'on avait faits et qu'on avait vus. On revoyait les prises en charge de la journée, ce qui aurait pu être amélioré, ce qui était bien. » (Sujet 5)

« Ils étaient disponibles à tout moment, on pouvait toujours compter sur eux pour avoir un avis. Tout ça, c'est extrêmement rassurant. On apprend énormément de choses, on partage aussi énormément avec les équipes, on se sent très soutenu. »

« La supervision, elle prenait place une fois semaine, on faisait le tour des patients ensemble. Et un jour sur 2, on faisait un tour assis. » (Sujet 8)

Dans certains services d'urgences, une tournante est mise en place, des médecins sont désignés tour à tour, pour être responsables de la supervision des assistants pour la journée.

« Aux urgences, chaque jour tu as un superviseur de la journée. Donc c'est un urgentiste accompli, qui ne prend a priori pas de patient (Sauf si vraiment, ça déborde) et qui te supervise. Donc dans le bureau médical, il vient chez toi, il te demande d'expliquer tes cas, on en parle et tu peux lui exposer ce que tu comptes faire. Si t'as une question, tu peux d'office aller chez lui. C'était vraiment bien supervisé. » (Sujet 8)

« Il y a un "Flux-Man" au service des urgences. C'est lui qui est responsable de superviser les assistants du jour. Et si la question est déjà un peu plus spécifique, il y a toujours la possibilité d'appeler des médecins à l'étage. Le Flux-man change tous les jours, certains étaient très bons, pédagogues, d'autres étaient peut-être un peu plus expéditifs dans leur réponse. Donc je dirais globalement, il y a un peu de tout ça dépendait des médecins. » (Sujet 6)

La supervision pouvait également avoir lieu lors de réunions périodiques, où le groupe d'assistants et les maitres de stage reviennent ensemble sur des cas intéressants, afin de ré-évoquer la théorie et les protocoles appropriés.

« On avait deux heures tous les 1-2 mois en groupe avec tous les assistants de médecine générale et deux superviseurs, où chacun devait présenter un cas intéressant et on en discutait après ensemble (...) c'est chouette de voir les cas des autres et c'est bien parce que tu comprends mieux, du coup on t'explique ce qu'il faut faire, ce qu'il aurait fallu faire. Je me souviens que j'avais présenté un cas de NSTEMI et que je m'étais rendu compte à posteriori pendant la réunion de supervision qu'en fait je m'étais trompée dans l'algorithme ! Mais pour le coup, ça maintenant, ça m'est bien resté en tête ». (Sujet 3)

Certains maitres de stage avaient mis en place des formations spécifiques, comme dans ce stage d'urgences où ils co-animent un condensé de la formation ALS avec des jeux de rôles.

« On a eu une mini formation de 2h par nos superviseurs pendant le stage où ils nous ont fait un condensé de l'ALS (Advanced Life Support). » (Sujet 3)

Pour d'autres assistants cependant, la supervision n'était pas suffisante, ils rapportent s'être sentis seuls, parfois avec l'impression de disposer de responsabilités démesurées par rapport à leur niveau de compétence.

« Je l'ai surtout ressenti aux urgences, (...) Aux urgences, il n'y avait pas de superviseur donc je faisais tout toute seule mais aucun souci par rapport à ça. Mais c'est vrai que sur le moment, je ne me rendais pas compte de tout ce qu'il y avait en jeu pour le patient, parce que moi je faisais juste ce que je devais faire. » (Sujet 1)

« En théorie, il y avait un système de parrainage, parmi les 3 patrons, une personne était une personne de référence pour soucis médicaux ou soucis personnels. C'était théoriquement annoncé, mais en pratique, les patrons n'étaient pas très disponibles. » (Sujet 2)

« Aux urgences, c'était assez stressant, on était pas du tout encadrés en fait. Tu te sens un peu largué. (...) tu te rends vite compte qu'on ne supervise pas de la bonne manière. Il y a des médecins qui ne veulent pas te superviser aussi, et en fonction de chaque shift, il n'y avait pas une personne qui est dédiée à la supervision, donc tu es vite perdu. » (Sujet 4)

« Alors dans le service de gériatrie, j'ai trouvé que lors des premières semaines, j'aurais eu plus besoin qu'on me supervise parce que je débarquais et que je n'avais jamais fait d'hospitalier de ma vie. Les responsabilités qui m'incombaient au début, étaient un petit peu surestimé par rapport à ce que je considérais être correcte, vu le peu de bagages que j'avais » (Sujet 5)

Une assistante aurait aimé que des plages horaires soient dédiées à de l'accompagnement, afin de pouvoir prendre en charge des patients plus instables, avec la présence physique d'un médecin seniors à ses côtés.

« Ce qu'il aurait fallu, c'est avoir des shifts ou des plages d'horaires dédiées, où on pouvait travailler dans l'unité avec les patients instables et pouvoir suivre un médecin superviseur, en étant assis à côté de lui. Et ça aurait été un véritable encadrement. » (Sujet 3)

Une assistante raconte que le manque d'encadrement l'a encouragée à se tourner vers la littérature scientifique, pour apprendre par elle-même.

« Aux urgences par contre, là où j'étais en stage, j'avoue qu'il n'y avait pas de supervision, pas du tout, mais ça m'a poussée à revoir tout le temps la littérature. » (Sujet 1)

3. Conditions de travail – Respect des impératifs académiques

3.1. Respect des horaires

De manière générale, les horaires des candidats interrogés ont été respectés. Ils ont parfois dû travailler plus de 48h par semaine, mais ces heures supplémentaires étaient lissées sur le reste du mois, avec plus de jours de récupération les autres semaines.

« Aux urgences, globalement, j'étais satisfaite de l'horaire, j'ai dû faire maximum 1 à 2 semaines de 60h. » (Sujet 1)

« Je m'attendais à avoir des horaires plus lourds en termes d'heures par semaine, mais les conventions étaient bien respectées. » (Sujet 2)

« Les horaires aux urgences, c'est très bien respecté, tu fais tes 38 h semaines. Bon ils calculent ça réparti sur un mois donc parfois tu fais des semaines de 70h mais la semaine d'après tu as congé. » (Sujet 8)

Cela n'a pas été le cas de tous, une assistante raconte qu'elle a dû participer aux gardes des week-ends, malgré le fait que ce n'était pas prévu dans sa convention de stage, mais elle devait pallier aux absences des assistants spécialistes.

« Par contre en gériatrie, les horaires, il n'y en a pas et je faisais 50, 60, 70 heures par semaine. Quand il fallait venir aider le week-end, il fallait venir aider le week-end et c'était non négociable. » (Sujet 8)

3.2. Horaires pénibles

S'immerger dans un service hospitalier, et plus particulièrement aux urgences, implique de parfois devoir travailler la nuit, les jours fériés, ou d'avoir des horaires décalés. Aux urgences, il faut parfois travailler par bloc de 12h ou 24h.

