

*Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins
du 5 juin 1999*

Dr F.-Xavier MERCAT (rapporteur)

*Ont participé à la rédaction du rapport : Dr Louis-Jean CALLOC'H, Dr Vladimir GUIHENEUF,
Dr Jacques SAUQUET, Dr Jean TOULOUSE*

LE STAGE DES ETUDIANTS EN MEDECINE CHEZ LE PRATICIEN

RESUMÉ

Conscients de l'importance d'une formation pratique au contact des réalités de l'exercice de la médecine générale, et du fait que l'hôpital tant par son recrutement en malades que par la technicité de ses services ne peut répondre à cette demande, les responsables du 3^{ème} cycle des études médicales ont mis en place le stage pratique des futurs généralistes auprès des praticiens.

Initié par la loi de 1972, proposé quasiment dans sa forme actuelle par la commission présidée par le conseiller FOUGERE en 1974, le stage du médecin généraliste auprès du praticien aura mis plus de 25 ans pour entrer vraiment dans les faits. La mise en place de ce stage doit beaucoup au Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) et à l'appui du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Prévu sur six mois dont quatre au moins dans un à trois cabinets médicaux de médecine générale, les deux autres mois seront consacrés à des structures autres telles que de médecine préventive ou de contrôle.

Même si elles ne sont pas obligatoirement successives, il est prévu trois périodes. La première passive au cours de laquelle le stagiaire regarde et écoute; la seconde semi active au cours de laquelle le stagiaire peut intervenir en présence du maître de stage et enfin une période active au cours de laquelle il pourra effectuer seul des actes à condition que leur nombre ne dépasse pas trois par jour.

Le maître de stage doit profiter de cette période privilégiée pour enseigner la déontologie comportementale, c'est-à-dire pratique, à son stagiaire.

Les critères de sélection des maîtres de stage prendront en compte essentiellement les qualités professionnelles du médecin, son sens de la pédagogie, sa participation à la formation continue et l'organisation matérielle de son cabinet.

Quant aux patients, informés de la présence du stagiaire, ils gardent la liberté, conformément au code de déontologie d'accepter ou de refuser la présence de ce dernier.

Enfin, ce stage doit faire l'objet d'un bilan, à travers des fiches d'évaluation, des compétences acquises et du comportement du stagiaire faites par le maître de stage avec en miroir l'évaluation du stagiaire.

Compte tenu de l'importance de l'implication pour le maître de stage, il nous paraît nécessaire que cette activité soit officiellement reconnue et que la rémunération actuelle, notoirement insuffisante, soit améliorée.

Sans retirer aucune des responsabilités de chacun des maîtres de stage d'un résident, le choix d'un coordonnateur paraît nécessaire.

Enfin, s'il est associé, le maître de stage doit prévoir un avenant à son contrat pour informer ses associés et obtenir leur accord sur les différents points de ce type d'exercice.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a toujours soutenu le principe de ce stage et aidé à en préciser les modalités.

Afin d'éclairer la lisibilité de ce document, nous suivrons le plan suivant :

Les objectifs du stage,

Chapitre dans lequel nous étudierons l'évolution historique du projet

Les modalités pratiques,

à la lumière des derniers textes et les interrogations qu'ils suscitent

Les critères de qualification du maître de stage,

et les organismes chargés de les apprécier

L'évaluation de ce stage par le maître de stage et le résident,

Les questions mal résolues ou non résolues actuellement concernant ce stage à savoir :

- la rémunération du maître de stage,
- la reconnaissance officielle de cette charge,
- l'intérêt d'un médecin coordonnateur,
- les problèmes éthiques et déontologiques qui peuvent se poser et comment les résoudre.

I – LES OBJECTIFS DE CE STAGE

De tous temps, l'enseignement de l'exercice médical s'est fait sous forme de compagnonnage. Au début des études médicales, l'externe enseignait le stagiaire et lui-même était guidé par l'interne qui recevait enseignement et directives du médecin chef de service et de ses assistants. Ce faisant, ils faisaient leur le précepte contenu aussi bien dans le serment d'Hippocrate :

“Je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai... je ferai part des préceptes des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples...”

que dans sa version moderne du serment médical :

“Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères...”

Mais les cas traités à l'hôpital, aussi bien que les techniques utilisées, n'étaient guère éloignés de la pratique en ville.