« Mais c'est vrai que ce sont des horaires décalés, différents de la MG. » (Sujet 2)

« Alors nous, c'est par shift de 12 ou 24h. » (Sujet 6)

Une assistante déclare qu'elle avait eu l'impression que les horaires pénibles étaient donnés plus facilement aux assistants de médecine générale, car selon elle, ils coutaient moins cher au service, vu que ces horaires pénibles n'étaient pas comptés comme des gardes (comme pour les assistants spécialistes), mais comme des heures de pratique clinique normale.

« Avant j'avais plus l'impression que c'était la grosse usine, on utilise les assistants de médecine générale, car ça ne coûte pas cher, surtout pendant les heures dites « pénibles ». Alors donc on a eu un problème avec les assistants médecins généralistes, c'est qu'on faisait du coup beaucoup trop d'horaires pénibles et beaucoup trop de gardes, donc on a demandé à être payés pour nos gardes au même titre que les médecins spécialistes. Ce qui a été très mal reçu, certains ont eu un entretien avec les maîtres de stage responsables, qui nous ont bien fait comprendre que ce n'était pas possible (...) au final on a appris que ça ne rentrait pas dans le domaine des gardes, puisque c'était dans nos horaires de 48h semaine, même si ces 48h sont prestées de façon pénible. » (Sujet 4)

3.3. Travail académique

Les impératifs académiques propres au master de spécialisation de médecine générale impliquent de devoir assister à des séminaires loco-régionaux ou à des modules. Les assistants interrogés ont pu être libérés par leurs maîtres de stage pour être présents aux différents cours.

« Concernant les congés, tu prenais ce qu'on te donnait. Concernant mes impératifs de séminaires loco-régionaux, et de modules, ils ont respecté le fait que je doive m'absenter. » (Sujet 8)

Un assistant a malgré tout éprouvé des difficultés à réaliser son travail académique dans un contexte où il vivait des horaires intenses et compliqués à l'hôpital, et s'est senti un peu submergé.

« C'est vrai qu'on prestait plus d'heures que ce qu'on fait en médecine générale. (...) mais vu qu'on est toujours dans la formation des assistants de médecine générale, tous les cours, tous les séminaires loco-régionaux, et cetera qui viennent s'accumuler. Donc finalement, par rapport à mes collègues assistant MACCS, j'avais en plus du travail clinique, des travaux et des cours académiques qu'eux n'avaient pas, donc j'avais quand même un petit peu la sensation d'en faire beaucoup à ce moment-là. » (Sujet 6)

4. Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont déjà été mentionnées précédemment : la perte de repères d'un début de stage, l'adaptation à un nouveau service, le manque de supervision, ou des problèmes d'horaires de travail. D'autres problèmes ont été relevés par les candidats.

4.1. Seul à bord

Plusieurs candidats ont expliqué s'être retrouvés seuls ou non supervisés pendant les gardes de nuit. Des situations non systématiques, mais récurrentes, et qui étaient dépendantes des superviseurs en charge.

« Je ne me suis presque jamais senti seul, sauf parfois en nuit. » (Sujet 2)

« La seule chose qui m'a marqué, c'était les problèmes des nuits. C'est un problème un peu éthique, sûrement partout, mais quand t'as 3 médecins la nuit, dont deux assistants et que le superviseur il va dormir, et il te passe le Bip du superviseur, c'est problématique. Ce n'était pas à chaque fois et ça dépendait beaucoup du superviseur. (...) Mais imagine t'as ce bip là, et là il y a un poly-trauma qui arrive... Est-ce que moi je suis apte à gérer un poly-trauma (...) si le patient instable moi je suis pas formée à le gérer. » (Sujet 3)

« Donc on se retrouvait tout seuls pendant les nuits, avec un superviseur qui part dormir. Les maîtres de stage officiels c'était encore pire, on n'aurait pas osé aller les réveiller pour poser une question pendant la nuit, ce n'était pas possible. » (Sujet1)

Une autre candidate raconte une situation similaire, pendant les gardes de week-end, où elle devait prendre en charge l'entièreté des patients de deux unités, avec peu d'autres médecins présents physiquement sur le site, pour venir l'aider si nécessaire.

« Lors des tours « week-end », le samedi et le dimanche, j'étais toute la journée seule pour gérer mon service habituel et la 2^{ème} aile de gériatrie, ce qui faisait environ 40 patients en tout. Dont la moitié des patients que je connaissais pas du tout. C'était difficile et les week-ends, il n'y a pas beaucoup de médecins sur place. Dans cet hôpital les médecins ne sont pas sur place et sont juste rappelables, donc des fois je me suis sentie assez seule. » (Sujet 5)

4.2. L'usine

Le sentiment d'être utilisé par soucis de rentabilité est également un élément d'insatisfaction pour les sujets. Une candidate explique qu'elle a ressenti que son opinion n'était pas prise en compte.

« Avant j'avais plus l'impression que c'était la grosse usine, on utilise les assistants de médecine générale, car ça ne coute pas cher, surtout pendant les heures dites « pénibles ». » (Sujet 4)

« Je sentais que j'étais juste une petite main, pas quelqu'un dont on tient compte. (...) la frustration parfois d'être juste un pion. Juste un pion qui reste là pour dire qu'il y a un médecin à l'étage quoi. (...) et la frustration que quand tu amènes un avis, qui n'est peut-être parfois pas pertinent, quand tu amènes un questionnement qu'on te rabroue. » (Sujet 8)

Cette même candidate rapporte qu'elle a très peu apprécié le fait qu'on lui attribue toujours l'étiquette d'« assistante en médecine générale », et que cette étiquette était associée à des a priori négatifs vis-à-vis de ses compétences médicales.

« il y avait des nuits (...) où on te demande « ah donc tu es la nouvelle assistante ? et tu fais quoi comme spécialisation ? Ah tu fais la médecine générale ? C'est pas une spécialisation ça. (...) T'es pas toujours bien reçu quand t'es médecin généraliste à l'hôpital. C'est clair et c'est une question qu'on te pose hyper fréquemment pendant ton stage, ça c'est très frustrant...., » (Sujet 8)

4.3. Responsabilité médico-légale

Selon certains sujets, les responsabilités qui sont données sont parfois démesurées, et même si la responsabilité du maître de stage est aussi engagée, cette candidate décrit que ses inquiétudes la poursuivaient parfois jusque chez elle après les heures de travail.

« Par rapport à celles qu'on a en médecine générale, c'était vachement disproportionné. Je sais qu'au final, en cas d'erreur, ça « ne retombe pas sur moi ». S'il y avait un souci, s'il y avait un procès, ce n'était pas moi, c'était le maître de stage. (...) Mais la pression médico légale où t'es dans ta voiture et dans 45 minutes tu te dis : Est-ce que j'ai tué cette personne ? Est-ce qu'elle est toujours vivante ? » (Sujet 4)

D. Thème 3 : Acquis et apprentissages

A l'issue de ce stage que reste-t-il ? Pour chacun des 8 candidats interrogés, cette expérience à l'hôpital fut positive, et malgré les potentielles difficultés rencontrées qui ont été citées précédemment, ils ont chacun pu progresser, en retirer des apprentissages, et des acquis pour leur futur pratique clinique. Les résultats de l'étude mettent en évidence 7 catégories d'acquis et d'apprentissages : le gain d'expérience clinique, acquisition d'autonomie et de confiance en soi, la capacité à établir le degré d'urgence afin de pouvoir référer correctement les

patients, le développement d'une systématique de travail, une meilleure communication avec les hôpitaux, et la médecine spécialisée, l'intégration à une équipe et enfin la découverte de ses propres limites.

1. L'expérience clinique

Les candidats ont pu acquérir de l'expérience clinique et des connaissances spécifiques dans des domaines tels que la gériatrie, la psychiatrie, l'oncologie.

« Le fait de l'avoir approfondi, ça revient beaucoup plus vite, par exemple grâce à mon stage en oncologie, je suis beaucoup plus à l'aise avec les effets secondaires des différentes chimiothérapies. » (Sujet1)

« Et je trouve que tu ressors de là, avec quand même beaucoup de connaissances, tu ne retiens pas tout mais tu retiens le nécessaire. Quand en ambulatoire, tu lis des rapports d'oncologie, des rapports d'urgences, t'as vraiment une autre vision. » (Sujet 1)

« Peut-être par rapport à la psychiatrie un peu plus d'aisance face aux pathologies psy et surtout aux patients. Notamment vis-à-vis de la manière dont ils se comportent, de les aborder. (...) Vis-à-vis de la pharmacologie psychiatrique aussi. » (Sujet 4)

Une meilleure compréhension des procédures hospitalières et de l'organisation des soins en 2^{ème} ligne, permet de mieux expliquer celles-ci à leurs patients en médecine générale par la suite.

« Mieux expliquer un peu ce qu'ils vont faire à l'hôpital aux patients et parfois mieux convaincre d'aller à l'hôpital quand il le faut. » (Sujet 3)

« Ça permet de mieux communiquer, à parfois rassurer les patients parce qu'il y a un résultat d'analyse qui est suspect » (Sujet 6)

Les stages hospitaliers ont permis à des candidats de réaliser et maîtriser certains actes techniques.

« J'ai appris à drainer des pneumothorax, des ponctions d'ascite, des réductions de luxation d'épaule, que je n'avais pas rencontré en MG. Pas mal d'actes techniques. Les sutures. Comment dans tous les services d'urgences il y avait un sous service de traumatologie, et j'y étais 1 jour sur 4 donc j'ai appris beaucoup la gestion de la traumatologie. » (Sujet 2)

Cette expérience leur a également permis de développer leur sens clinique, en se confrontant à un grand nombre de présentations cliniques différentes de mêmes pathologies. Une candidate dit avoir développé un meilleur « gut feeling » à la suite de son stage aux urgences.

« Tu vois par exemple, on voit énormément de coliques néphrétiques aux urgences. (...) le fait d'en avoir vu beaucoup m'a un peu rodé et donc je suis un peu plus à l'aise pour repérer les différents types de présentation clinique. (...) En voyant plus de pathologies, avoir plus d'assurance dans la reconnaissance des différents symptômes. » (Sujet 3)

« J'ai l'impression d'avoir plus de « Gut Feeling » pour détecter des choses un peu plus graves. » (Sujet 4)

« Je pense que j'ai gagné 3 ou 4 ans d'expérience clinique en faisant 6 mois là-bas. » (Sujet 8)

La médecine générale est souvent associée à la notion de « gestion de l'incertitude » et selon un autre candidat, l'expérience et les connaissances qu'il a acquises lui permettent de mieux gérer cet inconnu

« J'ai plus d'aisance dans la gestion de l'inconnu. Très souvent en MG on a des choses où on ne sait pas ce que c'est. Et notre job de base c'est de savoir si c'est urgent ou pas, ou si on a le temps de mettre au point. » (Sujet 2)

2. Autonomie & confiance en soi

Travailler plusieurs mois à l'hôpital a permis aux candidats de devenir plus autonomes, de leur montrer qu'ils étaient capables de réaliser des prises en charges plus complexes, et de prendre confiance en eux en tant que soignants.

« Je conseillerais, pour l'autonomie qu'on peut acquérir là-bas. » (Sujet 1)

« C'est par après que je me suis dit « Waouh Bah j'ai su faire tout ça. » » (Sujet 1)

« Ça m'a permis d'être plus autonome. Ça, c'est une première chose. Ça m'a appris que j'étais capable. Quand on veut, on sait apprendre, on sait faire les choses et qu'il faut avoir confiance en soi. » (Sujet 5)

« Au niveau des capacités en tant que médecin justement, ça m'a prouvé que je pouvais apprendre super vite, que je pouvais faire de tout et que je n'étais pas limitée par rapport à ça. (...) Ça donne super confiance en soi. » (Sujet 8)

« Ça m'a vraiment permis de prendre beaucoup plus confiance en moi, dans mes prises en charge, de me sentir plus à l'aise, justement dans des situations plus aigües qui me faisait fort peur en première année. Et parce que ça m'a vraiment challengée à tous les niveaux. Ça m'a permis de prendre en autonomie, donc je le referais à 1000% » (Sujet 5)

3. Grader l'urgence & référer adéquatement

Pouvoir être plus à l'aise avec l'urgence était une des motivations citées par les assistants. Grâce à ce stage, ils ont pu apprendre à identifier les situations urgentes et évaluer le timing adéquat pour référer le patient.

« Mais je pense que ce qui est super important dans notre pratique et qu'il faut absolument apprendre : C'est reconnaître l'urgence. C'est le cœur de ce qu'on doit apprendre au moins durant nos stages hospitaliers. (...) Il faut reconnaître quand c'est grave et qu'il faut référer. Je pense que si l'étudiant en médecine générale, au cours de sa première année, a réussi à faire ça, pour moi, c'est bingo » (Sujet 7)

« J'ai trouvé ça formateur, car j'ai appris à savoir quand demander de l'aide et de manière correcte. On apprend à savoir quand demander un avis spécialiste, savoir quand c'est grave, quand ça nous dépasse, et savoir quand est-ce que ça peut attendre le lendemain. » (Sujet 2)

En travaillant aux urgences, ils ont aussi appris à faire face à une situation aigue avec calme et ensuite à réagir de manière appropriée.