La première réforme hospitalière créant le temps plein, l'essor prodigieux des techniques médicales, les coûts élevés des journées d'hospitalisation ont entraîné une différence très importante des pathologies rencontrées à l'hôpital de celles soignées en ville ou dans des structures hospitalières plus légères et ne participant pas à l'enseignement.

La réforme des études médicales, instaurée en grande partie pour répondre aux directives européennes et permettre l'équivalence des diplômes et la libre circulation des médecins, risquait d'accentuer le déficit de formation pratique des médecins généralistes. D'autre part, le nouveau cursus universitaire a rendu plus difficile les possibilités de remplacement à la suite d'une directive de Bruxelles.

Dès 1974, la Commission Fougère étudiant et proposant une réforme des études médicales et notamment du 3^e cycle de ces études, prévoyait le stage du résident chez le praticien. Elle inscrivait ce stage dans le cadre du 3^e cycle du généraliste dont un an et demi (soit les 3/4 devait être accompli en milieu hospitalier dans des postes réputés formateurs et les 6 mois restant par un stage auprès du praticien et dans des structures telles que PMI, santé scolaire, contrôle médical, centre de santé...

On remarquera que ces propositions se retrouvent aujourd'hui en phase avec l'actualité, sauf en ce qui concerne les stages hospitaliers où pour des raisons difficiles à admettre tous les services même les plus

techniques et éloignés de l'exercice médical quotidien sont considérés comme validants. Or l'objectif principal du 3^e cycle étant un rôle d'école pratique, il est indispensable que ne soient reconnus comme terrain de stage que ceux qui sont utiles à la formation. Pour la partie hospitalière, il s'agira essentiellement des services de médecine, chirurgie et maternité, des centres hospitaliers généraux et pour la partie, médecine de ville, de stage auprès de praticiens libéraux ce qui est l'objet de ce rapport.

Vingt ans après les conclusions de la Commission Fougère, deux décrets¹ parus le 16 mai 1997 instaurent un stage obligatoire d'un semestre auprès des praticiens généralistes agréés effectué pendant les trois derniers semestres du résidanat et pouvant se dérouler sur plusieurs sites de stage. Ces décrets sont le fruit des propositions conjointes des responsables universitaires du troisième cycle de médecine générale et du Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le praticien, maître de stage, doit passer une convention avec l'Université dont dépend le résident. Cette convention, qui tient lieu de contrat, doit être communiquée au Conseil Départemental en application de l'article L 462 du Code de la Santé². Les termes de cette convention ont été récemment modifiés et deux arrêtés³ fournissent un modèle type de convention précisant la durée, les objectifs, les conditions et les modalités pratiques du stage. Ce document détaille les droits et obligations du maître de stage et du résident. Reconnu et signé par ce dernier, il a valeur de contrat.

Afin de préciser les conditions d'installation du stagiaire, le Conseil de l'Ordre considère que cette convention n'exclut pas l'intérêt qu'il y aurait à faire signer, par le stagiaire et les maîtres de stages, un véritable contrat, comme les contrats de remplacement, suivant un modèle proposé par l'Ordre. Nous verrons ce problème dans le chapitre IV.

Dans sa dernière version, cet arrêté rappelle, qu'outre le Code de Déontologie, le stagiaire doit respecter les conventions nationales avec les organismes d'assurance maladie (Art 5) ainsi que les obligations d'assurance en responsabilité professionnelle tant du maître de stage que du stagiaire (Art 6 et 7).

Enfin, cette version reconnaît la possibilité que le résident effectue son stage auprès de plusieurs médecins avec un maximum de trois (Art. 1, 2, 4, 8, 11, 12, 13).

II – LES MODALITES PRATIQUES ET LES INTERROGATIONS QU'ELLES SUSCITENT

1 – Les lieux de stage et sa durée (Art 2 du décret) :

C'est d'abord le cabinet médical libéral, de un à trois, où le résident devra faire au moins 4 mois de stage sachant qu'il est prévu 250 demi journées pour 6 mois ce qui équivaut quasiment à un temps plein.

Mais ce peut être aussi, et au maximum pour deux mois de façon continue ou discontinue, toute structure type dispensaire, service de P.M.I., de santé scolaire ou tout autre centre agréé tels que les services de contrôle médical des caisses d'assurance maladie, ou les services médicaux des COTOREP, Samu Social etc...