« Ça m'a permis d'acquérir une confiance supplémentaire pour gérer avec plus de calme les urgences vraies et les urgences relatives. » (Sujet 2)

« J'étais une personne stressée avant, un peu en mode panique, et ça m'a permis de plus me poser (même si ce n'était pas totalement parti à la fin du stage) et de me calmer et de me demander ce que j'allais faire devant une situation. » (Sujet 3)

Ces situations urgentes ne sont pas spécialement fréquentes en médecine générale, mais il est rassurant de savoir que si c'est nécessaire, les gestes ont déjà été appliqués et sont connus.

« Ça m'a permis d'être plus à l'aise dans des situations médicales aiguës aux urgences, par exemple de savoir gérer une crise d'épilepsie, une crise d'asthme,... Enfin, ce genre de pathologie quand même assez courante finalement mais auquel on n'est pas trop confronté dans le cadre de la médecine générale. Mais quand ça arrive, je pense qu'il faut savoir gérer. » (Sujet 5)

« Reconnaître l'urgence et la gérer. En médecine générale a priori tu ne verras jamais débarquer des coliques néphrétiques, des infarctus, c'est un fait. Mais tu sais les reconnaître et tu sais gérer si nécessaire. » (Sujet 7)

Cette assurance et cette prise de confiance entrent surtout en compte lors de leurs gardes de médecine générale, auxquelles ils vont de manière beaucoup plus sereine grâce aux réflexes qu'ils ont acquis.

« Pendant mes gardes, j'ai appris à me poser les bonnes questions : Où se trouve l'urgence ? Depuis, je vais beaucoup plus vite quoi. » (Sujet 4)

« Concernant les situations urgentes, je pense que je vais de manière beaucoup plus sereine à mes gardes de médecine générale. » (Sujet 5)

Pouvoir adresser les patients de manière appropriée était également une compétence que les assistants souhaitaient développer. En intégrant ce service, ils ont pu se tenir de l'autre côté de la barrière et voir arriver des patients adressés par leurs médecins traitants, pour de multiples motifs. Se mettre dans la peau d'un urgentiste, comprendre en quoi consiste la mise au point qui est faite aux urgences, permet une meilleure collaboration avec ses confrères urgentistes après le retour en médecine générale.

« Ce que j'avais bien aimé, c'est que quand tu travailles aux urgences, tu peux voir les bêtises qu'on veut potentiellement t'envoyer aux urgences. Ça te permet d'apprendre ce qui vaut la peine d'être adressé aux urgences, mais aussi d'apprendre quand tu y es, comment tu gères la suite en fait ? » (Sujet 3)

« Au niveau du volet « urgences », c'est plutôt évident, car quand tu y travailles, tu vois arriver des patients qui sont référés par leur médecin traitant inutilement, et moi je me suis dit que jamais je ne voulais être ce genre de médecin, et donc maintenant j'y fais très attention. Donc savoir quand référer et quand ne pas le faire. » (Sujet 1)

La deuxième chose c'est que je sais comment ça se passe, donc je sais mieux référer des patients, je sais quand ça vaut vraiment la peine de référer aux urgences. Avant quand j'hésitais, j'envoyais directement aux urgences. Mais en étant passé par ce service, je sais mieux quand ça en vaut vraiment la peine et quand je peux gérer moi-même. » (Sujet 2)

4. Systématique & Organisation de travail

Gérer un service d'hospitalisation, avec plusieurs patients, organiser leurs examens, monitorer leurs paramètres biologiques, les suivre au quotidien pendant leur séjour,... Toutes ces tâches nécessitent une bonne gestion du temps et une organisation de travail optimale.

« Mais on apprend d'autres choses qui restent : tu apprends à gérer ton le temps, tu apprends à gérer la pression, tu apprends à faire des bilans, à comprendre la nécessité d'un bilan, à comprendre le système hospitalier » (Sujet 8)

Ces compétences et cette façon systématique de raisonner sont des bagages que l'assistant emporte avec lui pour sa future pratique ambulatoire.

« C'est vraiment ma manière d'agir qui est plus systématique, je me fie plus aux paramètres. Enfin ma façon de séquencer mes consultations est plus systématiques maintenant qu'elle ne l'était avant. » (Sujet 6)

« Je pense au principe d'exclusion. De se dire en cas de plainte qu'il faut déjà commencer par exclure tout ce qui pourrait être urgent, avant de commencer à savoir ce que ça pourrait être. Donc dans la hiérarchisation des hypothèses diagnostiques et dans l'organisation de mes examens et la procédure. » (Sujet 6)

Pouvoir organiser les informations médicales pertinentes, afin de pouvoir transmettre oralement ou par écrit, l'essentiel d'un cas clinique, est également une compétence que les candidats ont pu développer durant leur stage. Structurer la communication est impérative pour pouvoir s'adresser de manière efficiente aux confrères spécialistes, afin de poser clairement une question et obtenir une réponse précise.

« Ça m'a permis de plus me poser (...) et organiser mon travail. (...) quand tu rapportes un cas pour appeler une ambulance, je suis un peu plus posée pour exposer les faits, les données cliniques,... J'ai appris à être plus organisée, car on devait faire beaucoup de transmissions de cas à la fin des shifts, où alors quand on parlait à un spécialiste. » (Sujet 3)

« Mes transmissions de cas sont plus structurées. Puisque finalement par téléphone pour essayer de faire en sorte que ça ne dure pas longtemps, et pour convaincre un médecin d'accepter un patient à l'étage, ou d'accepter certaines imageries. (...) Quand je reçois une transmission au sujet d'un patient ou que je transmets moi-même des informations médicales sur un patient. J'ai maintenant une structure qui me permet d'être plus clair, plus efficace.» (Sujet 6)

« Donner les informations pertinentes, en étant le plus systématique possible. Un apprentissage important, c'était vraiment cette systématique. (...) j'ai gardé les mêmes « templates » qu'aux urgences, à l'écrit j'utilise la même anamnèse, le même examen clinique. » (Sujet 4)

5. Communiquer avec les spécialistes

Contacter les médecins spécialistes pour leur demander un avis est souvent source de stress pour les jeunes médecins. Lors du travail à l'hôpital, les assistants sont amenés à communiquer en permanences avec les spécialistes, pour leur demander un avis médical, ou

négocier une hospitalisation dans leur unité. Comme vu dans le point précédent, il est essentiel de pouvoir alors adapter sa communication et de structurer son discours.

« On apprend à communiquer avec les spécialistes, savoir ce qu'il faut dire. Aller droit au but, savoir quelles questions poser et quelle réponse on veut. » (Sujet 3)

Grâce à cet exercice répété lors de leur stage, les assistants rapportent que cette peur de contacter les spécialistes a disparu et que leurs contacts avec les hôpitaux sont maintenant beaucoup plus faciles.

« Parfois généralistes peuvent appréhender d'avoir des contacts avec le milieu hospitalier, et je trouve que ça casse véritablement une barrière. En stage hospitalier, on devait appeler toute la journée les spécialistes pour demander des avis (...). Maintenant, on a tellement fait ça et on a tellement eu l'habitude de surmonter notre stress, qu'il n'y a plus de soucis pour le faire. Ce stage ça développe une accessibilité vers les hôpitaux qui ne génère que du positif. » (Sujet 1)

« J'ai appris que je communiquais relativement bien avec mes confrères. Avant j'avais très peur, j'avais une appréhension, avant d'interagir avec eux. Surtout quand t'es assistant, t'as peur qu'on ne te prenne pas au sérieux. Les médecins te respectent si tu fais bien ton boulot. » (Sujet 2)

Pour le candidat qui s'est installé près de l'hôpital de son stage, les relations privilégiées qu'il a formées avec l'équipe médicale lui sont d'une grande utilité dans l'organisation du suivi de ses patients.

« Les relations privilégiées avec les membres de l'hôpital. J'ai des numéros privés par exemple, qui me permettent d'avoir directement le médecin qui m'intéresse, si j'ai besoin d'un avis. En termes de disponibilités des rendez-vous, pareil je peux les avoir plus rapidement pour autant que ce soit bien motivé. » (Sujet 6)

Pouvoir poser facilement et fréquemment des questions à des médecins spécialistes est aussi une riche source d'apprentissage pour l'assistant généraliste.

« J'ai aussi aimé être en contact plus fréquent avec les spécialistes. » (Sujet 3)

« J'avais plus tendance à appeler moi-même les spécialistes et à avoir l'information directement par moi-même. » (Sujet 1)

6. L'intégration à une équipe et l'échange avec d'autres professionnels de la santé

Le fait de travailler dans une structure, un service et une équipe est aussi un élément qui a satisfait les candidats. Se sentir soutenu par ses collègues, permet d'affronter les horaires difficiles ensemble, de se donner mutuellement des avis sur les cas médicaux, et de pouvoir discuter et décompresser pendant les pauses.

« C'est l'esprit d'équipe. Je trouvais ça vraiment chouette de travailler en équipe. Autant je n'étais pas spécialement heureuse d'aller travailler, mais j'étais contente de me dire que j'allais passer 12h avec des gens que j'aimais bien. C'est un point qui m'a plu et qui me manque le plus, en médecine générale. L'équipe aux urgences c'est une grande famille, avec qui on était très proches. » (Sujet 4)

Travailler avec d'autres acteurs médicaux nécessite aussi de pouvoir se trouver une place, et de réussir à s'affirmer comme un membre légitime du groupe.

« Ça m'a appris aussi à prendre ma place au sein d'une équipe et de plus m'affirmer. Parce que je suis aussi quelqu'un de plutôt introverti et donc ça m'a vraiment permis oui de me dire Voilà, j'existe, je suis là ce que j'ai à apporter, ça c'est important et ça a lieu d'être. » (Sujet 5)

Une candidate a fortement apprécié le fait de travailler avec une équipe pluridisciplinaire autour du patient, pour réaliser des prises en charges les plus complètes possible.

« Ça m'a aussi appris à travailler en équipe avec des personnes qui ont d'autres professions, d'autres spécialisations (...) J'ai trouvé ça aussi assez formateur de travailler avec une équipe, notamment en gériatrie. (...) c'était vraiment super riches d'avoir toutes ces expertises. » (Sujet 5)

7. Connaitre ses propres limites

Un stage est aussi l'occasion d'un moment de réflexion. En découvrant différents aspects de la médecine, il est possible de réaliser que certains domaines ne nous conviennent pas. Un candidat rapporte qu'il a vécu beaucoup de prises en charges palliatives pendant son stage, ce qui a été moralement épuisant et qu'il savait à présent que ce n'était pas quelque chose qu'il voudrait approfondir dans sa pratique plus tard.

« Je ne retournerais pas dans un service comme ça, parce que j'avais quasiment un décès par semaine. (...) Quand j'avais un décès dans la journée, le soir, je ne dormais pas tranquille. (...) c'était lourd et moralement épuisant. (...) J'ai également appris que les décès et les soins palliatifs, ce n'est pas pour moi. (...). Dans ma future pratique non, je n'en ferai pas. » (Sujet 7)

Expérimenter des horaires plus lourds, et un rythme de travail plus soutenu peut aussi amenée à réaliser que chacun a des limites physiques et psychiques.

« J'ai appris où se trouvaient mes limites : Les horaires décalés ce n'est pas pour moi. Même si maintenant je suis capable de faire une garde de nuit et rester éveillée toute la nuit. » (Sujet 4)

Une autre candidate raconte que pendant son stage, elle a mis sa vie sociale et familiale de côté, et que ce n'est qu'après la fin de son stage qu'elle s'est rendue compte de l'importance d'établir un équilibre entre sa vie professionnelle et privée.

« En fait, j'ai appris mes limites. Mes limites physiques et les limites que je devais mettre à mon boulot, (...) pour que je sois bien dans ma tête, il fallait que je ne fasse pas autant d'heure. (...) pour être bien, pour avoir un équilibre personnel. » (Sujet 8)

Discussion

Les résultats de notre étude (résumés dans la figure 2) suggèrent que dans leur choix de faire un stage hospitalier, les assistants cherchent à vivre une expérience différente, pour se challenger et se former de façon plus complète. Devenus acteurs de leur formation, les assistants réfléchissent à ce qu'ils désirent perfectionner et améliorer. Ils font ce choix car ils désirent acquérir des compétences spécifiques, et estiment que le cadre de l'hôpital leur permettra de rencontrer d'autres patients, d'autres pathologies et des situations différentes que dans leurs stages de médecine générale. Ils aspirent à devenir des médecins de 1^{ère} ligne compétents, qui seront aptes à interagir adéquatement avec les structures de 2^{ème} ligne, en apprenant à référer un patient quand il le faut, et à communiquer correctement avec les médecins spécialistes. Mais aussi à développer des compétences pour pouvoir agir par eux-mêmes, pour être capable de réagir dans l'urgence si celle-ci se présente.