La nécessité de diversifier le stage en cabinet libéral est apparue très vite pour diverses raisons, la première afin de varier les types de clientèle mais aussi afin d'alléger le poids du stage pour le maître de stage.

A l'occasion de ce stage, il appartiendra aussi au maître de stage d'expliquer et de présenter au mieux, de façon pratique, les relations que le médecin doit avoir avec ses confrères spécialistes et toutes les personnes qui participent au traitement du malade (chirurgien-dentiste, kinésithérapeute, infirmière, pharmacien...).

2 – Le déroulement du stage (Art 4 du décret) :

Le stage doit évoluer en trois phases successives définies dans l'article 4 du décret.

¹ Décret n° 97-494 instaurant le stage auprès du praticien et Décret n° 97-495 concernant le déroulement du stage. Le Décret n° 97-494 ayant été modifié par le Décret n° 97-1213 du 24/12/97

² Circulaire du C.N.O.M. n° 97-121 du 17 novembre 1997

³ Arrêté du 16 mai 1997 modifié par l'Arrêté du 13 mars 1998

Après une phase d'observation, au cours de laquelle le stagiaire sera passif, ce qui lui permettra de se familiariser avec son environnement, aussi bien médical qu'humain, le stagiaire abordera une phase semi-active au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence et sous les directives du maître de stage.

Enfin, une phase active au cours de laquelle il pourra accomplir seul des actes dans la limite de trois par jour. Cette prise de responsabilité ne saurait cependant s'assimiler à une prise d'autonomie, les actes restant effectués à la demande du maître de stage et servant à nourrir les échanges maître de stage/stagiaire.

A ce sujet, il ne nous paraît pas raisonnable d'envisager un regroupement de ces trois actes quotidiens pour, après calcul, permettre au stagiaire de les effectuer tous dans un délai plus court. Cela serait contraire à l'esprit du texte et à la volonté de ses promoteurs.

La durée de ces trois phases n'est pas définie et sera fonction aussi bien des aptitudes du stagiaire que de l'accord du maître de stage, sa disponibilité et sa capacité à faire confiance. Suivant les circonstances, le type de pathologie, la plus ou moins grande acceptation du patient ces trois phases seront intriquées.

3 – L'information des patients :

Cette information, absolument nécessaire et conforme à la déontologie, doit lui permettre d'accepter ou de refuser la présence du stagiaire. L'expérience prouve que les refus sont rarissimes. En pratique, cette information peut être générale, par voie d'affichage par exemple, et individuelle à l'occasion de chaque demande d'acte.

4 – Problèmes pratiques liés à l'exercice du stagiaire :

Utilisation des ordonnances et des documents nécessaires à l'assurance maladie.

En ce qui concerne les ordonnances, le stagiaire utilisera celles du maître de stage du cabinet dans lequel il exerce en précisant, de façon manuscrite, ses nom et prénom, suivis de la mention " résident stagiaire ".

Il en sera de même pour les feuilles d'assurance maladie et les divers documents de liaison avec la caisse. C'est le cachet du maître de stage qui figurera, complété par le nom du stagiaire. S'il effectue l'acte, il signera la colonne prestation et la colonne perception des honoraires en inscrivant la mention " perçu pour le compte du docteur..... ".

Rappelons à ce sujet que, comme pour les remplaçants, c'est le maître de stage qui reste responsable vis à vis de l'assurance maladie de la bonne application des textes réglementaires et conventionnels.

5 – Responsabilité civile du stagiaire et du maître de stage :

L'article 7 de l'arrêté du 13 mars 1998 prévoit l'obligation d'assurance en responsabilité professionnelle du résident stagiaire couvrant aussi bien les dommages qu'il peut causer aux patients qu'à son maître de stage. Cependant, lorsqu'il exerce en phase dite active le résident stagiaire comme l'interne exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du maître de stage. Il appartient donc à ce dernier de prévenir son assurance en responsabilité professionnelle comme le prévoit l'arrêté précité.

6 - Formation déontologique du stagiaire :

Profitant de cette période privilégiée, le maître de stage doit régulièrement apporter l'éclairage déontologique de sa pratique.