Cette envie de se former aux gestes d'urgences, est une motivation que beaucoup d'assistants de cette étude ont mentionnée. Elle fait écho à une enquête réalisée en 2011 (10), en France,

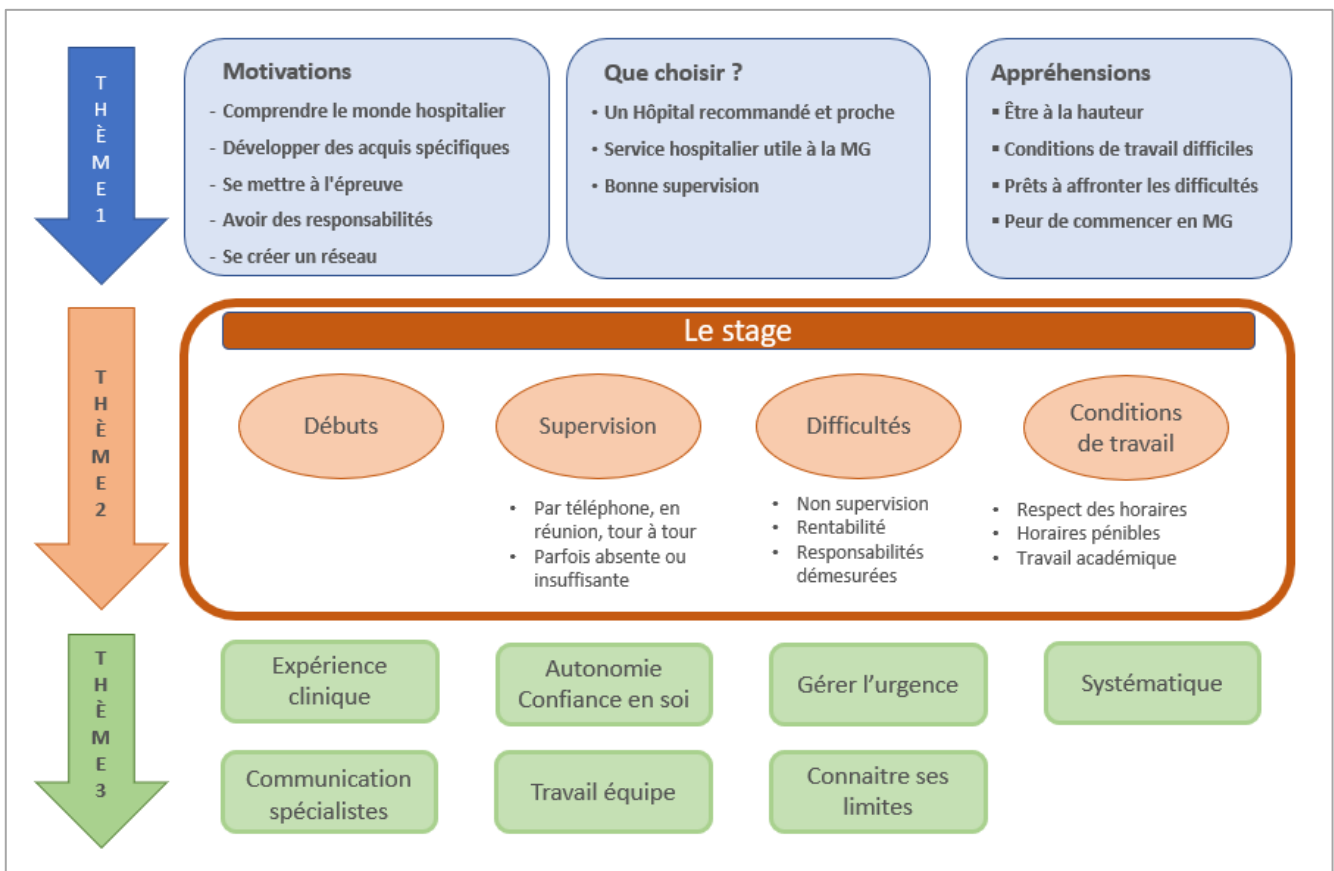


Figure 2 : Résumé des résultats

auprès d'internes en médecine générale. Celle-ci rapportait que la plupart d'entre eux s'estimaient insuffisamment formés aux gestes de premiers secours, aux actes techniques urgents, ou à l'utilisation de certains médicaments spécifiques aux urgences. L'étude suggérait également que le stage aux urgences exerçait une influence significative sur l'aptitude à prendre en charge des situations critiques, comme des crises d'épilepsie, ou asthme aigu, œdème du poumon, ou douleurs thoraciques. Effectivement, les assistants interrogés dans la présente étude, nous rapportent avoir plus confiance en leur propres capacités à l'issue de leur stage d'urgences, et pouvoir se rendre plus sereinement à leurs gardes de médecine générale. Outre la possibilité d'intervenir en situation aiguë, le stage aux urgences est également l'occasion d'affûter son sens clinique, en se confrontant à un plus grand débit de patients aux plaintes multiples et indifférenciées, (11) et permettent à l'assistant d'entrer en contact avec une variété de pathologies et problèmes médicaux similaires à ceux qu'ils rencontreront en médecine générale.

Cependant, l'hôpital conserve la réputation d'un monde dur et difficile auprès de certains candidats MG. Ceux-ci se souviennent de leurs expériences de stagiaires, et y ont vu des assistants travailler de longues heures, gérer seuls des cas complexes, ou effectuer les tâches ingrates. Ils accordent donc une grande importance aux recommandations qu'ils se font entre eux, lorsqu'ils doivent à leur tour choisir un lieu de stage. Il faut un équilibre entre un hôpital proche, qui permettra de ne pas s'épuiser dans de longs trajets, mais aussi un service conduit par un maître de stage présent, pédagogue et encadrant. Ces appréhensions ont été malheureusement confirmées pour certains candidats qui ont eu l'impression d'être seuls ou insuffisamment encadrés, surtout pendant les gardes de nuits. Lors de gardes de week-end ou de nuit, l'équipe médicale est réduite, et en fonction des médecins superviseurs présents lors des gardes, l'encadrement des assistants peut en être impacté.

La difficulté de cette expérience repose aussi sur le fait que l'assistant en médecine générale doit prendre la peau d'un assistant en médecine spécialisée pendant quelques mois, sans avoir nécessairement le même bagage théorique au départ. C'est alors l'occasion pour le jeune médecin de développer ses capacités d'adaptation, de prendre confiance en lui, afin de réussir à s'intégrer, devenir productif et autonome dans le service. Parfois, malgré tout, ces assistants sont accueillis avec de vieux préjugés, leur choix de spécialisation induit des a priori négatifs

de la part des médecin spécialistes qui remettent en doute leur connaissance et leur capacité à fonctionner dans un hôpital. Autant d'épreuves, qui font qu'à l'issue du stage, l'assistant se sent fier de s'être affranchi de ces difficultés, et d'avoir acquis de multiples nouvelles compétences.

Ces potentiels aspects négatifs, sont des éléments repris par l'EURACT, dans une publication officielle (12) concernant la mise en place du stage à l'hôpital dans la formation de MG. Dans le but d'anticiper de potentielles difficultés, cette publication établit des critères qui permettent de baliser le stage afin que celui-ci se déroule le mieux possible pour les différentes parties impliquées. En voici une liste non exhaustive :

- *« Le candidat MG est un médecin agréé qualifié qui peut opérer de manière autonome sous une supervision appropriée et fournir une ressource importante pour le service.*
- *Tous les candidats MG doivent être exposés à des soins continus et coordonnés de patients impliquant des disciplines multiples.*
- *Les programmes de formation pour les candidats MG à l'hôpital doivent être considéré avec une importance égale à ceux des candidats spécialistes dans les spécialités hospitalières. Les candidats MG devraient bénéficier d'une estime équivalente à celle des autres candidats médecins spécialistes. Les candidats MG sont censés contribuer efficacement et adhérer à la dynamique au sein de leur service.*
- *Tous les candidats doivent être affectés à un enseignant spécialiste de l'hôpital en tant que superviseur clinique responsable de chaque poste de formation hospitalier.*
- *Tous les enseignants spécialistes hospitaliers doivent être correctement préparés à leur tâche et être accrédités en tant qu'enseignants par une formation et une évaluation appropriée.*
- *Tous les postes doivent avoir un temps d'enseignement protégé.*
- *Tous les postes doivent avoir un contenu clinique approprié pour la formation en MG avec le maintien d'un bon équilibre entre les besoins du service hospitalier et les besoins éducatifs du candidat.*
- *Tous les stagiaires doivent faire l'objet d'une évaluation formative régulière de leurs besoins éducatifs. » (12)*

Enfin, il est intéressant de mettre en perspective les apprentissages que les candidats interrogés estiment avoir acquis au cours de cette expérience, avec les 6 compétences fondamentales du médecin généraliste, établies par la WONCA (5, 9).

La première compétence est celle de la gestion des soins de santé primaire, et plus particulièrement la capacité à *« coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire. » (5)* Avoir une meilleure

connaissance interne du système, ainsi qu'une meilleure maîtrise des différents examens complémentaires ou actes techniques permet au futur généraliste de pouvoir endosser avec plus de confiance ce rôle de défenseur du patient. En travaillant avec les spécialistes durant son stage, il parvient à intégrer des mots de vocabulaires spécifiques, résumer une situation clinique et formuler des questions claires et précises.

La troisième compétence est l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, qui se définit de 2 manières, apprendre à « *utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires* » (5) et apprendre à « *intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.* » (5). Ce deuxième aspect correspond au sous-thème « grader l'urgence et référer adéquatement » de notre étude. Cependant, il est important de préciser que pour le premier aspect, il faudra que le candidat puisse adapter son mode de raisonnement une fois de retour en cabinet de MG. En effet, le contexte hospitalier, car il attire une population de patients aux problèmes plus complexes ou aigus, peut lui donner une vision tronquée de l'épidémiologie des problèmes de santé rencontrée en ambulatoire. Il faudra donc réadopter des réflexes de médecine de 1^{ère} ligne, qui sont développés lors des stages en MG.

Cependant cette « concentration » à l'hôpital de patients aux problèmes complexes, et souvent multiples, sont justement un élément qui permet aux candidats de développer le sous thèmes « expérience clinique », cité dans notre étude. Lors de leurs stages aux urgences ou en unités de soins, ils apprennent à gérer le problème aiguë, motif d'hospitalisation, tout en continuant à monitorer les autres problèmes chroniques, ou comorbidités, du patient. Cet acquis fait écho à la compétence numéro 4 de la WONCA, « Approche globale » (5).

Enfin, le sous-thème « intégration à une équipe et échange avec d'autres professionnels de la santé », qui fait référence aux expériences multidisciplinaires de nos candidats, notamment en gériatrie, et qui leur permettent de développer « l'adoption d'un modèle holistique » (Sixième compétence) (5). Les candidats, suite à leur stage, sont motivés à poursuivre une collaboration avec les kinésithérapeutes, travailleurs sociaux et psychologues qui graviteront autour de leur cabinet de médecine générale.

A. Perspectives & Réflexion personnelle

Les résultats de ce travail, sont un apport de connaissances, dans la large réflexion qui s'annonce entre les autorités et les facultés de médecine générale, sur la question de la place

du stage hospitalier en médecine générale. Comme expliqué précédemment, la dérogation de l'arrêté ministériel (1) prendra fin en 2024, et les responsables de l'éducation devront prendre de nouvelles décisions quant au caractère obligatoire du stage.

Cette notion d'obligation ne sera pas discutée ici, mais cette étude confirme l'intérêt et la satisfaction du stage hospitalier pour les assistants de médecine générale. Maintenant que les candidats MG de la double cohorte sont diplômés, les difficultés d'implémentation du stage hospitalier dans le master complémentaire en MG devraient s'atténuer. D'autant plus que des cohortes plus réduites sont attendues dans les prochaines années, suite à l'entrée en vigueur de l'examen d'entrée aux études de médecine en 2017. (13)

Au travers de mon travail de recherche, j'ai mieux compris l'historique et la laborieuse évolution de la formation en MG. Ainsi que l'importance qu'il y a eu à l'époque à valoriser et maximiser les stages chez le praticien. Cependant, je remarque que de nos jours, une majorité de candidats n'incluent absolument pas de partie hospitalière à leur formation. Or, la réalisation de ce travail m'a appris que ce stage pouvait être une réelle plus-value dans notre formation. Il est d'ailleurs recommandé par les autorités compétentes comme l'EURACT de l'inclure pour un minimum de 6 mois.

La raréfaction du stage hospitalier dans les parcours pédagogiques des assistants, ne peut que partiellement s'expliquer par le contexte de la double cohorte expliqué plus haut. Afin de poser un constat plus précis sur la situation, il serait d'abord intéressant de compléter cette étude par une recherche quantitative sur le parcours réel des assistants (pour pallier le manque de précision des données CCFFMG du tableau 1). Ensuite, dans le but de comprendre pourquoi les candidats MG organisent préférentiellement leur formation dans des pratiques de MG, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative auprès de ceux qui n'ont pas réalisé de stage hospitalier. Sur leurs motivations à rester en MG, mais aussi sur le regard qu'ils posent sur le stage hospitalier et pourquoi ils ne l'ont pas fait : Manque d'intérêt ? Manque de places de stage disponibles ?

B. Force et faiblesse de l'étude

Forces

- Etude qualitative : Cette étude a été réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, pour explorer au maximum leur vécu et ressenti. Le cadre de l'entretien

permet au candidat d'évoquer des éléments plus personnels. Le format des « Focus Groupe » (bien qu'il possède également ses avantages), aurait pu potentiellement influencer les candidats par un effet de soumission au groupe. (14)

- Variété des informations : Cette recherche et cette étude ont permis de rassembler une grande variété d'informations sur le sujet étudié.
- Durée des entretiens : Chaque entretien a duré 45 minutes à 1 heure et les candidats ont confirmé qu'ils avaient eu l'impression d'avoir approfondi au maximum le sujet à l'issue de la discussion.
- Echantillon : L'échantillon est représentatif en termes de répartitions de genres, d'assistants à différents moments de leur formation, de diversité de stage effectués. De plus, les candidats relatent des expériences ayant eu lieu dans un total de 9 hôpitaux belges différents.