III - CRITERES DE QUALIFICATION DU MAITRE DE STAGE

Avant de définir les critères de qualification des maîtres de stage, il nous paraît important de rappeler brièvement la spécificité de la discipline clinique "Médecine Générale".

Son champ d'activité est défini à partir des besoins et des demandes des patients étant ainsi le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé. Le généraliste doit prendre en compte l'environnement du patient, son cadre de vie, son milieu professionnel, ses origines culturelles, autant

d'éléments qui interfèrent sur les problèmes pathologiques. Enfin, il doit outre ses compétences médicales, être apte à la coordination des soins, afin de remplir un véritable rôle de pivot.

Ayant ainsi précisé les principaux éléments qui définissent la médecine générale, nous allons étudier les qualités attendues du maître de stage. C'est sur ces qualités que doivent s'appuyer les critères de qualification. Pour les définir nous reprendrons la définition qui en a été donnée par l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens. Ils sont au nombre de 5, chacun devant être développé :

Un exercice principal en médecine générale d'au moins cinq ans. Ce délai nous paraît plus conforme à l'objectif que celui de trois ans retenu par le décret.

Une compétence en médecine générale et en gestion, s'appuyant sur :

- une participation régulière à la F.M.C.,
- une auto évaluation régulière,
- une documentation personnelle accessible et mise à jour,
- la participation à des travaux de recherche en médecine générale,
- une bonne intégration des facteurs socio-économiques et psycho-émotionnels dans sa démarche médicale,
- une bonne expérience des relations avec les autres médecins, les professionnels de santé, ainsi que les techniques et les structures médico-chirurgicales,
- éventuellement la participation à des structures de soins coordonnées,
- un cabinet médical dont la gestion est bien suivie avec la possibilité d'instruire le stagiaire sur ses obligations comptables.

Une compétence pédagogique :

- s'appuyant sur une participation active aux différents volets du 3^e cycle des études médicales,
- lui permettant :
 - d'identifier les besoins de formation des stagiaires,
 - d'organiser un programme de formation large tenant compte de tous les aspects de l'exercice quotidien,
- aidant le résident dans le domaine relationnel tant avec les individus que leurs familles,
- familiarisant le stagiaire avec les systèmes de santé et d'assurance maladie.

Un cabinet médical actif, bien organisé et dont la clientèle est variée :

- avec des locaux suffisants pour permettre l'exercice simultané,
- des dossiers médicaux bien tenus.

Enfin l'enseignement devra s'appuyer :

- sur des rencontres régulières médicales et éducatives,
- des supports pédagogiques (livres, journaux, cassettes),
- l'incitation faite au stagiaire de participer à des séminaires d'aptitude, d'entretien des connaissances, d'évaluation et de recherche.

On remarquera cependant que, pour être mis en œuvre, tous ces éléments vont nécessiter que le maître de stage consacre un temps très important à son stagiaire.

L'agrément des maîtres de stage qui doit s'appuyer sur les critères précédemment décrits devra être assuré conjointement par les responsables universitaires du 3^e cycle et les membres du collège des généralistes enseignants. L'Ordre des Médecins ne peut pas, en l'état actuel de ses missions officielles et de ses possibilités assurer cet agrément. Par contre, il lui appartient d'apporter des informations sur les modalités d'exercice du candidat et son respect des règles déontologiques.

IV – BILAN DU STAGE ET MODALITES D'EVALUATION

Le bilan de chaque stage doit comprendre :

- un rapport du maître de stage,
- un rapport du résident.

Ces deux rapports comportant des fiches d'évaluation.

1 – Les fiches d'évaluation :

Pour le maître de stage, elles concernent :

L'évaluation des compétences du stagiaire selon les critères : très bon, bon, faible et inacceptable, retiendra ses capacités à prendre en charge les situations courantes, à répondre aux urgences, à utiliser les aides au diagnostic et à assurer les tâches administratives. Mais c'est aussi sa capacité à prendre en charge des situations particulières par leur complexité technique, relationnelle ou sociale et surtout à avoir bien intégré l'importance de la relation médecin-malade.

L'évaluation du comportement du stagiaire :

Dans ses capacités à gérer le temps, à bien mener un examen clinique, à savoir négocier, à mettre à l'aise le patient, à prendre des décisions, à gérer l'incertitude ou les situations difficiles voire dramatiques, à travailler avec les autres acteurs du système sanitaire et social...

Pour le résident, l'évaluation portera :

- sur les objectifs pédagogiques personnalisés. Ont-ils été fixés en début de stage et réalisés ?
- sur le nombre et la qualité des actes effectués de façon autonome,
- sur l'acquisition de connaissance (savoir), d'habileté technique (savoir-faire), des attitudes (savoir être),
- sur l'acquisition de connaissances administratives, médicales, légales, comptables et financières.

2 – Les rapports de stage :

- Du maître de stage :

Il comprendra :

- les grilles d'évaluation remplies,
- des commentaires sur les progrès éventuels et les problèmes soulevés par le stage,
- un avis sur la validation du stage.

On peut envisager que seul le médecin chargé de la coordination (voir plus loin) rédige ce rapport.

- Du résident :

Un rapport global sur son activité pendant les différents stages qu'il a suivis, complété par les fiches d'évaluation.

En ce qui concerne le ou les stages effectués dans d'autres structures, le rapport comportera la description de la structure, son objet, les conditions du stage et éventuellement son intérêt.

Un carnet de stage sur lequel pourrait figurer tout ou partie des différents éléments décrits pourrait être réalisé.

3 – Incidents au cours du stage :

En cas de problème au cours du stage, le directeur de l'U.F.R., dont relève le stagiaire, peut mettre fin au stage ou le suspendre de sa propre initiative ou à la demande soit du maître de stage, soit du stagiaire. En tout état de cause, il ne pourra être mis fin au stage de façon unilatérale sans réunion préalable des parties contractantes et sous réserve d'un préavis de 15 jours (Art 10 de l'arrêté du 16 mai 1997).

En cas de stage non validé par le maître de stage responsable, le dossier est étudié par les coordonnateurs du 3^e cycle de médecine générale et, si nécessaire, soumis au Conseil de Faculté siégeant en formation, restreinte aux enseignants. En dernier ressort, la décision revient au Doyen de la Faculté de Médecine.

En cas de semestre non validé, le résident devra accomplir une nouvelle période. Ce nouveau stage donne lieu à rémunération.

Enfin, toutes les absences ou demandes de congé annuel sont à signaler au médecin coordonnateur. Les absences et congés sont réglés suivant les mêmes règles que les stages hospitaliers par la Direction des Affaires Médicales du C.H.U.

V – QUESTIONS NON RÉSOLUES OU MAL RÉSOLUES ACTUELLEMENT

Avant de conclure ce rapport, nous voulons aborder plusieurs points soulevés par ce stage. Il s'agit en effet :

- de la rémunération du maître de stage et du stagiaire,
- de la reconnaissance par les autorités universitaires et l'Ordre de cette charge,
- de l'intérêt d'un médecin coordonnateur,
- des problèmes soulevés par l'installation éventuelle du stagiaire.

1 – Rémunération :

- Les résidents stagiaires sont rémunérés selon les indices en vigueur pour les stages hospitaliers, actuellement 8 000 à 9 000 F (1 345 à 1 513 Euros) suivant l'ancienneté, payés par le C.H.U. de rattachement et remboursés par la D.R.A.S.S.. C'est un salaire. Ils ne peuvent recevoir de rémunération des maîtres de stage, ni des patients.
- Les maîtres de stage sont rémunérés sous la forme d'honoraires pédagogiques calculés sur la base de 3 500 F par mois (588 euros), soit 14 000 F pour 4 mois (2 353 euros) et 21 000 F (3 529 euros) pour 6 mois payés par la Faculté qui est remboursée par la DRASS. Ces honoraires seraient assimilés à des honoraires libéraux sur le plan fiscal..

Compte tenu de la charge de travail que représentent la direction et l'animation d'un tel stage et compte tenu du manque à gagner prévisible qu'il entraîne pour le médecin libéral payé à l'acte, il est évident que cette rémunération doit être reconsidérée au risque de tarir les vocations de maître de stage et/ou la qualité de ces stages.

2 – Reconnaissance de la fonction :

Les maîtres de stage revendiquent la possibilité de faire figurer, dans leurs titres, la participation à la formation des étudiants en médecine.

Le libellé exact de ce titre "Maître de stage ou chargé d'enseignement ou Maître de conférence" est en cours de négociation. Nous savons que l'Ordre est favorable à la reconnaissance du travail accompli par les maîtres de stage au service de la médecine, mais que la décision finale relève aussi des ministères de l'Education Nationale et de la Santé. L'Ordre pense cependant que le titre "ancien maître de stage" ne pourrait être acquis qu'après trois années d'exercice.

3 – Intérêt d'un médecin coordonnateur :

Initialement prévu dans un seul cabinet médical, la nécessité d'autoriser l'éclatement dans, au maximum, trois cabinets est apparue et a été inscrite dans les textes. Cela a l'avantage d'alléger la charge de travail du maître de stage et d'élargir le champ d'expérience du stagiaire. Très vite, la nécessité d'un médecin coordonnateur est apparue. Certaines Facultés de Médecine, comme celle de Grenoble, ont alors créé une Unité Pédagogique locale composée des différents médecins ayant accepté de recevoir le stagiaire. Il faut cependant lever une ambiguïté. Ce n'est pas en effet l'Unité Pédagogique locale qui manage le stage, mais chacun des médecins lorsqu'il a le stagiaire chez lui. Par contre, rien n'interdit à ce que l'un des trois assure une coordination afin de préciser les objectifs généraux et les modalités du stage, et éventuellement coordonner les évaluations.

4 – Problèmes professionnels et déontologiques :

Un stage aussi long dans des cabinets médicaux peut soulever un certain nombre de problèmes qu'il est utile de préciser afin de les éviter :

- La nécessité d'informer, de façon précise et individuelle, la clientèle et d'obtenir son accord,
- Les règles relatives aux assurances en responsabilité professionnelle du résident et du maître de stage.

Il paraît nécessaire aussi :

- de fixer les moyens d'éviter une dérive vers une situation d'assistantat, fut-il temporaire,
- de déterminer les conditions de choix des patients confiés au stagiaire lors de la phase active,
- de préciser les règles relatives à l'autorité exercée par le maître de stage sur le stagiaire.

- Lorsque le stage se déroule dans un cabinet de groupe l'information et peut-être l'accord des autres membres serait souhaitable.
- Enfin, et surtout, il risque de se poser un problème important lors de l'installation du stagiaire. Bien que le stage ne soit ni un remplacement, ni un assistantat, on peut s'interroger sur une éventuelle application de l'article 86 du Code de Déontologie. L'Ordre national interrogé n'a pas retenu cette hypothèse, considérant que si les exigences réglementaires prévues dans la convention sont bien respectées, il n'y a aucune raison d'introduire une clause de non-installation.

Compte tenu de tous ces éléments, et sachant que le terrain de prédilection de ces stages sera très souvent un cabinet de groupe, il nous paraît opportun de prévoir que le maître de stage envisage un avenant à son contrat d'association prévoyant les modalités de réception et d'activité du stagiaire.

Si ce principe était admis, un modèle type de contrat de stage, à annexer à la convention prévue par les textes, sera proposé par le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Pour conclure, on peut dire que l'expérience actuelle de stage auprès du praticien reçoit un accueil très favorable aussi bien des praticiens maîtres de stage que des patients. Les maîtres de stage sont actuellement 2500, tous volontaires bien entendu, quant aux patients une récente enquête parue dans le *British Journal of General Practice* montre que la plupart des patients sont favorables à la présence du stagiaire considérant qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'enseignement de la médecine.

Les auteurs de l'enquête considèrent que la présence du stagiaire a une influence sur la consultation elle-même et qu'il va falloir l'étudier.

Quant aux étudiants, outre les difficultés pratiques qu'ils soulèvent parfois, ils sont très favorables à ce type d'enseignement mais demandent que la période passive soit dans bien des cas écourtée.

Compte tenu de son intérêt, en rejoignant les souhaits de la commission Fougère, nous pensons qu'un stage chez le spécialiste de ville devrait être envisagé pour les confrères préparant un D.E.S. comme c'est le cas actuellement pour les médecins du travail.

Quel sera l'avenir de ce stage, nul ne peut le prévoir. Les effets du *numerus clausus* sur le nombre de médecins, maîtres de stage potentiels, la féminisation et le développement d'activité à temps partiel sont autant de problèmes qui vont se poser à brève échéance.