Faiblesses

- Taille échantillon : Cependant, les résultats de cette recherche ne se prétendent pas exhaustifs, la taille de l'échantillon (8 participants), n'a pas permis d'atteindre une parfaite saturation des données pour l'ensemble des sujets abordés.
- Composition de l'échantillon : Les sujets étaient tous exclusivement issus de l'UCL, la rencontre de candidats issus d'autres universités francophones aurait été intéressante.
- Données du CCFFMG (Tableau 1) : Comme il a déjà été indiqué, ces données ne sont pas suffisamment précises, car elles n'englobent pas les candidats MG qui ont réalisés un ou des stages sans avoir signé de convention CCFFMG.
- Potentiels biais : En interrogeant les participants, puis en analysant leurs discours, j'ai tenté de garder en tête de potentiels biais, dont je pouvais être responsable, mais qui pouvaient aussi venir de la part des candidats. Il n'est donc pas exclu que les différents biais cités ci-après aient pu influencer les résultats de cette étude (14) :
 - Biais de désirabilité sociale : Discours et comportement influencés par l'envie de se montrer sous son meilleur jour.
 - Biais d'autocomplaisance : Tendance à attribuer la cause de sa réussite à ses propres qualités, mais à rejeter la responsabilité de ses échecs sur des facteurs externes.

- Biais de confirmation d'hypothèses : Tendence à accorder plus d'importance aux informations qui confirment leurs idées préconçues, en accordant moins de poids aux opinions ayant un point de vue opposé.
- Fixation sur l'objectif de l'auteur de la recherche : Lors des entretiens, être potentiellement fixé

Pour finir, bien que j'aie tenté tout au long de cette recherche de garder une attitude la plus objective possible, il n'est pas exclu qu'une potentielle subjectivité personnelle ait teinté l'analyse des résultats, car j'ai moi-même réalisé un stage à l'hôpital et je possède une opinion sur le sujet.

Conclusion

La formation des médecins généralistes en Belgique et en Europe a bien évolué depuis les années 70. Cette évolution a été marquée par l'identification des compétences fondamentales du généraliste, la valorisation d'un enseignement par des généralistes pour des généralistes, et l'abandon d'une formation exclusivement hospitalo-centrée pour des stages cliniques de terrain en cabinets de médecine générale.

Les autorités européennes responsables de l'enseignement en MG de la WONCA, l'EURACT, soutiennent que la formation des futurs généralistes doit principalement se tenir en pratique ambulatoire, mais que le contexte hospitalier ne doit néanmoins pas totalement être abandonné, car il permet un apport de compétences spécifiques utiles à la future pratique.

La législation belge en matière de formation des généralistes est calquée sur les recommandations européennes, mais a connu une modification temporaire en ce qui concerne le stage hospitalier, dans le but de pouvoir pallier aux conséquences du passage des études de médecine de 7 à 6 ans et l'arrivée d'une double cohorte. Si bien qu'actuellement, seul un petit pourcentage de candidats réalise ce stage à l'hôpital.

Notre étude montre que le stage hospitalier est source d'une grande satisfaction pour les candidats interrogés. Il est une expérience intense mais riche dans le parcours du candidats MG, bien que parfois sujet à des difficultés ponctuelles. Le stage hospitalier est un apport important de connaissances et compétences spécifiques dans la formation du généraliste. Notre étude encourage les facultés de médecine générale à faire la promotion de ce stage, à poursuivre un encadrement de qualité et à faciliter l'accès aux différentes places de stage à l'hôpital.

Annexes

Les annexes sont fournies comme pièces jointes à ce travail.

Annexe 1 - Guide d'entretien

Annexe 2 – Retranscriptions des entretiens

Bibliographie

1. 1^{er} Mars 2010. - **Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes**, CHAPITRE 1^{er}. - Critères de qualification pour l'obtention de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste – Art 2 et 2/1. Consulté le 27/07/2022.
2. Bloy, G. (2014). **À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions**. Revue Française Des Affaires Sociales, (1), 169-191. <https://doi.org/10.3917/rfas.141.0169>
3. Schetgen, M. (2006). **L'évolution de la Médecine Générale**. Revue Médicale De Bruxelles, 27(1), 61 - 63. Available from : <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/225>. (Consulté le 27/07/22)
4. Bloy, G. (2010). **Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable**. Singuliers Généralistes, 307-328. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0307>
5. Allen, J., Heyrman, J., Gay, B., Crebolder, H., Svab, I., & Ram, P. (2002). **Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille**. Edité par la WONCA EUROPE. Retrieved 27 July 2022, from <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.
6. Hernandez, E., Bagourd, E., Tremeau, A., Bolot, A., Laporte, C., & Moreno, J. (2017). **Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale**. Pédagogie Médicale, 18(3), 109-120. <https://doi.org/10.1051/pmed/2018010>
7. O'Shea, B. (2009). **Extension of Training for General Practice: A Review of the Evidence**. Education For Primary Care, 20(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/14739879.2009.11493750>
8. **Dynamic Interactive Database of Specialist Training in General Practice/Family Medicine - EURACT**. Available from <https://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database/> Consulté le 29/07/22.
9. Michels, N., Maagaard, R., Buchanan, J. and Scherpbier, N., 2018. **Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions**. Education for Primary Care, 29(6), pp.322-326.

10. Audouin, C., Bouzille, G., Leloup, M., & Fanello, S. (2013). **La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France.** *Pédagogie Médicale*, 14(3), 229-231. <https://doi.org/10.1051/pmed/2013049>
11. Vanpee, D., Godin, V., Pestiaux, D., & Gillet, J. (2003). **Stages dans un service d'urgence : réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base.** *Pédagogie Médicale*, 4(2), 89-92. <https://doi.org/10.1051/pmed:2003024>
12. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2013. **EURACT statement on hospital posts used for training in general practice/family medicine.** Specialist Training Committee of EURACT. Available from : <https://euract.woncaeurope.org/publications>. Consulté le 29/07/22
13. 29 mars 2017 - **Décret relatif aux études de sciences médicales et dentaires- CHAPITRE Ier. - Dispositions relatives aux études de sciences médicales et dentaires Article 1er. –** Consulté le 06/08/22.
14. Chabal, S. (2014). **Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information.** Cedip.developpement-durable.gouv.fr. Retrieved 6 August 2022, from https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf.