



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Attentes des Maîtres de stage des Universités (MSU) de l'évaluation de
stage des internes en ambulatoire.**

Etude qualitative auprès des MSU de la Faculté de Médecine de Lille.

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2019 à 14 heures
au Pôle Formation

Par Inès WARCHALOWSKI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur.

Déclaration d'intérêts

L'auteur ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche.

L'auteur ne déclare avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec de travail de recherche.

Tables des matières

Chapitre 1 – Introduction.....	1
1.1 Organisation du DES de médecine générale et des stages en soins primaires.....	2
1.1.a Le stage de médecine générale de niveau 1.....	3
1.1.b Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS).....	3
1.2 Définition et rôle du Maître de stage des Universités (MSU).....	4
1.3 Mise en contexte et définitions des termes pédagogique « compétence », « évaluation » et de leur outils.....	5
1.3.a. Compétence.....	5
1.3.b. Evaluation.....	6
1.3.c. Outils d'analyse.....	7
1.4 Objectifs de l'étude.....	7
Chapitre 2 – Matériels et Méthodes.....	8
2.1 Choix de la méthode.....	8
2.1.a. L'enquête qualitative.....	8
2.1.b. Les entretiens individuels semi-dirigés.....	8
2.2 Echantillon.....	10
2.2.a. Caractéristiques de l'échantillon.....	10
2.2.b. Recrutement.....	10
2.2.c. Taille de l'échantillon.....	11
2.3 L'entretien.....	11
2.3.a. Guide d'entretien.....	11
2.3.b. Retranscription des entretiens.....	11
2.4 Analyse des entretiens.....	12
2.5 Considérations éthiques.....	12
Chapitre 3 – Résultats.....	13
3.1 Résultats quantitatifs.....	13
3.1.a. Entretiens.....	13
3.1.b. Description de l'échantillon.....	13
3.2 Résultats qualitatifs.....	14
3.2.a. Remarques générales des MSU.....	14
3.2.a. 1) Sur le contenu de l'évaluation.....	14

3.2.a. 2) Sur la forme de l'évaluation.....	16
3.2.b. L'évaluation en elle-même.....	17
3.2.b. 1) Phase observationnelle.....	18
3.2.b. 2) Phase de supervision directe.....	19
3.2.b. 3) Phase de supervision indirecte.....	21
3.2.b. 4) Phases évaluatives.....	22
3.2.c. Evolution et différences de l'évaluation en stage N1 et en stage SASPAS.....	25
3.2.c. 1) Le SASPAS, une continuité du stage de N1.....	25
3.2.c. 2) Mais avec des différences à faire apparaître dans les évaluations du N1 et du SASPAS.....	25
Chapitre 4 – Discussion.....	26
4.1 Discussion sur la méthode : forces et limites.....	26
4.1.a. Etude qualitative, une force ?.....	26
4.1.a. 1) Points forts de l'étude.....	26
4.1.a. 2) Validité des résultats.....	27
4.1.b. Biais et limites de l'étude.....	27
4.1.b. 1) Biais internes.....	27
4.1.b. 2) Biais externes.....	28
4.2 Comparaison aux outils existants.....	28
4.2.a. Grilles d'évaluation existantes et utilisées à Lille.....	28
4.2.b. Grilles d'évaluation employées ou proposées ailleurs en France.....	32
4.2.b. 1) Grille d'évaluation utilisée à Limoges.....	32
4.2.b. 2) Grille générique d'observation d'Attali.....	33
4.3 Vers une nouvelle grille d'évaluation ?.....	34
4.3.a. Facteurs pédagogiques.....	34
4.3.b. Facteurs institutionnels et réglementaires.....	35
4.3.c. Attentes des MSU lillois.....	36
4.3.d. Grilles existantes.....	36
4.3.e. Critères pour construire une nouvelle grille.....	37
Chapitre 5 – Conclusion.....	39

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de la santé
CEMG	Collège des Enseignants de Médecine Générale Nord Pas de Calais
CNGE	Collège nationale des généralistes enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
DES	Diplôme d'études spécialisées
DMG	Département de médecine générale (de la Faculté Henri Warembourg de Lille)
ECN	Epreuves Classantes Nationales
MG	Médecine générale
MSU	Maître de stage des Universités (en médecine générale)
RSCA	Récit de situation complexe et authentique
SASPAS	Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
TCEM	Troisième cycle des études médicales

Résumé

Contexte En médecine générale, la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) le 6 octobre 2004 a impliqué l'évaluation des compétences des internes pour valider leur cursus. Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages, notamment en soins primaires, et peu d'entre elles semblent s'intéresser aux attentes des maîtres de stages des Universités (MSU).

Matériel Pour recueillir, comprendre et analyser les attentes des MSU, la méthode qualitative a été choisie avec réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels auprès des MSU de la Faculté de médecine de Lille entre septembre 2016 et janvier 2018. Les entretiens ont été analysés par un codage en ouvert par un chercheur, revus et discutés par un second, jusqu'à suffisance des données.

Résultats Douze entretiens ont été réalisés avec une suffisance des données atteinte au neuvième entretien. Leur durée moyenne était de 31 minutes. Les interviewé(e)s avaient en moyenne 8,3 années en tant que MSU à leur actif. Sur le contenu de l'évaluation, les remarques retrouvées fréquemment étaient de laisser plus de place aux commentaires libres, d'avoir une grille plus souple avec des termes plus compréhensibles et plus adaptés à la médecine générale. Sur le format, le numérique a été plébiscité avec une grille plus courte, applicable en pratique et impliquant les onze familles de situation cliniques. Pour l'évaluation, la marguerite des compétences comme modèle était préférée avec mise en avant de l'évolution des compétences dans le temps ainsi que de la progressivité de l'interne par son autonomisation. L'auto évaluation et l'hétéro évaluation doivent rester complémentaires. La validation de stage se fait par l'évaluation. Les MSU sont, également, favorables à une séparation des grilles entre l'interne de N1 et l'interne de SASPAS pour créer une différence entre l'évaluation des uns et des autres.

Conclusion Un des enjeux est donc la construction et l'utilisation pertinente d'outils d'évaluation avec une bonne compréhension et appropriation par leurs utilisateurs principaux (MSU et internes). Les éléments retrouvés dans cette étude devront être confirmés et complétés par d'autres recherches, utilisant notamment une méthode quantitative.

Abstract

Background In general practice, the establishment of the Diploma of Specialized Studies on October 6, 2004 involved the assessment of the skills of the interns to validate their cursus. Few studies exist on the assessment of the pedagogical quality of traineeships, especially in primary care, and few seem to be interested in the expectations of the traineeships masters.

Methods To collect, understand and analyze the expectations of the traineeships masters, the qualitative method was chosen with individual semi-directed interviews with the internships masters of the Faculty of Medicine of Lille between September 2016 and January 2018. The interviews were analyzed by a open coding by a researcher, reviewed and discussed by a second, until sufficient data.

Results Twelve interviews were conducted with sufficient data obtained at the ninth interview. Their average duration was 31 minutes. The interviewees had an average of 8.3 years as a traineeship master. On the content of the evaluation, the frequently found remarks were to leave more room for free comments, to have a more flexible grid with terms that are more comprehensible and more adapted to general medicine. In terms of format, digital has been acclaimed with a shorter grid, easily operable in practice and involving the eleven families of clinical situations. For evaluation, daisy skills as a model was preferred with emphasis on the evolution of skills over time as well as the progressivity of the intern by its empowerment. Self-evaluation and hetero evaluation must remain complementary. Internship validation is done through evaluation. The internship masters are also agreed to a separation of the grids between the intern L1 and the high level intern to create a difference between the evaluation of each other.

Conclusion One of the challenges is the construction and the relevant use of evaluation tools with a good understanding and appropriation by their main users (internship masters and interns). The elements found in this study should be confirmed and supplemented by other research, using a quantitative method.

Chapitre 1

Introduction

En médecine générale, la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) le 6 octobre 2004 a impliqué l'évaluation des compétences des internes pour valider leur cursus. (1)

En effet, le troisième cycle des études médicales comporte un enseignement théorique, assuré par le département de médecine générale (DMG), ainsi qu'un enseignement pratique au lit du patient (2) ou dans le cas présent en soins primaires.

Outre la réalisation des stages, la validation du DES porte essentiellement sur deux travaux écrits : un mémoire de DES et un document de synthèse. Les interprétations et applications de ces termes varient d'un DMG à l'autre. (3)

A Lille, par exemple, la validation du DES de médecine générale comporte la tenue régulière d'un port folio électronique avec la réalisation de traces écrites type récit de situation complexe et authentique (RSCA), de rapports de stages et, nouveauté depuis la promotion des épreuves classantes nationales (ECN) 2017, de journaux de bord. (4)

Depuis, la réforme du DES de médecine générale en avril 2017, rend officiellement le port folio comme constituant le mémoire du DES avec la proposition d'une uniformisation nationale sous format électronique. (5)

Evaluer l'acquisition des compétences des futurs médecins généralistes se révèle être un problème complexe qui nécessite la prise en compte de nombreux facteurs réglementaires, institutionnels et pédagogiques. Malgré tout, cette évaluation reste un enjeu fondamental et structurant du DES. (1)

Elle permettrait, cette évaluation des internes, d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes.

On sait, depuis longtemps, que les évaluations des enseignements par les étudiants sont un des vecteurs de qualité de l'enseignement les mieux étudiés et validés (6), et pourtant, peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages, notamment en soins primaires en médecine générale, et peu d'entre elles semblent s'intéresser aux attentes des maîtres de stages des universités (MSU) ou aux attentes des internes.

Avant de passer au sujet de l'étude, définissons et éclaircissons quelques termes utiles à la compréhension de ce sujet.

1.1 Organisation du DES de médecine générale et des stages en soins primaires

Le DES de médecine générale est structuré par une maquette d'une durée de 3 ans pour lequel le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (TCEM) définit une formation théorique de 200 heures d'enseignement facultaire minimum et une formation pratique de 6 semestres de stage avec des fonctions hospitalières et extrahospitalières. (7)

Ce décret précise que l'interne de médecine générale doit réaliser en soins primaires :

- un semestre obligatoire validant le stage de niveau 1 dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé MSU ;
- un stage d'un semestre en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS). (7)

Une réforme du DES de médecine générale a eu lieu en avril 2017 pour une application dès la rentrée de novembre 2018, avec une période de transition permettant aux différents DMG de s'adapter à la nouvelle maquette de réalisation des stages en résultant.

Le troisième cycle s'organise désormais en trois phases :

- La phase socle constituée par une première année avec une évaluation obligatoire,
- puis une phase d'approfondissement de deux ans à l'issue de laquelle le DES de médecine

générale pourra être validé.

- La troisième phase, dite de consolidation, n'existe pas pour le moment pour le DES de médecine générale et devrait être constituée dans le futur, par une quatrième année, incluse à la maquette du DES, dite professionnalisante réalisée en ambulatoire. (5)

Au niveau de la réalisation des stages, cette réforme rend le SASPAS obligatoire en 3^{ème} année soit lors de la 2^{ème} année de la phase d'approfondissement.

1.1.a Le stage de médecine générale de niveau 1

Il consiste à accueillir un interne de médecine générale, pendant 6 mois, dans un ou plusieurs sites d'exercice, encadré par 1 à 3 MSU. Le MSU doit être présent dans son cabinet ou dans le centre de santé en même temps que l'interne. Il doit organiser progressivement les différentes phases du stage : la première est une phase d'observation active au cours de laquelle l'interne regarde, écoute et travaille à partir des éléments recueillis ; la deuxième est une phase de supervision directe, au cours de laquelle l'interne peut intervenir en présence du maître de stage et enfin une période active au cours de laquelle il pourra effectuer seul des actes sous la supervision de son MSU. L'objectif de ce stage étant la mise en autonomie de l'interne en contexte de médecine générale ambulatoire. (7)

1.1.b Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

Ce stage organisé en 3^{ème} année du D.E.S est devenu obligatoire depuis la réforme du DES de médecine générale en avril 2017. (5)

Il a pour objectif principal, sur une durée de 6 mois, de perfectionner l'autonomie de l'interne pour lui permettre d'exercer seul.

L'interne est la majorité du temps en supervision indirecte, l'objectif étant de placer l'interne en situation professionnelle de gérer la totalité des activités d'un cabinet médical toute une journée, dans trois cabinets différents au cours de la semaine. (8) Il est réalisé, à la fin de chaque journée ou demi-journée, un débriefing ou rétro action pédagogique sur les dossiers

des patients vus, entre le MSU et l'interne. Le MSU doit rester joignable à tout instant par l'interne, seul au cabinet. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un remplacement.

1.2 Définition et rôle du Maître de stage des Universités (MSU)

Les MSU assurent l'enseignement sur les lieux de stage ambulatoire en situation professionnelle. Ils reçoivent une formation à la fonction pédagogique organisée par le Collège nationale des généralistes enseignants (CNGE) et/ou par les DMG. (7)

La réforme du DES de médecine générale insiste sur le fait que les MSU devront obligatoirement avoir bénéficié d'une formation expertisée par les universitaires de médecine générale, et devront avoir un exercice professionnel depuis au moins 2 ans (au lieu de 3 actuellement). (5)

A Lille, cette formation est organisée par le Collège des enseignants de médecine générale du Nord-Pas de Calais, relais local du CNGE.

Elle se compose de quatre sessions :

- « Initiation à la maîtrise de stage » (S1) ;
- « Supervision directe en maîtrise de stage » (S3) ;
- « Supervision indirecte en maîtrise de stage » (S4) ;
- « SASPAS » (S5). (9)

Depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), les MSU obtiennent un agrément attribué par l'Agence régionale de santé (ARS), le recrutement étant toujours à la charge des DMG.

Leur rémunération est constituée par des honoraires pédagogiques à hauteur de 600 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant de 3ème cycle à plein temps. (7)

1.3 Mise en contexte et définitions des termes pédagogiques "compétence", "évaluation" et de leurs outils

1.3. a. Compétence

Le modèle de la compétence s'inscrit au cœur des évolutions professionnelles et sociétales actuelles. Il représente aujourd'hui, dans de nombreux secteurs, un concept central touchant directement à la notion de métiers, aux contenus des formations et à l'amélioration de la qualité du service rendu.

Pour Medef 1998, Le Boterf 1996 et Zarifian 2000, la notion de compétence serait définie, de manière générale en première intention, dans cette perspective, comme "la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs connaissances, savoir-faire, comportement et expérience en situation". (10)

Il existe d'autres définitions de compétence, dont celle-ci : "caractéristique individuelle ou collective attachée à la possibilité de mobiliser ou de mettre en œuvre de manière efficace dans un contexte donné un ensemble de connaissances, de capacités et d'attitudes comportementales".

Ainsi, les caractéristiques s'attachant à la notion de compétence sont les suivantes :

- efficacité dans la réalisation d'acte ou de résolution de problème
- contextualisation (ici en situation particulière professionnelle de médecine générale)
- structuration des processus cognitifs mobilisés.

La compétence est la mise en action de savoirs ou savoir-agir qui dépend du contexte, avec un résultat pertinent, donc un savoir-agir contextualisé performant. (1)

En médecine générale, à la différence du deuxième cycle des études médicales où les étudiants sont surtout formés dans une logique d'acquisition de savoirs disciplinaires, l'apprentissage des compétences se fait à partir de situations-problèmes professionnelles. En effet, l'action en situation de soins nécessite d'intégrer la complexité du contexte et du patient, tout en mobilisant des ressources variées. Or, il a été mis en évidence que l'élève "empli de savoirs" peut se trouver incapable de les réactiver en situation réelle. Nous voyons

là les limites de l'approche par objectifs en médecine générale, au profit de l'approche par compétences. (11)

1.3.b. Evaluation

L'évaluation des compétences est donc consubstantielle à une formation professionnalisante et au processus de certification. Le Mauff, et al. en ont explicité les aspects théoriques et pratiques dès 2005. (12)

L'évaluation se compose d'un processus en trois étapes :

- recueillir des données
- analyser ces données
- porter un jugement de valeur (ou appréciation) à partir de l'analyse des données.

Ce processus est réalisé en vue de prendre une décision en lien avec son objectif initial, prédéfini. (1)

Dans la définition de Gardner, il s'agit "d'un processus par lequel des informations sont obtenues au sujet des connaissances (skills) et des capacités (potentials) d'une personne [...] ce processus de recueil d'informations vise à fournir une rétroaction significative à la personne évaluée et à fournir des données utiles à la communauté dans laquelle elle vit".

On apprend, ainsi, qu'il y a une double finalité à l'évaluation : l'une destinée aux apprenants et aux enseignants (évaluation formative), l'autre destinée aux institutions (évaluation certificative). (13)

L'évaluation formative a pour but de fournir une rétroaction à l'interne. Elle nécessite que les critères d'évaluation soient donnés dès le début du cursus et soient régulièrement utilisés à visée « diagnostique » pour permettre à l'interne de s'ajuster et de progresser.

L'évaluation certificative, quant à elle, fournit des données utiles à la communauté. Elle a pour but d'attester que les apprentissages sont conformes aux critères attendus. Elle aboutit, par exemple, à la délivrance d'un diplôme, ici le D.E.S de médecine générale.

L'évaluation des internes dans le modèle d'apprentissage par compétence doit donc allier la

double exigence formative et certificative, en évitant les caractéristiques d'une évaluation purement sanctionnante. (12)

1.3.c. Outils d'analyse

Dans le modèle d'approche par compétences, l'évaluation a lieu lors d'une interaction directe avec l'interne. Elle doit s'être appuyée sur des critères d'analyse. Les notions de supervisions directes et indirectes apparaissent indispensables.

La supervision directe permet d'observer et d'évaluer les performances psychomotrices, communicationnelles et relationnelles de l'interne.

La supervision indirecte permet d'observer et d'évaluer le raisonnement de l'interne et de lui fournir un retour immédiat sur son auto-évaluation.

Les qualités requises pour les outils d'analyse sont la validité, la reproductibilité et la faisabilité.

La complexité des objets évalués oriente vers des outils qualitatifs plutôt que des outils seulement quantitatifs. L'utilisation d'échelle (dont le regroupement forme des grilles) permet d'analyser les apprentissages en trouvant un juste compromis entre validité, reproductibilité et faisabilité. (12)

1.4 Objectifs de l'étude

Dans une démarche d'amélioration des pratiques d'évaluation du côté des MSU, cette étude avait pour objectif principal de mettre en avant les attentes premières des MSU en médecine générale de Lille d'un dispositif d'évaluation de l'interne en stage dans son cabinet.

Son objectif secondaire serait de permettre d'améliorer les outils actuellement utilisés et de réaliser une grille d'évaluation correspondant plus à leurs attentes et visions de l'évaluation.

Chapitre 2

Matériels et Méthodes

2.1 Choix de la méthode

2.1.a. L'enquête qualitative

Le choix pour cette étude s'est porté vers une méthode qualitative puisqu'elle est la plus appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. (14)

En effet, pour recueillir, comprendre et analyser les attentes des MSU de l'évaluation de stage des internes en ambulatoire ainsi que les points appréciés et non appréciés dans la méthode d'évaluation actuelle, la recherche qualitative s'y portait le mieux. Elle permet d'étudier le comportement (ici des MSU vis à vis de l'évaluation), le vécu et l'opinion d'un sujet dans son environnement et elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ».

Cette recherche reste complémentaire de la recherche quantitative, ces méthodes s'enrichissent mutuellement.

2.1.b. Les entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien est un outil de la recherche qualitative, il permet d'explorer le sujet de l'étude en profondeur lors d'une interview.

Dans cette étude, les entretiens ont été réalisés en individuel afin que chaque MSU puisse s'exprimer de façon libre et pour faciliter la mise en place de ces entretiens en fixant un rendez-vous selon les disponibilités de chaque MSU.

Les entretiens étaient semi-dirigés, c'est-à-dire qu'ils suivaient la trame d'un questionnaire prédéfini ou "guide d'entretien" évoluant au fil des entretiens si le besoin s'en faisait sentir selon les réponses apportées par les MSU. (**Annexe 1**)

Ce guide d'entretien a été modifié suite à la mise en avant de problématiques, non pensées à la base, à la suite du premier entretien, puis à la suite du cinquième entretien. (**Annexe 2 et 3**) Il a également été enrichi, à la suite de l'entretien 6, suite à la prise de position concernant la réforme du 3ème cycle des études médicales, rendant notamment le SASPAS obligatoire à la rentrée 2017. (15) (**Annexe 4**)

Ce guide est composé de questions ouvertes, afin d'explorer le sujet de l'étude dans toute sa dimension, se greffant sur une liste de thèmes à aborder où, pour chaque thème, des questions de relance sont proposées.

Le plan de ce guide est resté souple pour que l'interviewer puisse l'adapter selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de l'entretien.

Les questions restent ouvertes afin de ne pas influencer la pensée du MSU interrogé, de lui laisser la place de développer d'autres idées, d'autres thèmes, sur le sujet, non abordés en premier lieu. Cela peut permettre de faire naître de nouvelles questions qui n'étaient pas préalablement prédéfinies par l'enquêteur.

Au cours d'un entretien, plusieurs aspects sont à respecter, notamment avoir une attitude neutre, pour ne pas influencer les réponses du MSU interrogé. Il faut également laisser parler la personne interrogée, l'encourager à développer ses idées mais aussi respecter des temps de pause. (16)

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2016 et janvier 2018. (**Annexe 5 à 16**)

Ils se sont déroulés pour la plupart des MSU dans leur cabinet de médecine générale, à l'exception de trois médecins dont les entretiens ont été réalisés via appel vidéo en direct par le logiciel Skype.

Avant chaque entretien étaient rappelés le contexte de l'étude, ses objectifs et les règles de déroulement de l'entretien avec recueil oral du consentement du MSU concernant l'enregistrement audio de l'entretien.

L'entretien était, par la suite, anonymisé, retranscrit ad integratum et analysé.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un téléphone portable.

2.2 Echantillon

2.2.a. Caractéristiques de l'échantillon

L'objectif d'une recherche qualitative n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif d'une population. L'échantillon doit permettre de refléter la diversité d'une population donnée. (14) Ainsi, pour obtenir un échantillon le plus large possible, les critères d'inclusion sont restés ouverts. Il s'agissait de tout médecin généraliste installé, ayant reçu et validé la formation de MSU et accueillant des internes de médecine générale en stage de niveau 1 et en SASPAS, dépendant du DMG de la Faculté Henri Warembourg de Lille.

Suite, à la réforme de 3ème cycle des études médicales, entrant en action à la rentrée 2017 et rendant le SASPAS obligatoire, un critère de non inclusion a été ajouté suite à l'entretien numéro 6 : MSU étant en trinôme ou binôme et n'accueillant pas de SASPAS. Ce critère fut appliqué d'avril 2017 à janvier 2018, du 7ème au dernier entretien.

2.2.b. Recrutement

Le mode de recrutement a été principalement réalisé en contactant par téléphone les MSU référencés par liste UPL et trinôme et régulièrement mis à jour sur le site du CEMG.

Le contact téléphonique était le plus simple pour expliquer rapidement le déroulement de l'entretien et convenir d'un rendez-vous pour sa réalisation.

Il existait malheureusement un obstacle, celui du secrétariat sur lequel on pouvait tomber avant d'avoir le médecin généraliste au bout du fil.

Pour deux personnes interrogées, étant à la fois MSU et enseignants au DMG, je me suis permise de prendre contact par mail pour convenir du rendez-vous pour la réalisation de l'entretien.

Au fil de la prise de contact, une attention particulière était portée à ce que l'échantillon soit hétérogène vis à vis des caractéristiques des MSU interrogés : essai de respecter une parité homme/femme, années d'expériences variées, MSU en trinôme versus UPL, cabinet de groupe versus seul.

2.2.c. Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas prédéfinie.

Il arrive, au cours du déroulement de l'étude avec analyse concomitante des données recueillies au fil des entretiens, un moment où il n'y a plus de nouvelles données : c'est la "suffisance des données permettant une modélisation". (17)

2.3 L'entretien

2.3.a. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été constitué à partir des recommandations relatives à la recherche qualitative et sur les conseils du directeur de thèse.(16) (17)

Ce guide d'entretien contient 3 versants d'étude du sujet :

- un versant interrogeant sur la notion de compétence ;
- un deuxième versant portant sur la notion d'évaluation ;
- un dernier versant portant sur le contenu, les outils employés.

Ce guide d'entretien a été validé, en interne, avec consultation régulière du directeur de thèse le Docteur Marc BAYEN.

Une phase de test de guide a été réalisé avec un autre chercheur réalisant la suite de cette thèse qualitative par une thèse quantitative, décrivant la construction d'une nouvelle grille d'évaluation.

Des questions précisant les différences faites au moment de l'évaluation entre l'interne en stage niveau 1 et en SASPAS ont été ajoutée suite à la réforme, correspondant à l'entretien 7, dans la chronologie. (**Annexe 4**)

2.3.b. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, au mot à mot, sur le logiciel Microsoft Word les jours suivant les entretiens, sans l'aide d'une autre personne.

L'analyse du non verbal a été ajoutée en caractère italique.

2.4 Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés par un codage en ouvert par un chercheur (moi-même), revus et discutés par un second (l'interne thésard réalisant la suite de cette thèse).

La mise en relation des codes et l'analyse des données ont été effectuées en commun, jusqu'à suffisance des données.

Ce double codage des données et l'analyse thématique ont été réalisés en utilisant le logiciel NVivo 11.

2.5 Considérations éthiques

Le recueil du consentement de chaque personne interrogée a été fait par oral avec autorisation d'enregistrement de l'entretien, de retranscription et d'anonymisation pour analyse.

Un avis favorable a été donné par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et un avis consultatif a été pris auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) nous confirmant que cette recherche qualitative ne relevait pas de leur compétence.

Chapitre 3

Résultats

3.1 Résultats quantitatifs

3.1.a Entretiens

Dans cette étude, 12 entretiens individuels ont été réalisés de septembre 2016 à janvier 2018. La suffisance des données a été obtenue au bout du 9^{ème} entretien mais l'étude a été poursuivie pour en avoir la confirmation.

Un médecin a refusé la proposition de la participation à l'étude lorsqu'il a été joint par contact téléphonique. De nombreux MSU n'ont pas pu être joints en direct, par blocage du secrétariat, malgré des messages laissés à l'intention du praticien et malgré des rappels aux heures demandées.

La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes.

3.1.b Description de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques des MSU de l'échantillon interviewés

	Sexe	Démographie	Exercice	Groupement	Année MSU	Age	Niveau de formation	Durée entretien
M1	homme	semi rural	groupe	trinôme	8	45-50	S4	27'54
M2	femme	urbain	groupe	trinôme	5	40-45	S4	22'
M3	homme	urbain	seul	UPL	8	50-55	S5	29'28
M4	homme	urbain	groupe	trinôme	7	40-45	S4	34'29
M5	femme	semi rural	groupe	UPL	5	40-45	S5	21'17
M6	homme	semi rural	groupe	UPL	36	60-65	S5	30'59
M7	homme	semi rural	groupe	UPL	10	60-65	S5	27'58
M8	femme	semi rural	groupe	UPL	1	35-40	S5	14'59
M9	homme	rural	groupe	UPL	4	45-50	S5	31'51
M10	homme	urbain	groupe	UPL	1	30-35	S5	64'58
M11	femme	rural	groupe	UPL	8	45-50	S5	49'01
M12	femme	urbain	groupe	UPL	7	40-45	S5	19'57

° Nombre d'années en tant que MSU

La moyenne était à 8,3 années avec pour extrême inférieure 1 année en tant que MSU et pour extrême supérieur 36 années en tant que MSU.

° Formation pédagogique

- 3 MSU avaient validé leur formation jusque S4 et étaient regroupés en trinôme
- 9 MSU avaient validé leur formation S5 et étaient regroupés en UPL (accueil d'interne en SASPAS réalisé)

3.2 Résultats qualitatifs

3.2.a. Remarques générales des MSU

3.2.a. 1) Sur le contenu de l'évaluation

- On retrouve une remarque fréquente chez les MSU interrogés, celle de laisser **plus de place aux commentaires libres** lors de l'évaluation :

« Ah et en imaginant que l'on ait, pourquoi pas, une place de commentaire plus importante quoi. En toute fin de grille on a simplement deux lignes de commentaire éventuel, comme si on pouvait résumer le parcours de l'interne en deux lignes... quoi... c'est très compliqué. Faudrait que l'on ait un peu plus de place au libre-échange quoi, plus que de cocher des cases quoi... » M4.

D'autres sont un peu plus mitigés sur cette place laissée aux commentaires :

« Si l'on sous-entend à la fin de l'évaluation un commentaire sur son stage... alors moi j'en faisais mais j'ai l'impression que cela ne servait à rien alors je n'ai pas continué réellement à le faire. » M12.

- Concernant une évocation de hiérarchisation des compétences, certains prônent une **hiérarchisation par importance** de ladite compétence, d'autres sont plutôt pour une **hiérarchisation par niveau d'acquisition** :

« L'importance qui est donnée...euh j'sais pas... sur des points type l'assiduité en stage, qu'elle soit considéré à part égale avec, par exemple, la communication avec le patient, la saisie d'un dossier, la capacité à se remettre en question... je trouve qu'en médecine générale il faudrait qu'on revoie les différents points de l'évaluation euh... voilà en faisant passer avant tout la relation avec le patient plus que beaucoup de petits points de détails qui me paraissent un peu redondant parfois. » M4.

« Effectivement je me sers beaucoup des grilles d'évaluation qui sont assez pratiques ou acquis ou pas acquis, ça simplifie un peu les choses, donc plus par niveaux d'acquisition. » M12.

Certains sont un peu plus mitigés sur cette notion de hiérarchisation :

« On n'est peut-être pas obligé de rester sur une formalité euh... -2 ne sait pas, -1 sait un petit peu, 0 indifférent, 1 sait et 2 maîtrise très bien - parce que ça c'est pratique, ça permet d'être dans les cases, ça permet d'en tirer des statistiques, ça permet de voir... mais c'est pas euh... ça n'a pas de souplesse... ça n'a pas de souplesse. » M3.

- Les MSU souhaiteraient en majorité une grille d'évaluation leur laissant **plus de souplesse et plus d'ouverture** :

« Moi j'aimerais bien qu'on change la grille d'évaluation que l'on a actuellement que je trouve rigide et assez inadaptée. » M6.

- De plus, les MSU réclament une évaluation **plus compréhensible dans les termes et plus adaptée à la médecine générale** :

« L'évaluation doit être compréhensible par l'étudiant et par la personne qui évalue. Si personne ne comprend ce que l'on attend, bin ce n'est pas possible, donc du coup elle doit être comprise... » M10.

- De même, il souhaiterait que l'évaluation comprennent des **termes moins théoriques** :

« Euh c'est rébarbatif, c'est long, c'est dès fois pas très compréhensible pour moi alors je pense que ça l'est encore plus pour les internes euh... du coup c'est des fois au pifomètre hein. » M8.

3.2.a. 2) Sur la forme de l'évaluation

- Les MSU insistent sur la **faisabilité** de la mise en pratique de l'évaluation et l'importance de **trouver les bons outils** :

« Le but c'est déjà de définir les objectifs donc là si on est sur un objectif d'approche par compétences, on va évaluer les compétences, ça paraît un peu simple mais ce n'est pas forcément ce qui était fait avant. » M10.

- Le principal **obstacle** auquel les MSU doivent faire face étant le **temps** :

« Le temps, euh... il faut accepter de prendre du temps. » M11.

- Dans le débat format numérique versus format papier, certains MSU semblent être conquis par le **format numérique** :

« Donc visuellement, il faut que l'outil soit plus facile à utiliser. On peut avoir un outil internet avec une visualisation graphique des différentes compétences et de l'évolution dans le temps. » M10.

- Une **grille d'évaluation plus courte** semble être sollicitée :

« Il ne faut pas que ça soit trop long. Enfin, il faudrait que cela soit court mais les compétences sont tellement larges et c'est multiple, du coup, des compétences larges et multiples avec un questionnaire court c'est pas facile. » M8.

- Certains MSU souhaiteraient une **évaluation pratique en mise en situation réelle** de l'interne :

« Une bonne évaluation de stage doit se faire comme un examen oral c'est à dire que pour moi ça doit passer par la prise en charge d'un patient en présence de MSU. » M1.

- Des MSU ont évoqué une **évaluation sur les familles de situations cliniques** :

« J'ai commencé, par contre, à faire travailler mes internes sur le dernier mois de stage avec la nouvelle grille sur les familles de situations, être sûr qu'ils aient bien rencontré toutes les familles de situations, qu'ils aient pris conscience aussi des familles de situations... » M10.

- Certains MSU ont, enfin, évoqué une **évaluation sous forme de rapport de stage** :

« Moi, le praticien fait avec euh... éventuellement la description de quelques prises en charge de patient par l'interne et puis voir un peu comment ça s'est déroulé. Voilà. Un rapport de stage. [...] Bin le rapport de stage c'est quand même quelque chose de pratique, c'est plus humain, on est plus dans l'échange quoi. » M1.

Mais cette idée ne semble pas être partagée par la majorité des MSU interrogés :

« Jadis, quand on faisait des rapports de stage euh... l'évocation était libre : on disait un petit peu ce qu'on avait fait, c'est plus la peine maintenant parce que l'interne a son carnet de bord, son port folio. » M6.

3.2.b. L'évaluation en elle-même

L'évaluation des compétences de l'interne se réalise de manière évolutive, en suivant le schéma des trois phases de progression en stage : phase d'observation, de supervision directe et de supervision indirecte. (18)

La phase d'observation intéresse principalement l'interne en stage N1, la phase de supervision directe peut intéresser l'interne en stage N1 ainsi qu'en SASPAS, dans un bref délai, et la

phase de supervision indirecte s'intéresse plus à l'interne en SASPAS mais également, dans un plus court délai, l'interne en stage N1.

3.2.b. 1) Phase observationnelle

- La **communication** est un savoir-faire et un savoir être présentés comme essentiels pour les MSU dans cette phase du stage :

« Après la compétence pédagogique, je dirais que c'est sensiblement la même chose qu'on peut avoir par rapport à l'interne que l'on reçoit ou aux gens à qui on veut faire passer un message. Il faut savoir faire passer ce message, ça ne s'invente pas. » M3.

- Concernant les compétences, les MSU citent fréquemment la **marguerite des compétences** comme modèle :

« Mais sinon on se base quand même sur les cinq grandes compétences de médecine générale, notre marguerite des compétences voilà ce qu'il est important de transmettre. » M5.

- L'**évolution des compétences dans le temps** est une notion également essentielle aux yeux des MSU interrogés :

« Alors l'idée, c'est qu'effectivement l'interne prenne conscience déjà progressivement de ce qu'on attend de lui, en découvrant ça en pratique. C'est toujours mieux si la prise de conscience, fin c'est une prise de conscience donc elle doit venir de l'interne... plutôt que de lui demander bêtement de connaître ce qu'on attend de lui, c'est d'ailleurs pour ça que le stage N1 est important à mettre en première année avec le nouveau DES. » M10.

- La notion de **coordination** en médecine générale apparaît dans les entretiens avec les MSU :

« Savoir passer la main, savoir demander conseil s'il estime qu'en termes de compétences c'est un peu limite quoi. » M4.

- La **capacité d'adaptation au patient** est un savoir être et un savoir-faire important à souligner dans la définition de médecin compétent, selon les MSU interviewés :

« Donc là il y a une notion d'adaptation aussi de sa pratique éventuellement à ça, avec du coup aussi, néanmoins, la nécessité de continuer à pouvoir accueillir tout le monde et rester dans ses compétences de la marguerite » M10.

- Pour être un médecin compétent, selon les MSU, il est important de savoir **décrypter la plainte du patient** :

« Aborder bien sûr l'examen clinique sans forcément faire de la racine des cheveux aux orteils, c'est à dire quand même savoir recentrer sur la problématique de la consultation. » M11.

3.2.b. 2) Phase de supervision directe

- Dans cette phase aussi, la **communication** reste un savoir-faire et un savoir être décrit comme important par les MSU interrogés :

« Je pense qu'il faudrait beaucoup plus accès sur les capacités qu'à le jeune médecin à entrer en interconnexion avec son patient, que l'on puisse s'appuyer sur ses capacités relationnelles plus que ses compétences théoriques brutes. Ça c'est pas trop trop le rôle de MSU je pense... » M4.

- L'**apprentissage par les erreurs** et la **réflexivité** qui en découle sont des notions reprises par les MSU :

« On apprend toujours, on ne sait jamais tout et on apprend par son expérience, par l'expérience des autres et par ses erreurs aussi. Lorsque l'on a fait une erreur, il faut savoir l'analyser. » M7.

- L'**autonomisation progressive** en stage semble être un critère important à évaluer pour les MSU :

« Alors moi j'aimerais qu'il puisse se sentir en pleine autonomie sans que ça véhicule de stress euh... particulier quoi, qu'il puisse prendre les rênes d'un cabinet seul sans que cela soit problématique pour lui... oui que cela ne soit pas trop stressant. » M4.

- La place de l'évaluation des connaissances de l'interne est, elle aussi, discutée par les MSU. Une part importante est donnée au fait de **savoir mobiliser ses connaissances** à bon escient et de **savoir rechercher l'information** lorsqu'elle est manquante :

« *Il faut un socle de compétences scientifiques correctes, évidemment, les avoir, savoir les utiliser surtout, c'est-à-dire, savoir sortir du livre et adapter à la médecine de terrain et savoir les appliquer, ce qui n'est pas toujours facile.* » M12.

« *Maintenant, il n'est pas obligé de le savoir, par contre ce qu'il doit avoir c'est la compétence de savoir où il doit rechercher l'information.* » M7.

- La **démarche décisionnelle** dont doit faire preuve l'interne reste une qualité essentielle aux yeux des MSU :

« *La compétence de euh... décision suite à un faisceau d'arguments qui doivent le mener à un diagnostic, une prise en charge, ect... adaptée à l'environnement c'est à dire son environnement (cabinet médical) mais aussi l'environnement du patient donc le patient dans sa globalité.* » M1.

- La **compétence de professionnalisme** est fréquemment citée dans les entretiens des MSU, elle apparaît comme importante à prendre en compte dans l'évaluation :

« *Toute la gestion comptable et autre, tout l'encadrement qu'il y a à avoir au niveau du cabinet, le fait que l'on soit des entrepreneurs et des chefs d'entreprise et qu'il faille faire fonctionner une entreprise.* » M11.

- La prise en compte de l'**approche globale du patient** est une notion importante pour les MSU :

« *Surtout de pouvoir prendre en charge globalement l'individu parce que les compétences qui nous sont demandées en fait ne sont que le reflet des besoins de l'individu qui est en face de nous pour une prise en charge globale.* » M6.

- La place laissée à l'évaluation des **gestes techniques** est discutée par les MSU.

Certains aimeraient que l'on y donne une place plus grande, d'autres y sont plus réticent :

« *Donc ça, ça me paraît indispensable de noter des gestes simples. Je pense qu'une trentaine de gestes, 30 à 40 gestes, seraient utiles. [...] Parce que ça, ça débouche sur du concret, ça veut dire que si demain tu vas remplacer, ces gestes là il faut savoir les faire.* » M6.

« *Le tout c'est que ça dépend de quels gestes hein. Y a des médecins qui en font plus que d'autres, moi par exemple je ne fais pas d'infiltrations, je ne pose pas de stérilet hein ce sont des choix et donc je ne peux pas l'apprendre à l'interne.* » M7.

3.2.b. 3) Phase de supervision indirecte

- Ici aussi, la **communication** et la **relation avec le patient** ont été largement mis en avant par les MSU :

« *Pour moi personnellement c'est important voilà qu'ils établissent un bon contact avec le patient, qu'ils soient aussi capables d'avoir une bonne communication, de développer l'empathie et qu'ils aient surtout plaisir d'exercer.* » M5.

- On retrouve également l'interconnexion des notions d'**apprentissage par les erreurs** et de **réflexivité** :

« *Un médecin compétent c'est plus un médecin qui va être capable de remettre en cause sa pratique donc moi j'axerai plutôt sur l'approche réflexive, pour utiliser les mots clés, en tout cas un médecin qui sait se remettre en question, analyser ses pratiques et proposer des actions de corrections et d'évolutions de ses pratiques donc bien sûr en médecine générale.* » M10.

- Là aussi l'**autonomisation progressive** de l'interne en stage prend une part importante pour les MSU :

« *Savoir faire face à un problème se débrouiller, s'il ne sait pas gérer, est-ce qu'il va passer la main facilement, s'il va savoir se renseigner, soit par lui-même, soit en passant la main à*

un confrère. Ce serait surtout sur ça. Surtout chez le SASPAS, bien sûr, le SASPAS doit être autonome. » M9.

- Concernant la vision d'approche par compétences, leur **évolution dans le temps** semble importante à faire figurer dans l'évaluation de l'interne :

« L'approche par compétences permet justement qu'il y ait la possibilité d'évoluer sur chaque domaine et d'évoluer dans toute la diversité de notre spécialité. » M11.

- La **compétence professionnalisme** semble importante à évaluer, là aussi, pour les MSU :

« Qu'il acquière toutes les données, peut-être pas toutes les compétences médicales au sens large ça serait très présomptueux sur quelques mois mais qu'il puisse manier convenablement le cabinet, son logiciel, la patientèle puis voilà quoi en gros. » M4.

- La prise en compte de l'**approche globale** du patient est, également, un point important :

« La compétence ça serait de dire bon bin pour finir est-ce que la personne prise en charge a été prise en charge correctement sur le plan social, sur le plan médical, sur le plan de ses examens, sur le plan de son état de santé etc... On ne pourrait vérifier que comme ça. » M7.

- Le **debriefing**, comme échange avec l'interne, est apprécié par les MSU :

« Ce qui nous permet d'évaluer les compétences de façon quotidienne bin c'est surtout le débriefing que l'on fait en fin de chaque consultation, on peut explorer un peu votre savoir, votre savoir-faire, votre savoir être et là je pense que l'on est vraiment dans la réalité. » M6.

3.2.b. 4) Phases évaluatives

Ces trois phases de progression en stage en ambulatoire sont entrecoupées par des phases évaluatives ou moments dédiés à un temps d'évaluation.

- Se pose la question de la **certification des compétences**, en générale, mais aussi au niveau de l'interne. Les MSU, bien qu'ils jugent pour la plupart cette certification indispensable, se

posent les questions de comment la réaliser et par qui :

« Si on en reste au référentiel des compétences, un médecin compétent c'est un médecin qui est capable dans un contexte donc qui est le contexte de la médecine générale en France, de prendre en charge les patients selon ce qu'attend la société de lui, ce pour quoi les DMG doivent certifier les internes. » M10.

- Les MSU, pour certains, insistent sur les **échanges qui existent entre eux**, au sujet de l'évaluation de l'interne ou au sujet de son parcours :

« Discuter et échanger en tout cas permettre que tous les MSU échangent sur les traces écrites d'apprentissage, ce qui n'est pas forcément fait et ça je pense que c'est vraiment intéressant. » M11.

- Concernant l'**hétéroévaluation** ou évaluation de l'interne par le MSU, le fait qu'elle se réalise de façon dynamique, évolutive et répétée dans le temps sont des caractéristiques importantes pour les MSU :

« L'hétéroévaluation c'est de poser une question "bin voilà on est dans telle situation qu'est-ce que tu fais là, qu'est-ce que tu fais ici, pourquoi tu as fait ça" c'est moi qui dirige là pour aller évaluer, pour rechercher un petit peu ton attitude, ton comportement. » M6.

Pour certains, ils voient cette hétéroévaluation comme difficile à réaliser ou subjective :

« C'est encore plus difficile - à mon avis - d'évaluer quelqu'un. On a face à soi quelqu'un qui est médecin dans 1 an ou dans 2 ans mais qui est médecin donc qui a le même diplôme que l'on a et tout... c'est difficile de s'évaluer entre pairs. » M3.

- Concernant l'**autoévaluation**, les MSU la pratiquent également et ont leur mot à dire. Pour certains, elle permettrait de lever l'aspect sanctionnant de l'évaluation, pour d'autres, elle pourrait mettre mal à l'aise l'interne :

« Il faut absolument libérer cet aspect sanctionnant, c'est pour ça que c'est important que cela soit une autoévaluation, ce n'est pas une censure. [...] C'est toujours l'interne qui s'auto-

évalue euh... mais en dialogue. C'est difficile de s'auto-évaluer. [...] Je reste sur une autoévaluation avec discussion. » M3.

- Les MSU interrogés, sont quasi unanimes sur le fait que **l'autoévaluation et l'hétéroévaluation** sont toutes les deux importantes, elles seraient même **complémentaires** :

« Il faut qu'il puisse en discuter donc sur l'autoévaluation avant et puis sur l'hétéroévaluation pour confronter justement ce regard là et permettre de confirmer l'autoévaluation de l'interne ou au contraire de l'infirmer et de proposer des nouveaux axes d'apprentissage et avec toujours à la fin l'hétéro évaluation. » M10.

- Pour la plupart des MSU interviewés, la **validation de stage** se fait par le biais de l'évaluation :

« L'évaluation de stage doit permettre la validation, je ne vois pas comment cela peut être fait autrement. » M8.

- Les MSU, chez qui l'enquête a été menée dans cette thèse, souhaite que l'évaluation reste **un échange** avec l'interne qu'il évalue :

« De tout façon régulièrement, même s'il travaille en supervision indirecte, un moment donné on refait de la supervision directe, on les regarde travailler, il nous regarde travailler aussi... enfin je pense que c'est tout un échange au fil du stage. » M7.

- Pour les MSU de cette étude, les **traces d'apprentissage** demandées à l'interne, notamment par le **portfolio**, peuvent être prises en compte dans l'évaluation de stage :

« On a mis en route un cahier tout bêtement que je vous montre ici. L'interne a, par exemple, euh... ça c'est pour le SASPAS, il marque à chaque fois le nom du patient, il alimente aussi le mode de règlement, le motif de la consultation et nous ici sur la seconde page on a la rétro action de l'interne et du médecin avec effectivement ce qui est urgent à faire ou à différer dans les 2-3 jours donc voilà. » M7.

3.2.c. Evolution et différences de l'évaluation en stage N1 et en stage SASPAS

3.2.c 1) Le SASPAS, une continuité du stage en N1

La vision des MSU du SASPAS serait, pour certains, celle de dire que le stage SASPAS est dans la continuité du stage N1, avec un approfondissement des compétences :

« Je fais la différence entre le N1 et le SASPAS dans le sens où l'interne doit continuer à progresser, fin il y a des choses qui ne seront pas acquises à la fin du N1 et qui vont être acquises à la fin du SASPAS. » M12.

3.2.c. 2) Mais avec des différences à faire apparaître dans les évaluations du N1 et du SASPAS

« La différence entre le N1 et le SASPAS, oui elle se fait puisque la phase d'observation en SASPAS elle n'existe pas beaucoup, elle existe mais pas beaucoup. » M11.

4.1 Discussion sur la méthode : forces et limites

4.1.a. Etude qualitative, une force ?

4.1.a. 1) Points forts de l'étude

Guidée par la question de recherche et suite à la prise de conscience du peu d'explorations existantes sur le sujet, le choix s'est porté vers une étude qualitative qui laisse libre cours à l'expression des pensées des MSU lillois.

En effet, cette méthode est plus appropriée pour interpréter des comportements, difficiles à mesurer et il a été, ainsi, plus facile de comprendre les émotions, le ressenti, les opinions et l'expérience personnelle des personnes interrogées, dans toute leur complexité.

De même, pour ce sujet peu exploré, novateur, le recueil de données a été facilité par cette méthode.

Grâce aux résultats de cette étude, nous avons pu réaliser et proposer une nouvelle grille d'évaluation de stage, proposée, par un collègue interne, plus largement aux MSU dépendant du DMG de Lille et étudiée dans une étude quantitative.

Les entretiens étant semi-dirigés, les interviewés n'ont pas été informés du contenu précis de l'entretien avant le jour de la rencontre, ils n'avaient connaissance que du sujet général de l'étude. Les MSU n'ayant pas eu de temps de préparation, cela a rendu leurs réponses aux questions plus spontanées.

L'enregistrement numérique des entretiens et le fait de retranscrire au plus vite après l'entretien évitent des oublis dans la transcription et le report d'information des données

orales en données écrites et limitent, également, la perte de la communication non verbale.

Le guide d'entretien a pu être modifié au fil des entretiens pour adapter les entretiens et retranscrire de manière plus pertinente les attentes des MSU.

4.1.a. 2) Validité des résultats

Grâce à une écoute active lors des entretiens, mon objectif a été de libérer la parole, plutôt que de l'orienter, afin de garantir un témoignage sincère, réaliste et non-biaisé.

La suffisance des données a pu être obtenue dans cette étude, critère de validité interne dans une étude qualitative.

Dans cette étude, je me suis efforcée d'avoir un échantillon de MSU interrogés variés, en essayant de respecter un équilibre des sexes, âges, niveau de formation et d'implication dans le DMG, de territoires et de mode d'exercice, à défaut de pouvoir prétendre à une représentativité statistique.

Cet échantillon a permis une grande diversité des réponses recueillies grâce à des niveaux d'expertises et d'expérimentations de l'évaluation des internes différents.

L'analyse des entretiens a été effectuée par deux personnes, il y a donc eu une triangulation de l'analyse, ce qui renforce la validité des résultats.

4.1.b Biais et limites de l'étude

4.1.b. 1) Biais internes

Il n'y avait pas de temps de préparation aux entretiens pour les interviewés, cela a pu provoquer un appauvrissement des données, à cause d'un temps de réflexion réduit.

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, le meneur de l'entretien ne peut pas vérifier que les personnes interviewées font ce qu'elles disent, cela peut

provoquer un biais d'information.

L'échantillon, bien que diversifié, ne concerne que les MSU dépendant du DMG de Lille, faculté de médecine Henri Warembourg.

Lorsque les médecins ont été contactés par téléphone, certains n'ont pas souhaité participer à l'étude, ce qui crée un biais de recrutement. Il peut aussi être renforcé par un biais de sélection, puisque, par souci pratique, j'ai choisi, au début, ou quand les refus se faisaient nombreux, des MSU dans un réseau de connaissances.

4.1.b.2) Biais externes

Dans un souci de commodité pour les médecins, et afin de faciliter l'inclusion et la réalisation des entretiens, la majeure partie du temps leur lieu de travail, leur cabinet, était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives, que cela soit un coup de téléphone, l'interne en stage ou la secrétaire.

Parfois, la fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, notamment lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée.

4.2. Comparaison aux outils existants

4.2.a. Grilles d'évaluation existantes et utilisées à Lille

Les MSU lillois utilisent, actuellement trois types de grilles :

- Une grille unique pour les internes en N1 et en SASPAS étant dans les promotions avant la promotion ECN 2017, basée sur les objectifs de stage à acquérir, utilisable en autoévaluation avec correction du MSU en hétéroévaluation. (**Annexe 17**)

- Deux grilles séparant les internes en N1 et en SASPAS, nouvelles grilles actualisées pour la promotion ECN 2017, actualisées à partir d'un travail national mené par le CNGE (19). Elles sont à utiliser en autoévaluation par l'interne puis en hétéroévaluation par les MSU avec un

commentaire libre à laisser. (**Annexes 18 et 19**)

Pour ce qui est de l'ancienne grille (**Annexe 17**), employée largement par les MSU interrogés dans cette étude, on remarque qu'elle utilise une échelle de cotation type : 0, 1, 2 et 3.

0 signifiant compétence non abordée, 1 pour une compétence non acquise, 2 pour une compétence en voie d'acquisition et 3 pour une compétence acquise.

Ce type de cotation peut être jugé comme trop figé, pas assez souple ou trop scolaire pour certains MSU.

En effet, la remarque qui consiste à dire que l'on ne peut pas tout mettre dans des cases reste fréquente chez les MSU interviewés.

Elle présente, ceci dit, l'avantage de permettre de rendre plus objective l'évaluation, d'être pratique d'utilisation et de permettre d'en retirer et d'en exploiter des informations.

De plus, elle ne laisse que peu de place aux commentaires libres à transmettre par le MSU. L'importance d'une place plus conséquente a été largement sollicitée par les MSU.

Cette grille a, cependant, l'avantage d'être courte, elle s'arrête à 10 objectifs à évaluer et qui sont détaillés de manière brève.

Concernant le contenu plus précisément, le souci de rendre les mots plus clairs semble être respecté, il manque néanmoins la définition ou l'explication de certains termes.

Deux exemples sont flagrants pour illustrer ce manquement :

- Pour l'énoncé 3, évoquant les gestes techniques à maîtriser au cabinet, il manque le détail de ceux-ci, ainsi que le questionnement permettant de savoir quels gestes précisément il faut prendre en compte.

- Pour l'énoncé 5, c'est le terme « d'éducation thérapeutique » qui reste abstrait et qui mériterait peut-être d'être plus détaillé et défini pour éviter de cocher les cases de manière aléatoire pour le MSU et, encore plus, pour l'interne.

Même si les MSU de l'étude voyaient, pour la plupart, le stage en SASPAS comme une continuité du stage de N1, ils étaient plutôt favorables à une séparation des grilles d'évaluation des internes en N1 et des internes en SASPAS. Cette différence n'est pas réalisée ici, la grille étant identique entre l'interne de N1 et l'interne en SASPAS.

Cet outil peut avoir le désavantage d'être difficile à utiliser en pratique quotidienne, en mise en situation réelle de l'interne puisque les items sont trop larges ou, au contraire trop précis, pour être retrouvés lors d'une consultation.

Ces items demandent un effort de remémoration des différentes consultations vues ou effectuées par l'interne, pour en faire l'addition puis pour jauger le niveau de celui-ci.

Pour ce qui est des grilles actualisées (**Annexes 18 et 19**), on respecte bien la volonté de créer une différence au niveau de l'évaluation entre les internes en N1 et en SASPAS, critère évoqué par une majeure partie des MSU interrogés.

On remarque, aussi, qu'un effort de simplification est réalisée au niveau de l'échelle de cotation. Elle est, effectivement, réduite à trois cases (au lieu de quatre dans l'ancienne grille) : échelle de 0 à 2, 0 signifiant non acquis, 1 en cours d'acquisition et 2 acquis. Cet effort de simplification devrait convenir aux MSU n'appréciant pas de devoir « mettre des croix dans des cases ».

Elles ont, de plus, l'avantage de laisser plus de place aux commentaires libres, élément largement évoqué et sollicité par les MSU de ce travail de recherche.

Lors d'une première lecture, ces grilles actualisées, peuvent présenter le désavantage d'être jugées trop longues, trop techniques et rébarbatives, mais une fois l'outil bien pris en main, il peut se révéler plus facile à utiliser en pratique.

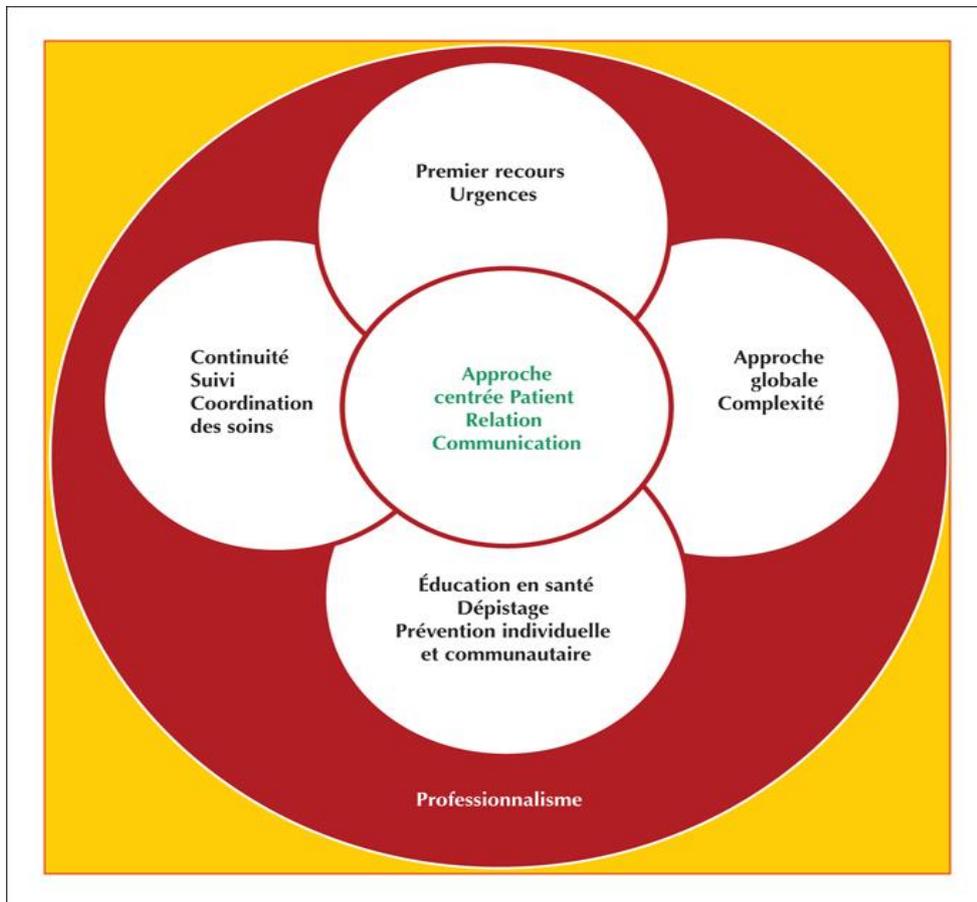
Ces grilles prennent pour plan, dans un premier temps, les compétences générales à acquérir en médecine générale, puis les compétences décrites par la « marguerite » des compétences en médecine générale (11) , une par une. (**Figure 1**)

Cette présentation peut avoir l'avantage d'être plus simple à utiliser en pratique courante.

En effet, une consultation à elle seule met en jeu la plupart des compétences décrites dans la marguerite des compétences. Celles-ci sont déjà bien connues par les internes et les MSU, elles ne demandent pas nécessairement de nouvel apprentissage.

Pour ce qui est des compétences générales, l'effort de se remémorer l'addition des consultations précédentes pour pouvoir jauger au mieux où se situe l'interne reste nécessaire.

Figure 1 – La « marguerite » des compétences du médecin généraliste (Revue Exercer 2016;125:132-7)



La différence entre l'interne en N1 et l'interne en SASPAS est faite sur le niveau de compétence à atteindre, les compétences présentées restant les mêmes de manière générale :

- le niveau novice définit l'interne du début du DES de médecine générale à la moitié du stage de niveau N1 ;
- le niveau intermédiaire se situe de la moitié du stage de N1 au milieu du stage SASPAS ;
- le niveau compétent représente l'interne en fin de SASPAS ou en fin de cursus.

Une fois, ces niveaux bien appréhendés et maîtrisés par les MSU, l'utilisation de ces grilles d'évaluation sera plus facile en pratique et fixera bien le moment où on peut les utiliser.

Le contenu plus précis des items est bien détaillé et caractérisé, il ne semble pas y avoir de manquement de caractérisation de terme. Ceci rend, néanmoins, la grille plus longue. Cela demandera un effort plus important pour s'approprier l'outil de la part des MSU et des internes.

4.2.b. Grilles d'évaluation employées ou proposées ailleurs en France

Prenons ici en exemple deux types de grilles utilisées ou conçues ailleurs en France :

- une grille d'évaluation sur le plan des compétences utilisée à Limoges. (**Annexe 20**)
- la grille générique d'observation réalisée par le Professeur Claude Attali. (**Annexe 21**)

4.2.b. 1) Grille d'évaluation utilisée à Limoges (Annexe 20)

Commençons par regarder la grille utilisée à Limoges, on suppose qu'elle est utilisée aussi bien pour l'interne N1 que l'interne SASPAS. Il suffit, par contre, de choisir, dans la liste proposée, le niveau dans lequel l'interne se trouve : niveau novice, intermédiaire et compétent.

On devine qu'elle peut être utilisée aussi bien en autoévaluation qu'en hétéroévaluation.

Cette évaluation est classée, elle aussi, selon les compétences présentées dans la marguerite des compétences de médecine générale. (**Figure 1**)

Cela peut la rendre plus pratique à utiliser au quotidien et lors d'une consultation pour les mêmes raisons qu'invoquées précédemment.

Les termes employés, bien que techniques, sont rendus plus simples et compréhensibles pour le plus grand nombre puisque l'outil de la marguerite des compétences est largement employé par les MSU et les internes en médecine générale.

A la première lecture, la grille paraît courte, ce qui est un avantage. Cependant, elle est accompagnée d'une annexe détaillant chacun des termes des items proposés. Cette annexe a l'avantage de bien éclaircir et définir chaque terme (pouvant paraître technique pour certains d'entre eux) afin d'en faciliter l'appropriation pour l'évaluateur. Cependant, elle peut être longue à lire et surtout à s'accommoder, cet effort devra être réalisé par les évaluateurs pour pouvoir utiliser l'outil au mieux.

La grille présente laisse une part importante aux commentaires, caractéristique importante

pour les MSU concernés par cette étude. Cela dit, on ne sait pas si les commentaires sont à laisser par le MSU qui pratique l'hétéroévaluation, l'interne en autoévaluation ou les deux.

Une nouveauté est présente dans cette grille. Il s'agit de la notion de progression de l'interne sur le stage, avec un système de cotation OUI/NON. Cette notion semble importante, elle est apparue dans les entretiens réalisés dans ce travail de recherche. Il apparaît une volonté des MSU à ce que soit mis en valeur l'évolution de l'interne au fil du stage et non pas seulement un état des lieux lors d'une évaluation finale et unique. Cette nouveauté se présente donc comme un point positif.

Pour ce qui est du contenu précis, les items employés sont, pour la plupart, connus des utilisateurs des outils d'évaluation et sont bien détaillés dans l'annexe. Bien que l'annexe puisse être jugée comme un peu longue, elle semble nécessaire à la compréhension de la grille. Une fois bien lue et bien maîtrisée, l'évaluation ne sera que plus simple à réaliser. Un effort de maîtrise des termes employés est cependant nécessaire.

4.2.b.2) Grille générique d'observation d'Attali (Annexe 21)

En ce qui concerne la grille générique d'observation, elle présente l'originalité de suivre le déroulement d'une consultation en médecine générale.

Cette grille peut être utilisée en auto et en hétéroévaluation. Pour être utilisée en hétéroévaluation, cela suppose de réaliser une supervision directe, ce qui signifie qu'elle s'applique surtout à l'interne en N1.

Elle présente les différentes tâches et savoirs que l'interne devrait acquérir et manier, au fil d'une consultation, en précisant le niveau novice, intermédiaire et confirmé. Selon le niveau de l'interne, les tâches ou savoirs doivent être plus ou moins acquis.

Ces différentes tâches et savoirs sont regroupés par code couleur, désignant leur appartenance à l'une des cinq compétences de la marguerite des compétences, celle de professionnalisme n'y figurant pas.

A première vue, la grille peut paraître longue mais le fait qu'elle suive la structure d'une consultation la rend facilement utilisable en pratique.

Les cases à remplir peuvent, également, paraître nombreuses et cela rend la grille difficile à

comprendre au début.

Une place est donnée aux commentaires à laisser par les MSU, ce qui est un critère largement plébiscité par les MSU interrogés dans cette étude.

Pour ce qui est du contenu, les items représentant les tâches et savoirs à connaître par l'interne, sont courts, clairs et bien explicités. Ils se suivent selon le déroulement d'une consultation, ce qui les rend plus maniables.

4.3. Vers une nouvelle grille d'évaluation ?

Evaluer l'acquisition des compétences des futurs médecins généralistes est un problème complexe, qui nécessite la prise en compte de nombreux facteurs réglementaires, institutionnels et pédagogiques.

4.3.a. Facteurs pédagogiques

La formation des internes de médecine générale vise à transformer un médecin « indifférencié » (qui a un savoir constitué) en médecin généraliste (qui a des compétences spécifiques).

Pour cela, le pédagogie constructiviste semble la plus adaptée. Elle repose sur de grands principes : centrer la formation sur les apprentissages, en situations professionnelles authentiques et en interaction avec des maîtres d'apprentissages. Cela se fait à partir des connaissances antérieures de l'apprentissage afin de construire des processus de résolutions de problèmes complexes, pertinents et adaptables aux circonstances.

Ainsi, les interventions pédagogiques doivent être modélisées à partir des lieux de stage, en demandant aux maîtres de stage de favoriser l'autoévaluation et l'autoformation des internes.

Aussi, rappelons que les situations professionnelles de médecine générale sont des situations complexes puisqu'elles concernent des problématiques intriquées (biomédicales, psychoaffectives, environnementales, éthiques, administratives, réglementaires). (1)

On retiendra donc que l'évaluation d'une compétence doit se faire en situation authentique,

permettant à l'étudiant de mobiliser ses ressources et à l'évaluateur de suivre la démarche de cette mobilisation pour dégager cette compétence à partir de ce qu'effectue l'étudiant.

De même, comme le rappelle Scallon, l'autoévaluation est cruciale : « au moment de l'évaluation certificative il revient à l'élève de répondre personnellement de ses capacités et de ses apprentissages ». (20)

De plus, évaluer une compétence ne consiste pas seulement à constater si elle est acquise, mais également à apprécier son niveau de performance. L'interne de médecine générale devra suivre une dynamique de formation qui le fera passer du stade « novice » au stade « compétent ». (1)

La progression de l'interne doit donc apparaître dans l'outil d'évaluation.

4.3.b. Facteurs institutionnels et réglementaires

La mise en place du DES de médecine générale a impliqué l'évaluation des compétences des internes pour valider leur cursus. Il s'agit là d'une mission institutionnelle confiée par la société aux enseignants du DES. (1)

Les autorités demandent aux différentes facultés de médecine de certifier les compétences pour pouvoir prétendre au DES. Cette certification doit être adaptée à la médecine générale pour que les étudiants sachent quelles sont les compétences à acquérir de façon obligatoire avant d'être en mesure de faire des remplacements et quelles sont celles qui sont optionnelles. (20)

Par exemple, suite à la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, depuis la rentrée 2017, le SASPAS est obligatoire pour pouvoir prétendre à la demande d'une licence de remplacement en médecine générale.

Cette obligation de certification des compétences rend donc impératif que l'évaluation des internes porte bien sur l'évaluation des compétences à acquérir en médecine générale.

Il est essentiel que ces compétences soient expliquées clairement aux internes dès le début de leur cursus, ainsi que les conditions de validation du DES de médecine générale, variant d'une faculté à une autre.

4.3.c. Attentes des MSU lillois

Comme vu précédemment, les entretiens, portant sur des questions sur l'évaluation de stage des internes vue par les MSU lillois, ont permis de récolter plusieurs doléances.

Tout d'abord, sur la forme de l'évaluation, on peut noter qu'ils souhaitent un outil utilisable dans leur pratique quotidienne, aussi bien en hétéroévaluation qu'en autoévaluation.

Ils préfèrent une grille souple, courte, claire et adaptée à la médecine générale.

Ils sont, également, plutôt favorables à une séparation des grilles entre l'interne de N1 et l'interne de SASPAS pour créer une différence entre l'évaluation des uns et des autres.

Pour ce qui est du fond, du contenu de l'évaluation, une place plus grande pour les commentaires libres à laisser a été largement plébiscitée par les MSU.

Ils souhaitent que les compétences soient hiérarchisées de manière logique et que le langage utilisé soit au maximum compréhensible et le moins théorique possible.

Ils aimeraient, aussi, que la notion de progression et d'autonomisation progressive de l'interne soient mis en avant.

4.3.d. Grilles existantes

Comme vu précédemment dans l'analyse des différentes grilles existantes, leur construction repose, pour la plupart, sur les compétences définies par la marguerite des compétences en médecine générale. **(Figure 1)**

Certaines suivent le déroulement d'une consultation en médecine générale pour permettre une utilisation en pratique quotidienne facilitée.

Pour la plupart, un effort est fait pour qu'elles soient utilisables aussi bien en hétéroévaluation qu'en autoévaluation.

Une différence est, également, faite ou possible entre l'évaluation de l'interne en N1 et de l'interne en SASPAS.

Elles utilisent des échelles de cotation pour bien signifier la progression de l'interne dans les différentes phases d'acquisition des compétences.

De plus, les items des grilles d'évaluation se veulent courts, clairs et bien explicités pour en

assurer la bonne compréhension de la part des utilisateurs (MSU et internes).

Une place singulière est laissée pour les commentaires libres.

Certaines de ces grilles peuvent paraître longues à la première lecture. Elles nécessitent, cependant, toutes, un effort de la part des MSU de lecture, de relecture et d'utilisations régulières pour aboutir à une maîtrise et à une appropriation de l'outil d'évaluation.

4.3.e. Critères pour construire une nouvelle grille d'évaluation

A la lumière de tous ces éléments, nous avons pris en considération comme un cahier de charges les différentes données réglementaires, pédagogiques, issues des entretiens des MSU lillois et des grilles d'évaluation existantes à Lille et ailleurs, pour construire une nouvelle grille d'évaluation.

Celle-ci devant être facilement utilisable en pratique quotidienne en cabinet de médecine générale, nous nous sommes basés sur les onze familles de situations à rencontrer en médecine générale. (21)

La différence entre l'interne en N1 et l'interne en SASPAS pourra se faire sur le nombre de situations à maîtriser : l'interne en N1 ayant une marge de progression possible en SASPAS, il ne devra pas nécessairement maîtriser toutes les situations à la fin de son stage.

Dès l'intitulé de la situation correspondante, le MSU et l'interne pourront noter si celle-ci a été vue ou non et ils pourront préciser si elle a été vue plusieurs fois, le cas échéant.

La grille d'évaluation pourra être aussi bien utilisée en hétéroévaluation qu'en autoévaluation. En effet, l'interne pourra s'auto-évaluer sur la situation rencontrée. Son MSU pourra, quant à lui, le faire également de son côté, que cela soit en supervision directe (devant la situation vécue en cabinet), en supervision indirecte (lors du debriefing), ou encore lors de la correction de ce que l'interne a complété en autoévaluation.

A chaque situation, un déroulé des items à maîtriser sera détaillé. Ces items pourront être classés, par exemple, en « connaissances mobilisées », « savoir être » et « savoir-faire » ; tout cela en suivant ou non le déroulé d'une consultation en médecine générale.

Chacun de ces items sera rattaché à la validation d'une ou de plusieurs compétences de la marguerite des compétences par un code couleur, un code chiffré ou les deux.

Pour que ces items soient le mieux explicités possible et la grille plus compréhensible, une annexe explicative des items pourra être proposée.

Une échelle de cotation claire devra être trouvée pour évaluer les items dans leur progression et leur niveau d'acquisition. Cette échelle pourra être également expliquée en annexe.

Une place pour les commentaires libres devra être laissée, soit à chaque item, soit à la fin de la situation.

De plus, à la suite du déroulé des items de la situation rencontrée, une conclusion devra être apportée sur la maîtrise ou non de celle-ci.

Ce format de présentation en familles de situation peut paraître long, puisqu'il en existe onze à détailler. L'avantage réside dans deux faits :

- Une sélection des situations rencontrées ou non peut être faite en amont, par le MSU et l'interne, selon celles rencontrées au fil du stage. Ce qui raccourcit cette évaluation.
- Cette sélection peut être pré définie, en caractérisant, en amont, les situations à obligatoirement aborder en stage de N1 versus les situations à aborder en stage de SASPAS.

Il nous a donc semblé que ces éléments pourraient entrer en compte pour créer une nouvelle grille d'évaluation, sur un format jusque-là peu exploré et original que sont les onze familles de situations en médecine générale. Ce travail fera le socle d'un autre travail de thèse pour, ainsi, recueillir l'avis des MSU sur ce format.

Chapitre 5

Conclusion

L'évaluation des apprentissages des internes dans l'approche par compétences nécessite pour chaque évaluateur (ici MSU) et chaque interne de comprendre le sens global du modèle pédagogique pour s'approprier de manière cohérente les méthodes et les outils d'évaluation. Un des enjeux est donc la construction et l'utilisation pertinente d'outils de recueil et d'analyse des apprentissages qui renseignent sur l'acquisition de compétences par l'interne.(12)

Pour permettre aux MSU, mais aussi aux internes, de s'approprier ces outils d'évaluation, il semble essentiel de s'intéresser, dans cette étude, à leur pratique de l'évaluation, leurs demandes et leurs attentes.

Des interviews des MSU lillois, il en est ressorti des éléments intéressants, tant sur le plan de la forme que sur le plan du contenu d'une évaluation idéale.

En effet, il a été noté que la faisabilité de la mise en œuvre de l'évaluation avec l'obstacle temps était une notion importante à garder en tête.

Il en est de même pour le format numérique qui est sollicité pour plus de modernité.

La grille d'évaluation, quant à elle, se doit d'être courte, utilisable en pratique quotidienne, en autoévaluation et en hétéroévaluation.

De plus, il a été mis en avant que la place donnée aux commentaires libres des évaluateurs soit importante afin de donner plus de souplesse et d'ouverture à l'évaluation.

Les termes employés dans l'outil choisi se doivent d'être compréhensibles, adaptés à la médecine générale, moins théoriques et hiérarchisés de manière pertinente.

De même, dans les items à évaluer pour les MSU, l'importance de la marguerite des compétences, incluant l'approche globale du patient, le professionnalisme et la coordination de soins, est selon eux, essentielle.

D'autres éléments doivent apparaître dans l'évaluation, tels que la communication et la relation avec le patient, le décryptage de la plainte de celui-ci, la capacité à mobiliser les connaissances (ou le cas échéant, de rechercher l'information), la démarche décisionnelle

entreprise, les gestes techniques et la réflexivité.

Enfin, deux caractéristiques liées nécessitent d'apparaître : l'évolution de l'interne en stage et son autonomisation progressive.

Les éléments retrouvés dans cette étude, sur les MSU lillois, devront être confirmés et complétés par d'autres recherches, utilisant notamment une méthode quantitative.

Cette étude quantitative est actuellement en cours, avec comme projet la construction d'une nouvelle grille d'évaluation de stage proposée en test aux MSU sur l'ensemble du territoire.

De même, les attentes des internes, autres utilisateurs des méthodes d'évaluation, notamment en autoévaluation, seraient intéressantes à étudier, aussi bien par méthode qualitative que quantitative.

Les outils et les méthodes d'évaluation de l'interne en stage restent des sujets encore à explorer pour créer une uniformisation des évaluations employées dans toute la France.

Bibliographie

1. Mauff PL, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. :7.
2. Code de l'éducation - Article L632-5. Code de l'éducation.
3. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. 25:9.
4. Mémoire de DES (portfolio) [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_memoire/
5. CNGE Communication - Avril 2017 [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/cnge_communication_avril_2017/
6. Detroz P. L'Évaluation des enseignements par les étudiants : état de la recherche et perspectives. Revue française de pédagogie. 1 oct 2008;(165):117-35.
7. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. :67.
8. Stages [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_stages/#c4020
9. Comment devenir MSU du troisième cycle ? » CEMG Lille [Internet]. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cemg-lille.fr/devenir-msu/>
10. Bertrand X. Ministre de la Santé et des Solidarités. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. avr 2006;7(2):3.
11. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo l u m e. :8.
12. Chartier S, Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. 24:7.
13. Gardner H. Assessment in Context: The Alternative to Standardized Testing. In: Changing Assessments [Internet]. Springer, Dordrecht; 1992 [cité 4 juin 2018]. p. 77-119. (Evaluation in Education and Human Services). Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-2968-8_4
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
15. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
16. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative par le CNGE de Nice.
17. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine par le Dr Nicolas Hennebo.

18. Stages ambulatoires [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/stages-ambulatoires/>
19. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Vo l u m e . :9.
20. Diplôme Inter Universitaire De PEDAGOGIE MEDICALE L'évaluation des compétences des Internes en Médecine Générale ; état des lieux de l'évaluation lors du stage ambulatoire de niveau 1. [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/compagnon_2005.pdf
21. Familles de situations cliniques types en MG CNGE.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/>

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation : interne de médecine générale en ... semestre.

Je suis là pour que l'on parle ensemble de vos attentes d'un dispositif d'évaluation de stage chez les internes que vous recevez.

Pour rappel, les évaluations des enseignements par les étudiants sont un des vecteurs de qualité de l'enseignement les mieux étudiés et validés.

Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages. Ainsi, pour obtenir un dispositif d'évaluation des stages des internes de médecine générale le plus adapté, il semble essentiel de s'intéresser à vos attentes, vous qui utilisez les outils d'évaluation.

Mon objectif sera d'améliorer les moyens d'évaluation de stage des internes en ambulatoire.

Informé + Consentement à recueillir: entretien enregistré et transcrit par la suite.

PROFIL MSU : genre, âge, année MSU, UPL ou trinôme ? lieu, niveau formation pédagogique

Questions à proposer :

1) Comment vous représentez vous un médecin (plus généralement un professionnel de santé) compétent ? - COMPETENCES

- Comment définissez-vous un médecin compétent ?
- Quelles compétences seraient essentielles à acquérir par l'interne/le professionnel de santé en formation pour vous ? Au moins 3 compétences
- Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évolué ? Comment cette vision a-t-elle changée ?
- Qu'est-ce que la certification des compétences vous évoque-t-elle ? Comment la réaliser ?

2) Comment évaluer, selon vous, la validation de ces compétences ? – EVALUATION Comment concevez-vous une bonne évaluation ?

- Quels sont pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans un dispositif d'évaluation de stage de l'interne ? Au moins 3 éléments essentiels
- Que pensez-vous de votre utilisation personnelle d'une évaluation de stage de l'interne ?
- Vos attentes vis à vis d'une bonne évaluation ?
- Quels obstacles voyez-vous à la conception de cette évaluation ?

3) Que mettriez-vous dans cet outil/cette méthode d'évaluation ? - CONTENU

- Quel outil choisiriez-vous pour y mettre ces éléments ?
- Comment voyez-vous l'outil idéal d'évaluation de stage ?
- Comment voudriez-vous le développer ? L'utiliser ?
- Que pensez-vous de l'auto évaluation ? de l'hétéro évaluation ? Quels intérêts voyez-vous à l'une et à l'autre ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN – Version 2

Présentation : interne de médecine générale en ... semestre.

Je suis là pour que l'on parle ensemble de vos attentes d'un dispositif d'évaluation de stage chez les internes que vous recevez.

Pour rappel, les évaluations des enseignements par les étudiants sont un des vecteurs de qualité de l'enseignement les mieux étudiés et validés.

Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages. Ainsi, pour obtenir un dispositif d'évaluation des stages des internes de médecine générale le plus adapté, il semble essentiel de s'intéresser à vos attentes, vous qui utiliser les outils d'évaluation.

Mon objectif sera d'améliorer les moyens d'évaluation de stage des internes en ambulatoire.

Informé + Consentement à recueillir: entretien enregistré et transcrit par la suite.

PROFIL MSU : genre, âge, année MSU, UPL ou trinôme ? lieu, niveau formation pédagogique

Questions à proposer :

1) Comment vous représentez vous un médecin (plus généralement un professionnel de santé) compétent ? - COMPETENCES

- Comment définissez-vous un médecin compétent ?
- Quelles compétences seraient essentielles à acquérir par l'interne/le professionnel de santé en formation pour vous ? Au moins 3 compétences
- Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évoluée ? Comment cette vision a-t-elle changée ?
- Qu'est-ce que la certification des compétences vous évoque-t-elle ? Comment la réaliser ?
- En quoi l'approche par compétence est-t-elle essentielle à vos yeux ?

2) Comment évaluer, selon vous, la validation de ces compétences ? - EVALUATION

Comment concevez-vous une bonne évaluation ?

- Quels sont pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans un dispositif d'évaluation de stage de l'interne ? Au moins 3 éléments essentiels
- Que pensez-vous de votre utilisation personnelle d'une évaluation de stage de l'interne ?
- Vos attentes vis à vis d'une bonne évaluation ?
- Quels obstacles voyez-vous à la conception de cette évaluation ?
- Si je vous parle de rapport de stage que cela vous évoque-t-il ?

3) Que mettriez-vous dans cet outil/cette méthode d'évaluation ? - CONTENU

- Quel outil choisirez-vous pour y mettre ces éléments ?
- Comment voyez-vous l'outil idéal d'évaluation de stage ?
- Comment voudriez-vous le développer ? L'utiliser ?
- Que pensez-vous de l'auto évaluation ? de l'hétéro évaluation ? Quels intérêts voyez-vous à l'une et à l'autre ?

Annexe 3

GUIDE D'ENTRETIEN – Version 3

Présentation : interne de médecine générale en ... semestre.

Je suis là pour que l'on parle ensemble de vos attentes d'un dispositif d'évaluation de stage chez les internes que vous recevez.

Pour rappel, les évaluations des enseignements par les étudiants sont un des vecteurs de qualité de l'enseignement les mieux étudiés et validés.

Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages. Ainsi, pour obtenir un dispositif d'évaluation des stages des internes de médecine générale le plus adapté, il semble essentiel de s'intéresser à vos attentes, vous qui utiliser les outils d'évaluation.

Mon objectif sera d'améliorer les moyens d'évaluation de stage des internes en ambulatoire.

Informé + Consentement à recueillir: entretien enregistré et retranscrit par la suite.

PROFIL MSU : genre, âge, année MSU, UPL ou trinôme ? lieu, niveau formation pédagogique

Questions à proposer :

1) Comment vous représentez vous un médecin (plus généralement un professionnel de santé) compétent ? - COMPETENCES

- Comment définissez-vous un médecin compétent ?
- Quelles compétences seraient essentielles à acquérir par l'interne/le professionnel de santé en formation pour vous ? Au moins 3 compétences
- Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évoluée ? Comment cette vision a-t-elle changée ?
- Qu'est-ce que la certification des compétences vous évoque-t-elle ? Comment la réaliser ?
- En quoi l'approche par compétence est-t-elle essentielle à vos yeux ?

2) Comment évaluer, selon vous, la validation de ces compétences ? - EVALUATION

Comment concevez-vous une bonne évaluation ?

- Quels sont pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans un dispositif d'évaluation de stage de l'interne ? Au moins 3 éléments essentiels
- Que pensez-vous de votre utilisation personnelle d'une évaluation de stage de l'interne ?
- Vos attentes vis à vis d'une bonne évaluation ?

- Quels obstacles voyez-vous à la conception de cette évaluation ?
- Si je vous parle de rapport de stage que cela vous évoque-t-il ?

3) **Que mettriez-vous dans cet outil/cette méthode d'évaluation ? - CONTENU**

- Quel outil choisirez-vous pour y mettre ces éléments ?
- Comment voyez-vous l'outil idéal d'évaluation de stage ?
- Comment voudriez-vous le développer ? L'utiliser ?
- Que pensez-vous de l'ajout de critères pratiques type les gestes techniques en médecine générale et les documents administratifs à savoir remplir dans l'évaluation de stage ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'une évaluation finale en direct = mise en situation sur un patient devant les MSU ? Ou sous la forme d'un jeu de rôle ?
- Que pensez-vous de l'auto évaluation ? de l'hétéro évaluation ? Quels intérêts voyez-vous à l'une et à l'autre ?

Annexe 4

GUIDE D'ENTRETIEN- Version 4

Présentation : interne de médecine générale en 4^{ème} semestre.

Je suis là pour que l'on parle ensemble de vos attentes d'un dispositif d'évaluation de stage chez les internes que vous recevez.

Pour rappel, les évaluations des enseignements par les étudiants sont un des vecteurs de qualité de l'enseignement les mieux étudiés et validés.

Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages. Ainsi, pour obtenir un dispositif d'évaluation des stages des internes de médecine générale le plus adapté, il semble essentiel de s'intéresser à vos attentes, vous qui utiliser les outils d'évaluation.

Mon objectif sera d'améliorer les moyens d'évaluation de stage des internes en ambulatoire.

Informé + Consentement à recueillir: entretien enregistré et retranscrit par la suite.

PROFIL MSU : genre, âge, année MSU, UPL ou trinôme ? lieu, niveau formation pédagogique

Questions à proposer :

1) Comment vous représentez vous un médecin (plus généralement un professionnel de santé) compétent ? - COMPETENCES

- Comment définissez-vous un médecin compétent ?
- Quelles compétences seraient essentielles à acquérir par l'interne/le professionnel de santé en formation pour vous ? Au moins 3 compétences
- Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évoluée ? Comment cette vision a-t-elle changée ?
- Qu'est-ce que la certification des compétences vous évoque-t-elle ? Comment la réaliser ?
- En quoi l'approche par compétence est-t-elle essentielle à vos yeux ?

2) Comment évaluer, selon vous, la validation de ces compétences ? - EVALUATION

Comment concevez-vous une bonne évaluation ?

- Quels sont pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans un dispositif d'évaluation de stage de l'interne ? Au moins 3 éléments essentiels
- Que pensez-vous de votre utilisation personnelle d'une évaluation de stage de l'interne ?
- Vos attentes vis à vis d'une bonne évaluation ?

- Quels obstacles voyez-vous à la conception de cette évaluation ?
- Si je vous parle de rapport de stage que cela vous évoque-t-il ?
- De quelles traces d'apprentissage vous servez vous pour évaluer les compétences de l'interne ? Comment et à quelle fréquence ?
- Comment faites-vous pour évaluer l'interne ? Comment différenciez-vous l'évaluation de l'interne de N1 et celle du SASPAS ?
- L'évaluation doit-elle permettre la validation de stage ou pas ? Et sur quels critères justifiez-vous la validation du stage pour l'interne N1 ? Et pour l'interne en SASPAS ?

3) Que mettriez-vous dans cet outil/cette méthode d'évaluation ? - CONTENU

- Quel outil choisirez-vous pour y mettre ces éléments ? Comment voyez-vous l'outil idéal d'évaluation de stage ?
- Que pensez-vous de l'ajout de critères pratiques type les gestes techniques en médecine générale et les documents administratifs à savoir remplir dans l'évaluation de stage ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'une évaluation finale en direct = mise en situation sur un patient devant les MSU ? Ou sous la forme d'un jeu de rôle ?
- Que pensez-vous de l'auto évaluation ? de l'hétéro évaluation ? Quels intérêts voyez-vous à l'une et à l'autre ?
- Selon vous, l'évaluation doit-elle se faire sous la forme d'auto évaluation, d'hétéro évaluation, les deux ?
- Voyez-vous des pistes d'améliorations sur l'évaluation de stage des internes actuellement ?
- Avez-vous des choses à rajouter, des points que nous n'avons pas abordés et qui vous semble importants à rajouter ?

Annexe 5

ENTRETIEN M1

Bonjour,

Je tenais à vous informer que l'entretien va être enregistré puis analysé. Les données seront, bien entendu, rendues anonymes.

Présentation du sujet : je suis interne en 4ème semestre et j'étudie les attentes des MSU de l'évaluation des internes qu'ils accueillent en stage en ambulatoire.

I = Pour commencer j'aurais voulu savoir euh... depuis combien d'année êtes-vous MSU ?

M1 = Je suis MSU depuis 2008 donc euh... ça fait 8 ans !

I = Et vous êtes en trinôme c'est cela ?

M1 = Tout à fait

I = Quel est votre niveau de formation pédagogique ?

M1 = J'ai eu une formation tout au début qui consistait... c'était des week-ends de formation... je crois que j'en ai fait 4 ou 5... oué à peu près !

L'objectif principal de mon travail de recherche serait d'améliorer justement les moyens d'évaluation des internes que vous recevez en stage. Il y a des moyens en place, des dispositifs existent, ce sera l'occasion de voir si vous vous y retrouvez, s'il faudrait en changer...

ENTRETIEN :

I = Vous même comment vous représentez-vous un médecin ou plus généralement un professionnel de santé compétent ?

M1 = *temps de pause/réflexion*

Compétent bin s'il est compétent c'est qu'il a des compétences c'est-à-dire que ... *mouvement de main vers moi, s'adresse à moi* dans le cadre de la pédagogie ?

I = Oui (*hochement de la tête*)

M1 = Moi je pense que la pédagogie a euh... bon certes ça s'apprend mais je pense qu'il y a aussi le côté un peu inné de la chose. On a l'esprit pédagogique ou on ne l'a pas et ça ce n'est pas donné à tout le monde. On peut avoir des professeurs de médecine à la fac qui sont excellents mais qui ne sont pas du tout pédagogiques.

La pédagogie ça ne s'improvise pas non plus.

Euh... Mais je pense qu'en priorité je dirais qu'il faut avoir la qualité par le côté un peu extraverti, il faut être euh... voilà quoi il faut aimer le contact quoi ! Il faut aimer transmettre le savoir parce que bon quand on est euh... maître de stage on a des internes 1er 2ème semestre. On n'est pas là pour refaire la médecine étant donné qu'ils ont eu 6 ans pour l'apprendre. Après c'est les confronter à la réalité de la pratique en médecine générale libérale, je dis bien libérale, qui est un fossé par rapport à la médecine hospitalière.

Mouvement des mains signifiant une frontière entre 2 domaines.

Euh... donc c'est faire comprendre à nos internes que la pratique faite et réalisée à l'hôpital est complètement différente de celle qui est exercée en médecine générale en ville.

Euh... Après la pédagogie je pense que l'on a besoin d'outils pédagogiques. Alors ces outils là euh... doivent faire parti d'une formation pour avoir cette compétence, parce que la compétence de l'exercice on l'a du fait d'exercer notre exercice et par la formation de médecin généraliste mais après la compétence à savoir comment on va orienter l'interne ... là j'ai envie de dire que c'est une compétence que l'on doit acquérir suite à une formation qui doit être fournie par le DMG (qui est censée être faite lors de ces fameux week ends pédagogiques dont j'ai parlé tout à l'heure). Après c'est vrai qu'il n'y a pas forcément de remise à niveau ou je sais que là va être mise en place une réunion justement pour les MSU j'y vais courant septembre, pour faire un peu le point je pense de nos attentes ect
Alors les compétences oui c'est compliqué les compétences hein... parce que qui peut juger de notre compétence à part nous même et éventuellement nos pairs ?
C'est une question compliquée hein...
Moi je pense avoir les compétences maintenant euh... est-ce qu'elles sont validées ou non par le DMG je ne sais pas !

I = D'accord, de ce fait vous parlez de compétences... qu'elles seraient pour vous les compétences à inculquer à votre interne ? Avec quelles compétences voudriez-vous qu'il ressorte de son stage chez le praticien ?

M1 = Bin la principale compétence c'est l'esprit libéral c'est à dire l'autonomie ! Voilà. Autonomie et euh... la compétence de euh... décision suite à un faisceau d'arguments qui doivent le mener à un diagnostic, une prise en charge, ect... adaptée à l'environnement c'est-à-dire son environnement (cabinet médical) mais aussi l'environnement du patient donc le patient dans sa globalité. Et ça on ne l'a pas forcément à l'hôpital. La compétence du patient, peut-être pas la compétence du patient mais l'histoire du patient c'est-à-dire comment s'adapter oué je prendrai cet exemple là plutôt la compétence d'adaptation du médecin à son patient. Je pense que ça c'est une compétence qui est essentielle pour moi.

Le savoir l'interne l'a ! logiquement... (*petit sourire*) logiquement... Donc on n'est pas là pour refaire une acquisition de savoir. La compétence c'est de mettre en pratique ce qu'il a appris, logiquement ça s'est fait par ses études de médecine.

Après la compétence de s'adapter au patient, la compétence de prendre une décision en tant que professionnel libéral oui ça se sont des choses que l'interne doit apprendre lors de son stage chez le praticien.

Pour moi ce sont 2 compétences principales : autonomie, décision et adaptation. Bon 3 pardon !

I = Très bien donc là vous décrivez 3 compétences essentielles... Est-ce qu'au fil de vos 8 ans de MSU ces idées de compétences ont évolué ? Comment ont-elles évolué ?

M1 = Elles étaient présentes dès le début ! Il n'y a pas vraiment eu d'évolution.

I = Vous me parliez des réunions prévues au DMG...on entend souvent parler de certification des compétences... Qu'est-ce que vous pensez de cette notion ? Et comment réaliser cette certification des compétences au niveau des internes par exemple ?

M1 = Alors ! C'est une très bonne question ça aussi... Bien euh le problème c'est que moi je m'aperçois qu'on essaye de théoriser une médecine qui ne l'est pas du tout ! La médecine générale n'est pas une médecine théorique, la médecine générale est une médecine pratique. Et ce que je peux reprocher éventuellement à la formation c'est qu'on essaye de décortiquer la médecine alors que j'ai envie de dire que c'est comme un fruit qu'on arrivera pas à décortiquer ... Si vous décortiquez, vous arrachez tout... donc c'est difficile hein... Mais pour moi la certification de ces compétences passe par éventuellement... non ... elle ne passe que par la pratique et le jugement de la pratique par un médecin qui a l'habitude des compétences de l'interne. Théoriser tout ça pour moi c'est impossible ! C'est impossible !

Ce que je reproche au département de médecine générale, c'est pas méchant ce que je vais dire mais euh... un moment donné j'ai l'impression que l'on brasse de l'air quoi et que ça ne fait pas avancer les internes... Les internes s'en plaignent en disant que les enseignements - je ne dis pas qu'ils sont

inintéressants mais ça ne fait pas avancer le schmilblick quoi ! Ce n'est pas ce que veut l'interne. L'interne veut de la pratique, veut des orientations de prises en charge pour telle ou telle pathologie qui n'a pas été enseignée avec la vision de médecine générale. Je vais forcément déboucher sur le fait que par exemple 6 mois de stage chez le praticien c'est largement insuffisant. Imaginez un interne de chirurgie pour lequel on dit tu vas faire euh 1 semestre de chirurgie et 4 de médecine. Il va te regarder et il va dire "mais c'est quoi ce délire ... je suis un futur chirurgien, il faut que je pratique !" Eh bien oui il faut qu'il pratique. Et le problème c'est que... je sais bien que ça a un coût, que c'est une logistique, que c'est compliqué ... parce que bon les internes restent financés par le CHU...fin payés par le CHU. Mais si par exemple 6 mois de stage chez le praticien c'est largement insuffisant, largement ! Moi j'aurais aimé avoir un an de formation chez le praticien. C'est évident que c'est en forgeant que l'on devient forgeron bin oui là c'est pareil... c'est en pratiquant que l'on devient bon praticien. L'expérience va vous instruire.

Euh... l'autonomie de l'interne... il y a aussi le SASPAS. Je ne suis pas pour le SASPAS. Pourquoi je ne suis pas pour ? Parce que je trouve qu'il n'y a pas de contrôle du praticien sur l'activité de l'interne, même s'il y a un débriefing en fin de journée... je sais... mais on ne peut pas corriger l'interne en temps réel. C'est bien dommage. Je pense que l'on apprend de nos erreurs. Donc voilà euh... Pour moi on fait fausse route sur la formation des internes de médecine générale. Temps qu'on n'aura pas abandonné le côté théorique de la médecine... ce que je répète la médecine générale n'est pas une médecine théorique mais pratique ... on fera fausse route. Il faut absolument axer l'acquisition de la compétence des internes, leur formation par leur pratique. Celui qui peut certifier ça c'est un praticien qui a déjà de la "bouteille" (*entre guillemets geste*) et qui quand même a des compétences qui ont été reconnues par euh... déjà par son diplôme, par son exercice... après si on veut s'orienter vers des certifications d'autres personnes pour certifier le médecin... ça n'ira pas. Ça va être difficile et personnellement je ne vois pas pourquoi un médecin pourrait euh... m'apporter quelque chose sur ma pratique. On est tous différents. Si on a une compétence générale, un moment donné on commence à développer par l'exercice de la médecine une compétence particulière. Les patients nous ressemblent. On va être plus à l'aise pour gérer un problème anxiodépressif, certains vont être plus à l'aise à gérer la gérontologie, d'autres vont être plus à l'aise à la pédiatrie, puis voilà on s'oriente et on s'aperçoit que la patientèle finit par ressembler au médecin et à ses compétences. Donc voilà après on n'est pas là pour... comme je dis toujours à mes internes on n'est pas là pour faire des minis docteurs euh... un copier coller de ce que je suis. Non je leur dis que je n'ai pas envie que vous soyez comme moi... C'est votre personnalité c'est votre abord de votre médecine propre mais après y a quand même une trame derrière qui est généraliste et qu'il faut absolument qu'elle soit bien fondée, bien ancrée dans le sol pour pouvoir ensuite développer ses propres compétences. Je pense que les internes n'ont pas déjà ce rail, du coup ils sont un peu perdus. Alors que si on leur met un rail bien fixe et ensuite là dessus il arrive à développer leurs propres compétences particulières vis à vis de leur patientèle ça ira beaucoup mieux. La théorisation de la médecine générale *pff souffle*... je suis très septique.

I = C'est noté. Là on a beaucoup parlé de compétences... selon vous quelle est la meilleure manière d'évaluer et de valider ces compétences ? Comment concevez vous une bonne évaluation de stage ?

M1 = Une bonne évaluation de stage doit se faire comme un examen oral c'est à dire que pour moi ça doit passer par la prise en charge d'un patient en présence de MSU.

Interruption téléphone sonne puis reprise

Une bonne évaluation c'est pour moi une évaluation pratique. Là la fiche d'évaluation actuelle est *pff souffle* nulle. Je prononce le mot parce que c'est, des fois, on se demande si on comprend... mais on ne comprend rien à ce qui est écrit quoi. Y a aucun rapport par rapport à la médecine générale. Euh... une évaluation passe par la pratique. Moi je vais évaluer une pâtisserie sur le résultat de la pâtisserie. Je vais regarder comment le pâtissier a fait son gâteau et ensuite je vais le goûter. Bin la médecine c'est pareil ! Je vais regarder comment mon interne prend en charge mon patient, je vais voir son diagnostic, sa prise en charge, ses traitements ect et c'est là que je peux le juger mais pas sur l'hypothétique truc avec des phrases vraiment incompréhensibles dans l'évaluation donc la fiche d'évaluation actuelle n'est pas adaptée à la médecine générale. Moi je vois l'évaluation de l'interne par une évaluation pratique en présence du praticien. C'est ce que je fais. Moi souvent ça m'arrive voilà de laisser l'interne travailler, j'observe ou dès fois j peux quand même quitter le bureau pour le mettre plus à l'aise parce que ce n'est

pas forcément toujours agréable d'avoir quelqu'un qui vous surveille ça je peux le comprendre... surtout que plus tard il sera tout seul donc ce n'est pas forcément une bonne mise en situation... donc je lui confie un patient, je m'absente et je viens en fin de consultation et là il me débriefe en présence du patient. Je lui demande voilà qu'est ce que tu en penses, qu'est ce que tu as fait ... on débriefe ensemble et là je soulève éventuellement les points qui ne vont pas ou que je juge pas adaptés. Donc on reste dans l'évaluation pratique.

I = Donc l'outil proposé initialement, vous avez employé le terme nul, je comprends donc qu'il ne vous satisfait pas.

M1 = J'ai dit ça mais je ne veux pas que ça soit péjoratif ou mal vu. Je ne veux pas me mettre à dos le département de médecine générale. Attention hein. On a des praticiens exceptionnels là bas.

I = Oui, j'ai compris.

Quelle est l'utilisation que vous faites des outils d'évaluation que l'on vous propose ? Qu'en pensez-vous ?

M1 = *attitude dépitée* Je m'adapte mais par moment j'suis euh... c'est difficile de savoir si c'est acquis, non acquis ou en cours d'acquisition euh... même si c'est mieux que la précédente évaluation qui était encore pire. Donc il y a quand même une amélioration. Je trouve que le côté acquis non acquis ça reprend un peu ce que l'on fait à l'école hein avec les compétences de lecture, mathématiques ect... donc ce n'est pas mal hein. Mais ça reste encore un peu trop théorique.

I = D'accord, et de ce fait là quels seraient pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans cette évaluation que vous concevez comme bonne ?

M1 = *Pause, attitude réflexive, blocage*

Je n'ai pas réfléchi au problème, ça demanderait du temps ça...

Là comme ça j'avoue que je ne sais pas. Je ne sais pas parce que ça demande une réflexion et euh...

Moi je pense que commencer par un rapport de stage ce serait bien. Tout simplement un rapport de stage.

I = Que vous vous faites ?

M1 = Moi, le praticien fait avec euh... éventuellement la description de quelques prises en charge de patient par l'interne et puis voir un peu comment ça s'est déroulé. Voilà. Un rapport de stage.

I = De ce fait, quels obstacles vous verriez à la mise en place de ce rapport ?

M1 = oh des obstacles ? là comme ça je dirais qu'il n'y en a pas... pour moi il n'y a pas d'obstacle. Je trouve que le rapport de stage... parce que l'interne fait bien un rapport de stage, il tient bien un port folio... alors pourquoi pas le médecin euh... le MSU ? Eventuellement on pourrait avoir un... oué oué... un rapport de stage éventuellement sur internet hein. Vous pourrez le remplir durant le stage chez le praticien... après je comprends que ça peut être compliqué pour ceux qui ensuite vont lire euh de se taper la lecture.

I = C'est le cas pour le port folio.

M1 = Mais c'est vrai que... *hésitation* oué je veux bien concevoir que ça peut être compliqué à mettre en place mais hormis le rapport de stage je ne vois pas ce que je pourrais proposer comme autre évaluation.

I = Qu'est ce que cela vous apportera en plus de ce qui se fait actuellement ?

M1 = Bin le rapport de stage c'est quand même quelque chose de pratique, c'est plus humain, on est

plus dans l'échange quoi qu'une phrase qui veut dire euh est ce que l'interne est capable de prendre en charge, gérer le dossier informatique pff bien j'sais pas je ne vois pas ce que cela apporte. Moi ce qui m'intéresse c'est aussi d'être humain parce que même si l'interne a des compétences acquises lors de ces études - *pause* - on ne s'improvise pas médecin généraliste, fin je ne vais pas dire qu'on ne s'improvise pas médecin généraliste mais euh... la médecine générale c'est quand même une médecine très compliquée, très compliquée, je trouve même que c'est la plus compliquée de toutes les médecines euh... je ne prêche pas ma paroisse mais je trouve que c'est une médecine très compliquée. Et euh... un moment donné euh... il faut bien se rendre compte aussi qu'on peut être confronté à - fin ça peut être difficile - mais on peut être confronté des fois à une inadaptation du caractère, de la personnalité de quelqu'un vis à vis d'une autre euh... c'est pour ça que je dis que l'on a du mal à... qu'on ne s'improvise pas médecin euh... L'empathie ça ne s'apprend pas - fin si ça s'apprend un peu - mais c'est avant tout quelque chose d'inné aussi. Moi je sais que quand j'ai fait médecine générale, j'ai fait médecine générale parce que c'était pour moi une vocation, voilà. J'aime les gens, j'aime discuter, j'aime échanger euh... je suis à l'écoute mais on peut des fois avoir typiquement des internes ou même des praticiens qui sont ultra compétent - ultra compétent même peut-être plus que moi hein - mais qui humainement dans la communication c'est une catastrophe hein... donc vous avez beau avoir quelqu'un de très compétent s'il communique mal où est le bénéfice ?

I = Donc si je vous suis bien c'est une compétence à ajouter ça la communication ?

M1 = Oh oui oui j'en ai pas parlé tiens ! C'est une compétence qui est essentielle (*insiste sur le mot en haussant la voix*) la communication est essentielle, essentielle !

On a tous l'exemple dans nos amis, nos praticiens... de médecins qui sont brillants mais brillants on ne peut rien dire... mais face à un patient pff On s'aperçoit des fois... c'est classique... y a des patients qui vont adorer leur médecin qui n'est pas forcément excellent, qui peut faire des erreurs mais voilà qui est souriant, qui parle, qui échange, il va plaire. Alors qu'à l'inverse un médecin balèze, Dr House, un truc carré, mais il ne passera pas... parce que voilà ça ne passe pas ! Et ça comment voulez-vous le... Voulez-vous le chiffrer ? Comment voulez-vous... parce qu'il ne faut pas non plus tomber dans le piège d'un jugement de valeur, on n'est pas là pour juger attention moi je ne juge pas. Mais on peut être confronté, ça m'est déjà arrivé avec des internes où on se dit qu'il n'est peut-être pas fait pour faire médecine générale lui... parce que ça ne va pas du tout. J'ai eu un cas comme ça un peu difficile mais on se dit "Oula qu'est-ce qu'il fait en 7ème année ce garçon ? voilà ou cette fille-là ?". Vous voyez c'est *pff (souffle) pause* mais après vous pourriez me dire "oui mais vous êtes qui pour me dire ça ?" oui je sais, je suis qui pour dire ça. Rien ne remplace l'expérience je pense. Pour revenir un peu sur comment je vois aussi l'évaluation de l'interne ect la prise en charge de l'interne, moi c'est plus comme un compagnonnage. *Pause marquée* Les compagnons c'est ... je trouve ça top ! Quand on accompagne, bin voilà on transmet un savoir, on transmet un savoir faire qui pour moi est la base quand même aussi de la prise en charge du patient.

I = Dois-je comprendre cela comme le fait que les termes de supervision directe et indirecte, vous ne vous y reconnaissez pas ?

M1 = C'est factice, ce n'est pas la réalité pour moi donc non... et moi je n'ai pas envie de quelqu'un qui est en représentation, j'ai envie de quelqu'un qui soit lui même et qui ne représente pas. Alors vous allez me dire "mais docteur on est souvent en représentation dans la vie ?" oui mais il faut lutter contre la représentation, il faut être soi-même et moi ce qui m'intéresse c'est d'être dans le vrai. Voilà. Pas dans le factice. Moi je suis sûre que vous me mettez quelqu'un à côté de moi je ne vais pas forcément être très ... quoique mes internes nan oui... moi je suis vieux arf ça ne me fait rien... mais un jeune interne avec quelqu'un à côté de lui ça peut être un frein. Alors est ce que c'est la réalité ? Non je suis sûre que le fait de ne pas être là ça le libère un peu plus et ça ne m'empêche pas de superviser un peu après ! Donc je me retrouve plutôt plus dans la supervision indirecte que directe.

I = Bon une de mes dernières questions parce qu'on a quand même balayer pas mal de choses... vous avez développé l'idée du rapport de stage ... Comment verrez-vous sa construction ? Quels éléments voudriez-vous y voir figurer ?

M1 = Pareil ça je n'ai pas réfléchi à la question hein... ça nous demanderait une réflexion supplémentaire... mais grosso modo je verrais ça plutôt euh... d'abord une vision globale de comment s'est déroulé le stage voilà.

Euh... deuxièmement l'approche, oué plus centré sur l'approche que l'interne a fait avec le patient ... est-ce que l'interne s'est approprié le patient, oué a-t-il bien vu la globalité de la consultation, est-ce qu'il ne s'est pas trop centré sur tel ou tel problème... est-ce qu'il a pu repérer les éléments bloquant chez le patient et a-t-il pu les débloquent... fin c'est compliqué hein... euh je ne sais pas là, je ne sais pas... je n'ai pas trop d'idées.

I = D'accord. Là actuellement on parle d'auto évaluation, d'hétéro évaluation... le rapport de stage vous aimeriez y inclure ces 2 méthodes d'évaluation ? Comment voyez-vous ce rapport ? Serait-il fait avec l'interne ? L'interne aura-t-il un droit de regard dessus ?

M1 = Il aura un regard ça c'est évident ! Je pense qu'il y aura nécessité d'avoir une lecture par l'interne mais moi je suis pour l'hétéro évaluation. Quand vous êtes en auto évaluation vous n'êtes pas objectif. Il faut comprendre que pour évaluer il faut avoir une rupture émotionnelle. S'il y a un lien affectif, vous n'êtes pas objectif. Donc comment voulez-vous qu'un interne s'auto évalue alors qu'il est émotionnellement lié à lui-même ? Biaisé ! Alors que le MSU n'est pas lié affectivement à son interne. Donc conclusion le MSU a plus un regard objectif sur la pratique de son interne que lui même sur sa propre pratique. Même s'il y a une capacité pour l'interne de se remettre en question ! C'est la base de l'intelligence ça de pouvoir se remettre en question. Mais s'auto évaluer... même moi je serais capable de m'auto évaluer hein... bin je ne serais pas objectif, je ne serais pas objectif puisque je mets en jeu mon émotion et que je n'ai pas cette dichotomie cérébrale qui me permettrait de dire qu'auto évaluation je mets de côté... non pas possible... bien on n'est pas des robots, on est des êtres humains.

I = Si je vous suis dans votre opposition hétéro et auto évaluation... Cela serait-t-il intéressant de mettre en lien, de confronter le rapport de stage que fait l'interne à celui du MSU ?

M1 = Oui ! Pourquoi pas. C'est vrai parce que le ressenti de son interne c'est aussi important. Et je pense même que l'interne a le droit de m'évaluer aussi ! Tiens oui il faut rajouter... je pense qu'il faut intégrer l'évaluation de l'interne de son praticien. Ah oui je suis à l'écoute et je suis capable d'entendre un peu ce que l'interne veut me dire. Je suis pour !

Donc il faudrait 2 rapports de stage et confronter en effet les 2... on dira le ressenti du praticien, le ressenti de l'interne puis après on voit un peu. Ça peut être intéressant aussi oui parce qu'après on n'est pas à l'abri d'un conflit de personnalité ... ça peut arriver ça... on n'est pas des louis d'or, on ne plait pas à tout le monde... donc il faut lutter aussi contre un jugement de valeur qui aurait été porté par le MSU alors que l'interne a des compétences correctes mais qu'il y aurait eu une incohérence entre 2 personnalités, qu'il y aurait eu un conflit quoi. Ah oui faut pas tomber là dessus ça serait dangereux ça, ce serait la porte ouverte à des abus et il faut lutter contre les abus. Mais j'ai envie de redire encore une fois arrêtons de théoriser la médecine générale ça a le don de m'énerver moi. Franchement, on ne peut pas théoriser une médecine générale. Non, c'est impossible. Hormis les compétences liées à l'acquisition des connaissances médicales, oui. Mais ça, logiquement l'interne l'a vu pendant 6 ans. On voit bien quand j'ai des internes en stage par rapport à la compétence thérapeutique, purement thérapeutique, arf (*regard vers le haut*) catastrophe ! Catastrophe... ils vont faire un diagnostic, une prise en charge mais quand on arrive au traitement ...la bulle ! "Qu'est-ce que tu prescrites ?" "Pff j'sais pas !" oué et ça pareil c'est parce que ce n'est pas enseigné... L'hôpital vous allez soigner un lupus, vous allez soigner l'infarctus, l'embolie pulmonaire, un Horton, maladie de Kawasaki... des trucs hyper rares... des trucs... bien hein ! (*pouce levé*) mais en médecine générale ce n'est pas tous les jours que l'on rencontre ça haha Et vous donnez une rhino pharyngite... vous allez dire "c'est bénin", je suis d'accord mais ça reste de la pratique ça reste aussi un échange de patient ... vous donnez une rhino pharyngite à un interne... il est paumé. Vous donnez une otite externe à un interne... il est paumé. Vous donnez un patient anxio dépressif... terminé ! Et on ne peut pas leur en vouloir, on ne leur a pas appris... on ne leur a pas appris. Moi je ne peux pas leur en vouloir.

I = Ce sera un autre sujet de ce fait... la formation avant l'internat.

M1 = Le problème c'est que la médecine générale est... c'est marrant - bon ça a peut-être changé - vous allez apprendre la gynécologie, la pédiatrie, la gérontologie, la traumatologie, la rhumatologie, la médecine interne ect... y a pas de case médecine générale ! Et ça ça m'étonne quand même beaucoup depuis de nombreuses années... il n'y a pas de cours de médecine générale à la fac ! Mais de cours, de cours. Y a. Or pour moi ça serait important... Je vous dis comment voulez vous qu'un interne de chirurgie fasse de la chirurgie si on lui fait faire qu'autres stages ? Il va hurler, il va dire qu'il n'est pas là pour passer en gériatrie, en pédiatrie... alors que je suis un futur chirurgien orthopédique. Il aurait raison, lui ce qu'il veut c'est aller au bloc, voir comment on opère une hanche et puis apprendre et lui laisser la main... C'est ça ! Compagnonnage encore ! Le chirurgien accompagne son interne, il lui montre comment on fait Bin la médecine générale c'est pareil. Il faut accompagner, montrer comment on fait. Déjà 6 mois de stage chez le prat c'est largement insuffisant. Voilà.

I = Avez-vous d'autres remarques ? D'autres éléments vous sont-ils revenus ?

M1 = Euh... Non. Très bien.

Annexe 6

ENTRETIEN M2 :

Mon sujet de thèse et cet entretien va porter sur les attentes des MSU donc sur vos attentes sur l'évaluation des internes que vous recevez en stage.

M2 = Olala je ne vais peut-être pas pouvoir vous aidez là-dessus.

Les grilles d'évaluation j'en ai eu aux formations de MSU tout ça moi je ne suis pas du tout dans ce... je dirais que je suis plus dans un rapport de... bin d'observation, d'évaluation du ressenti donc j'utilise pas... à part la grille que je cote après sinon j'ai pas... on en a fait plein hein ... c'est quelque chose qui ne me convient pas. Je suis assez hermétique à rentrer dans les cases.

Voilà moi je ne suis pas ... fin je vais être plus à me dire bon on discute ensemble d'une chose puis de me dire bin tiens y a ça qui me manque plus moi dans ce que je peux apporter à l'interne que ...voilà. Mais c'est vrai que depuis que j'exerce j'ai pas utilisé les grilles donc euh... je ne suis pas sûre que je serais d'une grande aide pour vous de ce fait là.

I = Ah ne vous en faites pas ! Si si... je vais commencer par une question très générale en fait... Ça serait de savoir comment vous vous représentez un médecin compétent ?

M2 = Dans la maîtrise de stage ? ah oui bonne question... d'accord !

I = En général aussi ! Comment caractériseriez - vous un médecin compétent ?

M2 = Moi je pense que ce qui... alors je vais utiliser ça en disant sur ce qui me manquait à moi c'est de pouvoir laisser de la place *hahaha (rires)* pouvoir laisser de la place à l'interne dans le travail vous voyez parce que j'aime beaucoup mon travail donc j'ai tendance à prendre la parole ou ... voilà ! Donc je pense que quelqu'un qui serait plus formateur, compétent en la matière c'est quelqu'un qui arrive bin ... à se mettre derrière, à être plus dans l'observation que euh... parce que le métier comment... le métier clinique ça ça vous le faite à l'hôpital tout ça et après euh ... ouais c'est difficile comme question...

I = C'est très général. Quelles seraient les compétences essentielles pour vous, à inculquer à votre interne ? Avec quelles compétences voudriez-vous qu'il sorte de ce stage justement en ambulatoire ?

M2 = D'accord ! Bin je pense que oui... alors c'est ... *réflexion*

Moi je... plutôt voir la compétence par rapport au fait de pourquoi j'ai fait la maîtrise de stage... bin parce qu'on s'était dit il n'y a plus de successeur, il n'y a plus personne, plus personne n'a envie de faire la médecine générale. C'est l'idée de dire qu'on a un métier attractif, agréable euh...

Je pense qu'il faut que je passe à tout prix à l'interne c'est à la fois de savoir gérer son temps, de jongler avec toutes les activités qu'il a et les différentes demandes. Voilà quand on nous téléphone qu'on a des choses comme ça... les priorités aussi, pouvoir euh et euh ce qui m'a fait aussi défaut je trouve moi j'ai eu un stage de 15 jours hein pour ma formation à l'époque. Moi ce qui m'avait fait défaut c'est de voir un peu les différents exercices et de savoir exactement ce que je ferais ou ce que je ne ferais pas comment ça s'exerce. Et là où je pense que nous il y a des choses qui pêchent et que moi malheureusement je n'apporte pas c'est individuel mais je pense que du coup dans le trinôme on se complète bien... c'est tout ce qui est gestion de la compta tout ça ! Mais ça je pense que mon trinôme vous aide plus là dessus parce que moi c'est un truc que je fais après le soir voilà parce qu'à la fac tout ça on ne l'apprend pas. Moi j'ai plus envie d'une formation humaine ou d'une formation sur la relation ou la prévention, qu'est ce qu'on peut mettre en place : c'est ça que je mets en avant dans ma formation et pas le côté administratif mais peut-être que - sans doute - que ce qu'ils leur manquent en sortant de chez moi c'est tout ce qui est gestion côté technique, les commandes du matériel, fin voilà l'organisation parce que ça je n'ai pas de temps puis je ne veux pas les embêter avec ça alors que peut-être qu'ils en ont besoin, voilà.

I = D'accord, donc vous me dites que vous insistez plus sur le côté humain... comment vous définiriez ce côté ?

M2 = C'est ce qu'il me plaît donc voilà ce que j'avais envie c'est aussi d'avancer, comment on organise notre vie essentiellement, j'ai des internes mais je pense que les internes hommes sont aussi intéressés par leur vie familiale et voir comment on balance, comment on organise tout ça... les lieux d'installation, les idées sur - on en parlait encore ce matin - les déserts médicaux ou toutes ces choses là. Savoir exactement... voilà moi je pense que mon but c'est de se dire exactement ce qu'on ferait ou ce qu'on ne ferait pas quand on sera généraliste. Parce que voilà il y a pleins de contingences, tout s'imbrique quand même vie privée et vie professionnelle ... savoir par rapport au patient voilà où sont nos limites, notre éthique à nous, ce qu'on fait et ce qu'on fait pas. Ce n'est pas forcément dans des grilles ou voilà des cotations de caisses ou de grilles HAS tout ça ... et pour pouvoir le soir s'endormir en se disant bin voilà j'ai été compétent ou pas, j'ai pu aider mes patients... Aussi se remettre en question là dessus quoi. Je pense que moi c'est ce qu'il m'a manqué c'est-à-dire que je me revois et je pense que tout le monde se revoit aussi... sa première sortie, sa première visite toute seule en tant que remplaçante et bon voilà... de se débrouiller mais bon comme tout le monde le fait encore avec son livre, ses machins et voilà ça c'est pas gênant mais de se dire si j'avais pu être accompagnée par quelqu'un, voir tout ça ... voilà moi j'ai appris à faire les feuilles de soin papier avec un collègue qui m'a reçu une demi heure avant de m'avoir donné ses clés quoi! Ce sont des choses voilà... tandis que là ça donne des clés... ça a été vu une première fois puis ça a été bien rôdé dans le quotidien donc euh après les internes ils ont plus le temps de réfléchir à ce que j'ai envie de faire ou je m'installe, ce que je ferais, ce que je ne ferais pas vis à vis du... donc voilà je pense que notre compétence c'est d'être un modèle ou un contre modèle. Ça peut être utile de dire "bin moi je regrette ça !" au bout de 15 ans j'aurais pas dû faire comme ça et voilà après c'est juste - comment dirais-je - un conseil après la personne peut se dire "bin non j'aimerais bien travailler comme ça, ça me va bien d'être ..." voilà je pense que c'est plus ça et je crois que globalement quand je discute avec tous mes internes c'est ça qui ressort. C'est de dire bin un tel il fait ça voilà et d'être surpris des différences même dans un même lieu et de voir que finalement enfin...

Après certainement oui ça peut être utile en effet de faire des grilles d'évaluation, c'est de se dire... moi j'aurais plus envie de me dire qu'est ce que l'interne attend en venant ici et voilà ce que moi je peux lui apporter... pas être seulement à regarder et à me regarder faire mais plus ce qu'il manque derrière pour lui... la compter toutes ces choses là et de savoir quel part il faut... parce que je me dis d'un interne à un autre y en a qui -c'est pour ça que je demande "quelle est votre expérience?" est-ce que vous avez de la famille dans le milieu.. - J'ai par exemple eu une interne, ses deux parents étaient médecins installés donc évidemment qu'elle les voyait faire la compta, qu'elle connaissait tous les trucs, c'était pas la peine que je lui parle de ça ... elle avait déjà les notions. La seule chose c'est de voir comment on travaille en ville pendant 10 ans. Voilà donc je pense que c'est aussi par rapport à son idée, de ce qu'on a vécu de la médecine, de ce qu'on attendait en sortant de l'ECN ... est-ce que c'était vraiment médecine générale qu'on voulait faire voilà moi j'ai eu un pour qui fallait faire un semestre en médecine générale et ça s'arrêtait là... puis finalement il m'a dit "ça me plaît bien quand même" c'est maintenant une opportunité alors qu'il n'imaginait absolument pas s'installer quoi.

Je dirais qu'il faut savoir s'adapter, c'est une super intelligence ça et c'est dans tous les domaines. *Hihi (blanc)*

I = Donc là vous m'avez parlé des compétences que vous voudriez que votre interne ait à la fin du stage... Comment vous voyez évaluer ces compétences ? Quels seraient pour vous les critères d'une bonne évaluation ? Comment concevez-vous cette bonne évaluation ?

M2 = C'est vrai que ça ne se fait pas comme ça... ça se fait tout doucement au fil du travail ... critères d'évaluation ... bin je vois l'autonomie déjà que l'interne prend tout seul ou à force d'avoir vu bin il finit par se lever, d'aller chercher, se présenter, d'anticiper ... voilà puis après de me demander ... donc je pense qu'il y a cette observation là , cet part d'observation où on voit comment on fait puis après même si le patient, le recours est différent bin de voir comment ça s'adapte.

Je pense que c'est plus que des grilles d'évaluation ... c'est de voir que tout doucement l'interne il prend

votre place dans l'action puis il sait tout faire et voilà il a acquis les choses.
(*Interruption par coup de téléphone*)

I = Et si je vous parle plus que de grille de stage, si je vous parle de rapport de stage ? Qu'est ce que cette notion vous évoque-t-elle ?

M2 = Moi c'est quelque chose qui me manque parce que la grille que l'on a avec des termes qui sont quand même... des termes de marketing dans lesquels je ne me retrouve pas. Quand je vais en maîtrise à chaque fois ils disent "ah bin oui comme ça tout le monde utilise le même mot... mais des fois je me dis supervision directe, indirecte ... vous voyez c'est des trucs... des termes dont on a pas l'habitude donc oui plutôt que d'avoir quelque chose de fixé, on pourrait oui même raconter une histoire ensemble sur le semestre quoi, sur ce qui s'est passé. Moi je pense que ça serait plus facile parce que la grille même au début y a un moment j'ai demandé à l'interne de me la ramener plus tôt parce que je me suis dit sur ce qu'on nous demande... voilà moi y a des choses qui ne me seraient pas venu comme ça... dire comment l'interne s'est débrouillé en situation d'urgence bin il faut se rappeler ce qu'il a fait il y a 6 mois... un rapport ça serait plus simple... quelque chose qu'on pourrait écrire à quatre mains... oué ça serait plus facile... puis moi j'suis bavarde... je le serais sur l'écriture aussi.

I = D'accord... là actuellement que pensez-vous de votre utilisation personnelle des grilles d'évaluation ?

M2 = Je les utilise peu... c'est à la fin où je dis "bin ramenez - moi la feuille" et voilà ...

I = Quels obstacles verrez-vous à la conception/utilisation de ce que vous définissez comme une bonne évaluation selon vous ?

M2 = Dans le rapport de stage je ne vois pas d'obstacle puisqu'on aurait quelque chose même... moi je pense qu'il faudrait quelque chose qu'on écrit dès le début ensemble, qu'on ait un objectif en disant "bin voilà moi j'aimerais apprendre ça" (*doigt pointant une feuille posée sur son bureau comme pour montrer un point*) moi je dis "bin je pense vous apporter et vous apprendre ça", on met en commun dès le début de semestre. Je pense qu'il n'y a pas d'obstacle... à part que ça prendrait du temps mais au moins on aurait un résultat aussi à la fin du semestre (*sourire*). Voilà confronter les attentes de l'interne, les miennes pour les mettre en lien.
(*Nouvelle interruption téléphone*)

I = Nous en étions donc à discuter des obstacles que vous verrez à une bonne évaluation ? Avec la notion du rapport de stage...

M2 = J'espère juste que le rapport de stage resterait quelque chose de souple - j'aime pas les brigades - dit à *demi-mot* c'est à dire qu'entre nous on se dirait bin voilà on a fait ça, des cas cliniques qui nous intéresse, ce qu'on a appris, ce qu'on a pas appris, ce qui me manque euh... bin moi j'ai tendance à vous dire ça "la semaine prochaine revenez pour voir ce qui vous a plu, ce qui vous a manqué" bin voilà.. L'obstacle ce serait que ce soit trop des cases à remplir en disant... alors ça peut être bien (*en haussant le ton*) bon voilà dire ça...j'ai rédigé ça... j'ai fait ça, j'ai appris ça... mais que ça soit souple. Qu'on puisse, un petit peu comme une boîte de pandore... que nous aussi on puisse mettre un peu ce qu'on a vécu... dès fois je me dis qu'il y a des choses, fin vraiment très profondes, que je vis avec les internes quoi, des relations, bin ils sont là au moment où nous aussi on a un vécu et donc je pense que bin ça marque même en dehors... des choses au téléphone. J'ai l'exemple de notre entretien la semaine dernière avec une patiente qui fait que voilà ce ne sont pas des choses qui doivent entrer dans des grilles. Même si je pense aussi que des grilles ça aide - on parlait tout à l'heure de capacité d'adaptation - quand l'interne a envie de se dire "bin tiens comment je peux rebondir " il n'est plus dans mon stage, il n'est plus avec moi puis il me dit "j'ai vu ça j'ai fait ça" et ça je pense qu'on pourrait l'intégrer dans le rapport.

Je pense que globalement dans la continuité je dirais qu'il y a 70 à 80% de mes internes avec qui on communique encore, avec qui on parle d'un dossier, on regarde le rapport "ah bin moi j'aurais fait ça,

ah bin moi j'ai fait ça" voilà... ça pourrait même être quelque chose d'ouvert quoi (*rires*) une histoire qui continuerait avec l'évolution. Puis nous en aurait quelque chose parce que moi je trouve que dans une relation où on vous voit régulièrement puis que d'un seul coup les gens disparaissent... bin de se dire aussi il reste une trace écrite... euh... de ce travail en commun. Oué ça peut être au contraire d'obstacle, moi je pense que ça peut être quelque chose qui mettra en valeur notre travail et puis le travail de l'interne je pense. Si ça leur impose pas, moi ce que je ne veux pas non plus c'est que derrière ils aient des heures de rédaction voilà parce qu'on mange déjà pas mal de temps ensemble donc euh... je pense que c'est ça quoi, quelque chose de souple... que ce ne soit pas une charge en plus pour l'interne, moi je peux toujours trouver du temps. Y a quand même une sacrée lourdeur quand je vois les port folio, les machins (*soupire*) ... c'est bien hein il faut bien prouver quelque chose mais bon je me dis que voilà quoi (*rires, sourires*).

I = Et donc vous parliez de "cases", avec des choses à remplir ... quels éléments verriez-vous justement dans ces « cases » ?

M2 = Dire que sur les données bin voilà je pense que ça reste comme quand on est externe... l'interrogatoire, bin déjà le patient quand il rentre de voir le regard que l'on a euh... on n'a pas besoin d'être, on est déjà de l'autre côté du bureau, on voit déjà des choses se mettre en place euh... bin voilà la présentation, comment l'interne il arrive à rentrer dans la consultation... parce que bon voilà c'est toujours nous qui disons au début "bin voilà je vais vous faire examiner par l'interne" et voilà voir si la chose se fait bien, les interconnexions je dirais *comment on appelle ça?* le verbal et le non verbal (*rires*) voilà.

Euh... puis après l'examen clinique, les observations, les questions qui sont posées aussi qui orientent vers euh... je dirais pendant l'examen voilà auprès du patient. Donc l'interrogatoire, l'examen, le diagnostic, l'organisation de l'ordonnance ... comment on gère aussi le dossier, ce qu'on en ressort, puis après quand on en discute - même si on ne discute pas forcément après chaque patient - mais si on des choses plus particulières ce qui en ressort et comment on peut évoluer et comment on peut faire évoluer le travail du dossier et aider le patient quoi.

Je dirais plutôt un truc articulé dans l'histoire d'une consultation. Bon puis ça ferait un peu horizontal sachant qu'après le patient il est parti mais y a des choses voilà nous on reçoit la biologie après ou la lettre et après comment on fait pour rebondir en se disant "bin tiens il faut que je le rappelle... comment s'organise. L'organisation aussi de la journée toute ces choses là donc je pense qu'il y aurait des choses un peu en effet en cases et après ça... l'arborescence quoi.

I = Hum... D'accord. J'ai entendu que vous aviez évoqué 2 notions supervision directe/indirecte ... il existe aussi des notions d'auto évaluation et d'hétéro évaluation ... Comment utilisez-vous ces notions ? Lesquelles préférez- vous employer et pourquoi ?

M2 = La supervision indirecte c'est assez compliqué ici au cabinet ... voilà à part être vraiment en autonomie ... alors ça m'arrive de dire "bin je passe à côté" ou je demande voilà pour un appel aigu j'ai envoyé une interne faire une visite ou l'interne a continué les consultations pendant que j'allais faire la visite mais voilà ça reste assez sporadique hein. A la fois, les patients ne vont pas toujours dans ce sens... la semaine dernière j'ai mis 3 rendez-vous à mon interne, ils n'ont pas été pris. C'est un peu difficile dans l'organisation donc évidemment j'emploie plus de la supervision directe, j'essaie de me mettre à l'ordinateur, de ne pas intervenir.

Autoévaluation... c'est à dire que c'est l'interne qui me dit ce qu'il en pense... je ne le fais pas ou très peu ça, j'avoue que voilà je pense que demander à l'interne de faire une autoévaluation, je ne me souviens plus l'avoir fait...

Je pense que ça peut mettre mal à l'aise à mon avis.

L'hétéroévaluation je pense que j'y vais franco ça je vous le dis... voilà je dis à l'interne ça c'était bien... fin j'ai une tendance quand même à être une maman je dirais un petit peu... donc euh... puis bon je pense que je suis assez franche... s'il y a quelque chose qui ne me plaît pas... alors ça ne sera pas devant le patient bien sûr mais je vais le dire donc euh...

Mais l'auto non je ne l'ai jamais utilisé je crois ... non je ne pense pas.

I = Est ce que vous avez d'autres remarques ou suggestions autours de l'évaluation de l'interne ? De comment vous l'utilisez ? Verriez - vous des pistes d'amélioration ?

M2 = Bin moi j'essaie d'être très très critique avec moi-même donc en disant " bin zut j'ai l'impression que voilà. Bin mince j'avance pas" voilà je dirais que c'est chaque jour à la fin de la journée ... je me dis que je suis partie de pleins de bonne volonté et après j'ai l'impression (*rires*) que j'ai laissé de moins en moins le filet donc voilà.

Après sinon si on veut parler du général du travail de la maîtrise de stage euh... ça prend pas une bonne tournure... j'sais pas pourquoi...

Y a des choses bin comme là, la réunion imposée tout ça... je trouve ça vraiment très malsain... parce que bon qu'on nous dise "vous avez 2 heures" en plus avec des choses à dire diluées qui va prendre une après-midi nous, de consultations. Bien sûr on est rémunéré pour avoir des internes mais bon il faut l'organiser... on ne peut pas toujours trouver un remplaçant comme ça... moi faut que je demande à ma collègue tout ça. J'ai reçu un mail là sur ceux que ne se sont pas inscrits attention parce que ça compromet votre suite d'être maître de stage quoi voilà. Je trouve ça très très mal sain parce que franchement... moi j'aime bien, je vois j'ai su - *signe et phrase entre guillemets* - transparaitre ça à ma collègue car elle a fait la maîtrise de stage aussi. Je voudrais suivre le SASPAS aussi voilà je trouve que c'est très enrichissant pour moi. Je trouve que cette pression là ... et je pense que j'ai quelques collègues qui risquent d'arrêter à cause de ça hein... parce que c'est bien *fff (soupires)* voilà quoi ils ont voulu nous donner 2 dates en juin, 2 dates en septembre voilà quoi ... des périodes pas forcément faciles et je vous dis je sais que je me suis inscrite en me disant « bon je regarde ce que c'est » ... et la fac met la pression... attention attention vous ne vous êtes pas inscrit, ça compromet votre possibilité de poursuivre la maîtrise de stage.. Voilà ! Il faut s'en rendre compte que l'on ne fait pas toujours ce que l'on veut au cabinet voilà. Donc je trouve ça ... cette ambiance là elle n'est pas sereine, pas confraternelle. Du coup le besoin de nous demander comment ça se passe en pratique ... un petit peu... c'est comme partout c'est l'administratif qui gère sans voir vraiment sur le terrain ce qui se passe quoi... parce que bon en plus j'ai eu le retour de la réunion c'est quelque chose qui en une heure aurait pu se faire débriefer ... beh oui c'est ce que plusieurs médecins m'ont dit donc bon c'est un peu dommage de nous bloquer 3h.

Sinon bin non... y a pas de ... C'est vrai qu'on vit ça un petit peu comme, moi je trouve un petit peu comme l'artisan qui a son apprenti fin voilà... avec du compagnonnage bien sûr hein pour moi on dit toujours pareil on est médecin tous les deux, c'est ce que je dis aux patients. Et même je dis "vous savez mieux que moi parce qu'ils sortent de la fac tout ça..." donc vraiment une suite dans l'exercice. Mais j'aime bien l'enthousiasme autours de la maîtrise de stage. L'année dernière avec la notion de tiers payant généralisé j'ai adoré en discuter avec les internes ... ça a aidé à avancer, se dire "bin tiens comment on va présenter les choses..." Moi je trouve que si on arrive à garder cet enthousiasme là c'est bien quoi. Je pense qu'il faut oui des critères, des données pour que tout le monde parle le même langage mais après c'est aussi ... euh... bin je dirais ... oui ce compagnonnage. Je trouve que c'est quelque chose de sympa et pas pas péjoratif quoi mais euh voilà d'un échange de bons procédés je dirais (*rires*).

En tout cas je suis persuadée que l'interne m'apporte autant que voilà en formation, en discussion ... voilà c'est un super équilibre. C'est vraiment très très intéressant.

I = Très bien. Et donc pour compléter un peu mes données j'aurais voulu savoir depuis combien d'année vous êtes MSU ?

M2 = Je sais plus si c'est depuis 2011 ou 2012
En trinôme

I = Connaissez-vous votre niveau de formation pédagogique ?

M2 = Euh... j'ai fait les séminaires de formation demandés sur des week-end.

I = Et bien je vais donc vous laisser.

M2 = et bien bon courage parce que *piouf* le travail de thèse c'est un long travail. (*Rires*)

Annexe 7

ENTRETIEN M3 :

Lieu : Bruay-la-Buissière, cabinet seul, en UPL

Explication projet de la thèse

Je me présente je suis interne en médecine générale actuellement en 4^{ème} semestre.

L'entretien va porter sur vos attentes en tant que MSU de l'évaluation de stage des internes que vous recevez.

L'entretien sera enregistré, retranscrit puis codé. Tout est anonymisé. (MSU est ok avec l'enregistrement).

I= J'aurais besoin d'avoir quelques informations avant de débiter l'entretien... depuis combien d'année êtes-vous MSU ? Quel est votre niveau de formation pédagogique ?

M3= Depuis combien de temps ? hé bien je n'en sais rien... j'ai pas compté exactement... je dirais une dizaine d'années... euh j'ai commencé en 2008 donc oui 8 ans.

Pour le niveau de formation pédagogique je vais peut-être dire une bêtise... je crois que je suis M5.

I = Entrons donc dans le vif du sujet... la première question est de savoir comment vous, vous vous représentez un médecin ou un professionnel de santé compétent ? Quelle serait pour vous la définition générale d'un médecin compétent ?

M3 = C'est tout un ensemble de chose... euh y a la compétence je dirais technique, y a la compétence après euh psychologique, y a une compétence matérielle comme je dis toujours au patient "y a des moments où y a des choses que je ne fais pas. Non pas parce que je ne sais pas la faire mais parce que je n'ai pas le matériel" ou sinon au niveau technique parce que je n'ai pas ou la technique ou je ne la pratique pas assez pour la faire. Donc ça c'est une compétence je dirais professionnelle générale.

Après, au niveau de patient, y a toute une compétence psychologique du patient. On ne fera jamais de la médecine comme une machine, ça a toujours existé et ça existera toujours, tout simplement parce que le patient est un et unique et qu'à chaque patient y a une correspondance et une adéquation avec le traitement ou la façon de prendre les choses.

Après la compétence pédagogique, je dirais que c'est sensiblement la même chose qu'on peut avoir par rapport à l'interne que l'on reçoit ou aux gens à qui on veut faire passer un message. Il faut savoir faire passer ce message, ça ne s'invente pas. Comme je disais en faisant les stages euh d'animation de groupe ou autre pourquoi est-ce que quelque fois on a des idées et elles ne passent pas ? Et on s'aperçoit tout d'un coup que quelqu'un a repris l'idée eh bien elle est passée toute seule. Simplement il a fallu la présenter, il a fallu la vendre et tout et et ça, ça s'apprend... c'est pas évident. Je pense qu'il y a un ensemble de chose là-dessus... vous pouvez être (comme je dis quelque fois à mes patients) un très bon toubib reconnu mondialement ou je ne sais quoi et si le courant ne passe pas avec le patient c'est pas la peine. Il faut une osmose entre les deux.

I = Donc si je vous résume... pour vous être compétent c'est développer une compétence technique, une compétence psychologique, une compétence pédagogique... et il me semble que vous aviez parlé d'une autre compétence ? Non ?

M3 = Alors oui compétence psychologique, compétente je dirais technique et compétence pédagogique ... après compétence... (*blanc*) à première vue ce sont les 3 points essentiels que je vois.

Y a peut-être d'autres facteurs mais peut-être parce que je n'arrive pas à les structurer mais... je dirais que ce sont ces 3 choses là qui me semble essentielles.

I = D'accord. Et euh... si on se place côté MSU, quelles seraient pour vous les compétences à transmettre à l'interne que vous recevez ? Avec quelles compétences voudriez-vous qu'il sorte de ce stage ?

M3 = Alors, au niveau du stage N1, au niveau du stage SASPAS j'ai pour coutume de dire tu vas apprendre une pratique, le savoir tu l'as par la fac, je t'enseignerai ce que je peux t'enseigner là dessus mais c'est pas à moi d'enseigner le savoir. Moi c'est enseigner la façon d'être avec l'exercice médical, la façon de recevoir le patient, la façon d'aborder le problème. Après y a des choses effectivement parce que la fac n'apprend pas tout non plus... c'est l'hôpital, c'est la fac, on apprend des tas de choses mais on apprend pas quelques fois des choses de la pratique quotidienne ... par exemple on a vu un méga érythème... le N1 m'a dit "oh super j'en ai jamais vu !" et effectivement si vous ne l'avez jamais vu, on ne peut pas le diagnostiquer au départ. A la fac, on n'a pas les documents nécessaires. Donc moi c'est surtout une compétence euh... une compétence peut-être pas... plutôt une façon d'être, une façon de faire ... euh que j'essaye d'enseigner ici au cabinet médical.

Après j'enseigne aussi... c'est vrai qu'il y a aussi tout un aspect aussi... qui peut faire partie des compétences... j'essaie toujours de deux domaines qu'on aborde peu : le domaine administratif et le domaine comptable. C'est le domaine je vais dire - c'est peut-être un terme qu'on utilise pas vraiment - mais le contexte TPE Très Petite Entreprise. Il y a une très petite entreprise, quand je me suis installé, j'y connaissais rien du tout. Il a fallu apprendre sur le tas. C'est sûr que maintenant au bout de 35 ans je ne vois pas du tout les choses de la même façon. Et j'ai fait des erreurs au départ non pas professionnelles, parce qu'on est médecin et puis on reste médecin avant tout mais sur la gestion d'une très petite entreprise oui certainement... donc il y a des choses à savoir là dessus. On fait toujours avec les stagiaires qu'on reçoit une journée avec mon épouse sur les assurances, la comptabilité (soit entrer, soit sortir des recettes, soit amortir dans le temps et tout) euh... les pièges aussi qu'il faut savoir éviter, des choses comme ça. Ça c'est mon épouse qui s'en occupe, elle fait tout ce qui est partie administrative du cabinet médical et c'est très bien.

I = Est-ce que... Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évolué au fil de votre exercice et de vos années de pratique de la médecine générale ?

M3 = Au départ on a une compétence de savoir, on n'a pas la compétence pratique. Au fur et à mesure du temps, on perd la compétence du savoir si on ne fait pas de formation, d'où l'importance des formations, quelles quel soit, d'où l'importance d'avoir des N1 ou des SASPAS parce qu'il y a un dialogue qui s'établit et il est enrichissant pour l'un comme pour l'autre. Et après euh... la compétence devient plus pratique, plus... technique. Le savoir est là mais ce qui est important à ce moment là c'est ce que font les mains. C'est à dire que comme je dis toujours j'adore apprendre des choses mais si mes mains ne savent pas le faire derrière c'est pas la peine. Il faut que l'on ait une compétence pratique : une compétence d'examen, une compétence d'abord du patient... et tout ça ça s'acquiert - je dirais - avec le temps tout comme la compétence -je vais dire - administrative euh... et sociale que l'on acquiert au fur et à mesure du temps par rapport aux dossiers que l'on a, au cas qui se présente et tout... on se renseigne, on cherche comment on peut aider le patient au maximum dans son contexte psychosocial.

I = D'accord. Et si je vous parle de certification des compétences... que vous évoque cette notion ? Comment pensez-vous que l'on puisse la réaliser chez l'interne et plus tard ?

M3 = *Blanc...*

Je ne saurais pas répondre... La certification des compétences elle vient par le dialogue, elle vient par la façon de voir, la façon de faire et tout. Je pense que c'est... c'est quelque chose que j'ai du mal à établir comme ça en disant "bon il faut si, il faut ça...". Il y a des certifications des compétences effectivement... mais répondre de but en blanc euhh... C'est peut-être plus facile à répondre en ayant devant soi la question qui est posée. "Est-ce que l'interne sait aborder un patient ?" est ce que l'interne

sait... alors dans le sens abord du patient... il y a l'abord médical mais il y a aussi l'abord psychologique - recevoir un patient, accompagner un patient - des choses comme ça. Euh... je suis toujours un peu surpris lorsque euh... le médecin ou l'interne reste au bureau ou ne raccompagne pas le patient... il faut toujours accompagner le patient dans sa démarche. C'est pas facile d'aller voir un médecin, il y a un accompagnement qui est important... donc certification de compétences c'est une première façon de voir après il y a certification de compétences du savoir (*blanc*) qui normalement est acquis à la fac puisque les examens sont obtenus et tout euh... le savoir est là. Maintenant il faut savoir le mettre en pratique. Etablir comme ça abstraitement une certification de compétence je ne saurais pas faire.

I = D'accord... sortons de la certification... revenons à l'évaluation... Comment concevez-vous une bonne évaluation ? Quels sont pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M3 = C'est de répondre un peu à toutes ces questions... euh... est ce que le médecin est capable de répondre au patient ? Est ce que à la fin d'une consultation il m'arrive et il m'est arrivé un jour de répondre... tout s'est bien passé... mais je crois qu'on a pas du tout vu le motif de consultation. Quel est le motif de la consultation ? Je crois qu'il faut... là dessus il y a un abord à avoir aussi avec le patient euh... il faut garder ça en tête. Le patient a aujourd'hui tendance à avoir 4 ou 5 motifs de consultation très mélangés, très divers... quand il ne vient pas non plus pour la voisine, la tante ou le fils pour faire ceci ou pour faire cela. Mais il faut savoir garder un fil directeur donc euh... on en était où dans la question ... c'était ? *air interrogateur en me regardant*

I = C'était comment vous concevez une bonne évaluation ? Quels serez pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M3 = Par rapport à tout cet ensemble... on ne peut pas dire d'une bonne évaluation "très bien, techniquement, nickel, il sait, y a pas de problème" (*en dessinant une ligne droite dans l'air*) "en pratique comment ça se passe ?" Donc il faut vraiment évaluer l'ensemble, l'ensemble des... des... des pôles de l'exercice de la médecine. *Blanc*

I = Et vous euh que pensez-vous de votre utilisation personnelle actuellement de l'évaluation de stage de l'interne ?

M3 = Alors, toujours en dialogue avec l'interne ! C'est toujours l'interne qui s'auto évalue euh... mais en dialogue. C'est difficile de s'auto évaluer et c'est encore plus difficile - à mon avis - d'évaluer quelqu'un. On a face à soi quelqu'un qui est médecin dans 1 an ou dans 2 ans mais qui est médecin donc qui a le même diplôme que l'on a et tout... c'est difficile de s'évaluer entre pairs. C'est toujours en fonction d'un dialogue. Les questions sont là sur la grille d'évaluation ... on dialogue "est ce que tu as acquis, est ce que tu n'as pas acquis ?" on se rappelle des cas, des journées, des demi-journées... et... et... l'interne ou le MSU connaît les faiblesses qu'il y a pu avoir et surtout -bon - la faiblesse c'est pas grave, ce qui est grave c'est de la répéter c'est ça... comme dit euh... je ne sais plus qui... je crois que c'est Confucius "seul l'imbécile butte 2 fois sur la même pierre" et je crois qu'effectivement - bon sans être méchant, faut pas traiter les gens d'imbéciles - mais.. C'est ça qui est important dans l'évaluation de l'interne, c'est de dialoguer et de voir et de savoir reconnaître aussi quels sont les points faibles de l'interne et quelles sont les pistes que l'on peut avoir pour améliorer ces points faibles.

I = hum hum d'accord. Quels éléments voudriez-vous voir dans une évaluation ? Lesquels pour vous seraient essentiels ?

M3 = La communication certainement... mais la communication c'est ce que je disais tout à l'heure par rapport à un projet qu'on a et qu'on réussit ou pas à faire passer... celui qui sera habile en communication réussira à le faire passer sans problème. Euh... quels sont les points forts là-dessus... oui une communication certainement euh... une organisation de la consultation avec le patient... il ne faut pas être fouillis, il faut être méthodique, il faut que le patient comprenne ce vers quoi on veut aller. Si vous n'expliquez pas au patient ce qu'il a, ce vers quoi on veut aller ... on aboutira pas. Par contre, il faut qu'il y ait une espèce d'osmose entre le

patient et son médecin, il faut qu'il comprenne ce que l'on veut, il faut qu'il sache que l'on peut se mettre à sa place sans être à sa place mais on peut se mettre à sa place et lui expliquer les démarches qu'il faut faire pour diagnostiquer, traiter et bilancer éventuellement, surveiller une maladie.

Sur les critères après là-dessus, qu'est-ce que j'aimerais voir ? *blanc*

A brûle-pourpoint, je ne saurais pas répondre non plus... euh... sur la grille qui est utilisée il y a des trucs qui m'ennuient un peu... euh... je pense que cette grille n'est pas assez explicative quelque fois. Elle manque de clarté dans ses phrases et donc on est là à dire *pttt (avec mouvement des mains signifiant incompréhension)* bon pas évident, pas évident...

I = D'accord. Quels obstacles verrez-vous à la réalisation d'une bonne évaluation, selon comment vous la concevez comme bonne ?

Auriez-vous des pistes d'amélioration à cette évaluation de stage ?

M3 = Je vois comme obstacle le manque de clarté oui. Euh... bin c'est toujours pareil dans une évaluation y a un aspect je ne vais pas dire sanctionnant mais presque...il faut absolument libérer cet aspect sanctionnant, c'est pour ça que c'est important que cela soit une autoévaluation, c'est pas une censure.

Euh... qu'est ce qu'il peut y avoir comme obstacles après ? Ce sont des obstacles inhérents à la personnalité propre : faut que le contact entre le MSU et le N1 ou le SASPAS soit bon aussi et franc. Il faut qu'il y ait quelque chose qui soit franc et direct. Alors la personnalité propre... euh... c'est sûr que la réserve, la timidité sont quelque fois des facteurs où c'est sûr que l'on arrive pas à conclure une question ou quelque chose comme ça mais ça c'est inhérent à l'individu. L'aspect sanctionnant oui qui est toujours mal vécu, l'aspect... je vais dire mystérieux - non pas mystérieux - mais énigmatique quelque fois de ce que deviennent ces évaluations : c'est à dire qu'on fait l'autoévaluation on a quelqu'un à côté de nous et puis après on rend un papier, on donne un papier et la personne n'est pas connue pratiquement, c'est un document, d'où l'importance du document et de ce que l'on met dedans.

(Coup de téléphone)

I = Si je comprends bien vous trouvez qu'il existe un manque de retours sur ces évaluations ?

Hochement de la tête du MSU

Euh oui donc nous étions en train de parler des obstacles que vous voyez à la réalisation d'une évaluation conçue bonne par vous ?

M3 = Donc oui le manque de retour des évaluations... *(blanc)* L'aspect formel, l'aspect parfois vécu comme sanctionnant, c'est toujours très délicat ça... c'est toujours très délicat... c'est pas notre rôle... euh... maintenant ce n'est pas notre rôle... euh... dès fois il faut savoir aussi repérer quelque fois les écueils... euh... *(blanc)* Non après je ne vois pas d'autres facteurs... c'est surtout ça qui me bloque quelque fois.

I = Très bien. Bon, j'ai entendu que vous parliez beaucoup auto évaluation... il y a aussi la notion d'hétéro évaluation... Que pensez-vous de ces deux notions ? Quel serait pour vous l'intérêt de chacune ?

M3 = Je reste sur une autoévaluation avec discussion. Euh... voilà autoévaluation... hétéro évaluation j'aime pas, on n'est pas juge, on discute, on dialogue, on fait repérer les écueils... ça peut être dans un sens comme dans un autre de la part du N1/SASPAS, de la part du MSU... j'ai toujours coutume aussi de dire à mes stagiaires qui sont là "comment as-tu trouvé le stage ? Quels sont les écueils, qu'est-ce qu'il faudrait changer ? Où est-ce que tu as trouvé que ça n'allait pas ? Dans la répartition des consultations, dans ci... et je ne fais pas du tout aujourd'hui comme je faisais il y a 8 ans. Euh... pour moi c'est une autoévaluation je dirais presque réciproque avec dialogue. Il faut absolument dialoguer. Quand on met des croix dans des cases, il n'y a pas de dialogue, c'est fermé et ça s'arrête là. Il faut quelque chose qui soit ouvert, qui puisse permettre d'ouvrir la discussion et qui permette de mieux comprendre une situation. D'où, comme je disais tout à l'heure, ce document qui part au DMG et

puis... et qui après bien... est un papier... il est formel, il n'est pas euh... mais il en faut aussi.

I = Très bien. Vous parlez de papier... comment verriez-vous l'outil idéal d'une évaluation de stage de l'interne ?

M3 = On est obligé de rester sur une formalité papier mais peut-être avec plus d'ouverture à la discussion. On est obligé de rester sur une formalité papier mais on n'est peut-être pas obligé de rester sur une formalité euh... -2 ne sait pas, -1 sait un petit peu, 0 indifférent, 1 sait et 2 maîtrise très bien - parce que ça c'est pratique, ça permet d'être dans les cases, ça permet d'en tirer des statistiques, ça permet de voir... mais c'est pas euh... ça n'a pas de souplesse... ça n'a pas de souplesse. Euh... il faut tel que l'on a... et la nouvelle grille d'évaluation est pas mal là dessus parce qu'elle ouvre plus à la discussion (on est beaucoup plus sur des questions ouvertes que sur des questions fermées) Et ça permet aussi d'ouvrir et de faire repérer - sous réserve qu'après ça soit lu - euh... et de faire repérer les pistes d'amélioration.

Ce qui est important en soi ce n'est pas la - fin si bien sûr c'est important mais - c'est pas tellement l'évaluation que ce sur quoi ça peut déboucher... ce sur quoi ça peut déboucher et c'est nettement plus important ça. Comme je disais tout à l'heure savoir qu'on ait ci, qu'on ait ça, savoir qu'on a des faiblesses, c'est une chose... mais les répéter c'est quand même embêtant et ça... et c'est à ça que va servir une évaluation : c'est à justement se faire prendre conscience de ce que l'on peut faire à modifier avec l'aide - quand même d'abord en introspection - puis quand même avec l'aide de son maître de stage, de son président de thèse, des autres internes qu'on a pu rencontrer.

I = Bien. Et si je vous parle de la notion de rapport de stage, qu'est ce que cela vous évoque-t-il ?

M3 = ça m'évoque la grille d'autoévaluation, ça m'évoque la grille de rapport de stage que font les N1 sur les MSU aussi et qu'on ne voit pas... euh... c'est d'ailleurs toujours très angoissant ... *rires* euh... rapport de stage, je sais qu'il y en a qui sont fait... est-ce que vous entendez un rapport de stage par le MSU - j'ai pas de notion qu'on doit en faire un - à part cette autoévaluation. Sinon après, rapport de stage bon je sais qu'il y en a qui sont fait sur le stage proprement dit mais je ne peux pas répondre puisque je n'en ai jamais vu.

I = D'accord. Et si euh... on évoquait l'hypothèse de changer totalement de concept, de passer d'une grille à un rapport de stage ?

M3 = Je pense que ce serait beaucoup mieux. Ce serait peut-être beaucoup plus difficile à exploiter. Je pense que ce serait mieux mais je pense qu'il faudrait une formation pour savoir comment on fait un rapport de stage... euh... y a des sites internet qui sont très bien faits... euh des sites - si j'ai bon souvenir - canadiens et belges euh... surtout canadiens. Ils analysent beaucoup le comportement humain et la façon de faire et tout... et les façons d'animer, d'être et de faire... euh mais on ne fait pas un rapport de stage comme ça parce qu'il faut savoir ce que l'on veut dans ce rapport de stage: est-ce que l'on cherche "j'étais très content de mon interne, tout s'est bien passé, il est arrivé à l'heure, il est parti à l'heure tranquillement, il n'y a pas eu de heurt" c'est bien, c'est un bon rapport de stage, pas de problème mais il n'est pas enrichissant. "J'ai fait mon stage, j'ai eu des problèmes sur telle situation, sur tel cas..." ça c'est beaucoup plus enrichissant. Alors, un rapport de stage dans ce sens-là, c'est bien parce qu'il faut que ça débouche comme je disais tout à l'heure sur quelque chose... et l'avantage de... euh... de faire de cette façon là c'est qu'on peut en discuter, on peut ouvrir le dialogue ensuite. Il faut absolument ouvrir un dialogue euh... mais il faut savoir comment on fait un rapport de stage, il faut le guider. Un peu comme quand on vous demande un RSCA : il faut savoir comment on fait un RSCA, comment on le guide et comment on le vit.

I = Euh... d'accord. Euh... je pense que j'ai à peu près fait le tour de la question ...

M3 = J'sais pas si j'ai répondu... euh... mais c'est ce que je pense. Ce ne sont pas des questions faciles hein. Ce n'est pas facile.

I = Oui oui... Ce sont des questions qui se veulent être générales alors euh... non il n'y a pas de réponse toute faite, exacte. Je voulais reprendre ce qui vous convient ou pas dans l'évaluation du stage de l'interne que vous recevez... le but ce serait d'améliorer cette évaluation de stage.

M3 = Ouép je suis plus pour le rapport de stage. Je suis en train d'imaginer - on est en train de discuter - à remplir un rapport de stage tel qu'un RSCA. "J'ai reçu l'interne, j'ai fait ceci, j'ai fait cela, on a fait ci, on a fait ça. Qu'est qui a pu marcher, qu'est ce qui a pu ne pas marcher, quelles sont les pistes d'amélioration que je peux avoir? Quelles est la documentation que je peux trouver là dessus et tout.. Ça ça serait intéressant ! C'est du boulot pour le MSU hein *rires* mais ça serait intéressant, ça serait enrichissant.

I = D'accord. Et vous y verriez des obstacles à ce rapport de stage ? Lesquels ?

M3 = Le temps. C'est l'obstacle majeur du médecin généraliste, c'est le temps. Ça c'est l'obstacle majeur. Après le temps, euh... le contenu, la formation pour le contenu - savoir qu'est ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on évalue euh... qu'est ce qu'on voit et euh... savoir ce qu'on peut en faire. Mais autrement oui, moi ça m'intéresserait plus. Ça demande plus de temps. La grille - allez - en 1h30 -2h on en discute ensemble et tout, en général je mets 1h30 à peu près. Euh... mais on a aussi discuté en fin de journée, sur des débriefings ou des choses comme ça. Un rapport de stage, bin ça se rédige ! Donc déjà ce n'est pas pareil ça se forme et tout... faut compter sur un rapport de stage - je n'en ai aucune idée, j'en ai jamais fait - mais une bonne demi journée quand même hein. Donc c'est sûr que le problème de temps est majeur. Ça, ça c'est certain. Après je vous dis, c'est de l'apprentissage, c'est comment on fait.

I = Une autre question... donc là dans la pédagogie actuelle, on parle d'approche par compétences, que vous évoque cette notion ?

M3 = hé bien je suis en accord avec ce principe. Et cette notion pourra se retrouver même si on fait un rapport de stage, on reste sur une approche par compétences. Même si je ne l'exprime pas bien parce qu'il y a différents domaines de compétences et tout mais on reste sur une approche par compétences. Oui, je pense, je pense. Ça c'est une bonne chose, qu'elle soit technique - comme on disait tout à l'heure - qu'elle soit psychologique, qu'elle soit euh matériel ou autre... mais oui il faut connaître ses compétences et les limites de ses compétences.

I = Très bien. Avez-vous des choses à rajouter sur l'évaluation en général ? Des aspects que nous n'avons peut-être pas abordés...

M3 = Euh... à brûle-pourpoint non... On apprend au fur et à mesure... je vous disais tout à l'heure euh je n'agis pas du tout de la même façon aujourd'hui euh que j'agissais il y a 8 ans. Euh... je n'ai pas les mêmes objectifs de formation : il y a 8 ans, j'étais peut-être plus sur des objectifs parfois très secondaires du cabinet médical ; je pense qu'aujourd'hui je me recentre beaucoup plus sur l'objectif euh... En clair, mon N1 est là, mon SASPAS est là, je lui laisse les clés et il travaille toute la journée et le soir il m'explique, tout va bien. Que ça soit en N1 aussi en fin de stage. C'est ça le but de la formation : c'est de pouvoir laisser les clés au N1, au SASPAS, de pouvoir se faire remplacer - le but c'est pas ça mais l'aboutissement de la formation c'est ça. On commence -comme on a vu - par une observation directe, une observation indirecte et puis au fur et à mesure cette observation indirecte prend de plus en plus de place et... j'ai été poussé dans ce sens là par des internes - parce que peut-être qu'au début j'étais réservé et tout - tout au début une consult par ci, une consult par là je ne sais quoi bon. Puis, mon stagiaire m'a dit, ce serait bien que vous nous laissiez 3 4 consult à la fin de la matinée ou à la fin de la journée, de façon à que pendant 1h - 1h30 on soit livrer à nous même. Donc après j'ai changé. Euh... et puis y a quelque temps, y a pas si longtemps que ça, j'ai senti que j'étais un peu poussé par mon interne qui voulait - donc - travailler tout seul. Et du coup, je me suis dit au bout de, peut-être, 2 mois euh... là- dessus "bin chiche, on y va !" et effectivement là mon interne a travaillé dans le cabinet médical, après présentation bien sûr aux patients et tout... euh mais de façon seul c'est toujours beaucoup mieux. Avoir à côté de soi le maître de stage c'est bien mais c'est un poids quand même. C'est un poids pour l'interne qui a à côté je vais dire le "médecin" qui est là et c'est un poids par

rapport au patient qui a toujours tendance à regarder le toubib et à ne pas regarder l'interne - ça c'est un gros problème aussi. Le mieux c'est de s'isoler et encore. Euh... c'est un poids triangulaire en fait. Euh... je pense qu'il faut que l'interne soit seul et soit compétent pour être seul dans le cabinet médical et il faut qu'on ait la confiance pour cette solitude - solitude entre guillemets, elle n'est pas péjorative hein - c'est pas la solitude du médecin dans son cabinet médical.

I = Eh bien, merci beaucoup.

Annexe 8

ENTRETIEN M4 :

I : Voilà en fait mon sujet de thèse porte sur les attentes des MSU donc vos attentes à vous de l'évaluation de stage des internes que vous recevez au cabinet avec comme objectif d'améliorer les moyens d'évaluation de stage des internes qui passent en ambulatoire.

Euh... j'aurais besoin de connaître un peu votre profil... vous exercez en trinôme... depuis combien de temps êtes-vous MSU ? Connaissez-vous votre niveau de formation pédagogique ?

M4 : Euh... 7 ans de mémoire. Je suis niveau 1.

I : Je vais commencer par une question très générale... elle consisterait de vous demander comment vous représentez vous un médecin compétent ? Comment définir un médecin compétent selon vous ?

M4 : Ahhh... alors pour moi c'est quelqu'un qui est à l'écoute de ses patients, qui maintient ses connaissances à jour régulièrement ... euh qui sait se remettre en question ... euh... quoi d'autre... Le problème c'est qu'on a chacun notre définition de médecin compétent mais en gros c'est ça. Je pense quelqu'un qui sait prendre le temps, qui est à l'écoute de ses patients et voilà qui se maintient à niveau, bon de manière régulière quoi.

I : D'accord. Et hum quelles compétences voudriez-vous que l'interne acquière dans ce stage chez le MSU ? Avec quelles compétences essentielles voudriez-vous que l'interne sorte de ce stage ?

M4 : Alors moi j'aimerais qu'il puisse se sentir en pleine autonomie sans que ça véhicule de stress euh... particulier quoi, qu'il puisse prendre les rennes d'un cabinet seul sans que cela soit problématique pour lui... oui que cela ne soit pas trop stressant. Qu'il acquière toutes les données, peut-être pas toutes les compétences médicales au sens large, ça serait très présomptueux sur quelques mois, mais qu'il puisse manier convenablement le cabinet, son logiciel, la patientèle puis voilà quoi en gros.

I : Ok. Est-ce que vous en voyez d'autres de compétences ? Là je dirais que c'est être autonome... d'autres compétences seraient-elles importantes à citer ?

M4 : Savoir chercher l'information quand elle lui manque que ça soit de savoir déléguer, de savoir rechercher... euh... j'sais pas... que ça soit par le biais d'internet, de livres, de conseils d'ami, de correspondants, d'autres spécialistes ... savoir passer la main, savoir demander conseil s'il estime qu'en termes de compétences c'est un peu limite quoi.

I : D'accord. Comment votre vision de médecin compétent a-t-elle évoluée au fur et à mesure des années ?

M4 : Alors ça... euh oué c'est compliqué... euh... au fait au départ moi je pensais qu'un médecin compétent c'était plus quelqu'un qui avait beaucoup de connaissances médicales, brutes on va dire universitaires, pédagogiques. Puis, très vite je me suis rendu compte qu'en fait ce bagage de connaissances médicales, même s'il peut paraître important, est, finalement, souvent insuffisant... euh... et puis globalement ça semble n'être qu'une petite partie de la compétence du médecin dans le sens où y a de telles banques de données actuellement que c'est peut-être pas la peine de connaître la médecine au sens encyclopédique du terme euh... voilà.

Moi je voyais plus le médecin comme un assemblage de connaissances puis finalement au fil du temps je m'aperçois que c'est sans doute plus le fait de euh... d'avoir une écoute et de pouvoir s'adapter à une situation, à un comportement, à une psychologie particulière que l'on a en face de soi, tous les jours.

I : Très bien. Il existe une notion celle d' "approche par compétences" euh... que vous évoque cette notion ? Comment faite-vous pour évaluer l'interne sur ses compétences ?

M4 : (*hésitant*) Arf... je pense plus que c'est de l'ordre des connaissances d'experts euh... je pense être capable au bout de 2 mois passés au quotidien avec l'interne de savoir s'il est apte ou pas à exercer dans un cabinet en étant autonome mais je n'ai pas de critères - comment dire - hyper définis, je n'ai pas de critères d'évaluation euh... je ne m'en sers pas honnêtement. Euh... je pense que c'est bien trop complexe de transcrire de façon formelle, de grilles, de machin, j'sais pas je trouve que c'est compliqué honnêtement. Voilà. Je trouve que c'est plus de l'ordre du ressenti, du fait de passer beaucoup d'heures avec l'interne et puis de dialoguer, voir comment il réagit face à une situation particulière euh... complexe ou pas auprès des patients quoi. J'sais pas... j'ai pas de grilles, voilà en clair je ne me sers pas de référentiel particulier.

I : D'accord. De ce fait, comment vous vous concevez une bonne évaluation ? Quels seraient pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M4 : (*blanc*) *souffle en réfléchissant* Euh... ça serait de laisser peut-être plus de parole à l'interne. Que l'on puisse, y compris au sein même du stage, pouvoir poser et euh... lui laisser libre cours à ses interrogations quoi. Que l'interne puisse lui se poser "voilà moi je vois mon métier comme ça" euh... finalement au bout d'un mois ou deux de stage. "J'ai ça ou ça qui me pose problème, est-ce qu'on pourrait revoir telle chose spécifique, tel et tel point" plus qu'un canevas formel qui ne pas convenir à l'ensemble des internes.

I : Que pensez-vous de votre utilisation actuelle de l'évaluation de stage de l'interne ?

M4 : Alors j'imagine que vous faites référence au questionnaire que l'on remplit à la fin du stage (*je confirme*). Oué nan honnêtement je trouve qu'il y a beaucoup de questions redondantes euh... et on a l'impression que l'on s'éloigne un peu de la pratique au sein d'un cabinet quoi. Ça me semble aussi très théorique, vous voyez, la façon dont s'est rédigé. Et après, l'importance qui est donnée...euh j'sais pas... sur des points type l'assiduité en stage qu'elle soit considéré à part égale avec par exemple la communication avec le patient, la saisi d'un dossier, la capacité à se remettre en question... je trouve qu'en médecine générale il faudrait qu'on revoit les différents points de l'évaluation euh... voilà en faisant passer avant tout la relation avec le patient plus que beaucoup de petits points de détails qui me paraissent un peu redondant parfois.

I : D'accord. Quels obstacles verriez-vous à une conception d'une bonne évaluation de stage ?

M4 : L'obstacle ça va être, à mon avis, de laisser à des théoriciens la mise en place de cette évaluation quoi. Je pense qu'il faudrait donner d'avantage la parole à l'interne dans ce domaine là quoi. Interne ou jeune thésé ou thésard sans doute. Souvent on retrouve un peu des trames euh... qu'elle que soit l'université d'ailleurs, bon on sent vraiment que ça a été établi par des gens qui ne sont pas ou peu en exercice depuis longtemps, ça paraît très - bon ce qui très louable - mais très théorique, trop théorique je pense, par rapport à notre pratique.

I : D'accord. De ce fait, je note que les grilles d'évaluation ne vous correspondent pas vraiment... quel outil verriez-vous pour une bonne évaluation de stage ? Quel outil choisiriez-vous pour justement y mettre les éléments qui vous semblent importants d'une évaluation de stage ?

M4 : (*hésitation*) Euh... c'est un peu compliqué là comme ça à froid mais je pense qu'il faudrait beaucoup plus axer sur les capacités qu'à le jeune médecin à entrer en interconnexion avec son patient, que l'on puisse s'appuyer sur ses capacités relationnelles plus que compétences théoriques brutes. Ça ce n'est pas trop trop le rôle de MSU je pense euh... c'est plus du rôle des universitaires que de s'assurer qu'il y a un bagage théorique fiable mais qu'après ça soit plus porté sur la relation, sur l'adaptation du jeune médecin face à son patient.

I : D'accord. Si je vous parle de construire un rapport de stage, qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ? Comment le verriez-vous ?

M4 : Je crois que ça serait bien de laisser la parole aux MSU effectivement... plus que de nous imposer une grille selon moi ancienne et trop théorique. Ce serait bien effectivement que nous on puisse avoir la main. Et pourquoi pas imaginer qu'il y ait un canevas euh... proposé ou la possibilité aux MSU d'émettre des idées de grille ou d'évaluation mais qui nous concerne plus nous, comme c'est nous qui avons à les remplir, on voit plus ce que ça donne en pratique euh... comment on procède, ça me paraît mieux de laisser la main aux MSU quoi.

I : Très bien. De ce fait, si on vous laissait la main à vous quels éléments vous mettriez dans ce canevas ?

M4 : Je mettrais euh... les capacités fin euh... psychologiques - on va dire - de l'interne face au patient d'une part, euh... d'autre part je mettrais aussi tout un en place... euh... une évaluation des gestes techniques qu'un médecin généraliste se doit de savoir euh... alors on peut imaginer qu'il y a des gestes qui sont vraiment euh...qui devraient être commun à l'ensemble des médecins genre j'sais pas intra musculaire, suture, plâtre ect... et puis après des choses peut-être un peu plus spécifique. Mais euh... pourquoi pas aussi établir une liste de gestes techniques que tous les internes devraient être capable de faire en sortant de leur stage et euh voilà. Puis après voir... montrer aussi ce que l'on peut même si on n'a pas forcément le temps de voir tous les gestes techniques qu'on peut faire au sein d'un stage bin montrer qu'il y a une étendu qui est gigantesque dans notre métier, que voilà. Puis aussi si on n'a pas la possibilité de voir tous les gestes techniques au sein du stage, pouvoir donner - je dirais - un référentiel pour pouvoir reproduire ces gestes techniques quoi. Mettre aussi cet aspect là pratique des gestes techniques que l'on n'enseigne pas ou très peu. Je sais qu'en ED c'est un peu abordé, ça commence tout doucement à se mettre en place, pas depuis très longtemps... pour tout vous dire si je ne me trompe pas ça a démarré depuis 2-3ans... je pense à l'infiltration notamment. C'est encore trop peu d'ED, bon.

Ce serait bien aussi que l'on puisse imaginer, laisser plus de parole aux MSU sur le contenu... euh... théorique des ED. Laisser plus la parole aux MSU et même aux internes... une chose qui revient régulièrement auprès des internes c'est le mécontentement qu'ils ont à l'égard de la qualité, du contenu des ED... globalement ils estiment que c'est souvent de la perte de temps et moi c'est ce que je pensais également au temps où j'étais interne... je vois que ça n'a pas beaucoup évolué... ça veut dire que les ED sont peut-être trop théoriques. Ils veulent peut-être trop coller à de l'universitaire, ce qui n'a pas trop de sens, puisque le bagage de théorique on l'a déjà quoi, faut que cela soit plus axé sur la pratique quoi. Et là c'est pareil, faudrait qu'on laisse la main aux internes et aux MSU, je pense hein, pour refondre un peu aussi ces ED.

I : Très bien, très bien. Une autre question... hum... on voit la notion d'auto évaluation et d'hétéro évaluation... actuellement. Euh quel intérêt voyez-vous à l'une et l'autre des méthodes ? Si, il en a une, laquelle utilisez-vous le plus et pourquoi ?

M4 : Alors, j'utilise plus l'hétéro évaluation mais plus par habitude mais je pense que ça serait bien de mettre un peu plus en exergue la première l'auto évaluation. Ça serait bien que l'interne puisse se poser régulièrement et qu'on puisse en discuter à tête reposée ensemble. Oué donc laisser plus de place à l'auto évaluation.

L'hétéro évaluation en fait on en a depuis le PACES quoi quelque part donc... et là on ne s'adresse plus à des post-BAC, on s'adresse quand même à des adultes euh... futurs médecins imminents et je pense quand même qu'ils ont tous les capacités requises qui ne posent aucun problème pour s'auto évaluer et il faudrait peut-être mettre ça davantage en avant.

I : D'accord. Et donc vous même vous utilisez plus l'hétéro évaluation vous même... très bien. Ecoutez je pense que l'on a fait à peu près le tour de la question... voyez- vous des choses à ajouter sur l'évaluation en général, sur la formation pédagogique que vous voulez inculquer à vos internes et sur

votre rôle de MSU en général ?

M4 : Alors... euh... je pense que ça serait bien qu'il y ait une espèce de fin (*entre guillemet*) de parrainage entre le MSU et l'interne. Ce sont des choses qui existent dans certains domaines de formation qui n'existent pas chez nous mais je pense que ça serait bien que l'on puisse avoir..euh que l'interne puisse avoir un référent comme ça, une espèce de parrain médical (*entre guillemets*) à qui il puisse se référer lorsqu'il a des difficultés, alors que cela soit d'ordre - difficultés médicales j'entends - euh si lors de son parcours il rencontre une difficulté, une inquiétude, ce qui est normal, qu'il puisse quand même pouvoir solliciter son parrain médical et euh voilà.. "là j'ai ça et ça comme difficultés... et demain je fais ma 1ère garde en nouveau secteur hospitalier, je suis mort de trouille... est-ce que c'est normal ce qu'il me manque, comment je vais faire..." voilà qu'il puisse être accompagné... ce serait pas mal ça.

Mettre ces systèmes en place avec les MSU qui je pense peuvent avoir une fibre particulière dans ce parrainage de l'interne, je pense que c'est pas trop mal pour eux.

C'est un peu l'idée que j'avais quand j'étais à votre place, étudiant, je pensais retrouver un peu cette sorte de parrainage auprès de profs à la fac mais euh... Ce qui était finalement très très naïf de ma part puisque finalement il y a très peu de relation quoi malheureusement, entre l'ancien et le jeune médecin quoi.

I : D'accord, très bien. Donc je retiens l'idée de construire un système de parrainage pour l'interne...

M4 : Après pour ce qui est des gestes techniques, je pense que ça serait bien que... euh... plusieurs MSU - enfin j'avais essayé de mettre ça en place ici mais finalement ça ne s'est pas fait, j'étais un peu le seul à vouloir le faire - c'était que euh... par le biais d'une clé USB que vous avez tous, on puisse imaginer qu'il y ait une banque de données de gestes techniques - alors que moi j'avais estimé à une centaine de gestes, à peu près - que vous puissiez vous avoir une banque de gestes techniques euh.. pratiques... euh... pourquoi pas filmer par les MSU avec la complicité des internes en stage euh... de façon à avoir une banque de données incompressible de gestes à savoir impérativement à la fin du stage. Avec également un support électronique, de façon à ce qu'on puisse s'y référer si besoin. Bon, moi j'avais émis ça comme idée à l'époque, y en a beaucoup d'autres qui trouvaient que ce n'était pas trop trop mal de laisser un support comme ça euh... visuel aux internes mais finalement personne n'était d'accord pour m'aider donc euh... j'ai laissé tomber quoi. Je trouve que c'est pas mal - je dirais laisser une espèce d'empreinte pratique auquel l'interne pourrait se référer.

I : D'accord, d'accord, pour les gestes techniques donc. Et cela ferait-il parti de compétences à valider ? De choses à acquérir lors du stage ?

M4 : Oui oui et aussi dans la suite, parce que je vois que c'est compliqué - y a des gestes qu'on ne peut pas faire en quelques mois de stage - que l'interne puisse lui avoir un petit plan visuel voilà avec la technique, montrer, point par point, la technique pour qu'il puisse s'y référer si besoin, s'il y a besoin de faire le geste quoi.

Sur un outil électronique, par exemple, parce qu'on ne perdrait pas de temps quoi. Après, on pourrait imaginer pourquoi pas des fresques... mais bon je vois quand même que les internes sont très ancrés et très à l'aise avec l'électronique... plus que nous d'ailleurs (*rires*).

Enfin voilà, c'est facile de se mettre au gout du jour, c'est possible.

I : Euh... oui donc voilà je ne sais pas si vous aviez d'autres choses à ajouter sur les différents points développer ?

M4 : Ah une petite chose quand même... je déplore un peu au sein des trinôme ou binôme comme ça euh... de MSU, qu'il n'y ait pas de relation entre nous. En tout cas, ça n'a pas l'air d'être une volonté de la fac puisque souvent les trinômes et les binômes changent à peu près tous les ans, un peu trop souvent je trouve. Je pense que c'est dommage, ça serait bien - après je sais pas c'est peut-être un peu trop théorique hein - mais je pense que ça serait bien de laisser en place les trinômes forgés, de façon à ce que nous on puisse avoir des relations entre nous et qu'on puisse aussi se réunir - j'sais pas par

exemple en milieu de semestre - tous ensemble internes et MSU pour faire une mise au point - amicale hein, de toute façon ça resterait très conviviale - mais qu'on puisse voir ensemble comment nous on peut se compléter puisque comme on ne se connaît pas entre MSU, c'est très compliqué de savoir comment combler éventuellement des carences chez l'interne sur qui nous on pourrait s'appuyer. Par exemple moi en diététique, je suis nulle complètement, c'est un domaine qui ne m'intéresse pas beaucoup euh... et un autre médecin du trinôme était médecin nutritionniste très passionnée par la diététique. Ça quand je l'ai su, c'était très facile pour moi quand il y avait des questions de diététiques pures de filer la balle... euh... à l'autre MSU que je connaissais beaucoup plus compétent en la matière. Et inversement, il y a des domaines sur lesquels je suis plus à l'aise que les autres MSU et ça serait bien, que nous, on puisse se connaître un peu mieux quoi. Mais pour se connaître, ça implique que la fac ne change pas les trinômes de manière aussi régulière. Donc un peu comme le fonctionnement des UPL, y compris hors UPL. Mais ceci dit c'est un peu théorique parce que je pense que trinômes, binômes risquent de disparaître... sachant que certains MSU risquent de ne pas vouloir ou de ne pas être prêt à passer en UPL...mais bon bref on verra.

Le problème reste qu'il faudrait ne pas changer les médecins regroupés trop souvent quoi, sinon on n'a pas le temps de faire connaissance et on ne connaît pas les forces et les avantages des autres quoi.

I : D'accord, c'est noté. Très bien.

M4 : Bon ensuite aussi, moi je suis toujours un peu sidéré quand je vais aux réunions de MSU à la fac euh... du caractère un peu infantilisant euh... de leur discours à l'égard des internes. Euh... je suis toujours un peu agacé... par exemple on préconise aux MSU euh... de bien noter l'heure d'arrivée des internes et l'heure de départ... vous voyez pour être sûr qu'il fasse bien son quota d'heures... je trouve ça un petit peu infantilisant... il faudrait responsabiliser un peu plus les internes, les considérer comme des adultes et des confrères à part entière quoi. Ce système de flicage moi ça me dérange un peu... que je ne respecte pas pour ma part hein... et c'est un peu agaçant qu'ils nous considèrent nous MSU parfois comme du flic éducatif. Voilà, au plus vous considérez l'interne comme un confrère - certes un confrère en formation - mais un confrère quand même plus que le rapport prof - élève qui me paraît inadapté concernant notre profession.

Je sais pas s'il y a d'autres éléments à explorer ?

I : Eh bien écouter je pense que l'on a fait le tour... je comprends bien que vous vous retrouvez moyennement dans les grilles d'évaluation actuellement utilisées... vous voudriez que cela soit plus axé sur le côté relationnel, en ajoutant une notion de gestes techniques, vous verriez plus l'outil comme un canevas qui reste ouvert, vous aimeriez que le MSU ait plus de liberté dans l'évaluation...

M4 : Ah et en imaginant que l'on ait pourquoi pas une place de commentaire plus importante quoi. En toute fin de grille, on a simplement deux lignes de commentaire éventuel, comme si on pouvait résumer euh... le parcours de l'interne en deux lignes... quoi... c'est très compliqué. Faudrait que l'on ait un peu plus de place au libre échange quoi, plus que de cocher des cases quoi (*hochement de tête en non non*)

Cela me revient là aussi... mais en plus des gestes techniques il faudrait s'assurer dans l'évaluation que l'interne soit apte à remplir tous les documents administratifs auxquels on est sollicité tous les jours. Alors moi j'avais fait une liste des documents ultra courant (maladie professionnelle, accident de travail, bon de transport) et j'en passe j'en ai répertorié une quarantaine comme ça. Et moi j'invite les internes à la fin de stage à cocher chacun des documents pour être sûr que l'interne sache le remplir s'il est tout seul au sein d'un cabinet qu'il puisse se débrouiller. On s'aperçoit que globalement la moitié des documents ultra courant n'ont pas été vu ou peu en stage donc euh... moi je profite à la fin de stage de reprendre chacun de ces documents.

Voilà pour moi il s'agit de deux bagages essentiels à acquérir pour l'interne : les gestes techniques et les documents administratifs qu'on manie tous les jours pour être sûr que l'interne ne soit pas mis à défaut face à cela.

Bon voilà je ne vois pas grand chose de plus, bon courage, pleins de bonnes choses pour ce travail.

Annexe 9

ENTRETIEN M5 :

Alors comme je te l'ai dit par téléphone ma thèse porte sur les attentes des MSU de l'évaluation de stage des internes.

Je vais commencer par une question très générale : comment définir un médecin compétent ?

M5 : Alors on a la définition toute faite du CNGE (*rires*), c'est la personne qui prend au bon moment la bonne décision en tenant compte de ses ressources intérieures, de ses ressources extérieures euh... et qui tient compte et qui tient compte des circonstances de la situation dans laquelle il se trouve. Et donc voilà qui prend la bonne décision au bon moment à l'aide ou pas des bonnes personnes voilà. Bin c'est la vraie définition. Sinon, moi personnellement, en pratique, je dirais que c'est une personne qui travaillerait... euh... oui qui prendrait quand même pareil les bonnes décisions aux bons moments et euh... qui est responsable, humain et euh... professionnel. Voilà quelqu'un qui a une bonne conscience professionnelle, qui travaille selon les bonnes pratiques je dirais ça comme ça, deuxième version.

I : D'accord. Et donc là pour l'interne avec quelles compétences essentielles voudrais-tu qu'il sorte du stage chez le praticien ?

M5 : Alors euh bin les cinq compétences de médecine générale (*càd cf marguerite des compétences - premier recours, urgence/ continuité, suivi, coordination des soins/ approche globale, complexité/approche centrée patient, relation, communication - éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire*) pour le grand cadre et pour moi, personnellement, c'est important voilà qu'ils établissent un bon contact avec le patient, qu'ils soient aussi capables d'avoir une bonne communication, de développer l'empathie et qu'ils aient surtout plaisir d'exercer. S'ils gardent le plaisir, la passion ça s'enchaînera bien pour le reste quoi. Mais sinon, on se base quand même sur les cinq grandes compétences de médecine générale, notre marguerite des compétences voilà qu'il est important de transmettre. Nous sur le terrain c'est vrai que la communication je dirais et la coordination des soins c'est ce qui se voit le plus chez nous parce que ça ne se voit pas à l'hôpital je pense. C'est l'avantage chez nous, que l'on peut plus développer ça, par rapport aux autres stages je pense.

I : D'accord. Comment la vision de médecin compétent a-t-elle changé pour toi au fil des années ?

M5 : Euh... je pense que de plus en plus on va intégrer la vitesse du développement de connaissances. La science ça avance de plus en plus... j'ai l'impression que si maintenant je referais mes études de médecine je devrais apprendre une grande partie de ce que j'ai vu avant ou au moins la moitié de ce que j'avais appris serait à revoir. Tout ça évolue plus vite... rien que là ça fait 6 ans que je suis installée, je veux dire je déprescriis énormément de choses parce que ce n'est plus d'actualité ou bien dans le but d'être le moins iatrogène possible... alors c'est vrai que ça évolue tout le temps. On le voit à la maîtrise de stage d'ailleurs, c'est vraiment de la formation médicale continue, t'es obligé de te mettre à jour tout le temps. Je me dis... je pense que c'est de plus en plus difficile d'être un médecin compétent parce que y a plein plein de facteurs qui rentrent en jeu, y a l'exigence des patients... euh... l'envie d'être procédurier du patient parce que c'est vrai qu'on se trouve de plus en plus confronté à tout ça... alors c'est vrai que la partie médicolégale et juridique ça prend de plus en plus de place j'ai l'impression. L'éducation thérapeutique avant ça n'était pas défini comme ça... on en faisait sûrement plus ou moins selon la pratique... tout ça c'est plein de nouveaux... comment dire... nouveaux domaines qu'on doit apprendre et que l'on doit adapter dans notre quotidien. Je pense que c'est devenu plus difficile les exigences que l'on attend d'un médecin compétent sont plus importantes maintenant. La barre est plus haute maintenant je pense pour être considéré comme un médecin compétent.

I : Très bien. En quoi, toujours en restant sur les compétences, en quoi l'approche par compétences est essentielle pour toi ? Comment l'utilise-tu au quotidien ?

M5 : Hum... alors... moi je dis toujours la phrase aux internes et aux futurs MSU comme on fait les formations... euh... l'essentiel pour moi de l'approche des compétences pour moi ça se résume en cette phrase "il faut pas apprendre aux internes euh... il faut pas servir le poisson tout cuit dans l'assiette, il faut leur apprendre à pêcher" parce que y a le proverbe qui dit (je sais plus qui dit ça) mais euh... "si tu donnes à manger un poisson un jour à une personne, elle va se nourrir ce jour là mais si tu lui apprends à pêcher, elle pourra se nourrir tous les jours, toute sa vie."

J'en ai parlé hier avec mon interne c'est vrai que par compétence c'est l'enseignement un peu à la carte comme je dis parce qu'en fait tu développes vraiment là où il faut, on remplit les lacunes parce que ça ne sert à rien de former quelqu'un dans un domaine où il est déjà fort, il faut les former là où il y a des manques.

Et encore hier avec mon interne, on a... on a... moi-même pareil quand l'interne me pose une question que moi je ne me serais pas posée parce moi...voilà je ne me suis pas posée cette question-là bin j'apprends en même temps que lui-même si j'apprends rien c'est tout...alors c'est vrai c'est un échange réciproque quoi c'est bien.

Alors voilà la compétence, la différence par rapport à l'apprentissage par connaissances, c'est que les connaissances tu peux t'en mettre tout plein dans le crâne mais tu n'auras peut-être pas besoin de la moitié. Les compétences c'est vraiment ce qu'il te faut toi pour te forger pour le futur vers ta compétence voilà c'est le besoin spécifique individuel je dirais.

I : D'accord. On retrouve aussi une autre notion... c'est la certification des compétences. Comment la réaliser chez les internes ?

M5 : Ola ça c'est un autre... c'est plus difficile je pense... on va d'ailleurs, on va être former nous les MSU, on va être nous même certifié je pense, on va être formé à la certification. Alors là en ce moment on a l'auto questionnaire, l'auto évaluation et c'est voilà... c'est difficile parce que à la fois c'est bien parce que les internes sont obligés de se questionner, de se remettre en question, de s'auto analyser mais c'est difficile parce que ça paraît toujours abstrait pour eux... des compétences c'est quelque chose de pas palpable comme ça... c'est en fait, ça se voit après coup, je vois quand ils sont en contact avec le patient, en situation authentique clinique mais sinon tu.. Euh c'est difficile... c'est ce qu'avant on traduisait toujours un peu par le feeling... genre quand les gens disaient "ah ce médecin là il est bien" mais ils ne savaient pas le définir alors c'est très difficile je trouve.

A mon avis, la grille en soit c'est pas suffisant parce que c'est comme si c'était du 2D et il faudrait du 3D, il faudrait évaluer en situation réelle. Moi je pense qu'il faudrait - fin je ne sais pas si c'est une question à part - euh... moi je viens d'Allemagne, nous c'est du beth sitting, c'est au côté du lit du malade, aux Etats-Unis ils font pareil et que il faut être évaluer dans la situation, même si ça peut être un peu stressant pour les internes souvent, mais il faut pour pouvoir évaluer au niveau communicationnel, comment on capte, empathie euh... tout ce qu'on demande et bien il faut le voir, on ne peut pas... voilà nous on le voit sur le terrain c'est vrai.. Faut pas forcément créer une d'examen... euh... on les voit en supervision directe, on voit comment il se présente au patient, leur posture, leur façon de parler, leur capacité communicationnelle, mais c'est que ça ne peut pas s'évaluer sur un papier je trouve... c'est en direct quoi.

Après nous, alors je trouve ça sera plutôt une hétéro évaluation du coup. Ça sera plutôt le MSU qui pourra dire voilà là le non verbal était concluant avec le verbal, le patient a bien réagi tout ça. Je pense qu'il faudra 2 grilles quoi, il faudra 2 façon d'évaluer... il faudrait que ça soit... autrement quoi... il faudra soit l'autoévaluation de l'interne pour qu'on découvre aussi ses lacunes ou ses besoins spécifiques pour pouvoir faire l'enseignement à la carte comme je dis, à ses besoins propres. Et il faudrait quand même que nous aussi on objective, qu'on évalue vraiment comme, un peu quand même comme une approche quoi, dans nos critères de compétences bien sûr. Voilà parce qu'après si c'est pour avoir un SASPAS, si c'est pour aller en SASPAS, l'interne il peut se sentir capable mais nous on peut peut-être avoir l'impression qu'il doit se développer sur certains domaines. En SASPAS parfois tu te rends compte comment ils ont fait pour être valider à aller en SASPAS, c'est assez subjectif quoi. (sourires)

I : Oui... effectivement on parle auto évaluation et hétéro évaluation, quel intérêt vois-tu à chacune des

méthodes ? Laquelle utilises-tu le plus souvent, dans quelles situations les utilises-tu ?

M5 : Alors euh... donc je te dis l'auto évaluation de toute façon on fait quasiment toujours à deux parce que c'est tellement compliqué la grille actuelle que les internes ne comprennent parfois pas les phrases, du coup je leur explique un peu ce qu'on veut qu'ils évaluent. Après, on fait cette grille d'auto évaluation 3 fois par stage quoi : au début du stage, au milieu du stage et en fin de stage pour voir justement la progression de l'interne.

Et hum... sinon hétéro évaluation j'en fais comme ça, je documente pas quoi, je lui en parle après... "écoute là tu n'étais pas bien assis", "c'est bizarre le patient il n'a pas bien pris, il ne s'est pas adressé à toi dans la situation » ... je le fais plutôt par oral quoi actuellement.

I : D'accord, ok. Et donc tu as parlé d'évaluation 3D, qu'est ce que serait justement pour toi une bonne évaluation ? Comment conçois-tu une bonne évaluation ? Quelles sont les critères d'une bonne évaluation selon toi ?

M5 : Alors je pense vraiment, pour moi c'est quasiment inévitable de euh... à la fin du stage il peut y avoir les 2 ou 3 MSU du trinôme ou du binôme de MSU qui qui... on a que 2 ou 3 internes selon que ça soit binôme, trinôme ou UPL, peut-être à la fin du stage ou au début et à la fin de vraiment se rassembler les 2 ou 3 MSU comme un petit jury, un peu comme un examen mais faudra bien expliquer que ce n'est pas sanctionnant... il faut vraiment qu'on évalue l'interne avec le patient dans une situation où le patient est d'accord. Euh... même sur un patient qu'on a juste pris comme ça, qui n'a rien mais qu'on a briefé et qui se prête au jeu et qu'on évalue vraiment les 3 axes - c'est pour ça je dis les 3 billes : le savoir être, le savoir faire et le savoir agir, vraiment en situation directe, comme si on était en supervision indirecte. Et après euh... débriefer avec lui et que voilà que ça soit vraiment comme ça les 2 ou les 3 MSU qui voient en même temps et qu'on puisse discuter et échanger après. Là c'est vrai on se téléphone " ça se passe comment avec toi ? ça va ?". En plus, comme ça on a une mise en scène euh... en situation authentique euh... d'ailleurs dans ces études, dans d'autres pays ça se fait, moi j'ai l'habitude de l'Allemagne. Et c'est vrai que la France c'est le seul pays où ça ne se fait pas : une vraie évaluation finale quoi, ça serait bien de le mettre en place quoi.

I : D'accord. Si je parle de grille d'évaluation ou d'autres outils d'évaluation, quels seraient pour toi les éléments essentiels à y faire figurer ?

M5 : Alors, moi je trouve qu'on devrait prendre la marguerite comme base et au moment où c'est, par exemple, la communication, l'empathie tout ça, faudra faire des sous catégories genre voilà verbal, non verbal, gestuel, écoute active présente ou pas, laisser du blanc...alors les bases d'une bonne communication médecin - patient, par exemple.

Après voilà, premier recours, coordination des soins, tout ça voilà voir s'il est capable de rédiger des lettres aux confrères, de l'appeler, euh... voilà pourquoi ne pas mettre tout ça dans la mise en scène aussi.

Voilà, mais comme base les 5 pétales de la marguerite quoi.

I : Hum hum.. D'accord. Quels obstacles vois-tu à cette conception d'une bonne évaluation ?

M5 : Euh... si l'on veut vraiment aller sur la mise en scène, finale comme ça à la fin du stage... bin il faut se réunir à 3, il faut trouver une plage horaire... en fait ça peut se faire entre 12h et 14h hein, si on ne fait pas tous les 3 le même jour mais pourquoi pas si on prend un patient sympa pour les 3 et qu'on lui souffle... comme un peu un jeu de rôle quoi pour la mise en situation. Et, comme ça fait comme une espèce de groupement dans le trinôme ou l'UPL avec un échange avec l'interne en confraternité et que ça soit constructif quoi. Peut-être pas forcément à la fin du stage, ça peut se faire un peu avant, mais vraiment qu'ils aient quelque chose pour travailler dessus quoi, qu'ils sachent que là bientôt la fin du stage, je vais être évaluer. Comme dans tous les autres métiers d'ailleurs, le pâtissier il doit faire sa pièce montée, le menuisier il doit créer son meuble, tout le monde doit faire quelque chose et c'est vrai qu'à part la thèse bien sûre, on n'a rien qui finalise un peu les études quoi, pour le 3ème cycle. Voilà ça sera plus objectif comme ça comme évaluation en directe.

I : Très bien. Et là actuellement, que penses-tu personnellement de ton utilisation des outils de l'évaluation de stage des internes ?

M5 : Bin... honnêtement... comme on dit toujours les outils sont là, bon alors il y a des bons et des mauvais outils... après si on trouve qu'il y en a un qui est bien, après il faut s'en servir. Je pense que moi je ne m'en sers pas excessivement des outils. Je suis plutôt... moi personnellement depuis un moment je me servais bien mieux des 11 situations de médecine générale, peut-être c'est mieux, je trouve ça mieux que faire juste pleins de grilles quoi.

Mais bien sûr l'auto évaluation je l'a fait 3 fois par stage mais euh... à chaque fois, à chaque semestre, on se dit qu'elle n'est pas bien cette grille, il faudrait la refaire... les internes ils butent sur les mêmes questions, c'est compliqué, ça ne leur parle pas, c'est c'est difficile quoi.

Oué alors des grilles franchement nan des grilles euh... on est tous des humains on ne rentre pas dans des grilles quoi justement... alors que les 5 pétales ce sont des compétences et ce sont les 5 compétences basiques de médecine générale, les incompressibles, je trouve que c'est mieux voilà. Oué c'est difficile, les grilles c'est difficile je trouve.

I : Donc les grilles c'est difficile, tu as émis l'idée de faire une mise en situation clinique... que penserais-tu de l'outil "rapport de stage" ? Que penses-tu du rapport de stage ?

M5 : Euh... alors c'est... alors comme j'avais des externes au début, ça ça m'a plu la grille des externes, elle évaluait par exemple assiduité, ponctualité, tout ça, alors des trucs un peu comme à l'école quoi, c'est bien. Et c'est vrai c'est vrai que même si tu ne sais pas tout, si tu es toujours là à l'heure, que tu te montres super intéressé, curieux, actif, observateur, tout ça, ça peut quand même donner de bons points.

Si on fait ça le rapport de stage, je serais pour que ce soit mutuel quoi.

Sinon comme je suis évaluatrice de port folio, je trouve ça intéressant les rapports de stage, tu vois un peu comment ça se passe chez les autres, tu vois aussi ce qui ne se passe pas bien (*sourires*) et que euh... si faut quand même faire un rapport de stage après euh... ça - tu le sais mieux que moi - y a le rapport parallèle auquel on n'a pas accès, que là les internes évaluent plutôt dans une ambiance euh je sais pas il évalue l'ambiance, la personnalité tout ça.

Voilà, le problème c'est que quand on demande, à eux, internes, de nous évaluer, ils vont avoir un frein de dire vraiment ce qu'ils pensent de peur que le stage ne soit pas validé alors qu'on ne valide pas le stage que vraiment quand c'est grave pour l'humanité quoi, c'est rare (*rires*).

Mais je ne pense pas que ça fait avancer les internes le rapport de stage par rapport aux RSCA quoi, les RSCA c'est de la mise en situation. Les rapports de stage eux, je pense que pour les internes c'est plutôt une contrainte quoi. Les rapports de stage, ça sert surtout à évaluer les terrains de stage et de les faire améliorer quoi. C'est un peu comme un contrôle de qualité et aussi ça prouve que l'interne est bien allé en stage tout ça mais voilà.

I : Très bien. Euh... je crois que j'ai fait à peu près le tour des questions... est-ce que tu vois des choses à rajouter de ton côté, sur ta manière d'évaluer l'interne ou sur des pistes d'amélioration de l'évaluation de stage en général ?

M5 : En plus le stage ça passe super vite, à chaque fois je me dis qu'au prochain interne je vais faire mieux ou je vais faire autrement... et puis ça passe et après c'est re 6 mois...

En fait, ce qui est toujours important pour moi, c'est peut-être un critère mais c'est super subjectif c'est que moi je me pose toujours la question pour savoir où est-ce qu'il en est l'interne, s'il est capable d'aller en SASPAS, je me pose toujours la question : est-ce qu'il est capable, est-ce que moi je le sens capable, de me remplacer euh... pendant mes grandes vacances en été à la fin du stage quoi. C'est ça un peu mon critère personnel de jugement... parce que genre quand je sais que vraiment jamais je ne lui donnerai la clé du cabinet, je ne le laisserai pas seul avec les malades bin c'est qu'il n'est pas prêt pour le SASPAS quoi. Mais bon, après c'est mon truc, c'est pas vraiment officiel hein... ça c'est plutôt la question de conscience, la question de cœur mais sinon je pense souvent que ça se passe très bien, après s'il y a des lacunes c'est souvent dangereux pour le patient, se pose la question de si je valide ou

pas. Je sais pas si une grille, je pense que ce n'est pas terrible. Ou bien faire plutôt comme chez les externes, leur donner des notes, des notes de 1 à 5 parce que là de 1 à 3 c'est trop comme pour les enfants en maternel avec le acquis, en cours d'acquisition, pas acquis.

Je pense qu'il faut des grilles mais il vaut mieux une grille minimale et simple, objectivée quoi parce que c'est vrai que c'est comme trace quoi mais les compétences je pense qu'il faudrait aller à l'essentiel. Pas forcément filmé tout ça, on peut filmer la mise en scène si les internes veulent mais faut pas que ça soit trop compliqué non plus sinon les gens ils ne vont pas bien le faire et là vraiment faire un espèce de rapport, que les 2 ou 3 MSU fassent un espèce de rapport sur ces 5 compétences en lui disant "tiens voilà y a ça.." que l'interne à la fin en voit le bénéfice "tiens voilà ça et ça, ça a été, ça ça n'a pas été.." il faudra retravailler dessus pour plus tard voilà c'est en soit encore un apprentissage. Sinon voilà non je ne vois rien d'autre à rajouter, je pense pas.

I: Eh bien merci beaucoup pour cet entretien et ces éléments en plus.

Annexe 10

ENTRETIEN M6

Présentation du sujet de thèse : Donc comme je vous avais dit un peu, mon sujet de thèse porte sur les attentes de vous en tant que MSU de l'évaluation de stage des internes avec comme objectif de pourquoi pas améliorer l'état actuel de l'évaluation de stage des internes.

I : Je vais commencer par une question très générale... ça serait de vous demander comment vous, vous vous représentez un médecin compétent ? Pour vous, quelle serait la définition d'un médecin compétent ?

M6 : *temps de réflexion*

C'est un médecin qui sait utiliser, qui sait naviguer et utiliser de façon complète toutes les compétences de la médecine générale qui sont décrites, par exemple, dans la marguerite des compétences mais ailleurs aussi... euh...

Je pense qu'il faut que ce médecin ait des qualités humaines (aimer les gens, l'altruisme, l'empathie), qu'il ait une connaissance de la science, de la relation humaine et qu'il ait une connaissance technique mise à jour. La compétence étant le fruit, le médecin compétent donc la compétence étant le fruit de ces 2 axes là hein. Donc cela nécessite une mise à jour régulière et une réévaluation régulière de sa façon d'être, de sa façon de faire et de ses connaissances. Voilà, en sachant que la compétence, le médecin compétent, ce n'est pas une notion statique mais une notion dynamique, c'est quelque chose d'évolutif. Les compétences sont variables dans le temps et elles ne devraient à mon avis que s'accroître.

Voilà, est ce que j'ai été clair ?

I : Oui tout à fait. Toujours pour continuer sur la notion de compétence, avec quelles compétences essentielles voudriez-vous que l'interne ressorte du stage chez le praticien ? Quelles compétences voudriez-vous qu'il acquière au fil du stage en ambulatoire ?

M6 : Je ne peux en citer une principale, je vais dire toutes. Il faut que l'interne ait des connaissances honnêtes dans toutes les compétences parce que ce qui va faire la valeur entre guillemets du médecin si on parle de valeur - mais c'est un terme vraiment adapté - c'est euh... l'homogénéité de son action, sa capacité de rebondir euh comment dirais-je... dans ces différentes compétences acquises - c'est ça dire que s'il est en difficulté dans une des compétences qu'il en utilise d'autres. Donc il faut qu'il ait une compétence honnête de toutes les compétences. Je ne peux pas en choisir une car ça serait un médecin déséquilibré.

Si on avait un super technique, ça serait un ingénieur en santé mais euh euh... s'il ne mettait pas en ... *comment dirais-je ...* s'il n'utilisait pas ses compétences relationnelles ça ne ferait pas un bon médecin, ça ferait un bon technicien certainement mais pas un bon médecin.

Donc je pense que le but c'est de tout mettre sur un ascenseur et puis de tout élevé.

On ne peut pas les disséquer ces compétences. C'est un noble métier, c'est un métier complexe, complet et il faut travailler chacune des compétences.

I : D'accord. Comment cette vision de médecin compétent a-t-elle évoluée au fil des années, au fur et à mesure de votre carrière ?

M6 : Elle a évolué au fil certainement de ma propre expérience, de ma découverte euh... du travail d'autrui, de ma découverte de la pédagogie médicale. Euh... savoir qu'exercer la médecine c'était pas un art individuel mais qu'il y avait des règles qu'on pouvait apprendre et c'est cet apprentissage des règles, de ce qui nous guide à utiliser nos compétences qui m'a fait évoluer je pense.

Avant on essayait de se former à titre individuel, un petit peu comme un puzzle hein, on bouchait des trous qui étaient vides et maintenant ce n'est plus du tout ça.

Euh... maintenant on essaye en fait de diviser le puzzle en départements qui sont des compétences

différentes travailler chaque compétence différemment.

Cela a complexifié considérablement le travail mais ça l'a clarifié aussi parce que maintenant on a des repères on a des référentiels qui sont des valeurs temporelles, euh... qui changent dans le temps évidemment en fonction de la connaissance mais qui sont des valeurs repères sur lesquelles on peut se servir presque comme un guide, comme un part fou dans un passage dangereux dans une montagne, on peut s'y tenir.

Ça ne veut pas dire qu'il faut les respecter mais ça guide un petit peu notre activité. Donc, avant on n'avait pas ces référentiels, on avait peu d'études, on avait beaucoup d'avis personnels ou d'avis de professeurs qui disaient "bin faut faire comme ça parce que moi je fais comme ça", c'était l'école d'un tel.

Maintenant, je pense qu'on travaille avec plus de conviction parce qu'on sait que nos décisions sont basées sur des actes reconnus par la communauté scientifique et non plus par ta seule expérience ou celle d'un confrère que tu juges compétent.

I : D'accord. En quoi pour vous l'approche par compétences est-t-elle importante ou non ?

M6 : *temps de réflexion*

Je pense euh... avoir déjà répondu à cette question en disant qu'un honnête médecin se devait euh... de connaître et d'utiliser toutes les compétences. Alors, pourquoi c'est important ? Parce que ça permet de sectoriser un petit peu nos devoirs, où on en est dans notre action, de repérer où on en est dans notre action, voir si on est complet dans notre action et comme je disais tout à l'heure de sauter d'un domaine à l'autre si on est en difficulté hein puis surtout de pouvoir prendre en charge globalement l'individu parce que les compétences qui nous sont demandées en fait ne sont que le reflet des besoins de l'individu qui est en face de nous pour une prise en charge globale.

I : D'accord. Une autre notion aussi dont on entend parler c'est la certification des compétences, comment la voyez-vous adapter aux internes cette certification des compétences ?

M6 : *nouveau temps de réflexion*

Alors, certification ça veut dire euh... s'assurer qu'un niveau de compétence et de connaissance minimal a été acquis dans une compétence. Alors comment je la vois, eh bien je la vois de deux façons : par une auto évaluation et une hétéro évaluation. Une auto évaluation de l'interne selon des grilles qui sont à mon avis à perfectionner mais dont le but est de permettre à l'interne d'évaluer lui même où il se situe dans ses compétences hein de façon à surtout découvrir l'endroit où il est en difficulté. Bon il y a aussi des internes qui se croient compétents dans un domaine et qui finalement ne le sont pas. C'est important d'avoir ça.

Ensuite, pour nous, et bien il y a des grilles de compétences qui ne sont pas forcément utilisées mais qui sont internes, qui représentent un minimum. Comment évaluer ce minimum requis de la part du médecin maître de stage... quand on nous demande en formation à quel moment laissez-vous un interne travailler seul ? Et la vraie réponse c'est à partir du moment où vous le sentez ! Donc y a pas de réponse théorique, moi je dirais c'est à partir du moment où je sens que mon interne, où je me sens capable de le lâcher seul c'est qu'il a atteint un minimum de compétences dans les domaines. Elles sont certainement perfectibles, mais je veux dire que quand on est en SASPAS on a un minimum. Alors ce n'est pas une réelle certification. L'auto évaluation c'est un outil, nous on a aussi des grilles hein qui nous permettent d'évaluer la compétence de nos internes, enfin ce sont des grilles figées et ça ne remplacera jamais le ressenti humain puisqu'on confie notre patientèle à un interne hein et qu'on a une relation de responsabilité et d'affectivité avec notre patientèle et on ne va pas la mettre en danger. Donc il faut qu'il y ait quand même une ressemblance à ce qu'on a l'habitude de faire nous même. C'est assez subjectif hein finalement, ça veut dire que mon interne est bon s'il me ressemble (*rires*) donc je pense qu'il n'y a pas que ça hein y aussi des grilles sur lesquelles nous on a été formés et qui nous permettent d'évaluer en tout cas vos productions euh... les RSCA, les récits de situations diverses que vous pouvez faire, les récits de consultation, toutes les productions que vous pouvez faire nous servent aussi à évaluer vos compétences et ce qui nous permet d'évaluer les compétences de façon quotidienne bin c'est surtout le débriefing que l'on fait en fin de chaque consultation, on peut explorer un peu votre savoir, votre savoir faire, votre savoir être et là je pense que l'on est vraiment dans la réalité. C'est

surtout ce point-là, le débriefing c'est à dire démembrer une consultation qui nous permet d'évaluer vos compétences.

I : D'accord. Bon, on va passer un peu sur du coup l'évaluation en elle même. Comment vous concevez une bonne évaluation ? Quels seraient pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M6 : Y pas de question où il faut répondre par oui ou par non ? (*rires*)

Alors les critères de qualité d'une bonne évaluation. Alors l'évaluation, comme je l'ai dit, il y a deux phases : l'auto évaluation et l'hétéro évaluation. Il faut qu'elle puisse être dynamique, c'est à dire pouvoir évaluer dans le temps hein, avec des critères de faisabilité, des critères euh... de quantification aussi. Il faut qu'il y ait des critères dans le temps, se donner le temps de le faire hein. Quand je dis quantifier c'est avec des grilles qui nous permettent de voir un petit peu certains scores atteints. Il faut surtout qu'elle soit pertinente c'est à dire adaptée à l'exercice dans lequel on se dédit. Voilà. C'est un peu la docimologie de l'évaluation.

I : Et là actuellement, que pensez-vous de votre utilisation personnelle des outils que l'on a de l'évaluation des internes ?

M6 : Qu'elle est perfectible tous les jours. J'en apprend un petit plus tous les jours et que j'apprend à mieux utiliser les outils, là j'ai refait une formation cette année qui m'a permis de progresser un petit peu.

Donc ma perception c'est celle d'une dynamique qui s'enrichit régulièrement oué.

I : Que pensez-vous de l'outil rapport de stage ? Là actuellement l'interne en fait un sur le stage, si on imaginait que le MSU en faisait un aussi sur l'interne ?

M6 : Alors est-ce que c'est une grille à remplir ou un rapport lyrique ?

I : Les deux s'envisagent. On peut partir d'une grille, une sorte de canevas qui reste ouvert, ou plutôt partir d'un canevas comme exemple où le MSU pourrait s'exprimer de façon plus complète.

M6 : Alors moi je pense que l'utilisation qu'on a de la grille est très restrictif et peu utilisable et difficilement compréhensible euh parce qu'on va mettre sur 3 ou 4 points des compétences qui mériteraient beaucoup plus de lyrisme pour s'exprimer.

C'est difficile de réduire à une croix une compétence ou l'acquisition d'une compétence hein.

Deuxièmement, y a des termes qui sont difficilement compréhensibles par le commun des mortels autre que les spécialistes en évaluation.

Je pense qu'il faut rester libre et laisser une liberté au médecin pour exprimer ce qu'il ressent. Jadis, quand on faisait des rapports de stage euh... l'évocation était libre : on disait un petit peu ce qu'on avait fait, c'est plus la peine maintenant parce que l'interne a un carnet de bord, son port folio. Et le médecin décrivait un petit peu les différentes activités auxquelles l'interne avait participé et sa progression, ce qui lui semblait qu'il avait acquis, ce qu'il lui semblait acquis et les endroits, les zones où l'interne devait encore progresser et ça c'était basé sur euh... non pas sur des grilles, non pas sur des recommandations mais sur l'utilisation, la pratique de la médecine générale au cabinet. Donc c'était quand même quelque chose de subjectif qui était très MSU dépendant mais c'était aussi le reflet d'une relation de quelques mois d'un interne.

Alors je pense que cet élément là s'il n'est pas majeur dans l'appréciation, ce devrait aussi d'être noté.

Qu'il y ait une partie d'évaluation pure et dure sur des thèmes concrets hein qui peuvent être la production de RSCA, la production de différents travaux, une grille qui évalue les différentes compétences de la médecine générale pourquoi pas hein puis une évocation libre de la part du médecin. Alors là, sur les évaluations il y a une case "commentaires" mais il n'y a la place pour mettre que 2 3 lignes, ça n'incite pas les médecins à raconter ce qu'il s'est passé et ça je pense que ça doit être fait communément avec l'interne hein que ça ne tombe pas comme un couperet, qu'au bout de 2, 3, 5, 6 mois, l'interne je vois dire "ah bin merde j'ai fait tout ça pendant 6 mois et je ne le savais pas !"

Je pense que les évaluations se doivent d'être relativement régulières et qu'elles doivent faire participer l'interne, on n'est pas au tribunal, on n'est pas dans un jugement, on est dans l'évaluation d'un - *comment dirais-je* - d'une compétence, de l'acquisition progressive d'une compétence. Voilà.

I : D'accord. Très bien. D'autres éléments avaient été soulevé... notamment pour rajouter un peu de pratique dans... un aspect pratique dans l'évaluation, que pensez-vous de l'ajout de critères comme des gestes pratiques essentielles en médecine générale à acquérir (à voir comment on définirait ces gestes techniques) et l'ajout d'un 2ème élément aussi les documents administratifs à savoir rédiger pour un futur médecin généraliste ?

Que pensez-vous d'ajouter ces 2 éléments ?

M6 : Alors, à Lille en 1985, euh... on est à 3 à avoir créer (il y avait Monsieur Delis mon assistant et associé, le Pr Glantenet qui n'était pas encore professeur et moi) nous avons créé le premier livret de l'évaluation de l'interne, à la Faculté de médecine de Lille.

On est parti de rien ou quasiment rien euh... c'est à dire on a beaucoup emprunté à ce qu'il se passait à Nancy parce qu'à Nancy il avait déjà lancé un modèle. Et on a fait une grille qui répond parfaitement à ta question où il y avait 80 actes à pratiquer (une otoscopie, une auscultation, une rhinoscopie, faire un frottis, faire une intradermo) tu vois. Et on s'est rendu compte après que c'était bien sûr largement insuffisant et que la compétence elle évoluait. Mais pendant quelques années ça a été ça l'évaluation et je pense qu'il faudrait effectivement le réintégrer parce que moi je suis surpris de voir des internes qui arrivent en 6ème année, 7ème année, 8ème année et qui ne savent pas faire des gestes simples. Je ne vous en veux pas hein euh... vous êtes là aussi pour les apprendre, mais c'est étonnant quand même qu'au bout de 8 années de médecine vous ne sachiez pas faire une intra musculaire quoi, bon qui est un geste simple hein. Dès fois, vous savez poser une jugulaire mais vous ne savez pas faire d'intra musculaire ! Alors que c'est ce que vous risquez de faire en médecin générale.

Donc ça, ça me paraît indispensable de noter des gestes simples. Je pense qu'une trentaine de gestes, 30 à 40 gestes, seraient utiles, ça va très vite : "avez-vous déjà fait un frottis ? oui ou non", euh... après euh... votre niveau de compétence dans la réalisation du frottis donc ça peut être "n'a jamais fait, j'en ai fait une fois, j'ai l'habitude d'en faire, je sais faire mais je suis en difficulté pour les faire".

Parce que ça, ça débouche sur du concret, ça veut dire que si demain tu vas remplacer, ces gestes là il faut savoir les faire et si tu ne sais pas faire c'est une détection, il faut que l'on te donne les moyens de les apprendre. Bon, en principe tous ces gestes là sont fait au cabinet hein.

I : Et le deuxième élément de la question c'était le remplissage des documents administratifs, qu'en pensez-vous ?

M6 : Bien sûr, ça c'est l'essentiel, c'est ce par quoi on commence lorsque l'on fait le stage. C'est incontournable et ça doit être appris de façon précoce pour garantir l'autonomie, c'est le verrou de l'autonomie. Tu ne peux pas passer en autonomie si tu ne sais pas faire ça.

Alors, reste à savoir comment on évalue ça parce que tu ne peux pas demander "est-ce que tu sais remplir une feuille de soin ? oui, non.", "Bin là on va prendre une feuille de soin, tiens je vais te donner une situation, reproduis la moi... bon bien j'sais pas dit l'interne". Tu sais remplir une feuille de soin ? oh mais ça veut dire quel est le niveau de compétence, est ce que tu es expert quoi hein pour dire "je sais remplir une feuille de soins, il faut savoir faire face à toutes les situations donc ça demande un certain niveau d'expertise. Donc ça ça peut s'évaluer hein, il suffit de donner une feuille de soins et de donner 2-3 situations caractéristiques. Ou un bon de transport par exemple.

Mais oui ça me paraît indispensable d'évaluer ça.

I : D'accord. Et que pensez-vous de la mise d'une évaluation finale un peu plus concrète qui se réaliserait en direct avec une mise en situation, avec les 2 ou 3 MSU présents (dépend si on est en binôme ou en trinôme), l'interne et un patient choisi. Une sorte d'évaluation en 3D. Qu'en pensez-vous ?

M6 : C'est hasardeux, parce que l'on juge l'état d'un interne sur une consultation 'est à dire un ou deux motifs médicaux sur un type de patient. Cela me semble très hasardeux et incomplet. Euh... si on veut

évaluer un interne qu'une facette alors il faut faire un jeu de rôle, faire quelque chose qui soit méthodique. Il faut le préparer ce jeu de rôle, il faut mettre l'interne face à une problématique définie à l'avance pour pouvoir l'évaluer.

Evaluer quelque chose qui va être hasardeux c'est une consultation et c'est en dehors de tous les principes de l'évaluation.

I : Très bien, donc plus en jeu de rôle avec un thème préparé en amont, d'accord.

M6 : Voilà, il faut donner un cadre à cette évaluation. C'est trop hasardeux de faire une évaluation sur un patient. Supposons que tu as un patient facile avec une pathologie facile tu peux être brillante, par contre si c'est un patient difficile avec une pathologie difficile, on va dire "oh là là cet interne il n'avance pas il est dans la difficulté" euh... c'est pas juste.

Ou alors il faut offrir si tu veux un modèle semblable d'évaluation à nos internes aussi. Si on veut les évaluer il faut leur donner, à tous, la chance, donc on peut très bien préparer des cas cliniques ou des cheminements cliniques ou des jeux de rôle qui nous permettent d'évaluer de façon euh... comment dirais-je guidée un interne. C'est à dire qu'un cas clinique c'est préparé à l'avance, ça demande de mettre en exergue certaines compétences, y a des pièges, y a des choses... après évidemment y a une latitude à faire mais on peut attendre des réponses, c'est comme quand on pose une question euh... à réponses courtes à l'examen on cherche des mots clé en fait hein.

Donc faut pas que ça soit de la poésie l'évaluation hein parce que c'est important aussi. Ici le but c'est de rechercher quelque chose, donc il faut savoir, il faut créer l'outil pour rechercher quelque chose.

I : D'accord. Une des dernières questions : quels obstacles voyez-vous à la réalisation d'une bonne évaluation ?

M6 : D'abord c'est le refus de l'interne à se laisser évaluer parce qu'il a peur, parce qu'il croit que c'est une évaluation sanctionnante, que c'est une évaluation normative, que c'est une évaluation qualitative. Il a été habitué à vivre ça toute sa vie d'étudiant hein et il a du mal. Et ça, je l'ai vu encore y a pas longtemps, un interne qui se laissait pousser des boutons, qui sortait des boutons quand on parlait évaluation puis au bout de 2 mois quand on avait pratiqué l'auto évaluation il disait c'est génial (parce qu'en fait c'est un outil qui nous permet de grandir hein) donc ça c'est le 1er écueil affiché.

C'est comme dans un jeu de rôle, si les gens ne sont pas volontaires à le faire c'est pas la peine, donc il faut une notion de désir, de volontariat ; ça c'est le premier écueil hein.

Le 2ème écueil c'est de manquer d'outils d'évaluation, c'est de manquer de grilles, de faire une évaluation poétique à la volée comme ça. Une évaluation c'est quelque chose de sérieux, il faut savoir avant ce qu'on veut évaluer et se donner les outils pour aller à la pêche de cette qualité qu'on recherche, analyser cette qualité que l'on recherche. C'est difficile de créer des référentiels, très difficile.

I : Je vous entends beaucoup parler d'auto évaluation. Quel intérêt voyez-vous à l'hétéro évaluation ? Vous utilisez les deux, laquelle à quel moment ?

M6 : Alors quand on est en conversation tous les deux, il y a 2 types de questions que je pose : quand tu me poses je te dis toi qu'est ce que t'en penses, là c'est de l'auto évaluation.

L'hétéro évaluation c'est de poser une question "bin voilà on est dans telle situation qu'est ce que tu fais là, qu'est ce que tu fais ici, pourquoi tu as fait ça" c'est moi qui dirige là pour aller évaluer, pour rechercher un petit peu ton attitude, ton comportement.

L'auto évaluation c'est amené l'interne à donner son avis sur ce qu'il se représente, comment il a vécu les choses, imaginer ce qu'il sait, ce qu'il ne sait pas. Mon but c'est de lui faire découvrir là où il a des difficultés, là où il a des forces et puis après comment y répondre.

Là je suis en difficulté bin comment moi interne, c'est pas mon maître de stage qui va le faire pour moi, si je veux que ça soit productif il faut que moi je trouve une réponse à ça. C'est ça l'auto évaluation : elle est guidée, elle est coachée, c'est difficile de faire un auto évaluation seul s'il n'y a pas de référentiel, s'il n'y a quelqu'un pour guider pour savoir si l'interne fait bien ou pas. L'interne peut faire soi de la flagellation, soit du narcissisme. "je suis le plus beau, je suis le meilleur" ça je sais faire.

Donc il faut un coach pour l'auto évaluation.

I : Très bien. Je crois que j'ai à peu près fait le tour de la question. Je ne sais pas si vous avez des choses à ajouter sur l'évaluation en général, votre rôle de MSU ?

M6 : Moi j'aimerais bien qu'on change la grille d'évaluation que l'on a actuellement que je trouve rigide et assez inadaptée. Sachant qu'une grille d'évaluation c'est un compromis, elle ne plaira pas à 100% à tout le monde. Je pense qu'il faut y laisser une part plus grande sur les gestes techniques, une part plus grande à l'évocation libre du médecin et des questions plus précises dans leur évocation parce que là pff faut vraiment être un spécialiste en docimologie pour quelque fois pour savoir ce que ça veut dire hein.

I : hum hum d'accord. Et après donc je vais poser 2-3 questions pour connaître votre profil de MSU... cela fait depuis combien d'années que vous êtes maître de stage ?

M6 : Depuis 1985 donc 36 ans. Alors ce n'était pas comme ça au début, on avait nos internes pendant 6 mois et ils venaient quelques jours quand ils voulaient. Ce n'était pas de tout agréer et ça a évolué de façon progressive hein.

I : Est-ce que vous connaissez votre niveau de formation ?

M6 : J'ai fait toutes les formations et même certaines formations je les ai faites plusieurs fois parce que les choses évoluent. M5 je crois. Alors au début la formation je l'ai faite à ce que l'on appelait l'école de Riom ce qui était ce qui préluait à ce que serait le CNGE avant.

J'ai fait la formation à la direction de thèse aussi.

Quand on est passionné par ça, en 40 ans, on en fait des formations même si elles mériteraient d'être remises à jour avec les connaissances actuelles.

I : Eh bien merci d'avoir répondu à mes questions.

Annexe 11

ENTRETIEN M7

Bonjour,

Alors comme je vous ai expliqué par téléphone, mon sujet de thèse porte sur vos attentes en tant que MSU de l'évaluation de stage des internes.

Actuellement, il y a déjà des choses mises en place, mon objectif serait de voir s'il y a des pistes d'amélioration.

Information que l'entretien sera enregistré, retranscrit pour être codé. Tout est anonymisé.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'ai besoin de connaître un peu votre profil de MSU : depuis combien d'années êtes-vous MSU ?

- ça doit faire à peu près 10 ans.

Connaissez vous votre niveau de formation pédagogique ?

- je viens de tout finir, S1 S3 S4 S5

Et je suis en UPL depuis le 1er mai

I = Alors on va commencer par une question assez générale. Comment vous, vous définissez un médecin compétent ? Quelles seraient pour vous les compétences essentielles à avoir pour un médecin ?

M7 = Ah (rires) la compétence ? Euh... moi je dirais ... *réflexion* je dirais l'écoute, euh... je dirais l'empathie et après c'est surtout de savoir mettre le peu de connaissances que l'on a, de pouvoir les utiliser à bon escient pour pouvoir prendre en charge le patient.

Alors le peu de connaissance ça ne veut pas dire que l'on n'a pas beaucoup de connaissances mais c'est par rapport à tout ce qu'on apprend effectivement y a la théorie. Mais nous, je pense que quand des internes viennent, je pense leur gros souci c'est d'arriver à mettre tout ce qu'ils savent au profit du début à une fin de consultation pour arriver à une prise en charge globale du patient. C'est surtout ça quoi. Et donc effectivement pour arriver à une prise en charge globale d'un patient et non pas morcelée par petit bout comme ce qu'on apprend à la fac... le diabète, l'hypertension, l'arthrose du genou et tout ça il faut en faire quelque chose à la fin d'une consultation. Donc une prise en charge globale.

I = D'accord. Et donc, quelles seraient pour vous les compétences essentielles à acquérir justement pour l'interne ? Qu'est ce que vous voudriez lui inculquer ? Que cela soit en N1 comme en SASPAS.

M7 = L'autonomie. Alors l'autonomie c'est de pouvoir prioriser les demandes d'un patient, de pouvoir y accéder et d'avoir effectivement à la fin un diagnostic et une prise en charge et non pas forcément une ordonnance. J'appelle prise en charge qu'elle soit psychologique, psychosociale, médicosociale euh voilà moi c'est ce que j'essaie de faire passer. Bon normalement ils l'ont appris (*rires*) je ne suis pas là pour faire des cours, par contre je suis là pour mettre en place tout ce qu'ils savent pour déboucher sur une prise en charge.

I = Hum très bien. Comment votre vision de médecin compétent a-t-elle évoluée durant vos années de profession ?

M7 = La compétence, bin oui je pense qu'à force de faire des formations, à force de réfléchir, à force de travailler en groupe, à force de travailler avec d'autres personnes, j'ai évolué au niveau de mes compétences.

Pour l'interne, le problème c'est quand il arrive ici, il découvre. Après avoir trimbalé sa valise et ses godasses dans tous les services du CHU où il est passé par exemple dans des services hyperspécialisés, de prise en charge de telle maladie, il faut savoir passer à une prise en charge globale.

I = Hum... on parle de plus en plus de certification de compétences... qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ? Comment peut-on la réaliser à notre échelle au niveau de l'évaluation de l'interne ?

M7 = *Temps de réflexion* C'est quand même très subjectif hein... à la fin on nous demande quand même si l'interne est capable de faire un SASPAS. En général, c'est parce que l'on a estimé que sur les dernières consultations en supervision indirecte ont été correctes, qu'elles ont abouti sur une prise en charge correcte. Cela ne veut pas dire qu'ils savent tout, sinon on leur donnerait leurs diplômes de suite mais qu'ils sont capables de tenir une consultation de médecine générale. Après, la certification qui va certainement un de ces jours nous tomber dessus, ce qui me paraît tout à fait normal. Euh... le problème c'est qu'il ne faudrait pas que la compétence d'un médecin ne se borne qu'à des savoirs euh... j'allais dire purement intellectuel, ce qui ne serait pas bon du tout.

I = D'accord. Comment utilisez-vous justement l'approche par compétence ? Comment cette approche par compétence est-elle essentielle à vos yeux ?

M7 = Oui bien sûr. Bon au fur et à mesure, je vais dire un N1 qui arrive il va commencer par être compétent à remplir un dossier sur l'informatique, après il est compétent sur l'interrogatoire puis la compétence de faire l'examen clinique adapté et correct par rapport à la pathologie euh... c'est toute une hiérarchie de la compétence progressive quoi. Tout cela pour arriver à avoir la compétence de consultation en médecine générale quoi.

I = Donc on a un peu parlé compétence, parlons maintenant un peu plus évaluation... euh quels sont pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ? Comment concevoir une bonne évaluation et évaluer ces compétences ?

M7 = C'est compliqué parce que c'est tellement pff... psychosocial, médicosocial... C'est quand même très très compliqué ! C'est quand même très subjectif mais effectivement après la compétence euh... elle est quand même liée par rapport à la compétence du médecin généraliste. C'est-à-dire que euh... si le médecin généraliste qui recevrait des internes et qui ne serait pas compétent je ne vois pas comment il va pouvoir évaluer la compétence de l'interne. *Ah (sourire)*
Après on est tous bons dans beaucoup de choses, moins bons dans certaines... donc effectivement travailler avec deux médecins généralistes ou trois ça me paraît pas mal. Euh... je dirais qu'il est quand même difficile de dire aujourd'hui la certification des compétences d'un médecin généraliste, on peut considérer que les études ont montré qu'en général on voit bien que les internes qui passent bien c'est quand même ceux qui ont une bonne approche de la personne. Si vous êtes très très bons, que vous connaissez tout comme une encyclopédie mais que vous ne savez pas parler aux gens... vous n'êtes pas compétent. C'est très compliqué hein ! En médecine générale c'est quand même très compliqué. Après, nous on a tous une certaine façon de travailler, une certaine approche de la médecine, une certaine approche diagnostique... au final on s'aperçoit que l'on fait tous très différemment et voilà pour finir la compétence ça serait de dire bon bin pour finir est-ce que la personne prise en charge a été prise en charge correctement sur le plan social, sur le plan médical, sur le plan de ses examens, sur le plan de son état de santé ect on ne pourrait vérifier que comme ça. Euh... sinon c'est difficile.

I = D'accord. Euh... De ce fait... que pensez-vous de votre utilisation actuelle de l'évaluation de stage des internes avec les outils que vous avez à votre disposition ?

M7 = Je pense que pour moi ça n'est pas du tout le reflet d'une bonne évaluation d'un interne. C'est une aide mais je n'utilise pas forcément d'autres outils non plus. C'est effectivement à la fin et lorsque l'interne a réussi à effectivement prendre en charge un patient voire à plusieurs reprises et que pour finir le patient est content, le MSU est content de ce qui a été fait et l'interne trouve que sa prise en charge est correcte, quand les trois sont corrects à mon avis c'est qu'il y a quand même quelque chose qui ne va pas trop mal.

I = Quels obstacles voyez-vous à la réalisation d'une bonne évaluation de stage ?

M7 = Euh... non je n'en vois pas... ah à part peut-être le manque de compétence du médecin lui même. A la mienne, à la certification, je ne vois pas forcément d'obstacle non plus mais ça dépendra de qui quand et comment. Il ne faudrait pas qu'un jour il y est un prof de je n'en sais rien moi, d'hémato qui vienne ici évaluer ma pratique. Je pense qu'il repasserait par la fenêtre (*rires*). Tout comme moi je n'irai pas évaluer la prise en charge de sa leucémie. Euh... après c'est quand même très compliqué ! Aujourd'hui je ne pense pas qu'il y ait aucun organisme qui puisse aujourd'hui euh... certifier qu'un médecin généraliste fait du bon travail. Je pense que personne ne peut nous évaluer, faudrait d'abord être certifier soi même pour pouvoir certifier.

C'est quoi et effectivement aujourd'hui c'est la question, c'est quoi une bonne consultation en médecine générale ? Je pense que ça ça nécessite effectivement peut-être un gros travail. J'espère que le jour où il y aura la recertification des médecins généralistes, on se mettra autours d'une table, non pas avec un ministre de la santé et puis 3-4 personnes nommés par je ne sais qui, qui dira ce que c'est. Je pense que ça ne peut venir que de la base, c'est-à-dire que c'est nous qui devront travailler pour savoir si... euh... on est compétent dans notre métier puisque c'est un métier à part.

Un métier de médecin, un métier de médecin généraliste n'a rien à voir avec un hématologue, avec un médecin de l'ARS, avec un médecin de la sécu ect moi j'irais pas évaluer un médecin de la sécu, mon médecin de l'ARS travaille bien mais qu'il ne vienne pas m'évaluer sur comment je travaille, il ne sait pas ! Pour évaluer quelqu'un il faut déjà avoir du métier donc c'est ça l'important pour moi aujourd'hui dans la certification... qui va le faire ? Et avec quels outils et comment.

Me faire passer un examen ça ne sert à rien !

I = Euh... je ne sais pas si vous utiliser des traces d'apprentissage que l'interne peut fournir... comment et quelles traces d'apprentissage utilisez-vous pour évaluer les compétences de l'interne ?

M7 = On a mis en route un cahier tout bêtement que je vous montre ici. L'interne a, par exemple, euh... ça c'est pour le SASPAS, il marque à chaque fois le nom du patient, il alimente aussi le mode de règlement, le motif de la consultation et nous ici sur la seconde page on a la rétro action de l'interne et du médecin avec effectivement ce qui est urgent à faire ou à différer dans les 2-3 jours donc voilà.

Là il avait deux petits travaux à faire tant que ce n'est pas barré c'est que ce n'est pas fait.

Donc ça travaille la réflexivité et ça lui permet aussi de pouvoir réfléchir à bin tiens ça j'ai oublié, ça je n'ai pas fait, je vais essayer de effectivement de ne plus l'oublier. De toute façon, on s'améliore par ses erreurs.

Et donc ce cahier il est tenu à chaque fois que l'interne est en consultations chez moi.

Pour le N1, c'est un peu la même chose où il a des petits boulots à faire, des recherches ect.

Ensuite, on aura aussi chaque mois une réunion avec les MSU du secteur et les internes pour effectivement leur faire faire un travail chacun à présenter.

I = Et si je vous parle rapport de stage, qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ? Actuellement l'interne en réalise un que pensez-vous de l'utiliser comme outil pour les MSU également ?

M7 = Ah oui le port folio représente d'autres traces d'apprentissage. Par contre, je pense que ça serait trop de travail pour le MSU d'en faire un ou même commun avec l'interne. Cela pourrait être délétère sur le nombre de MSU que l'on a.

Je pense qu'un rapport de stage c'est pour définir déjà ce que l'interne est capable de faire mais déjà si l'on estime qu'il est capable de faire un SASPAS c'est quand même qu'il a acquis pas mal de compétences, cette question est déjà représentative.

I = Très bien. Comment faites-vous concrètement pour évaluer l'interne ? Quelles différences faites-vous entre l'évaluation du N1 ? Et celle du SASPAS ?

M7 = Un SASPAS c'est tout bêtement un N1 qui a bien bossé hein. Normalement nous les N1, on garde les deux derniers mois où ils doivent être capable de faire quelques consultations, d'abord simples et puis de plus en plus compliquées, tout seul avec effectivement une rétro action derrière, une supervision indirecte pour pouvoir l'évaluer. Généralement il y arrive hein et j'allais dire c'est la

meilleure évaluation hein c'est de reprendre avec eux le déroulement de la consultation voire éventuellement de reprendre avec eux des consultations que l'on estime pour des motifs particuliers qui ne sont pas bien faites, ça m'arrive. De tout façon régulièrement, même s'il travaille en supervision indirecte, un moment donné on refait de la supervision directe, on les regarde travailler, il nous regarde travailler aussi... enfin je pense que c'est tout un échange au fil du stage.

I = Que pensez-vous de l'idée de mettre en place une évaluation finale, je dirais en direct, par exemple avec une mise en situation patient-interne et les MSU qui sont présents ? Ou par un jeu de rôle prédéfini ?

M7 = (*soupire*)

Déjà je pense qu'un interne qui a deux yeux derrière lui, c'est compliqué, alors qu'il y en ait quatre ou six je crois que... là je crois que c'est infernal, d'autant plus qu'on pourrait avoir une critique qui à mon avis de la part des autres MSU sur la façon dont on travaille. Moi je ne me sens pas d'attaque pour aller voir ce que font les voisins.

Pour moi, le principal c'est que la personne soit prise en charge correctement, qu'il fasse comme il veut, on est en libéral hein, après s'il est bien prise en charge hein j'ai rien à dire ! C'est ça le problème quoi, il y a de tout hein... après c'est le résultat qui compte !

I = Hum hum, d'accord. Pour vous, l'évaluation de stage doit elle permettre la validation de stage ou pas ? Sur quels critères justifiez-vous la validation de stage des internes qu'il soit en N1 puis en SASPAS ?

M7 = Bon c'est un peu ce que j'ai dit tout à l'heure hein... je ne vois pas d'autres choses que dire qu'à partir du moment où la prise en charge globale du patient a été correcte.

Après forcément il y aura, il y a, lorsqu'on les quitte en N1 y a encore du travail derrière et j'estime qu'après même en SASPAS quand il nous quitte il y a encore du travail hein. Ce n'est jamais acquis hein, même nous, moi je pense que j'ai évolué, j'ai appris beaucoup de choses en 34 ans d'exercice. On apprend toujours, on ne sait jamais tout et on apprend par son expérience, par l'expérience des autres et par ses erreurs aussi. Lorsque l'on a fait une erreur, il faut savoir l'analyser. Donc effectivement par contre là ce qui est important c'est de travailler plus sur les erreurs de l'interne : savoir pourquoi, pourquoi il s'est trompé, pourquoi il n'a pas pris en charge ça, pourquoi il a oublié ça, je pense que c'est toujours là dessus qu'il faut travailler, sinon le reste ne sert à rien.

I = D'accord, travailler sur ses erreurs.

Si on ajoutait à la grille d'évaluation existante, des critères plus pratiques comme par exemple les gestes techniques à acquérir en médecine générale ou le remplissage des principaux documents administratifs quel serait votre avis ?

M7 = ça ne me dérangerait pas. Le tout c'est que ça dépend de quels gestes hein. Y a des médecins qui en font plus que d'autres, moi, par exemple, je ne fais pas d'infiltrations, je ne pose pas de stérilet hein ce sont des choix et donc je ne peux pas l'apprendre à l'interne.

Par contre, les documents administratifs ça me semble être très important. Déjà je pense que si on n'est pas informatisé, avoir des internes ça me paraît un peu compliqué quoi. Ou alors des dossiers papiers très bien tenus, j'ai des confrères qui ont des dossiers papiers.

I = Dans l'évaluation actuelle, on parle d'hétéro évaluation et d'auto évaluation quels intérêts voyez-vous à l'un et à l'autre ? Utilisez-vous plutôt l'hétéro l'auto évaluation ou les deux ?

Elles me semblent complémentaires et oui effectivement j'utilise les deux. Il faut de temps en temps se poser les bonnes questions hein voir si l'on se trouve bien dans les clous.

Je pense que c'est la meilleure façon de progresser. Et pour savoir que l'on est dans les clous, il faut travailler avec les autres. Sinon euh si vous travaillez tout seul dans votre coin, vous pensez toujours être dans les clous ! Moi personnellement, on a monté des groupes qualité et ce qui fait que cela nous permet de voir comment les autres travaillent et ce qu'ils ont comme point de vu sur telle ou telle

chose et cela nous permet de nous recentrer. C'est intéressant.

Sinon si vous êtes tout seul, si vous faites une compétition de cyclisme tout seul, vous êtes forcément le meilleur (*rires*) c'est vous qui pédalez le plus vite, forcément vous êtes tout seul !

C'est ça le problème, c'est de pouvoir se comparer et c'est ça le biais en médecine générale : si vous n'avez personne à qui vous comparer c'est ça qui est compliqué.

Il faut pouvoir se comparer à un référentiel et c'est pareil ce référentiel qui pourrait le faire ? C'est quoi une bonne consultation en médecine générale ? ça doit pouvoir se faire, il n'y a pas de raison mais il faudrait que cela soit fait dans de bonnes conditions et avec des gens qui ont compris ça. Et non pas, j'ai pas envie de voir dans 5 ans de faire passer un examen à des médecins tous les 5 ans avec de la théorie sur voilà prise en charge de la leucémie machin chose quoi... on s'en fout. Vous me posez la question, je ne sais pas, je ne sais pas y répondre et je m'en fiche (*rires*).

C'est ça le problème si vous voulez hein. Et donc c'est pareil pour l'interne en fait parce qu'il va avoir des domaines de compétences plus ou moins importants. Après il y a des bases que l'on ne peut pas ne pas savoir. Il est, par exemple, impératif de connaître le calendrier vaccinal en médecine générale.

L'interne doit connaître le calendrier vaccinal et doit savoir qu'est ce qu'il devra faire ou pas comme vaccins et à quel moment, ça me paraît impératif ! Maintenant, il n'est pas obligé de la savoir, par contre ce qu'il doit avoir c'est la compétence de savoir où il doit rechercher ce calendrier, rechercher l'information. A mon avis, on n'est pas obligé de savoir quelle est l'antibiothérapie la plus adaptée dans une pyélonéphrite mais le tout c'est de se dire mince j'ai une pyélonéphrite et de savoir aller sur antibioclic pour trouver qu'est-ce qui aujourd'hui est validé en matière d'antibiothérapie.

Pour moi c'est ça le plus important, ce qui fait qu'on ne peut pas faire faire des examens purement théoriques aux médecins généralistes. Voilà ça serait complètement stupide, ça ne sert à rien euh... ce qu'on décrit aujourd'hui ne peut ne plus être valable dans 3 ans !

C'est pour cela moi je serais contre ça. Par contre, c'est pour ça rien n'est inventé et aujourd'hui ceux qui vont l'inventer ils ont une grosse responsabilité. Je ne sais pas dans les autres pays ça doit exister, ça se fait hein mais bon ça me paraît compliqué... la certification... (*soupire*) c'est compliqué.

Et donc c'est la même problématique pour évaluer un interne.

I = Actuellement quelles pistes d'amélioration à l'évaluation de stage verriez-vous ?

M7 = Je pense qu'aujourd'hui on essaie quand même de... euh... à la fin pour nous quand même le N1 il est compétent à partir du moment où il a pris en charge, même s'il ne sait pas tout, qu'il y ait déjà une démarche de faire une consultation, de trouver les pistes effectivement de quelle est la problématique du jour et de prioriser les problématiques du patient, de le prendre en charge et qu'à la fin il soit content et quand il s'en va, il y ait effectivement quelque chose qui ait avancé. Même si on n'a pas fait tous les diagnostics, on est sur des pistes que l'on a mis en place pour moi c'est déjà pas mal.

Pour moi, quand ils savent faire ça, on a déjà bien avancé.

Et c'est valable pour les deux je pense N1 comme SASPAS. Le SASPAS c'est un N1 qui va s'améliorer vers l'autonomisation quasi totale.

I = Bon, je crois qu'on a fait à peu près le tour de la question... avez-vous des points à ajouter qui vous semblerez essentiels concernant l'évaluation de stage ?

M7 = C'est bien de faire une thèse là dessus, ça me paraît intéressant.

La recertification des médecins va nous tomber dessus un de ces jours... moi je ne la verrais pas, j'ai 61 ans j'ai encore 4-5 ans à faire, je ne la verrais pas mais vous vous allez la voir.

Par contre, il faudra vraiment vous défendre, vous jeune, à ce sur quoi on va vous recertifier. Est-ce que c'est votre savoir ? On s'en fout du savoir aujourd'hui parce que de toute façon il y a des accès internet... ça n'a aucun intérêt. Tout change tellement... par contre effectivement les recommandations ou comment aller rechercher les recommandations, avoir l'idée d'aller les rechercher... ça me paraît important.

Nous on a monté des groupes qualité, je ne sais pas si vous voyez ce que c'est...c'est comme un peu des groupes de parole ou des groupes d'échange de pratique... euh ça c'est vachement important !

Forcément dans le groupe des 10-12 vous allez avoir quand même 10-12 personnes compétentes chacune dans leur domaine, avec l'un qui va avoir la bonne information sur ceci, l'autre qui aura une

autre information qui peut être intéressante et si les informations discordent on peut très bien en discuter et avoir une réflexion ensemble. Par exemple, la fois dernière c'était sur le PSA "faut-il proposer le PSA de manière systématique à 50 ans?".. Si vous regardez les sociétés savantes y en a qui vont vous dire surtout faut les faire, d'autres vont dire surtout il ne faut pas les faire. Je pense que lorsque l'on est un médecin intelligent, nous ce qui est sorti par exemple, c'est de se dire effectivement je pense qu'il n'est certainement pas question de ne pas le faire mais il n'est pas question de le faire comme ça comme on prescrirait une NF. Il faut avertir le patient en disant voilà ce dépistage existe, il n'est pas obligatoire, après on peut très bien le conseiller mais lui dire effectivement tout ce qu'il risque le jour où il va le faire. Voilà qu'est ce qu'il va se passer le jour où il va avoir son PSA à 10, donc il faut anticiper les étapes.

C'est un petit peu comme l'hémocult, on ne donne pas l'hémocult comme ça sans savoir si, qu'est ce qu'il va faire, est-ce qu'il va faire une colo si c'est positif ? S'il ne veut pas de colo, pourquoi faire l'hémocult ?

C'est comme dans le dépistage de la trisomie 21, si la dame dit moi de toute façon je vais le garder, je suis certaine de le garder bin pas la peine de lui faire faire une grossesse de dingue... elle aura assez de temps à 9 mois de découvrir que son enfant a une trisomie 21. Après les gens ils disent "elle peut peut-être s'y préparer".. oué enfin je ne sais pas si on se prépare vraiment à une trisomie 21 vous voyez.

Tout ça, ça par contre c'est de la réflexion que l'on ne vous apprend pas à l'hôpital. A l'hôpital le patient il vient, il a de la fièvre, il aura une NF, il aura une CRP, voilà on règle le problème.

Il doit y avoir une autre réflexion, alors cette réflexion, l'évaluation d'une réflexion comme ça, moi j'ai mis 34 ans hein et c'est encore perfectible.

Je ne réfléchissais pas comme ça il y a 10 ans et c'est à force de travailler, à force de réfléchir, c'est ça. La force d'un médecin c'est la réflexion. C'est pour ça je vous disais l'évaluation c'est pas sur le manque de connaissances, on peut très bien faire demain une évaluation de tous les médecins en faisant une grosse question d'internat sur j'sais pas quoi... et ben y en a qui vont réussir, qui vont avoir 10, y en a qui vont avoir 0. Mais peut-être que celui qui a 0 sera meilleur. C'est d'ailleurs la difficulté aujourd'hui de qui prendre en médecine pour lui apprendre à faire un bon médecin. Aujourd'hui on prend sur un BAC, mention très bien le plus souvent, je ne suis pas sûr. Voilà.

I = Merci beaucoup.

Annexe 12

Entretien M8

Donc voilà comme je vous ai dit par téléphone mon sujet de thèse se base sur vos attentes de l'évaluation de stage des internes.

En effet, on s'est rendu compte qu'il y avait peu d'études qui étaient faites sur l'évaluation de stage des internes et le but de cette thèse serait de donner des pistes d'amélioration à l'évaluation de stage actuelle.

J'ai besoin, tout d'abord, de connaître votre profil de MSU... depuis combien d'années être vous MSU ?
- Depuis 1 an et 1 mois. Je suis en UPL depuis 1 mois.
Niveau de formation pédagogique ? S5

I = Entrons donc dans le vif du sujet par une question assez générale : comment vous, vous vous représentez un médecin compétent ? Quelle serait votre définition d'un médecin compétent ?

M8 = *Réflexion...* C'est général et ça n'est pas facile comme question... Alors un médecin compétent est un médecin qui a pour première mission le soin, tout en faisant en sorte de parfaire ses connaissances, en faisant sa pratique en fonction des recommandations, en sachant garder une qualité de vie correcte et euh... en sachant avoir des entretiens confraternels avec les autres membres du milieu médical.

I = Très bien. Quelles seraient pour vous les compétences essentielles à faire passer à vos internes lors du stage ?

M8 = Euh... le calme, le respect de tout - de soi-même, des patients, des structures, de la secrétaire, fin bref de tout ce qui fait le cabinet -, la formation - le fait de toujours savoir se former - et la remise en question on va dire.

I = Comment, à vos yeux, cette vision de médecin compétent a-t-elle évolué au fil de vos années de formation et profession ?

M8 = Je pense que mon niveau de compétences a augmenté en fonction du nombre d'années et j'espère qu'il augmentera encore un petit peu.

I = Il y a une notion qui revient actuellement c'est celle de certification des compétences, qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ?

M8 = Beaucoup de discussions compliquées entre confrères (*rires*) j'ai fait ma dernière formation où on en a parlé euh... je pense qu'elle est indispensable. Je pense que la modalité de faisabilité est très très compliquée et je ne me sens pas compétente justement pour pouvoir savoir dans quelle mesure on peut introduire ça. Par contre, moi ça me paraît être nécessaire et si c'était proposé sans être imposé, volontiers je me mettrais face à mon confrère pour voir mon niveau de compétences. Fin c'est quelque chose qui me paraît normal mais compliqué.

I = Ok. Est-ce que vous pensez la réaliser au niveau de l'interne ? Comment réaliser cette certification au niveau de l'interne ?

M8 = Ah ça je ne saurais pas le faire, je ne sais pas.

I = Très bien. Donc là on a un peu parlé des compétences, on va rentrer dans le thème de l'évaluation

maintenant. Quels seraient pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ? Par quoi définir une bonne évaluation ?

M8 = La faisabilité, la compréhension des items de l'évaluation, hum... l'interactivité, le fait que cela soit quelque chose qui soit interactif entre le MSU et l'interne à évaluer.

Euh... c'est plus des attentes que les stades ou choses qui sont à acquérir au niveau des compétences parce que ça a priori c'est pas mon souci, mon souci c'est plutôt vraiment la compréhension de tout ça, la facilité à faire et l'interactivité entre l'interne et le maître de stage parce qu'elle est actuellement telle qu'elle est là très rébarbative.

I = D'accord. Quelles sont pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans une évaluation de stage ?

M8 = *Moment de réflexion*

Les remarques personnelles, le petit mot personnel du maître de stage hum... ce serait bien qu'il y ait une remarque personnelle de l'interne aussi je pense... parce que voilà on n'en a pas.

Après l'évaluation des principales compétences à acquérir en médecine générale obligatoirement effectivement, je vais dire ça.

I = Quelles sont pour vous ces principales compétences à acquérir obligatoirement ?

M8 = Tu vas me parler de la marguerite des compétences ? (*rires*)

Pour moi c'est des compétences de la marguerite, des compétences qui ont été... les 11 compétences qui ont été décrites par je ne sais plus par qui...bon bref ! qui ont été bien pensées et faites par d'autres, que je connais hein, enfin pas là par cœur mais que je connais qui sont à acquérir aussi. Donc des compétences d'organisation d'urgence, de prévention primaire, de travail en réseaux deee...voilà. Compétences qui doivent aussi figurer dans l'évaluation de stage.

I = Très bien. Là actuellement, que pensez-vous de votre utilisation personnelle des outils d'évaluation que l'on a mis à votre disposition ?

M8 = Euh c'est rébarbatif, c'est long, c'est dès fois pas très compréhensible pour moi alors je pense que ça l'est encore plus pour les internes euh... du coup c'est des fois au pif au mètre hein "bon bin on va mettre ça" trop, trop... sur la moitié des questions c'est pff du pif. Après on sent bien quelles compétences sont mises en valeur mais de façon tellement détaillée ou tellement générale ou pas appropriée à certains degrés de pratique que c'est très rébarbatif.

Donc euh ça fait trop... après je l'utilise depuis peu, que deux fois donc euh bon peut-être qu'avec le temps et l'expérience se sera mieux. En tout cas là je ne suis pas forcément ravie avec cette histoire d'évaluation même si elle se fait ici chez moi dans un cadre propice lors d'un dernier restaurant avec les autres maîtres de stage où on prend un temps pour faire ce temps d'évaluation en mangeant après. Mais cela dit c'est toujours une pff (*soupire*) sur certains items, c'est compliqué.

I = Quels obstacles voyez-vous à, justement, l'élaboration d'une bonne évaluation de stage telle que vous la concevez ?

M8 = Il ne faut pas que ça soit trop long. Enfin, il faudrait que cela soit court mais les compétences sont tellement larges et c'est... multiple du coup des compétences larges et multiples avec un questionnaire court c'est pas facile.

Je pense qu'il faut que cela soit plus court et avec des termes qui soient un peu plus pratiques.

I = Euh justement que pensez-vous de l'ajout justement de critères plus pratiques dans l'évaluation de stage comme par exemple les gestes pratiques à acquérir en médecine générale ou le remplissage des documents administratifs essentiels ?

M8 = Cela reste une compétence essentielle à acquérir du coup bien plus visible pour tout le monde et

qui me paraîtrait plus facile à évaluer.

I = Humm... De quelles traces d'apprentissage vous servez-vous pour évaluer les compétences de l'interne en N1 ? Et en SASPAS ?

M8 = Alors, je leur montre pas la grille de questions là je ne sais plus comment ça s'appelle... y a deux grilles principales, la première qui sont les cinq compétences de la marguerite là Euh... je leur montre plutôt le déroulé des petits questionnements d'une trentaine d'items sur le déroulement de la consultation. Ils ont tous ça au début pour justement leur montrer la complexité d'une consultation. Je leur demande de m'évaluer moi juste pour qu'ils se rendent compte et après je ne le fais plus hein. Eux je ne les évalue pas avec ça, c'est compliqué, je leur remontre de temps en temps et à chaque fois je leur montre à la fin du stage en leur disant tu vois où tu en es, si je t'évalue maintenant on pourrait tout faire. Donc je le fais, ça ne me paraît pas trop rébarbatif, ça m'aide un peu. Je le ferais certainement de plus en plus surtout en fin de stage pour moi je dirais une dernière évaluation en voyant qu'ils ont en 6 mois acquis un certain degré de professionnalisation qui est agréable à leur montrer.

Euh... d'autres outils... je leur fais faire des recherches sur des items variés, je demande à ce qu'ils me les écrivent et à ce qu'ils mettent une trace dans leur port folio, ce qu'ils ne font pas. (*rires*).

Et euh... on met en place, là j'ai pas encore fait, des réunions mensuelles avec des diapos à montrer dans le cadre des UPL où ils vont principalement réfléchir sur leurs sections RSCA euh... voilà.

I = D'accord.

Une autre question... comment donc en pratique faites-vous pour évaluer l'interne ? Quelle différence faites-vous entre le N1 son évaluation et celle du SASPAS ?

M8 = Euh... c'est trop compliqué à dire pour le SASPAS puisque ça vient de se mettre en place ce semestre là pour moi. Donc euh... quelle est la question déjà ?

I = Donc là on a surtout parlé des outils d'évaluation... mais en pratique comment réalisez-vous l'évaluation de l'interne N1 ?

M8 = Oué donc y a la supervision... euh... directe et indirecte qui est indispensable. C'est plus difficile en supervision directe pour tout le monde principalement pour vous mais je mets un point d'honneur à revoir chaque dossier quotidiennement notamment avec le SASPAS. Et ce sont des moments d'échange et d'évaluation quand même sur la tenue du dossier médical, sur leurs compétences professionnelles quand même et sur leurs attentes surtout. Y a des évaluations aussi de l'autre côté hein parce qu'ils attendent pleins de choses les internes, du coup ce sont ces moments là, ces moments de discussion.

I = Très bien. Pour vous l'évaluation de stage doit-elle permettre sa validation ou pas ? Et sur quels critères de ce fait justifiez-vous la validation du stage ?

M8 = L'évaluation de stage doit permettre la validation, je ne vois pas comment cela peut être fait autrement.

Euh... les critères de mon évaluation de stage dépendent du stage, des 6 mois de stage, ça ne dépend pas du nombre de croix que je vais mettre dans les compétences rébarbatives des choses actuelles. Donc euh... le papier et la validation de stage finale me paraît indispensable avec ces compétences à noter hein, elles seraient moins rébarbatives pour moi en tout cas ça serait mieux hein... mais l'évaluation et la validation de stage se fait sur l'évolution de l'interne au cours de ses 6 mois de stage.

I = D'accord. Que pensez-vous si par exemple on vous disait de mettre en place une évaluation finale, en directe, par une mise en situation interne face au patient ou par un jeu de rôle ayant lieu devant les MSU ?

M8 = *temps de réflexion*

Je pense que cela ne peut pas être unique parce que cela mettrait le biais d'un certain degré de stress et de non représentation de ce qui se passe pendant les 6 mois. Cela peut être intéressant pour montrer la progression, principalement à l'interne, de son niveau de compétences et de détente avec le patient, ça c'est sûr, parce c'est surtout aussi ça hein de ne pas être stressé devant son patient. Cela pourrait être intéressant mais ça ne serait pas forcément à faire de façon unique pour une évaluation ça me paraît pas possible. Cela serait plutôt à faire de façon répétée et que ça peut faire parti d'une des choses à valider à la fin du stage mais ça ne peut pas être unique.

I = Très bien. Hum... deux autres notions dont on parle fréquemment... que pensez-vous de l'auto évaluation, de l'hétéro évaluation ? Utilisez-vous les deux ? Quel atout ou quel intérêt voyez-vous à l'une et à l'autre ?

M8 = On est d'accord hein actuellement on utilise surtout une auto évaluation hein ce à quoi je pense que c'est n'importe quoi... en tout cas si l'auto évaluation n'est pas faite en notre présence, moi c'est comme ça que j'ai vu les choses parce que sinon je n'en vois pas l'intérêt. L'auto évaluation seule de l'interne je n'en vois pas l'intérêt tandis que l'auto évaluation en présence du MSU permet un échange, un discours et une critique de sa propre évaluation et le plus souvent critique positive hein on se rend compte que vous vous dévaluez dans vos compétences plus que ce que nous on pense de vous. Et du coup, voilà je pense que l'auto évaluation seule de l'interne c'est pas possible et l'hétéro évaluation me paraît importante, au fait, il faut les deux. Je pense qu'il faut une évaluation mixte donc en présence de l'interne et de ses maîtres de stage ou de son maître de stage euh... avec une validation tous les deux des items je pense. Ni d'un côté seul, ne de l'autre côté seul, je pense que forcément il faut qu'elle se fasse en présence de l'interne et de son maître de stage, obligatoirement.

I = Voyez-vous des pistes d'amélioration à l'évaluation de stage actuelle ?

M8 = Plus de simplicité, des phrases plus courtes et plus simples et même un système moins long car là c'est trop long. Quelque chose de plus pratique ça me paraîtrait bien aussi.

I = D'accord. On a fait à peu près le tour de la question... est-ce que vous avez des points qui vous semblent essentiels à rajouter ?

M8 = Cette histoire d'évaluation de l'interne par rapport à son ressenti serait à noter également pas seulement dans vos trucs off mais aussi dans nos évaluations de stage. C'est difficile dès fois quand on est avec l'interne, moi je commence toujours le stage en disant qu'on est deux professionnels avec un niveau d'expérience différent et que je suis là pour donner de mon expérience, je me considère comme ça. C'est pareil pour l'évaluation de stage, je ne vois pas pourquoi, nous, on ne serait pas évalué alors que vous vous l'êtes. Moi je dirais que j'évalue l'interne, l'interne peut m'évaluer et je pense en plus que cela permettrait de progresser pour nous. Cela me paraît indispensable.

Annexe 13

ENTRETIEN M 9 :

Donc nous allons entrer dans le vif du sujet, comme je vous ai dit au téléphone, j'étudie vos attentes de l'évaluation de stage des internes que vous recevez au cabinet.

Pour cela, j'ai besoin de connaître un peu votre profil :

Cela fait combien d'années que vous êtes MSU ? 4 ans

MSU en UPL

Connaissez-vous votre niveau de formation pédagogique ? Tous les modules sont faits donc niveau 5

I = Je vais commencer par une question assez générale. Je vais vous demander comment vous, vous définissez un médecin compétent ? Quelle serait votre définition d'un médecin compétent ?

M9 = Waouh... euh... un médecin compétent... alors on va dire d'abord les valeurs humaines, d'empathie. Ensuite, on va dire des compétences, compétences mises à jour régulièrement, bon ça ça regroupe un peu beaucoup de choses hein.

Euh après... ce seraient les deux choses essentielles.

Après les choses comme la disponibilité tout ça c'est secondaire.

I = Très bien. Quelles seraient justement pour vous les compétences essentielles à acquérir par l'interne que vous recevez en stage ?

M9 = Je dirais la première chose, un bagage d'expériences parce que bon les connaissances en général ils les ont même s'ils ont du mal à les retrouver au début mais ils les ont donc c'est surtout acquérir une quantité, une somme de sujets de consultations différentes et s'habituer à naviguer là dedans. Et puis l'apprentissage du contact avec le patient est quand même différent de celui à l'hôpital. La relation en cabinet avec le patient est quand même différente.

I = Très bien. Hum... Est-ce que pour vous la vision de médecin a évolué au fil des années et comment ?

M9 = Moi ça fait 30 ans que je travaille alors forcément ça a évolué ! (rires)

Euh... oui ça a évolué parce que maintenant c'est quand même plus la médecine par les preuves, ce qui n'était pas le cas il y a 15 ans. Avant il suffisait qu'un grand ponte dise quelque chose pour que tout le monde l'applique entre guillemets « bêtement » sans se poser de questions. Maintenant, même un grand ponte qui parle, on peut lui dire d'accord mais prouve-le !

Maintenant, ça a quand même changé beaucoup.

I = D'accord et est-ce que vous avez vu d'autres changements ?

M9 = Euh pour un médecin compétent ? euh je n'en vois pas d'autre important... c'est surtout ça qui a changé.

C'est vrai que maintenant il y a quand même des mises à jour des connaissances qui sont beaucoup plus faciles qu'avant : y a les congrès, y a l'indépendance des PU des choses comme ça, ça a quand même évolué, on est beaucoup moins dépendants des labos, voilà.

Et il y a Internet, c'est formidable ça quand même.

I = D'accord. Toujours pour continuer sur la thématique des compétences, on parle de plus en plus de certification de compétences, qu'est ce que cette notion de certification vous évoque-t-elle ?

M9 = J'ai du mal à cerner la méthode, le comment faire, sans n'être que livresque. Donc on pourrait avoir des observateurs lors de nos consultations des choses comme ça mais ça me paraît un peu difficile à mettre en place.

Sinon, des méthodes style un contrôle par écrit ou des choses comme ça, ça me paraît très scolaire et aléatoire. Bon je pense que l'attestation de suivi de formations régulières me paraît bien. Sous différents modes, aussi bien soit en présentiel sur des formations soit sur Internet soit fin des choses comme ça.

I = D'accord.

Une autre notion, l'approche par compétences, ce sur quoi est basée l'évaluation de stage actuelle, en quoi pour vous l'approche par compétences est essentielle ou pas et dans quelle mesure ?

M9 = Je dirais moi dans mon rôle de médecin, bon il y a une vérification des compétences mais ce n'est pas vraiment l'essentiel de ce que l'on apporte aux internes. Disons qu'on vérifie qu'ils aient des compétences et qu'ils les entretiennent, qu'ils continuent de les approfondir leurs compétences. Mais bon ce n'est pas vraiment, comme je disais tout à l'heure, vraiment ce que nous en médecine générale on peut leur apporter, parce que la compétence de médecine générale c'est confère le carré de Wild hein, elle est carrément différente, elle inclue bien sûr, mais elle est carrément différente de l'enseignement théorique et spécialisé. Un « mal de ventre » on va dire que c'est une fois sur vingt une appendicite hein et les dix neuf fois sur vingt c'est autre chose. Cela peut-être des difficultés digestives, une mauvaise alimentation, une constipation, c'est inter spécialisé, donc plusieurs spécialités. Donc euh, les internes je trouve moi que notre rôle c'est plus comment dire leur mettre le pied à l'étrier, leur apprendre à passer d'une spécialité à l'autre. Si je reprends le mal de ventre ça peut être aussi bien gastro que psychologique, toxicologique, il faut analyser un mal de ventre sur la durée d'une consultation, voilà. Je dirais la compétence que nous en médecine générale on peut leur apporter c'est ça, c'est apprendre le contact avec le patient, savoir gérer un problème sur plusieurs consultations et pas juste en un temps unique, on peut reporter certaines choses, on peut voir l'expérience du temps, voir ce que ça donne, on peut se donner aussi du temps à soi pour la réflexion, c'est plus un peu ça quoi.

I = D'accord. On va passer à un autre volet, donc plutôt des questions sur l'évaluation en elle-même. Comment selon vous valider l'évaluation des compétences que l'on vient d'évoquer ?

Comment, plus généralement, concevez-vous, une bonne évaluation ? Quels serez pour vous les critères d'évaluation d'une bonne évaluation ?

M9 = Moi je dirais l'évaluation, comme on travaille ensemble avec l'interne, elle se fait un peu tout au long du stage. A la limite, moi-même le jour de l'évaluation, disons la dernière évaluation, j'en ai pas besoin de cette dernière évaluation. Je sais comment l'interne il travaille, je sais comment il est, je sais ce qu'il sait faire, ce qu'il ne sait pas faire.

Donc euh... c'est plus... l'évaluation c'est plus un outil de travail pour repérer certains points de l'interne. Si je prends par exemple quand on lui demande de faire un interrogatoire pendant l'examen clinique donc sur un temps d'évaluation j'ai pas vraiment besoin de ça.

C'est plus un outil de réflexion voilà l'évaluation qui est d'ailleurs l'auto évaluation en principe.

I = D'accord. Pour enchaîner de ce fait sur ce que vous dites. Pour vous, l'évaluation doit-elle permettre la validation de stage ou pas ? Et sur quels critères justement justifiez-vous la validation de stage de l'interne qu'il soit en N1 ou en SASPAS ?

M9 = Alors, la validation se serait justement je dirais l'autonomie. Est-ce que je considère que l'interne a suffisamment de connaissance, et encore que quelques lacunes ce n'est pas toujours dramatique, et surtout son autonomie. Savoir face à un problème se débrouiller, s'il ne sait pas gérer est-ce qu'il va passer la main facilement, s'il va savoir se renseigner, soit par lui-même, soit en passant la main à un confrère. Ce serait surtout sur ça. Surtout chez le SASPAS, bien sûr, le SASPAS doit être autonome.

Moi j'aime bien dire que le critère du SASPAS c'est est-ce que je lui confierai ma patientèle ? (*rires*)

Si j'ai un doute... c'est important quoi !

I = Très bien. Quels seraient pour vous les éléments essentiels à faire figurer dans une évaluation de stage ? Vous m'avez parlé de l'autonomie, est-ce que vous en voyez d'autres ?

M9 = Alors oui l'autonomie et puis évidemment l'empathie vis-à-vis des gens. On a des fois des internes qui sont très très distants et froids. Ou des internes qui continuent de travailler sur un mode « problème unique » hein quelqu'un vient pour un mal de dos, on s'occupe du mal de dos et terminé, y a rien d'autre, les conditions de travail on n'en parle pas ou des choses comme ça. Y en a qui sont très fonctionnels et non organiques. On en revient à la marguerite des compétences.

Donc euh l'empathie, s'intéresser à l'ensemble du mode de vie du patient et puis savoir, je dirais à la limite, accepter qu'ils y aient des choses que l'on ne sait pas mais savoir se débrouiller avec ça. C'est-à-dire je ne sais pas je passe la main, fin je passe la main, je ne m'occupe pas du problème ou j'étude le problème c'est-à-dire j'ai un problème, je ne sais pas ce que c'est, comment je fais pour rechercher une solution. Est-ce que je me débrouille par moi-même, est-ce que je demande à un confrère, est-ce que je demande à un collègue médecin généraliste. Comment je fais, je dirais ça c'est un des critères principaux, ça serait comment on se débrouille afin de trouver la solution parce que forcément en médecine générale on ne sait pas tout.

I = Ok. Hum que pensez-vous de votre utilisation personnelle, actuellement, de l'évaluation de stage de l'interne ?

M9 = Alors, ce que je pense de l'évaluation telle qu'elle est faite maintenant ?

I = Voilà tout à fait ! Comment vous l'utilisez ou pas ? Quelles seraient vos attentes autres par rapport à cette évaluation ?

M9 = Est-ce que si je vous dis que moi je préférerais la grille d'évaluation précédente que celle actuelle, ça répond à la question ?

I = Oui bien sûr, et donc qu'est-ce qu'elle avait de plus ou de moins, fin l'ancienne grille qu'est-ce qu'elle avait de mieux pour vous ?

M9 = Elle est plus pragmatique avec le déroulement des différentes étapes chronologiques de la consultation qui permet à l'interne de travailler par moment chaque point. D'ailleurs, moi je commence comme ça, la première semaine il va surtout faire attention à l'accueil, à l'interrogatoire, questions ouvertes, questions fermées, laisser libre cours de temps en temps au patient, reformulation, des choses comme ça. Par exemple, après on approfondit l'examen, le temps de l'examen clinique, des choses comme ça. Donc c'est plus chronologique, c'est plus pragmatique et c'est plus pratique.

Là j'ai pas l'évaluation actuelle sous les yeux pour vous citer un exemple précis, mais il y a des questions alambiquées dans l'évaluation, notamment celle qui parle de l'abord du patient, du premier moment jusqu'à la fin de vie là, cette question là elle répond à tout, une fois qu'on a répondu à ça, l'évaluation est terminée quoi. C'est beaucoup trop large quoi comme question.

I = Donc oui, si je comprends bien vous voudriez reprendre le schéma d'une consultation en médecine générale pour y mettre les différents modules à valider ?

M9 = Ce modèle est plus facile pour travailler, justement. Pour l'interne en cours de stage, par exemple au milieu du stage, on reprend la grille et on voit par quel point il est plus, là où il est plus à l'aise, là où il l'est moins, c'est plus facile pour lui travailler je pense.

I = D'accord, je comprends. Quels obstacles vous verriez à la conception de cette bonne évaluation ?

M9 = Je ne comprends pas trop la question... ce qui m'empêcherait de réaliser une bonne évaluation ?

I = Donc vous préférez la grille antérieure, voyez-vous des obstacles qui entreraient en ligne pour réaliser cette évaluation ?

M9 = De toute façon je l'utilise déjà. Je l'utilise avec l'interne pour son évaluation et après on remplit la grille je vais dire "officielle" pour le département de médecine générale. A mon niveau, je n'y vois pas d'obstacle, après je ne sais pas.

I = D'accord, d'accord. J'aimerais également savoir de quelles traces d'apprentissage vous servez-vous pour évaluer les compétences de l'interne ? On a par exemple le port folio, est-ce que vous utilisez des traces d'apprentissage ? Lesquelles ? Comment et à peu près à quelle fréquence ?

M9 = Euh... j'en utilise pas vraiment. Je leur donne ce que l'on appelle des propositions pédagogiques, je leur demande quand il y a un sujet intéressant ou où ils sont en difficulté de revoir le problème par des recherches puis on en reparle la fois suivante. Donc ça se fait au fur et à mesure quoi mais dans la pratique, plus de façon orale que par écrit.

On peut utiliser les documents soit enregistrés sur l'ordinateur, soit sur Internet, style examen d'une épaule, les demi vie des anxiolytiques, des choses comme ça mais oui ça se fait à l'oral. Et dans la pratique parce que bon par exemple, si on doit prescrire un anxiolytique, je vais demander à l'interne, quel anxiolytique prescrire suite à ce que l'on a vu donc ça va être dans la pratique aussi. Ce que l'on appelle une prescription pédagogique.

I = Je comprends. Si je vous parle de rapport de stage, qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ?

M9 = (*temps de réflexion*)

En premier lieu, c'est de l'administratif en plus. Oué ça me paraît compliqué, ça peut être très subjectif, trop subjectif oué.

I = D'accord euh... oui. Vous me disiez que vous utilisiez plutôt la grille d'évaluation actuelle comme un outil de travail, vous m'avez un peu expliqué comment vous évaluez actuellement l'interne, par contre comment vous différenciez donc votre façon dévaluer l'interne en N1, par rapport à l'interne en SASPAS ? Si bien sûr vous faites une différence.

M9 = Alors toujours dans l'évaluation en fin de stage ?

I = En cours de stage comme en fin de stage oui !

M9 = Je vais me répéter un petit peu... oui je vais plus faire l'évaluation du SASPAS quand on fait la rétro action, après sa journée, de voir comment il réagit, comment il se remet en cause, quand je ne vais pas être d'accord qu'est ce qu'il fait. Est-ce qu'il rappelle facilement le patient pour proposer autre chose, ou... oué je vais plus évaluer à ce moment là, voir comment il se débrouille, que le jour de l'évaluation finale.

Comme je disais tout à l'heure, moi le jour de l'évaluation, c'est plus, et je le comprends bien, c'est plus pour le département de médecine générale avoir une trace, avoir une évaluation. Moi le jour où je la fait l'évaluation, comme je disais tout à l'heure, le SASPAS je sais avant de faire l'évaluation si je lui confierai ma patientèle.

A la limite, moi l'évaluation je n'en ai pas besoin mais je comprends que le département, lui ait besoin de quelque chose de concret !

I = Très bien. Que pensez-vous de l'ajout de critères pratiques dans la grille d'évaluation de stage, par exemple type les gestes techniques à acquérir en médecine générale ou les documents administratifs à savoir remplir ? Que penseriez-vous de cet ajout ?

M9 = (*tempes de réflexion*)

Euh... plusieurs choses. C'est vrai qu'un interne qui n'aurait pas acquis ces compétences là, ces compétences techniques, ce serait vraiment embêtant quoi. Donc euh... mais non c'est déjà dans la

grille ça pour moi. Moi ça me paraît suffisant parce que sinon il va falloir tout reprendre. Après, bon on va dire d'accord le genou il sait faire, l'épaule il ne sait pas faire, je sais pas moi, les vaccins il fait ça n'importe comment, il va falloir tout reprendre quoi. Donc qu'il y ait un critère qui dit compétence globalement acquise ou en cours d'acquisition bon ça se passe de commentaire, des compétences techniques en cours d'acquisition c'est embêtant. Et ça ça me paraît suffisant. Par exemple, un SASPAS qui a des compétences techniques en cours d'acquisition, c'est quasiment un feu rouge. Faudrait qu'il recommence hein, même pas faudrait qu'il recommence du N1.

I = Très bien. Et sur la partie documents administratifs ? Vous vous y retrouver aussi dans la grille actuelle ou pas vraiment ?

M9 = Bon c'est peut-être moins clair mais oui ça serait bien que ça soit mis en évidence.

I = Et que penseriez-vous de la mise en place d'une évaluation finale en direct, par exemple par une mise en situation concrète sur un patient, donc interne devant les MSU, ou par une mise en place d'un jeu de rôle sur un thème de consultation prédéfini ?

M9 = Bin je dirais confère mes réponses précédentes, ce n'est pas utile. Qu'est ce qu'on travaillerait pendant les 6 mois alors ? Le jeu de rôle on le fait tous les jours en réalité. C'est d'ailleurs, si ça peut éclairer, c'est d'ailleurs une étape importante dans le stage, c'est que l'interne se sente suffisamment en confiance pour ne plus se sentir jugé, comme ça il n'a plus peur de travailler devant le maître de stage.

Y en a beaucoup qui disent, au début surtout, "oh je me sens mieux quand tu n'es pas là" parce qu'ils sont encore sur un mode scolaire où on est là pour les noter, les juger, des choses comme ça. Une fois qu'ils ont passé cette étape, qu'ils sont plus en confiance, on travaille plus en compagnonnage, là il n'hésite pas à faire un examen devant moi, même à poser des questions en disant que ça serait bien là. Ce qui fait que, bin disons, qu'ils sont mis en situation, qu'ils sont mis en réalité et que c'est tout le temps quoi, au cours de la journée, sur les 6 mois.

Donc bon avoir une évaluation de jeu de rôle à la fin, là ça ne me paraît pas très utile parce que je sais comment il travaille l'interne.

I = D'accord, très bien. Que pensez-vous de l'autoévaluation, de l'hétéro évaluation ? Quel intérêt voyez-vous à l'une ou à l'autre ? Utilisez-vous l'une plus que l'autre, les deux ?

M9 = Alors est-ce qu'on peut ajouter une évaluation commune en même temps ? Parce que l'autoévaluation elle est biaisée parce que l'interne il sait qu'après on va la relire, donc y en a qui se mettent moyen partout sachant très bien qu'on va réévaluer en augmentant derrière. Disons que l'interne timide il va se sous estimer, se dévaluer d'office et celui qui a trop confiance en lui va se sur évaluer, il va se mettre bon partout. Enfin, c'est quand même intéressant cette autoévaluation pour ça. Donc je dirais que c'est surtout intéressant pour celui qui se sur évalue, celui qui se met bon partout, ça veut dire qu'il n'a pas beaucoup d'auto critique quoi.

Sinon, en général moi l'évaluation on l'a fait en même temps, tout en discutant, autours d'un verre dès fois, je ne sais pas si ça rentre dans les critères. Ensemble, voilà, toujours dans l'idée de compagnonnage.

I = Très bien. Bon on va bientôt arriver à la fin, est-ce que là comme ça, de but en blanc, voyez-vous des pistes d'amélioration à faire sur l'évaluation de stage des internes actuellement ?

M9 = Alors il y a un critère c'est le RSCA, ça on a énormément de mal. On a du mal à le faire faire. Alors dès fois on lui demande « alors le RSCA, t'oublie pas ? » Oh oui oui oui. Et puis arrivé le dernier jour "bin alors tes RSCA ?" Ah oué j'ai pas vraiment fini... Bref il faut pleurer pour les avoir ! Les internes ne sont franchement absolument pas motivés à ça en général, surtout les garçons.

I = Et vous vous êtes plutôt pour garder le RSCA ? Lui apporter des améliorations ?

M9 = Je dirais que moi je n'en ai pas besoin, j'aime bien leur expliquer que le RSCA c'est pour avoir une trace pour le département de médecine générale, voir comment ils font quand ils ont un problème, comment ils réfléchissent dessus, comment ils organisent le problème, comment ils s'organisent pour trouver les informations. Et là aussi c'est un peu ce que l'on fait lorsque l'on fait une prescription pédagogique, si je vois qu'ils sont allés sur internet qu'ils font un gros copier coller d'un site ou s'ils ont travaillé ou pas de tout, donc je dirais à ce moment là que le RSCA est un petit peu secondaire. Je comprends que pour le département de médecin générale ce soit une trace d'apprentissage avec une méthode de réflexion sur son activité.

J'aurais encore une autre remarque, que à l'heure actuelle, mettre la grille sur Internet c'était très bien, sur le CODEP, parce qu'il y en a une mais ce n'est plus la bonne grille. Cela ne fonctionne pas et on nous demande toujours de faire du papier. Je trouve que c'était bien sur Internet, le format numérique c'est mieux.

I = Oui d'accord. Avez-vous d'autres choses à ajouter, des points que l'on a pas abordé ensemble qui vous semble importants sur l'évaluation de stage en général ?

M9 = Non ça va. C'est très bien pour moi.

I = Et bien merci pour votre disponibilité et pour avoir répondu à mes questions.

Annexe 14

ENTRETIEN M 10

Comme j'avais déjà un peu expliqué par mail, on fait une thèse sur les attentes des maîtres de stage de l'évaluation de stage des internes donc moi je fais la partie qualitative et mon co thésard fera la partie qualitative qui en découle. L'objectif ça serait d'améliorer les moyens d'évaluation actuels.

Alors, avant j'ai besoin de connaître un peu le profil du MSU donc euh cela fait combien d'années que tu es MSU ?

- Alors pour les externes, depuis mai 2016 (1 an et demi) et pour les internes depuis mai 2017 (6 mois). En UPL

Niveau de formation pédagogique ?

- Donc ce sont les formations au CNGE donc S1, S3, S4, S5 plus après j'ai fait le DU de pédagogie médicale et puis des formations animation niveau 1 niveau 2.

I = Donc on va entrer dans le vif du sujet, je commence par une question qui est assez générale ... comment toi tu définis un médecin compétent ?

M10 = J'ai l'impression de réviser la formation que j'ai eu la semaine dernière au CNGE (rires), alors pour ne pas faire interrogation écrite... je vais essayer de faire ma définition et non celle des livres... Si on en reste au référentiel des compétences, un médecin compétent c'est un médecin qui est capable dans un contexte donc qui est le contexte de la médecine générale en France, de prendre en charge les patients selon ce qu'attend la société de lui, ce pour quoi les DMG doivent certifier les internes. Pour ça on s'est basé sur un ensemble de compétences qui ont été définies par les médecins généralistes et donc qui sont des compétences que l'on connaît - la marguerite des compétences - qui sont globalement les compétences que l'on demande à un médecin généraliste en France sachant que le but ce n'est pas seulement d'avoir des connaissances théoriques mais de pouvoir les mettre en pratique dans un contexte donné, c'est ça qui fait que l'on est compétent et donc c'est quelque chose qui doit s'évaluer en mise en situation.

Si on part sur la définition de la compétence c'est le savoir-faire, savoir être qui sont nécessaires à réaliser des tâches dans un contexte donné on va dire. Donc ça c'est la définition systématique, plus sur les guidelines de formation et d'objectif du DES on va dire.

Après ce n'est pas forcément la définition de manière générale de ce que je pourrais dire de ce qu'est un médecin compétent. Pour moi plus d'un point de vue personnel, un médecin compétent c'est plus un médecin qui va être capable de remettre en cause sa pratique donc moi j'axerai plutôt sur l'approche réflexive, pour utiliser les mots clés, en tout cas un médecin qui sait se remettre en question, analyser ses pratiques et proposer des actions de corrections et d'évolutions de ses pratiques donc bien sûr en médecine générale, pour moi c'est plutôt ça. Après, dans les grosses compétences, si on reprend la marguerite, oui ça doit être un point commun à tout médecin généraliste, après chacun a des compétences plus développées, on va dire, privilégiées, voire on ne va pas dire des sous compétences mais des domaines de connaissances dans lesquels il est plus performant ou des habilités dans lesquelles il est plus performant et qu'il souhaite mettre en évidence, soit qu'il puisse mettre en avant et développer et orienter du coup sa pratique selon ses capacités aussi, ses préférences. Donc là il y a une notion d'adaptation aussi de sa pratique éventuellement à ça avec du coup aussi, néanmoins, la nécessité de continuer à pouvoir accueillir tout le monde et rester dans ses compétences de la marguerite c'est à dire que si éventuellement il se sent moins bon dans certains domaines, déléguer ou adresser et avoir conscience en tout cas de ses limitations.

Donc c'est pour ça que je pense que le côté plus réflexif est important et la capacité de s'adapter à ses propres compétences dans sa pratique pour pouvoir toujours accueillir les problèmes de manière indifférenciée, tout le monde, avec plus ou moins une urgence, faire des suivis chroniques et dans sa

prise en charge globale bien sûr, mais selon ses propres compétences, pouvoir adapter sa pratique, en en étant conscient.

I = Toujours pour rester sur la thématique des compétences, quelles seraient pour toi les compétences essentielles à acquérir par l'interne sur ses stages en ambulatoire ? Quelles seraient celles à acquérir en N1 et en SASPAS ?

M10 = Alors l'idée c'est qu'effectivement l'interne prenne conscience déjà progressivement de ce qu'on attend de lui, en découvrant ça en pratique. C'est toujours mieux si la prise de conscience, fin c'est une prise de conscience donc elle doit venir de l'interne... plutôt que de lui demander bêtement de connaître ce qu'on attend de lui, c'est d'ailleurs pour ça que le stage N1 est important à mettre en première année avec le nouveau DES, pour que l'interne puisse en situation se rendre compte de ce que l'on attend de lui et puisse les développer. Forcément si on fait un stage de médecine polyvalente, de cardiologie, de spé, puis un stage d'urgence et puis qu'on est fort dans la phlébite, dans l'EP, dans le triage et qu'après on est en médecine générale et qu'on nous demande de faire du suivi chronique et de la prise en charge globale, on est déjà sur un modèle qui est différent donc la prise de conscience est plus difficile.

Donc euh... l'interne va prendre lui-même conscience de ça progressivement, c'est pour cela que l'on utilise des grilles d'auto évaluation et, dans ça, il doit être accompagné par son MSU, pour essayer de mettre en évidence dans les situations qu'il rencontre au cabinet à quelle compétence ça correspond et essayer de les conceptualiser pour les développer.

Alors pour en revenir à ta question, après ce concept plus général de comment il acquiert ses compétences pour moi, les compétences essentielles si on devait hiérarchiser plutôt pour moi, la plus importante, alors la plus importante mais c'est pas du tout dans un ordre chronologique d'acquisition, c'est plutôt la prise en charge globale ou l'approche heuristique, c'est un peu différent, d'abord en premier, parce que c'est ça un peu on va dire la base de la médecine générale.

Après, en découle plusieurs choses qui sont du coup la distinction entre ce qui est l'accueil du problème aigu, qui est la notion de l'accueil de l'urgence, du tri de l'urgence et l'inclusion de ça dans une prise en charge plus de suivi chronique avec du coup toute la mise en jeu du domaine de la prévention, domaine de la santé publique, du dépistage éventuellement qui s'inclue plutôt dans un suivi au long cours. Donc le fait de pouvoir hiérarchiser ça c'est déjà quelque chose d'important.

Après il en découle du coup tout ce qui est bien sûr la coordination, tout ce qui est la relation, la communication. La relation et la communication étant des compétences importantes pour faire la prise en charge globale. C'est pas forcément distinct, fin il y a des outils on va dire que l'on va utiliser pour pouvoir développer cette prise en charge globale et puis la prise en charge globale qui se fait dans une approche centrée patient.

Ce sont des compétences plus spécifiques de la médecine générale puisque des compétences urgence, problème indifférencié, problème aigu, ça ce sont des choses qu'il [l'interne] peut apprendre en étant aux urgences. Le suivi chronique ce sont des choses qu'il a déjà à peu près appris du moins du point de vu biomédical dans le second cycle ainsi qu'éventuellement dans certains stages où il doit réévaluer des situations de suivi mais tout ce qui est plutôt approche globale, centrée sur le patient et cette articulation entre l'aigu et le chronique ça ça me semble plus spécifique de la médecine générale.

Après, bien sûr, dans les compétences de professionnalisme pour moi c'est pas du tout, fin si on prend ça sous l'angle de l'éthique, des règles déontologiques, c'est quelque chose qui s'acquiert au fur et à mesure mais qui n'est pas spécifiquement pur après donc ce qui est plus le professionnalisme en médecine générale c'est quelque chose qui se fait de manière progressive et qui n'est pas forcément un objectif important au niveau de l'interne N1 en tout cas.

Le stage permet progressivement l'acquisition de ses compétences avec pas forcément de visions très... très... euh séparées du N1 et du SASPAS, pour moi c'est quelque chose de progressif et qui doit être entretenu et puis auto analysé. Donc un SASPAS plus dans la continuité du N1 sans distinction franche entre les deux même si on a essayé de faire des distinctions au niveau des grilles [d'évaluation], sans distinction franche entre les deux puisque ça dépend des internes, ça dépend à quel moment ils font le stage aussi s'ils le font en premier semestre ce n'est pas complètement la même chose que s'ils le font en deuxième semestre donc c'est quelque chose qui doit être plutôt progressif mais qui euh... néanmoins est important qu'ils aient consciences de ces compétences pour pouvoir avoir ce que l'on

appelle l'identification professionnelle et savoir en quoi ce qu'ils font se distingue de ce qu'ils vont faire après dans d'autres stages, notamment les stages éventuellement de médecine polyvalente pour qu'ils puissent prendre conscience de la différence entre la médecine polyvalente de ce qu'ils vont voir en médecine générale.

Donc voilà dans l'ordre globalement de priorités les compétences essentielles pour l'interne.

Après, euh... à la fin l'interne est censé avoir acquis toutes ces compétences.

Alors pour être dans le débat, il y a un peu l'idée que le nouveau DES à 3 ans ne comportant pas de phase de consolidation pour la médecine générale, l'idée ce serait que les internes ne puissent pas acquérir toutes leurs compétences à la fin des 3 ans donc il faudrait justifier l'année de consolidation à cause de ça.

Pour l'instant, dans l'état actuel des choses on ne faisait pas vraiment, à Lille en tout cas, une évaluation basée sur les compétences en stage de N1 et de SASPAS. On a le souhait de mettre en place ça pour la nouvelle promo avec une approche par compétences à la fois dans les évaluations de stage et dans les enseignements, ce qui n'était pas vraiment le cas avant. C'était surtout dans les RSCA que l'on évaluait les compétences mais pas vraiment en stage, officiellement. On va voir comment... si on arrive à certifier que les internes sont compétents dans tous les domaines de compétences à la fin du SASPAS, mais si ce n'est pas le cas, ce serait un argument pour le CNGE pour proposer cette année de consolidation. Donc un objectif qu'ils [les internes] les acquiert toutes et si ce n'est pas le cas, qu'est-ce que l'on fait ? Est ce qu'ils ne valident pas leur DES ou est ce qu'on leur propose une année supplémentaire ?

I = ça marche. Tout à l'heure tu parlais des différentes formations que tu suis et que tu avais suivi, comment justement cette vision que tu te fais du médecin compétent a-t-elle évolué au fil de ces différentes formations ou au fil de ton expérience ?

M10 = Euh... hum... je ne suis pas sûr que ma vision du médecin généraliste compétent ait beaucoup changé par rapport à la fin de l'internat. Après ce qui a pu changer c'est de pouvoir l'analyser, le conceptualiser parce qu'en tant qu'enseignant on doit comprendre les concepts pédagogiques puis surtout savoir comment les mettre en application, comment à la fois former puis après comment évaluer, et puis avant de former, comment évaluer les besoins. Donc ces trois étapes, évaluation des besoins, formation et puis évaluation, il faut comprendre les concepts et puis avoir plus de recul pour pouvoir les mettre en application vis à vis des internes. Les formations vont surtout aider à détailler tout ça, à détricoter, à savoir vraiment ce qu'on entendait par compétence, qu'est-ce que c'est, qu'est-ce qu'on mettait dans chacune des compétences, pourquoi c'était ces compétences-là, en quoi on se distinguait des autres spécialités, qu'est-ce que c'était qu'être médecin généraliste vis à vis des autres spécialités, cela m'a plus permis de comprendre ça, pour pouvoir après l'expliquer aux internes et pouvoir après aussi le justifier. Il y a beaucoup de personnes qui sont absolument contre cette approche par compétences, qui sont plus pour les approches par objectifs même si c'est un peu complémentaire sur certains points notamment très bio médical. Les compétences c'est vraiment ce qui distingue, fin c'est l'ensemble des compétences qui distingue le médecin généraliste des autres spécialités, ce n'est pas chacune des compétences. Il n'y a pas de compétences extrêmement spécifiques, hormis essentiellement l'approche globale, l'approche centrée sur le patient en partie et puis les contextes d'exercices qui définissent la spécialité mais c'est l'ensemble qui fait le médecin généraliste. Il faut un peu pouvoir l'expliquer pour justifier notamment la manière dont est fait l'enseignement, de comment les étudiants sont évalués, ce qui est différent des autres spécialités qui n'ont pas forcément besoin d'évaluer de cette manière-là. Typiquement la chirurgie, la chirurgie leur évaluation c'est nombre d'actes fait dans tel ou tel domaine pour certifier que la personne puisse faire une opération avec théoriquement des compétences qui sont mises en phase socle sur la communication avec le patient ect mais l'évaluation se fait surtout par compagnonnage avec un suivi dans... étant donné qu'il y a autant voire même plus d'enseignants que d'étudiants dans ces spécialités là, le suivi, tous les étudiants sont très connus de leur responsable de DES, ce qui est l'inverse de la médecine générale où l'on a des centaines d'étudiants et où il est impossible pour quelqu'un de connaître l'étudiant du début à la fin de son cursus. Donc on est sur une évaluation de masse et pour avoir une évaluation de masse il faut qu'on puisse avoir des outils de suivi pour ces étudiants en stage et hors stage et qu'on puisse être sûr que dans tous les outils pédagogiques que l'on met en œuvre pour les former, ils étaient justement

exposés à toutes les familles de situation, qu'on ait évalué leur compétences dans différents domaines par différentes méthodes parce ce qu'on ne peut pas avoir justement cette espèce de compagnonnage là qui permettrait d'avoir une vision globale un peu de l'étudiant. Il faudrait savoir surtout où est-ce qu'on le met parce que quand même dans les autres spécialités il faut se rendre compte que les directeurs de DES, les coordinateurs de la spécialité et les médecins chez qui passent les internes globalement ils orientent un peu la carrière professionnelle des étudiants et en gros on sait, fin c'est les médecins qui ont formé qui décident si le mec il va être au CHU ou en périphérie, s'il va aller dans un CMP, s'il va faire du libéral, alors qu'en médecine générale on ne peut pas avoir autant de contrôle et une vision aussi exacte de l'étudiant parce qu'on est sur une approche de masse et qu'il faut avoir ces outils là et ces méthodes d'évaluation pour pouvoir à la fin du DES pouvoir certifier. On est beaucoup moins dans une approche personnelle d'évaluation finale, on est beaucoup plus sur une approche qui nécessite des outils et des avis divers. De la même manière, on a des étudiants qui passent en ville, qui passent à l'hôpital donc euh... ce n'est pas comme dans d'autres spé où ils passent... bin le psychiatre il va passer en psychiatrie quoi dans tous ces stages, donc au bout d'un moment ils se connaissent tous les médecins. Le coordonnateur de DES sait quand, il connaît le mec qui a évalué son étudiant parce ce qu'il regarde les évaluations de stage, donc c'est plus facile d'avoir la vision de l'étudiant globale que pour nous en médecine générale.

I = C'est sûr ! Et donc tu parlais de la notion de certification des compétences... qu'est-ce que cette notion t'évoque-t-elle ? Comment peut-on réaliser cette certification au stade de l'interne ? donc tu parlais un peu de ce débat d'une année en plus...

M10 = Alors dans la certification des compétences du coup il y a les certifications en stage et hors stage. Alors dans les certifications, on va dire, en stage donc c'est essentiellement du coup en stage N1 et en SASPAS puisqu'on ne demande pas aux chefs de service, fin chef de service ou responsable de stage on va dire, des stages hospitaliers de faire une évaluation des compétences. On a des objectifs de stage qui sont définis mais ce ne sont pas les compétences de médecine générale pour l'instant puisque pour l'instant en tout cas à Lille on ne peut pas les [chefs de service, responsables] former à l'évaluation par compétence des médecins généralistes en pratique. Du coup, c'est essentiellement en stage de médecine générale donc là ce sont les MSU qui sont d'ailleurs sensés coordonner et évaluer l'interne avec, d'abord une première phase d'autoévaluation puis ensuite un regard sur cette autoévaluation avec le MSU, donc une hétéro évaluation sur des grilles qui maintenant vont prendre en compte l'approche par compétence, avec des grilles spécifiques pour le N1 et le SASPAS, une prise en compte du niveau de progressivité dans chacune des compétences et le but c'est que cette évaluation soit faite régulièrement au cours du stage, idéalement 3 fois (à 2,4 et 6 mois) pour voir s'il y a une progressivité de l'étudiant. Donc ça c'est la grille d'évaluation et donc en stage la mise en situation, après il y a également l'évaluation avec le RSCA donc qui teste d'autres compétences qui est plutôt la réflexivité. Donc c'est un moyen complémentaire, on va dire, d'évaluation mais plutôt accès sur la réflexivité et qui n'a d'intérêt que si le RSCA est commenté, relu et analysé avec les corrections qu'apporte l'étudiant.

Après, on a aussi le carnet de bord qui va être mis en place avec notamment le tutorat. Le but de ce carnet de bord c'est plus de voir si l'étudiant a été mis face aux 11 familles de situations dans lesquelles il va pouvoir mettre en œuvre ces compétences. En tout cas, c'est plutôt pour voir s'il a été mis en face de telle ou telle situation que l'on peut rencontrer en médecine générale, c'est une approche complémentaire, on va dire, où l'on est censé mettre des compétences dans ces différentes familles de situation.

Donc ça c'est pour le stage, après en hors stage, oui du coup le RSCA c'était du coup pour le hors stage. Et après, à la fac, l'évaluation est un peu moins structurée quand même puisque du coup les groupes d'échanges de pratiques (GEP) qui vont être mis en œuvre, on ne demande pas aux médecins qui vont encadrer ces groupes d'échanges de pratiques d'évaluer les étudiants en cours, c'est pas possible pour l'instant. Donc du coup on va demander aux enseignants d'être attentifs à essayer de faire participer dans le groupe tous les étudiants et s'assurer qu'il n'y ait pas de scotomes au sein des groupes d'échange de pratique. L'évaluation des bénéfices de ces groupes d'échange de pratique pour les étudiants va se faire plutôt indirectement, plutôt par le carnet de bord ou par les comptes rendus de séances qui seront recueillis par le tuteur, mais d'une manière beaucoup moins structurée et moins

approfondie que par les RSCA puisqu'on ne peut pas demander au tuteur d'évaluer les traces d'apprentissage et tout ce qu'a fait l'étudiant en présentiel à la fac.

I = D'accord, donc après avoir parlé compétences, on va plus parler évaluation en générale, comment définirais-tu une bonne évaluation ? Quels seraient pour toi les critères de qualité d'une évaluation ?

M10 = Déjà l'évaluation elle doit se baser sur les attentes ou l'objectif que l'on a, donc si, pour prendre un exemple, si on veut savoir si les étudiants... euh... mince... bref le but c'est déjà de définir les objectifs donc là si on est sur un objectif d'approche par compétence, on va évaluer les compétences, ça paraît un peu simple mais ce n'est pas forcément ce qui était fait avant.

Donc, premier point l'objectif, ensuite l'évaluation doit être compréhensible par l'étudiant et par la personne qui évalue. Si personne ne comprend ce que l'on attend, bin ce n'est pas possible, donc du coup elle doit être comprise et surtout les objectifs ils doivent être expliqués aussi à l'étudiant et à la personne qui va évaluer. Si on évalue sans apprendre, sans donner les objectifs à l'avance, on ne peut pas construire une acquisition des compétences puisqu'on ne va pas savoir ce que l'on attend réellement de la personne. Donc déjà ça ça va être connu, ça va être expliqué en début de DES, on doit expliquer aux étudiants pourquoi on les évalue comme ça, à quoi ça correspond et les faire s'autoévaluer puis ensuite les faire s'hétéro évaluer à travers les compétences. Donc là c'est ce dont on vient de parler.

Donc après l'outil que l'on va utiliser il doit être facilement utilisable, en tout cas on doit pouvoir se l'approprier facilement, donc ça doit être lisible et ça doit être contextualiser aussi dans la médecine générale, comme on l'a dit avec les stages hospitaliers on ne va pas chercher à évaluer les compétences en médecine générale dans un service de, je sais pas, par exemple, de gériatrie, fin on pourra valider certaines compétences mais pas tout quoi, face à un sujet dément la relation-communication, on ne va pas pouvoir évaluer tous les items qu'on aurait devant un patient chronique qui négocie un traitement. Donc ça doit être contextualiser, plutôt du coup en médecine générale.

Une fois que l'on remplit ces grilles, elles doivent servir à quelque chose, donc il faut qu'elles soient utiles. Pour être utile, il faut que soit, si les items ne sont pas acquis il faut que ça permette de faire des actions correctrices pour l'étudiant pour qu'il puisse approfondir ses compétences à travers différentes choses, soit à travers un stage supplémentaire, soit à travers un RSCA, soit à travers des traces de recherches, soit en discutant en groupe d'échanges de pratiques... et puis ça doit permettre du coup aussi au tuteur qui évalue, au maître de stage de remettre en place des actions pour combler une compétence, cibler des consultations particulières pour l'étudiant, l'évaluer en supervision directe et indirecte, qu'il puisse faire des traces de recherches aussi vis à vis de ces domaines où il y a une lacune et puis, à la fin, du coup ça doit permettre au département de médecine générale de certifier que l'étudiant est compétent pour la société, on va dire, et lui valider son DES. Donc il faut du coup que cette grille [d'évaluation] soit bien sûr en rapport avec ce que l'on attend du professionnel en médecine générale, ce qui est défini dans le référentiel métier avec les grilles de compétences et s'assurer que l'étudiant ait été mis en face des 11 familles de situations qu'on lui demande, fin pas de connaître, mais dans lesquels il est censé pouvoir se débrouiller en pratique après au niveau professionnel.

I = D'accord. Là en pratique actuellement, que penses-tu de ton utilisation personnelle de l'évaluation de stage ?

M10 = Alors, du coup pour l'instant, on avait encore les anciennes grilles qui n'étaient pas par approche de compétences. Là on a proposé à nos deux internes donc à notre N1 et notre SASPAS de remplir les grilles d'approche par compétences, donc là comme on a eu ces grilles définitives qu'il y a un peu moins d'un mois par le DMG, donc fin septembre-début octobre elles ont été validées, et donc du coup comme on est sur le dernier mois de stage là on a demandé il y a une semaine à nos internes qui vont les remplir et puis alors le problème c'est qu'on ne va pas avoir suffisamment de temps de mettre des actions correctrices en œuvre, on va déjà au moins pouvoir discuter de ça avec eux et pouvoir les confronter en hétéro évaluation après leur autoévaluation et je pense que du coup on va utiliser les 2 grilles d'évaluation comme évaluation finale de stage. Donc l'ancienne et la nouvelle, on a déjà commencé à s'approprier la nouvelle.

Pour moi l'ancienne était très schématique, par exemple s'il y avait une ligne sur les démarches

administratives, bon, démarches administratives pff... on ne sait pas ce qu'il y a dedans, on peut être bons en arrêt de travail, en accident de travail et puis n'avoir rempli qu'un seul certificat MDPH qui est un certificat MDPH donc on ne prend pas tout en compte, on n'a peut-être jamais fait de demande de mise en invalidité sur le semestre donc c'est beaucoup trop flou quoi. C'était beaucoup trop flou et puis c'était uniquement sur certains savoirs, certaines habilités, ce n'était pas sur les compétences de manière générale donc on ne pouvait pas certifier l'évaluation par compétences avec l'anciennes grille.

I = D'accord. Quels obstacles verrais-tu à cette conception d'une bonne évaluation ?

M10 = Il faut que les MSU l'utilisent pour qu'ils puissent se l'approprier ... quand on la lit comme ça on se dit pas, fin elle est vachement longue, ça peut-être un peu abstrait... il faut qu'ils puissent la lire et puis il faut qu'après ils la fassent remplir aux internes en début de semestre et puis au fur et à mesure du semestre, ils vont la faire plusieurs fois, ils vont mettre en place des actions correctrices, des prescriptions pédagogiques pour essayer d'améliorer les choses, ils vont se l'approprier au fur et à mesure quoi. Donc il faut surtout qu'ils la mettent en œuvre parce que pff essayer de la comprendre de manière abstraite ça ne sert à rien quoi.

I = ça marche. Et donc tu as déjà évoqué un peu les traces d'apprentissage, le RSCA, le carnet de bord... comment te sers tu de ces traces d'apprentissage ? En as-tu d'autres à rajouter, lesquelles ? A quelle fréquence les utilise-tu ? De quelles traces d'apprentissage te sers-tu pour évaluer les compétences de l'interne ?

M10 = Du coup dans les traces d'apprentissage, ça dépend un peu du contexte et de l'interne. Y a le débriefing qu'on peut faire à la fin de la consultation ou à la fin de la journée déjà, on voit un peu ce qu'a compris l'interne de la situation.

Parfois, je leur demande de faire des recherches sur des points particuliers, soit ce sont des recherches faites de manière structurée, donc on pose une question et il [l'interne] répond soit oralement soit de manière écrite, soit ça va être plutôt des conseils "tu n'as pas fait ça, peut-être que tu pourrais voir s'il n'y avait pas d'autre manière de le faire", on fait un échange plus oral sur ce point et pas forcément faire un RSCA dessus ou une trace structurée et écrite pour que ce ne soit pas non plus hyper lourd pour l'interne et pour que ce soit ciblé et contextualisé. Donc, par exemple, la prise en charge de la gale, je ne lui demande juste de vérifier si ce qu'il a prescrit c'est vraiment le traitement de première intention, c'est plus ciblé. Voilà, et après au niveau des questions plus ciblées, plus contextualisées sur un problème en particulier.

Après, parfois je propose des sujets de consultation comme RSCA quand c'est un truc un peu complexe, je vais dire à l'interne "bin tiens ça pourrait faire un bon sujet pour ton RSCA" puis après on en discute.

Et, pour le reste, on n'avait pas encore mis en place le carnet de bord aux premiers internes donc bon les premiers je voulais d'abord voir comment ça se passait parce que moi je n'ai pas utilisé le carnet de bord, mes co MSU non plus vraiment, il y en a un qui a essayé d'en mettre en place un et c'était, c'est compliqué. C'est compliqué parce qu'on n'a pas vraiment encore d'outil consensuel, c'est un peu lourd quand même à mettre en œuvre, on ne sait pas s'il fallait mettre toutes les situations ou certaines. Le SASPAS a fait un type de carnet de bord tout seul en suivant ses consultations mais il s'est vite rendu compte que ce n'était pas très utilisable. Moi j'avais fait ça aussi quand j'étais SASPAS et je me suis vite rendu compte que ce n'était pas forcément nécessaire de retracer toutes les consultations, c'est une perte de temps et puis on n'avait pas le temps de les revoir de toute manière, donc il valait mieux cibler sur une ou deux consultations. On n'a pas de consensus encore au sein du DMG sur est-ce qu'on doit faire une ou deux situations, est ce que c'est au libre arbitre de l'interne et du MSU ou est-ce que ça doit être cinq situations, fin voilà. Mais l'idée c'est quand même de faire quelque chose de simple, ciblé sur des points qui ont posé problème, donc voilà pour l'instant je n'ai pas encore mis en place ce carnet de bord mais on commençait là à y réfléchir sur la fin de stage et puis on va de toute façon le mettre en œuvre pour le prochain semestre probablement de manière assez simplifiée en ciblant sur des consultations dans lesquelles l'interne avait discuté ou un certain point dans lequel nous on a ressenti l'interne en difficulté. On va probablement faire ça comme ça en ciblant sur une question contextualisée et non pas sur des choses trop globales,

A condition de les rattacher du coup, c'est aussi important, aux familles de situations. J'ai commencé, par contre, à faire travailler mes internes sur le dernier mois de stage avec la nouvelle grille sur les familles de situations, être sûr qu'ils aient bien rencontré toutes les familles de situations, qu'ils aient pris conscience aussi des familles de situations parce que ce n'est pas du tout quelque chose qui était abordé au DMG. J'ai fait aussi le même travail avec le groupe de GEP, je leur ai présenté les familles de situations et ils vont devoir y réfléchir pour les dernières séances de cette année puisque c'est leur dernière année. Et donc, du coup, rattacher ça [e carnet de bord] à ces différentes familles de situations et du coup aussi aux compétences, faire le lien pour qu'ils puissent un peu plus conceptualiser et évaluer par approche de compétences et avec ces familles de situations.

I = Là actuellement, comment faisais-tu concrètement pour évaluer l'interne ? Quelle différence faisais-tu entre l'évaluation du N1 et du SASPAS ?

M10 = Du coup on fait une différence, alors avec les nouvelles grilles, elles ne sont pas pareilles pour les deux [N1, SASPAS] alors qu'avant c'était les mêmes donc déjà ça va changer. Ensuite, concrètement, le SASPAS il faut qu'il soit beaucoup plus, fin pour moi, j'ai plus de problème avec éventuellement sa réflexivité, c'est-à-dire que quand à la fin de la journée il [le SASPAS] me dit que tout s'est bien passé et qu'après moi, alors en principe on débriefe toutes les consultations, donc je revois toujours à peu près toutes les consultations avec lui oralement, pas forcément en présentiel puisque c'est compliqué, je ne peux pas toujours me déplacer au cabinet le soir c'est trop loin ou c'est pas les bonnes heures, par contre on le fait sur dossiers avec WEDA puisque j'ai accès aux dossiers à distance. Donc je regarde son agenda, je regarde ses dossiers, je regarde ce qu'il a marqué et on rediscute au fur et à mesure comme ça, ça me permet de tout vérifier, vérifier aussi la comptabilité, voir s'il a bien tracé, la tenue du dossier, tout ça en même temps et, par exemple, il y a une ou deux fois là sur le dernier mois où je n'ai pas pu faire le debriefing à la fin de la journée donc je lui ai demandé comment ça s'était passé, s'il avait des questions, s'il avait eu des soucis.. Quand il me répondait que tout c'était bien passé, qu'il n'avait pas de questions particulières mais que moi je voyais après dans les dossiers que j'avais beaucoup de questions... du coup on se rappelle le lendemain ou je lui envoie un mail détaillé et on essaie de voir justement les points dans lesquels il n'a pas été assez réflexif ou il ne s'est pas posé suffisamment de questions, par contre sur ce qui pouvait poser problème, je l'ai fait travailler là-dessus. Donc ça c'est plutôt le point qui est le plus questionnant, bin là il pense que tout s'est bien passé mais en fait c'était pas si évident dans son dossier et est-ce que c'est parce qu'il n'a pas bien écrit la façon dont ça s'est passé dans le dossier et auquel cas c'est pas grave, il faut juste qu'il apprenne à mieux remplir le dossier, et si par contre il y a vraiment des grosses lacunes, des choses sur lesquelles il n'a pas tiquées, là faut qu'il se remette en question. Donc là c'est ce qu'on essaie de travailler sur ce dernier mois de stage pour être sûr qu'il puisse vraiment de reposer les questions et être réflexif.

C'est plus vraiment ça, parce qu'en terme de connaissances, on les a vu. En terme de compétences, on a un retour des patients, on a discuté avec lui de comment ça c'était passé donc pour le SASPAS sur la prise en charge globale, dans la relation communication, tout ça il y a des choses qui transparaissent sans forcément le voir en supervision directe, même s'il faudrait peut-être que l'on fasse plus de supervision directe avec les SASPAS, c'est une autre question qui va être possible quand on sera passé en binôme mais pour l'instant en trinôme c'est pas forcément très évident, on n'a pas le temps. Ces compétences là on les a à travers la discussion mais aussi on les voit aussi quand on voit les situations qu'il a géré, ou au bout de 6 mois quand même, en SASPAS, on a quand même à peu près tout vu normalement donc ça voilà on peut le tracer. Mais c'est plutôt effectivement la réflexivité qui est quelque chose pour moi important pour le SASPAS.

Après pour le N1 du coup, bin pour le N1 il y a toujours des choses qui ne sont pas encore complètement top en fin de semestre, notamment la communication, la relation, c'est pas toujours très évident. En termes de capacités dans le suivi, la coordination, la gestion de l'urgence, professionnalisation, tout ça, ça avance quand même pas mal, dépistage, prévention, bon ça va, après c'est plus dans la communication et la relation que ce n'est pas encore complètement top à la fin du stage, mais bon ça on ne leur demande pas d'être expert, non plus en N1, et puis en plus la plupart du temps en supervision directe, bin ce n'est pas complètement naturel aussi. Puis, en début d'internat ils [les N1] sont encore trop dans le modèle "externe" donc hospitalier donc ils ne sont pas encore

complètement, ils n'ont pas encore pris suffisamment d'autonomie pour être à l'aise là-dedans donc pour moi ça ne peut pas être, il faut faire quelque chose de plus progressif et ce n'est pas forcément quelque chose qu'on doit certifier en niveau 1.

Avec le nouveau DES, on n'est plus dans la même problématique puisque dans l'ancien DES il fallait que l'interne puisse être autonome à la fin du N1, or maintenant ce n'est plus obligatoire puisqu'il y a un SASPAS systématique, donc il n'est plus sensé être autonome et puis en plus il n'a pas de licence de remplacement à la fin du N1, contrairement à avant, ça change quand même beaucoup de choses.

Donc on ne va pas accéder sur la même chose, globalement le N1 il doit être capable à la fin de pouvoir plutôt avoir des compétences biomédicales on va dire, savoir gérer l'urgence, savoir comment se, voilà on est plutôt sur des compétences d'urgence, en tout cas pour certifier qu'il puisse remplacer. Après, la relation communication, le suivi chronique, ce ne sont pas des compétences primordiales pour un remplaçant donc ce n'était pas un obstacle à la validation du N1 donc le biomédical, ça c'était quelque chose de super important et la gestion d'urgence, c'est moins le cas maintenant.

Pour être un peu plus progressif, c'est important si on veut un stage hospitalier et un stage d'urgence, c'est un peu moins nécessaire avec ce couple urgences et N1 en première année, pour moi en tout cas. Donc là les grilles sont plus progressives, on a décidé d'axer justement sur la prise en charge de l'urgence, sur l'approche globale et sur la relation, communication... approche centrée sur le patient en première année, essentiellement, justement parce que les questions sur la coordination, le suivi, la prévention, ces machins là, ce sont des compétences qui ne sont pas forcément indispensables en N1 quoi. Donc c'est le choix qui a plutôt été fait pour l'évaluation du N1.

I = Ok. Une autre question donc... ce serait de savoir si pour toi l'évaluation doit-elle permettre la validation de stage ou pas ? Sur quels critères, du coup, tu justifierais la validation de stage en N1 ? Et en SASPAS ?

M10 = Bin du coup, dans l'évaluation, ce n'est pas une évaluation chiffrée avec une note à la fin qui dit au-dessus de 10 on passe, en dessous de 10 on ne passe pas donc c'est une évaluation qualitative.

Donc la validation finale est plutôt subjective quand même, ça reste pas sur des critères, en tout cas on n'a pas mis de quotas de nombre "d'insuffisant" autorisés on va dire pour valider. Théoriquement, si c'est insuffisant, il [l'interne] n'est pas censé être validé, après ça dépend toujours dans quoi, si c'est améliorable aussi, comme on a un SASPAS obligatoire, du coup ça peut être rattrapé après.

Donc en phase, en tout cas, socle, pour la validation du N1, ça va dépendre beaucoup de l'évaluation globale, de l'avis du MSU et le lien aussi avec l'avis du tuteur sur les RSCA et puis l'avis du stage d'urgences, sur les connaissances plutôt biomédicales et sur le comportement aussi en stage, mais je ne pense pas qu'on puisse invalider quelqu'un sur une ou deux insuffisances pour l'instant en N1.

Après, par contre en SASPAS ce n'est pas possible et en SASPAS ils sont censés être au moins compétent, au moins ou avoir, fin compétences acquises quand même dans la plupart des domaines, on ne doit pas avoir d'insuffisances, ça c'est sûr en SASPAS. Après on peut avoir quelques compétences en cours d'acquisition, qui ne sont pas complètement maîtrisées, ce qui peut être acceptable à condition que, par ailleurs, l'étudiant a fait un bon parcours, un bon dossier, une bonne progressivité, qu'il est en phase de progression et qu'il continue de s'améliorer et suivant aussi l'avis consultatif du MSU.

I = Il y a une autre notion qui est abordé également, c'est celle du rapport de stage, qu'est-ce que cela t'évoque cette notion de rapport de stage ? Qu'en faire en pratique ?

M10 = Bin le rapport de stage fait encore parti du port folio, après le premier apport du rapport de stage c'est que bin y a deux choses, y a le rapport de stage que devait faire l'interne dans lequel il devait mettre ses objectifs avant le stage, comment s'est déroulé le stage puis ce qu'il avait acquis comme compétences avant le stage et après ses nouveaux objectifs. Le problème c'est que souvent c'est du recopiage des grilles d'objectifs de stage qu'on leur met à disposition. Et puis il n'y a pas vraiment de grille d'autoévaluation spécifique à chacun des stages, fin en tout cas il n'y en avait pas jusque-là. Donc le rapport de stage n'a pas beaucoup d'intérêt dans cette forme là.

Ce qui serait plus intéressant c'est que l'on ait une grille effectivement plus approfondie pour l'évaluation des compétences en stage, la grille du N1 et du SASPAS et éventuellement les familles de situation auquel a été exposées l'étudiant, en particulier dans les stages hospitaliers, garder des

objectifs quand même plus spécifiques éventuellement au niveau des gestes, des habilités, de savoir plus théorique, adaptés à chacun des stages urgences, mère-enfant et médecin polyvalente.

I = D'accord. Certains avaient évoqué l'ajout de critères pratiques type gestes techniques à acquérir en médecine générale ou documents administratifs à savoir remplir, qu'en penses-tu ? Comment ces ajouts auraient leur place dans l'évaluation de stage ?

M10 = Bin au niveau des gestes... fin soit ce sont des gestes courant que tout le monde fait, prise de tension, otoscopie, soit ce sont des gestes spécifiques, on va dire, par exemple, pose ou retrait d'un dispositif intra utérin, infiltration, et ça le débat c'est est-ce que ça doit faire partie des choses à connaître notamment en médecine générale, pour l'instant le débat n'est pas vraiment tranché, c'est plutôt non pour moi parce qu'on peut réussir à avoir une prise en charge globale et prendre en charge une contraception sans faire ce fameux geste. Pareil, pour la prise en charge d'un problème d'épanchement articulaire ou enfin d'infiltration, ce n'est pas quelque chose qui est indispensable puisqu'on peut le coordonner justement, avoir la prise en charge adéquate sans forcément faire soi-même le geste. Et puis on a des formations à ces types là de gestes à Presage, en ateliers de simulation, donc il vaut mieux maintenant, éthiquement, apprendre sur des mannequins en simulation qu'en stage. Donc pour moi ce ne sont pas des choses qui doivent être dans les grilles d'évaluation de stage, d'autant plus que si c'est dans les grilles ça veut dire que le MSU trouve les patients pour le faire, il va être incité à les faire, à faire expérimenter ces internes en premier geste en stage, ce qui n'est pas du tout adapter et ce qui n'est pas demandé donc du coup les gestes techniques c'est plutôt en ateliers de simulation et, comme ce n'est pas indispensable à un bon exercice de la médecine générale, en tout cas les gestes qui ne sont pas fait au quotidien en médecine générale, ce sont plutôt des options et des formations complémentaires.

I = D'accord. Et pour tout ce qui est documents administratifs ?

M10 = Pour les documents administratifs, c'est vrai que ce n'est pas dans les grilles d'évaluation, après s'est posée la question effectivement de faire en fait en plus des familles de situations et des compétences, de faire des objectifs de savoir ou de savoir-faire plus systématique, on va dire en complément de tout ça, avec éventuellement des liens vers des écrits de médecine générale par exemple d'Exercer ou avec le CNGE, ou vers des recommandations adaptées à la médecine générale, des articles adaptés à la médecine générale qui permettraient à l'interne d'avoir un corpus documentaire de la spécialité afin de savoir où chercher les références. Voilà, quand on est urgentiste, on a la société française de médecine d'urgence, on sait que les internes quand ils sont en stage, ils sont censés être adhérents et apprendre les protocoles et en stage on leur demande d'abord ces protocoles là. En médecine générale, on n'a pas vraiment ça, pas de manière structurée, on a des revues mais les internes ne les identifient pas et quand ils vont chercher des informations ils vont chercher sur l'HAS, sur l'ANSM, mais ça n'est pas contextualisé à la médecine générale, c'est d'ailleurs parfois pas écrit avec des médecins généralistes donc du coup ce n'est pas toujours applicable. Donc il faut avoir des articles de recommandations de référence de la spécialité aussi, des recommandations de société savante de médecine générale pour pouvoir exercer donc moi je plaide pour que les internes ils aient ce type de documents et qu'on leur propose, en complément de tout ce dont on a parlé, un guide de corpus complémentaires de la spécialité qui leur soit accessible, peut-être coordonné par le Collège de Médecine Générale ou par le CNGE ou en lien avec les deux. Il y a des initiatives qui sont en cours mais qu'on puisse avoir un référent comme ça documentaire où on leur dise clairement, par exemple, bin justement pour la contraception, le médecin généraliste doit connaître les indications des différents contraceptifs avec leurs contre-indication, après ce n'est pas forcément lui qui va faire le geste de pose de ce contraceptif mais il doit pouvoir dire à une patiente "ceci est indiqué chez vous, ceci est contre indiqué, ceci est préférable chez vous, ceci est moins préférable au niveau de la balance bénéfice-risque", prendre une décision partagée avec la patiente et savoir l'indiquer à un confrère ou réaliser lui-même le geste s'il sait faire.

Mais on doit pouvoir avoir des écrits comme ça qui permettent éventuellement d'approfondir certaines connaissances et de dire bin voilà ce que vous devez connaître au moins pour pouvoir réaliser cette approche, fin les savoirs sont des éléments pour être compétent. Ce qui se distingue de ce qu'on leur

demandait au deuxième cycle vis à vis de l'item "prise en charge d'un patient ayant, par exemple, le VIH" on leur donne l'item "dépistage et prévention du VIH" et le bouquin écrit par les Collèges, bin dans ces bouquins il n'y avait pas par exemple la prophylaxie pré exposition, les étudiants ne connaissent pas, et puis surtout on ne leur a pas appris à évaluer, par exemple, le statut, l'orientation sexuelle, en tout cas les types de rapport sexuel qu'avaient leur patient. Et donc ils ont beau connaître les principes de prévention du VIH, contextuellement dans une consultation de devoir évaluer le niveau de risque du patient ils ne savent pas le faire donc ça nécessite du coup des compétences particulières et ça serait bien qu'un moment on leur dise, en médecine générale comment on fait pour évaluer le niveau de risque du patient, comment on le trace dans le dossier éventuellement et comment on propose d'aller vers des gens qui sont spécialisés dans la prévention, par exemple pour faire une prophylaxie de pré exposition que vous vous ne pouvez pas faire ou prescrire.

Donc on doit contextualiser tout ça et là c'est qu'on a rien en fait qui contextualise ça. On l'apprend comme ça sur le tas mais on n'a pas d'endroit qui nous dise, bin quand tu es médecin généraliste comment tu te débrouilles quoi. De manière écrite c'est beaucoup plus euh, on n'a pas de référentiel, en tout cas à disposition des étudiants de manière simple sans avoir à payer des abonnements à des revues et on n'a pas de guideline comme ça de la spécialité. Donc je pense que ça ce sont des outils complémentaires que l'on va devoir mettre en œuvre, qu'on va essayer de mettre de œuvre au DMG pour les nouveaux étudiants, pour qu'on leur dise bin quand vous allez sur le groupe d'échange de pratique, qui est le groupe d'échange de pratique par exemple sur prise en charge d'un patient en demande d'un sevrage, par exemple en addictologie, quand vous allez dire en groupe d'échange de pratique, vous allez devoir rapporter une situation pour pouvoir vous inscrire au groupe d'échange de pratique, parce que si vous n'avez pas de situation, vous ne vous inscrivez pas, mais avant on va vous mettre sur Internet voilà les différents types de sevrage les plus prévalent en médecine générale (tabac, alcool, cannabis, après cocaïne et les opiacés, puis les produits de synthèse) et voilà donc pour l'alcool vous avez tel article d'Exercer, qui parle des interventions brèves en médecine générale sur l'alcool, publié par le DMG d'ailleurs, voilà si c'est utile ou pas. Voilà qu'elles sont les recommandations de la société française d'alcoologie dans l'alcool, avec les points principaux, et ensuite voilà ce qui est recommandé comme traitement ambulatoire et les indications de sevrage en alcool. Et voilà un article sur la relation communication avec le patient en demande d'un sevrage, voilà l'article d'Exercer sur les bases neurobiologiques de l'addiction avec une introduction sur la prise en charge en médecine générale et quand vous allez préparer votre GEP vous allez avoir tout ça en ligne et vous allez pouvoir potasser un petit peu et réfléchir à votre pratique. Quand vous serez en GEP, là vous aurez les moyens de discuter, vous pourrez critiquer sur ce que vous avez lu, vous pourrez vous dire bin oui Exercer il dit des trucs intéressants en médecine générale que je n'ai pas vu dans les recommandations de l'HAS. Voilà, qu'on vous mette un peu un guide parce qu'il y a tellement de choses à connaître, tellement de domaines que si on ne vous donne un peu de matière, vous allez taper sur Google prise en charge d'un sevrage en alcool, vous allez retomber sur la recommandation de la HAS ou de la société française d'alcoologie qui n'est pas forcément contextualisée en médecine générale et voilà ça ne va pas forcément vous aider à aborder la situation. Ou vous allez prendre votre cours de deuxième cycle qui est complètement critiquable parce que c'est écrit par des internes ou par des jeunes chefs qui n'ont jamais pris en charge un patient en médecine générale avec un problème d'alcool.

Voilà donc euh. Il faut un moment que l'on puisse aussi donner un soutien et qu'on puisse aussi créer quelque chose pour que les internes se rendent compte que dans la spécialité il y a aussi des choses qui s'écrivent parce que la majorité des internes ne le savent pas. Et c'est un gros défaut parce que les autres spécialités savent ce qu'écrit leur spécialité, y a qu'en médecine générale où on ne sait pas ce qu'écrit notre spécialité globalement, parce qu'on n'a pas le modèle et quand on est en stage à l'hôpital bin on va regarder les guidelines des autres.

I = Ok. Donc, alors hum... que penses-tu d'une forme d'évaluation qui serait la mise en place d'une évaluation finale, qu'elle soit unique ou répétitive au fil du stage, en direct, où on met en situation soit sur un patient soit par un jeu de rôle, en présence des MSU, l'interne ? Donc une évaluation en direct, qu'en penserais-tu ? Y vois-tu un intérêt et lequel ?

M10 = Pour moi, une évaluation sous forme de jeu de rôle ou sous forme de consultation, pour une évaluation, non, ça ne me semble pas assez global et puis au niveau des compétences et des familles de

situation à aborder, on ne pourrait pas l'évaluer sur une seule situation. Et en plus ça fait un peu... fin c'est stressant, c'est pas naturel. Après, le problème c'est plutôt le jury en fait de fin de DES où comment on dit si on valide la personne ou pas donc théoriquement on est sensé valider chacun des items de tous les stages puis, ensuite valider les RSCA séparément et puis avoir l'avis du tuteur qui valide le port folio et puis après faire la fiche de déclaration de thèse qui doit être validé, et puis après le directeur du DES dit bon si tout est validé, ok on valide. Théoriquement, il faut un présentiel pour ça, après pour les internes chez qui tout est validé, si tout roule, bin c'est tout ça passe, c'est plus compliqué pour ceux qui ont des problèmes donc des évaluations sui ne sont pas très bonnes, un port folio dont les évaluations ne sont pas terribles, juste acceptables mais c'est pas non plus compétent, qui ont des évaluations insuffisantes ou limites, dont certaines évaluations de stage peut-être de SASPAS ou qui ont parfois des problématiques d'ordre psychologiques qui font qu'ils ont une fragilité, qui posent la question éventuellement de faire repasser des stages pour approfondir des compétences ou prendre confiance pour être réellement "lâcher" dans la nature comme médecin généraliste. Là il faut que le jury ait la possibilité d'interroger l'interne pour discuter avec lui de cette situation pour pouvoir prendre la bonne décision de validation. Bien sûr tout ça doit être anticipé et on a des mécanismes pour interrompre les internes en difficultés mais là il faut plutôt avoir la possibilité d'avoir un entretien avec l'interne pour la validation finale.

I = ça marche. Euh... tu avais déjà un peu évoqué le sujet... que penses-tu donc de l'auto évaluation ? De l'hétéro évaluation ? Quels intérêts vois-tu à l'une et à l'autre ?

M10 = Euh... bin le... dans les principes pédagogiques globalement la personne ne peut progresser que s'il y a une auto évaluation, s'il n'y a jamais d'auto évaluation on progresse moins bien, c'est le problème de l'école donc si un moment la personne ne se dit pas "oui j'ai été bon, j'ai été moins bon, dans ce domaine-là", si on ne lève pas les scotomes aussi par rapport à ces lacunes et si on ne confirme pas dans un autre sens son auto évaluation, il ne peut pas progresser.

Il faut qu'il puisse en discuter donc sur l'auto évaluation avant et puis sur l'hétéro évaluation pour confronter justement ce regard là et permettre de confirmer l'auto évaluation de l'interne ou au contraire de l'infirmier et de proposer des nouveaux axes d'apprentissage et avec toujours à la fin l'hétéro évaluation. De la même manière, dans les RSCA, on dit que s'ils ne sont pas commentés par l'interne, par le tuteur, ils n'ont pas d'intérêt puisque c'est par la confrontation et par la relecture et par l'évaluation que l'on fait travailler la réflexivité aussi de l'étudiant vis à vis de ses écrits. Donc on est obligé justement pour faire travailler cette réflexivité pour permettre la progression.

I = D'accord, ok. Tu avais déjà parlé donc de l'évolution plutôt de bien mettre les compétences en avant (l'approche par compétences) dans les grilles d'évaluation, est-ce que tu verrais d'autres pistes d'amélioration à l'évaluation de stage des internes ?

M10 = Dans les nouvelles grilles, du coup, par approche par compétences, de manière progressive, alors il y a des items qui ne sont pas forcément très lisibles. Il y a des items qui sont en fait exclusifs, ça veut dire, on va dire, dans l'interne novice par exemple, l'interne est capable de faire ça et dans la même phrase on va dire mais n'est pas capable d'arriver jusque-là... alors je ne sais pas coter cette grille alors est-ce que c'est compétent puisque si je mets c'est acquis, je lui mets c'est acquis mais il y a de la limitation aussi... Euh... Or parfois il a déjà acquis et il est au niveau SASPAS et donc du coup sans limitation, donc ça me pose problème sur certains items dont la rédaction me pose problème, bon après il va falloir s'adapter à la rédaction des items. En principe, c'est un travail national fait par le CNGE donc ça a dû être relu par des experts de la pédagogie mais il y a encore des items qui pourraient peut-être être relu... peut-être faudra-t-il faire une thèse là-dessus... sur la manière dont on a rempli les grilles et discuter de la lecture de la grille par les internes, je pense qu'elle n'a pas dû être validée complètement sur des internes. Il y aura un travail de relecture peut-être à faire ou de réadaptation à Lille, au niveau local, s'il y a des items qui nous posent problème, voilà, ça on va voir au prochain semestre.

Et puis, peut-être développer un outil informatique, en ligne, alors ça ça va être avec le e-port folio et le e-carnet de bord qui va être développé courant 2018, qu'on n'a pas encore, qui n'est pas prêt, où théoriquement on devrait faire ça sur Internet, avec un site national, avec une évaluation nationale du

coup, identique pour tous les DMG. On imagine que quand on cochera une case, à la fin on aura peut-être un graphique ou un truc un peu plus visuel, un peu plus fun que simplement cocher des cases. En cochant juste des cases sur un Word, et il faut regarder toutes les lignes pour avoir la vision de l'interne et on n'a pas d'espèce de graphique qui permet aussi de voir la progression de l'interne. On ne peut pas avoir d'outil qui permette de voir la progression de l'interne, il faut regarder ligne par ligne. On pourrait, certains DMG on développait des outils comme ça, par Internet ou sur Excel où en cochant des cases on a un graphique qui se modifie en temps réel et on peut voir semestre par semestre la progression de l'interne avec une sorte de rosace ou un histogramme où on verrait premier semestre, puis on voit les bâtons qui s'agrandissent ou le cercle qui s'élargit. Par exemple, on fait un cercle avec les compétences, puis on voit que le cercle s'agrandit, ça pousse dans tous les sens là comme les tests à la fac, et on voit que l'interne s'améliore de semestre en semestre. Ou il y a des moments où il ne s'améliore pas du tout donc là y a un problème. Donc visuellement, il faut que l'outil soit plus facile à utiliser. On peut avoir un outil internet avec une visualisation graphique des différentes compétences et de l'évolution dans le temps.

I = Ok. Bon voilà, on a à peu près fait le tour des questions que j'avais à poser. Est-ce que toi tu verrais des points à ajouter que l'on n'a pas abordé et qui te semblerait important à rajouter ?

M10 = Hum... (temps de réflexion) euh... non... fin la question qui reste en suspens c'est qu'est-ce qu'on fait des groupes d'échanges de pratiques. Ce qu'on va faire ce sont des groupes d'échanges de pratiques thématiques, en plus des groupes d'échanges de pratiques qui existent actuellement donc sur un suivi de 3 ans, donc il y aura ces 2 choses-là qui diffèrent. Est-ce qu'on les évalue et comment on les évalue ? Comment on fait le retour, est-ce que juste le fait d'avoir proposé une situation avant le groupe et d'avoir discuté de cette situation en groupe est suffisant pour montrer que le groupe d'échanges de pratiques a été utile, en même temps que la question des compétences de l'interne ? Voir son exposition aux familles de situation. On a décidé de ne pas faire d'évaluation à type de QCM, de rajouter ça, parce que ça ne faisait pas parti de l'approche par compétences et que c'est plus de l'approche par objectifs. Du coup, on a supprimé ça, mais il se pose toujours la question de se dire bin est-ce que ce que l'on fait est utile pour dire que bin l'interne on lui a enlevé tous ses scotomes ou jusqu'où on doit aller pour lui enlever ses scotomes ? Qu'est-ce qu'on doit demander à l'interne ? Est-ce qu'on doit faire, par exemple, si on parle de dépistage ok le premier niveau c'est le 2ème cycle, bin le dépistage est recommandé de tel âge à tel âge, dans telle situation, pour le sein ou pour la prostate, et puis euh... 3ème cycle, théoriquement, on devrait être à la critique des indications chez chacun, je sais m'adapter à la situation de chaque patient qui me demande un dépistage, selon l'approche EBM, je sais intégrer le choix du patient et ses représentations dans sa décision de se faire dépister ou pas et je sais programmer un suivi en fonction de sa décision de se faire dépister ou pas, ça c'est 3ème cycle. C'est quand même au-delà de ce que nous demandent les autorités, puisque ce que demandent les autorités c'est dans la ROSP et c'est recommandé de tel âge à tel âge. Donc est-ce que le DMG doit aller jusqu'à demander aux étudiants d'avoir cette approche complexe, réflexive ou est-ce qu'on doit en rester au simple fait de se dire bin l'étudiant sait que c'est recommandé et puis c'est tout quoi. Voilà, sur des domaines comme ça, on n'a pas de réponse, d'ailleurs je pense que tous les médecins ne sont pas d'accord là-dessus. Est-ce que l'on doit aller jusque-là dans nos réflexions à propos des étudiants, est-ce qu'on doit leur apporter des sources contradictoires, même qui sont parfois en opposition avec les recommandations... c'est une grande question quoi.

Et puis du coup, comme les groupes d'échanges de pratiques sont censés discuter ça, particulièrement, parce que c'est le but du groupe de discuter, est-ce qu'on doit évaluer cette compétence là en groupe d'échanges de pratiques. Ça pour l'instant on n'a pas... faut pas non plus trop évaluer parce que c'est ingérable pour les MSU et les tuteurs et puis les internes, ils vont avoir l'impression de s'auto évaluer tout le temps et donc c'est chiant, mais en même temps si on ne le fait pas est-ce qu'on peut notamment justifier les groupes d'échanges de pratiques.

I = Ok. Et bien merci beaucoup !

Annexe 15

ENTRETIEN M11

Donc en fait mon sujet de thèse tourne autour des attentes des maîtres de stage de l'évaluation de stage des internes. On s'est rendu compte qu'il y avait peu d'études faites sur l'évaluation en elle-même et l'objectif ça serait justement d'améliorer les moyens d'évaluation qui sont actuellement en place au niveau du stage des internes en ambulatoire. Je réalise la partie qualitative en recueillant des données au fil des différents entretiens et mon co-thésard enverra un questionnaire à la plus large partie des MSU en espérant qu'on ait des chiffres voilà.

Avant, j'ai besoin de connaître un peu le profil de MSU... depuis combien d'années es-tu MSU ?

- Depuis 2009 donc 8 ans.

En UPL actuellement. Et quel est ton niveau de formation pédagogique ?

- Alors j'ai fait le S1, S3, S4, S5, tuteur, direction de thèse, recherche documentaire, rédiger pour publier, euh... certification 1 et 2, je pense que c'est tout dans les formations CNGE.

Après j'ai fait l'ETP, animation... maîtrise de stage c'est tout et là je m'engage à faire un DU de pédagogie.

I = Alors je vais commencer par une question très générale, quelle serait la définition pour toi d'un médecin compétent ?

M11 = Ouh haha (rires) Compétent l'est-t-on un jour ? Euh... un médecin compétent serait un médecin réflexif qui sait qu'il ne sait pas, en tout cas, pas suffisamment, qui, donc pour les problématiques qui se posent, accepte de chercher et accepte de ne pas savoir. Alors ça c'est purement pour le savoir. Après, il y a aussi donc la compétence dans l'accueil du patient, dans le fait aussi de réussir à le mettre en confiance, dans le fait de le mettre dans une atmosphère qui puisse permettre de tisser une relation de confiance et d'échange et pas de se mettre dans la position de je sais, paternaliste, même si parfois c'est utile, en cas d'urgence il faut agir et on a une position un peu paternaliste même s'il faut demander l'autorisation au patient en disant qu'il faut appeler le SAMU ou on doit commencer un massage cardiaque, on ne va pas aller lui demander puisqu'il est complètement inconscient, donc là dans ces cas là on ne peut pas lui poser la question. En tout cas dans des situations non d'urgence, on doit avoir le patient une approche de mise en confiance et d'échange et surtout pas de négociation et être à la même hauteur.

Après c'est aussi, certes on a fait, alors ça c'est dans l'échange mais aussi dans l'examen clinique, le mettre en confiance, ne pas le mettre dans une position où il est en difficulté parce qu'il est pudique ou parce qu'il est dans une situation difficile, donc ça c'est pour l'examen clinique. Aborder bien sûr l'examen clinique sans forcément faire de la racine des cheveux aux orteils, c'est à dire quand même savoir recentrer sur la problématique de la consultation, même si d'examiner de la racine des cheveux aux orteils, c'est toujours potentiellement utile mais il faut aussi voir la question temps et de la consultation qui n'est pas indéterminée ou infinie.

Et après, il y a aussi toute l'approche communication c'est à dire réussir à échanger avec le patient, lui faire comprendre ce que l'on veut comprendre et ne pas utiliser forcément des mots inaccessibles pour lui donc s'adapter au patient que l'on a en face.

Voilà j'aurais tendance à dire que c'est ça... fin... après on peut voir encore plus large, là je suis purement à la consultation, après il y a si on prend la marguerite des compétences, il y a tout le professionnalisme avec la déontologie, les lois, toute la gestion comptable et autre, tous l'encadrement qu'il y a à avoir au niveau du cabinet, le fait que l'on soit des entrepreneurs et des chefs d'entreprise et qu'il faille faire fonctionner une entreprise.

Et puis savoir se former et toujours se former parce que la médecine n'est jamais quelque chose de figé dans l'année de ma thèse 1998 par exemple, et maintenant je n'ai plus rien appris depuis. Et bien ce n'est pas faisable, dans ces cas là je ne serais... je ne me considérerais absolument pas compétente si j'étais restée à 1998. Voilà.

I = Et donc cette vision de médecin compétent, comment a-t-elle évolué pour toi ? Comment a-t-elle changé au fil des années, des formations ?

M11 = Alors j'aurais tendance à dire que je n'aurais pas su avant les formations de pédagogie les verbaliser. Euh... si on m'avait fait réfléchir, et j'admire nos prédécesseurs du CNGE qui ont su théoriser tout sur tout ça afin de pouvoir mettre des mots, même si ça fait hurler tous les internes de parler de la marguerite, mais ils ont euh... tout le monde avait un peu l'impression que c'était de l'inné, que ça s'apprenait pas, que c'était comme ça, du non factuel, de l'insensible, du sixième sens, voilà. Et nos prédécesseurs ont voulu théoriser et verbaliser les choses afin que ça puisse être transmis et que les autres spécialités se rendent compte de notre spécificité même si dans les autres spécialités il y a beaucoup de nos spécificités qui sont à mettre chez eux, nos compétences qui sont aussi à mettre chez eux, qui sont indispensables chez eux aussi et voilà on a en tout cas euh... l'approche globale qui devrait être dans toutes les spécialités et qui ne l'est pas forcément.

I = D'accord. Quelles seraient pour toi les compétences essentielles à acquérir au stade de l'interne ? Que ce soit en stage de N1 ou en stage de SASPAS ?

M11 = Alors je pense que toutes les compétences doivent être acquises que ce soit au niveau de... alors bon je ne vais pas dire "acquises", pas "acquises" parce qu'est-ce qu'elles sont acquises un jour ? Voilà... *rires*

Je ne parlerai pas d'acquises, je pense que toutes les compétences, dès le N1, doivent être, en tout cas l'interne doit en avoir l'idée que ça existe, se rendre compte de la complexité et de l'étendue de notre discipline. Je pense qu'il faut qu'il se rende compte que ça touche tout.

Je pense que le terme "acquérir" ne me va pas en fait parce que je pense qu'on évolue... parce qu'acquérir ça voudrait dire qu'on a tout et qu'on ne va pas encore évoluer. En fait "acquérir" va... dans ces cas-là bin moi je ne suis encore qu'au stade que novice dans toutes les compétences parce que je veux toujours encore grandir et en tout cas ce qui m'intéresse qu'on évolue toujours dans l'acquisition de toutes ces compétences au fur et à mesure et qu'on en apprend tous les jours, parce que sinon on s'emmerderait. Donc non je pense que si c'est acquis en disant qu'on va encore évoluer ok mais si c'est acquis et qu'on évolue plus là je ne suis pas d'accord.

Alors je pense qu'il faut qu'en N1 il faut qu'ils aient l'impression de l'étendue, enfin l'idée de l'étendue de tout ce que l'on draine et je disais que le Pr Delaporte a dit aux JRM que " la seule spécialité qui touchait tout c'était la dermato", je pense qu'il n'a pas conscience, même s'il a été notre directeur adjoint [au DMG], il n'a pas la conscience de ce que l'on touche nous euh... même si je n'ai probablement pas la conscience de ce qu'il touche lui donc euh voilà. Très certainement, qu'il peut faire beaucoup de diagnostics avec la peau et des diagnostics multiples et variés mais je ne suis pas certaine qu'il ait la prise en charge globale et le côté, en tout cas social, on va dire que j'espère qu'ils ont le côté psycho mais social ça m'étonnerait. Mais bon voilà, je dis peut-être des choses qui sont fausses mais voilà, en tout cas ça m'a dérangé quand il l'a dit aux JRM.

Alors, donc en N1 il faut qu'il ait la notion qu'il y ait vraiment toutes ces compétences qui existent dans notre métier et en SASPAS, pour moi le plus important c'est qu'il ait bien compris qu'il ne saura jamais tout, qu'il ait cette réflexivité et qu'il sache chercher et qu'il ne se fasse pas l'économie de chercher et qu'il ne soit pas comme certains pensent, bin je ne sais pas donc je dirige vers une autre spécialité, et puis qu'il soit simplement là un aiguilleur mais qu'il sache chercher tout en sachant passer la main bien sûr si c'est nécessaire, qu'il sache chercher pour avancer et servir au mieux le patient parce que s'il ne cherche pas lui même et bien forcément il va peut-être faussement aiguiller initialement et faire des errances de diagnostic parce qu'il n'aura pas lui connaît, même très bien, le patient, il n'aura pas été plus loin que le bout de son nez.

On apprend tous les jours, c'est ce qu'il y a de passionnant et dès fois fatigant.

I = Ok donc là, pour toujours rester dans le domaine des compétences, en quoi pour toi l'approche par compétences est-elle essentielle à tes yeux ?

M11 = *temps de réflexion*

L'approche par compétences essentielle à mes yeux... parce qu'on ne peut pas, fin comme on apprend

tous les jours, on évolue tous les jours et c'est toujours en évolution, on ne pourra jamais mettre de petite croix dans "acquis/pas acquis". L'approche par compétences permet justement qu'il y ait la possibilité d'évoluer sur chaque domaines et d'évoluer dans toute la diversité de notre spécialité, parce qu'une prise en charge globale d'un enfant peut parfois ressembler à une prise en charge globale en gériatrie et pour évaluer un interne sur une prise en charge globale on ne va pas prendre chaque cas qui existent, dans ces cas là c'est absolument pas possible que l'évaluation donc par compétences, il a une possibilité, s'il arrive à communiquer, à se mettre à la hauteur d'un patient d'une telle pathologie, le fait qu'il sache le faire, dans ce cas là veut dire probablement que dans un autre cas d'une autre situation, d'une autre famille de situation, il arrivera à faire la même chose, que ce soit l'éducationnel, ou alors en tout cas il se posera des questions de savoir comment il doit faire. Et donc que ce soit l'éducationnel, que ce soit le relationnel, que ce soit la prise en charge globale, que ce soit le biopsychosocial, fin autre, parce qu'on ne peut pas tout prendre, toutes les situations qui existent et l'évaluer, parce qu'on passerait notre temps à les évaluer et puis là je pense qu'on prend alors là toute la vie des gens du médecin pour l'évaluer sur chaque cas, chaque cas est unique.

I = D'accord. Une autre notion dont on parle aussi actuellement c'est la certification des compétences, qu'est ce que cette notion t'évoque-t-elle ? Comment la verrais-tu être réalisée auprès des internes ?

M11 = Alors la certification des compétences c'est pour moi euh... alors je dois me situer en tant que maître de stage ? ou responsable au DMG ? (*rires*)

I = oh on peut avoir la vision des deux, ce qui m'intéresse le plus c'est le point de vu de maître de stage mais celui de responsable au DMG peut-être intéressant aussi.

M11 = Alors la certification en tant que maître de stage me paraît être quelque chose de passionnant et intéressant pouvant ouvrir donc à discussion avec l'interne, pouvant donc revoir toutes ces compétences et ces familles de situation. Discuter et échanger en tout cas permettre que tous les MSU échangent sur les traces écrites d'apprentissage, ce qui n'est pas forcément fait et ça je pense que c'est vraiment intéressant.

Maintenant, en tant que responsable de DMG, pour moi c'est une montagne et je l'ai comparé à l'Everest, bon j'avoue avec les différentes formations qu'on a eu ces derniers temps, ça me paraît un peu plus factuel puisqu'en fait pour les internes, ils ont toujours été des veaux à la vache, ils ont toujours bu le lait qu'on leur apportait sur des plateaux et là les compétences ça va les obliger à se mobiliser et à être participant dans leur formation, à être acteur de leur formation.

Pour être acteur de leur formation, bin c'est un changement de paradigme complet de leur mode de pensée, du mode de pensée des enseignants classiques. En fait, ça aurait été plus cool si ça avait été ceux qui sont actuellement au Collège et à qui on parle déjà de compétences alors que les internes actuels n'ont même pas idée des compétences et même quand on sort le mot ils en font des boutons, c'est pour eux quelque chose de..."c'est quoi ces enseignants, n'importe quoi, nous on attend des recettes, nous on attend qu'on nous apporte tout de suite des choses et qu'on ait des recettes. Or, on sait pertinemment que rien n'est retenu ou très peu du cours s'il n'est pas utilisé immédiatement ou s'ils n'ont pas rencontré la difficulté, ça ne va pas leur frapper qu'il y ait une différence.

Et alors, si je me positionne maintenant, c'est moi si je me mettais interne, et bien je serais dans la même situation que les internes actuels, à me dire "mais c'est quoi leur histoire de compétence". C'est vrai que même pour nous c'est beaucoup plus facile, on n'a l'impression de ne pas perdre de temps quand on nous abreuve directement, et d'ailleurs la majorité, toutes les FMC sont encore majoritairement faites de cette façon, et on a l'impression de gagner du temps mais on doit avoir la notion qu'on apprend rien, ou pas grand chose, en tout cas on ne retient pas forcément tout. C'est complexe et il y aura, à mon sens, un certain nombre de générations avant que ce soit bien compris.

I = D'accord. Maintenant on va partir sur un autre versant, plus sur l'évaluation, comment toi tu conçois une bonne évaluation ? Quelles seraient les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M11 = C'est-à-dire si j'étais observateur d'un échange entre un interne et son maître de stage et que je

puisse dire là je trouve qu'ils ont fait une bonne évaluation ?

I = Oui ou en tant que MSU, comment se dire là j'ai performé dans l'évaluation ? Ou cette grille me correspond, celle-ci moins, il y a des choses qui clochent en quoi elle me correspond mieux ? Quoi changer pour en faire une bonne évaluation ? Donc je parle aussi bien de la grille d'évaluation que de la manière d'évaluer ?

M11 = Alors, sur la manière d'évaluer, je pense que la première chose à faire c'est de réussir à ce que, fin de commencer l'évaluation en demandant à l'interne comment il se sent, parce que si c'est un moment où il est ultra stressé et où on ne se rend pas forcément compte qu'il est dans une situation désagréable pour lui, et bien ça n'a aucun intérêt en fait.

Et puis après, comme je lui aurais forcément demander son autoévaluation avant, et bien d'échanger sur son autoévaluation, par contre je ne veux pas être présente au moment de son autoévaluation. Et après, échanger, échanger sur leur autoévaluation, par contre en fait, si je place l'évaluation dans quelque chose qui est finale, comme il y aura eu plusieurs autoévaluations et discussions antérieures, où là je ne parle pas d'évaluations de ma part, où j'ai discuté avec l'interne de son autoévaluation et de le faire évoluer sur les critères et avoir vu avec lui où on pourrait améliorer les choses et comment on pourrait et ce qu'il désire améliorer, comment il désire le faire. On va forcément revenir sur les points qui ont été abordés les fois d'avant.

Alors, par contre sur les grilles, et bien là c'est très complexe. Alors je vais me positionner en tant que MSU qui va les découvrir, ce qui n'est pas le cas, c'est-à-dire, que je vais me repositionner en 2013. En 2013 j'ai lu le numéro 108 d'Exercer et je me suis dit mais ils ont eu les fils qui se touchent, c'est pas possible autrement, qu'est ce qu'ils vont nous sortir ? C'est quoi tout ce truc là ? Alors, c'est pour ça que je pense que les MSU vont avoir des difficultés, fin même si je me projette sur eux et peut-être qu'ils sont nettement mieux que moi et qu'ils vont comprendre tout de suite, beaucoup mieux que moi, mais quand j'ai lu le numéro 108, j'ai le souvenir, c'était au mois d'août en partant en vacances, je comprenais pas les mots, peut-être étais-je un peu fatiguée, en tout cas je ne comprenais pas les mots, je me disais "mais tous les mots c'est pareil, je les lis un mot à la fois je comprends mais tous mis ensemble j'y comprends rien". Et donc j'ai très très peur de... il va falloir que l'on soit très très pédagogue pour que les MSU comprennent, et même si maintenant que je les relis en ayant travaillé, en ayant réfléchi dessus et autre, je ne vois pas comment on pourrait les exprimer d'une autre façon, donc voilà ça va être complexe parce que j'ai bien notion que en tant que MSU n'ayant pas travaillé dessus initialement bin ça va être très compliqué, ils vont encore se dire "mais qu'est ce que c'est que ce DMG qui est dans sa haute sphère et qui nous a pondus des trucs incompréhensibles", bon on est en 2017, la première fois que je l'ai lu c'est en 2013, j'ai mis 4 ans.

C'est pour ça que ça fait parti de l'Everest quand j'ai parlé de la certification parce qu'on n'a pas le tout de nous qui avons travaillé, qui sommes revenu dessus, qu'on réfléchit dessus, pas tout le temps non plus, mais voilà on est plongé dedans... mais réussir à le faire comprendre dans des termes simples, tout en utilisant les mêmes termes pour tout le monde, alors que tout le monde ne sera pas au même niveau pédagogique de maîtrise de stage, on va s'amuser.

Alors le but d'évaluer aussi sur la forme des compétences c'est que justement on permet à l'interne d'évoluer et qu'on ne lui donne pas un statut très précis, c'est toute l'évolution. Si on a un interne d'excellent niveau au démarrage, grâce à l'évaluation par compétence on peut le faire améliorer, alors que si c'était des croix bin, on dit QCM, un très très bon interne il reste en QCM au très très bon niveau mais on ne va pas l'améliorer. Alors que par l'évaluation par compétences, un faible interne, on peut lui montrer qu'il évolue, même s'il ne reste encore pas très bon. Voilà.

Et alors j'avais dit, l'autre... bin oui les grilles, bin j'en ai parlé, au démarrage je me suis dit que ça va être compliqué, les fils qui se touchent, je pense pour un bon nombre, fin c'est peut-être parce que je me projette j'ai peut-être tort, que j'ai probablement un niveau moindre que ceux qui vont les recevoir et qu'eux vont peut-être comprendre d'emblée. Ce serait bien de voir l'évaluation des grilles par les MSU en quali après coup, (*rires*), est-ce qu'ils ont tout compris tout de suite ou...est-ce qu'ils ont trouvé qu'il y avait les fils qui se touchent... ou... (*rires*)voilà ça serait intéressant, en quali ou même en quanti d'ailleurs.

I = Et oui il y a des choses à explorer... Ok, alors toujours pour rester sur la grille d'évaluation, est-ce

que toi tu verrais des éléments essentiels à y faire figurer ?

M11 = *temps de réflexion*

Pour moi ce serait la communication, le savoir se tenir qui fait parti de la communication, le savoir agir, le savoir être, donner la sensation d'une certitude tout en sachant dire que l'on ne sait pas et tout en sachant que l'on n'est sûr de rien et que l'incertitude fait parti de notre quotidien et accepter cette incertitude.

Alors que qu'est ce qu'il serait indispensable à mettre dedans, euh... en fait tout doit y être c'est ça qui est difficile c'est que c'est que rien... en fait tout est important dans notre métier, donc en fait c'est assez complexe de le réduire à un truc. Parce que si on voyait le professionnalisme uniquement comme la comptabilité en N1 ce n'est peut-être pas très grave, comme il y a toutes les lois et toute la déontologie, oui forcément il faut que le professionnalisme soit dedans.

Tout ce qui est approche globale, la communication centrée patient, le premier recours, les urgences, tout doit y être, je ne vois pas comment, je ne vois pas ce qu'on pourrait retirer en disant "oh bin lui il a le droit de ne pas avoir ça", non. Maintenant, c'est le niveau que l'on attend et je pense que toutes les compétences doivent être notées, en insistant sur la partie communication. Oué, je ne sais pas, je ne sais pas trop quoi te répondre parce que s'il y a un truc indispensable bin oui... bin tout !

I = ça marche. Et donc si tu devais critiquer ton utilisation personnelle de l'évaluation, de la grille d'évaluation actuelle et de ta manière d'évaluer, qu'en pense-tu toi de ton utilisation ? De la grille d'évaluation et de ta manière d'évaluer actuellement ?

M11 = *Temps de réflexion*

Hum... je pense que je ne me sers pas suffisamment des niveaux novice, intermédiaire, compétent, que puisque c'est 0,1,2, 3 là euh... 0 pas abordé, 1 ce n'est pas acquis, 2 en cours d'acquisition et 3 c'est acquis, et en fait je suis très gênée de ne pas mettre le acquis. Or je considère que personne n'a acquis quoique ce soit puisque moi j'ai toujours tout à acquérir encore et en tant qu'humain, MSU, l'empathie vis à vis de l'interne me fait que je ne sais, fin c'est très compliqué, sauf si c'est en cours d'acquisition, c'est très compliqué pour moi qui n'est pas plus que 3 de le mettre. Même si dans la discussion avec l'interne je vais dire, fin "je note acquis mais bon j'apprend encore donc là moi, donc je pense que tu apprendras toujours !". Je pense qu'il serait peut-être intéressant qu'il y ait une case supplémentaire dans cette grille d'évaluation qui soit le truc qui dit que de toute les façons ce n'est pas possible que quelqu'un puisse l'atteindre et de faire comprendre que cette case là et que donc voilà. On est toujours une progressivité possible, il y a le 3 mais il y a le 4 au dessus et personne n'atteint le 4 parce qu'on évolue toujours. Mais j'ai peut-être tort, parce que le fait de se dire que l'on n'a pas acquis, fin qu'on n'est pas au top de chez top de tout, ça veut dire qu'on a acquis le fait que l'on soit réflexif mais bon je suis une fille alors je me remets toujours en cause hein.

Ce qui, mais ce ne sera plus mon domaine ça, la certification des médecins installés, une autre paire de manche, mais ça c'est le problème du Conseil de l'Ordre et du Ministère (*rires*) j'avoue que je ne risque pas de m'engager ni dans le ministère ni au conseil de l'Ordre pour être sûre de ne pas avoir à gérer la certification des médecins installés, ce qui sera une autre paire de manche.

I = ça c'est sûr ! On a parlé un peu donc de ce qu'est pour toi une bonne évaluation, quels obstacles vois-tu justement à la réalisation et à la conception de cette bonne évaluation ?

M11 = Le temps, euh... Il faut accepter de prendre du temps. Bin le frein c'est justement que j'aimerais que l'on puisse montrer que l'on évolue toujours et que l'on n'est pas un truc acquis, voilà qu'on n'est plus de questions à se poser sur ça alors qu'on est toujours à se poser des questions et à s'améliorer parce que toutes les situations sont toujours différentes et justement on évolue. Hum... tu peux reposer la question ?

I = Donc pour toi quels seraient les obstacles, les freins à une bonne évaluation ?

M11 = Donc oui le temps et cette matérialisation d'une possibilité d'évolution encore. Faudrait le matérialiser pour montrer que ce n'est pas fini... comme quand je dis 1998, j'avais passé ma thèse dont

j'étais docteur en médecine et donc j'étais compétente en tout et je savais tout donc voilà. Alors que non, ça fait 19 ans depuis et puis je m'aperçois encre de l'abîme de choses que je ne sais pas et que je dois encore améliorer ne serait ce que dans tout, dans la communication, dans tout, dans tout, parce que chaque patient étant différent, on est toujours surpris. Le diagnostic de mauvaise annonce, j'en parlais hier à une de mes internes, l'annonce la plus compliquée qui a été pour moi était d'annoncer un hypertension à une de mes patientes, quand elle a eu un cancer 4 an et demi plus tard ça a été plus facile, mais probablement parce que je ne m'étais pas mise dans la situation que annoncer une hypertension soit dramatique et que comme on avait vu les chiffres tensionnels à plusieurs consultations hauts, et bien était pour moi une évidence que donc voilà. Et cela date que d'il y a 4 ans. Donc voilà j'ai encore appris à ce moment là ! Après, j'ai mis des gants quand je lui ai appris son cancer et voilà la consultation d'annonce a été beaucoup mieux acceptée, beaucoup plus facile, d'ailleurs je lui ai posé la question et ça a été beaucoup plus facile pour elle que pour moi. Donc comme quoi on apprend tout le temps.

I = ça marche. Euh... autre question... de quelles traces d'apprentissage te sers-tu pour évaluer justement les compétences de l'interne ?

M11 = Alors on fait des réunions intra UPL, mais on ne fait pas de réunions inter UPL parce que je n'ai pas trouvé d'autres UPL qui acceptent de faire ce genre de chose donc déjà le travail de recherches que fait l'interne pour la présentation lors des réunions intra UPL.

Sur leur RSCA, sur ... donc tu m'as parlé des traces d'apprentissage hein... sur aussi euh... souvent ils notent les questions au fur et à mesure de la journée et donc de voir aussi la réflexivité qu'ils ont eu sur leurs propres questions ou les questions, mêmes s'ils ne les ont pas notés mais qu'ils m'ont posées entre deux consultations ou lors d'une consultation. Ce ne sont pas forcément des traces d'apprentissage écrites.

Et après, la rediscussion après leur travail de recherche où ils ont travaillé, ils ont relaté, on a échangé dessus, voilà. Donc ils ont pris quelques notes et je ne les ai pas forcément en mails. Donc des traces par échanges à l'oral.

I = Ok. Donc ça tu avais déjà abordé un peu la question de comment toi tu faisais pour évaluer, encore que ce fût plus dans le sens d'une bonne évaluation, donc comment toi tu évalues l'interne, concrètement ? Comment fais-tu une différence entre l'évaluation du N1 et du SASPAS ?

M11 = Alors la différence entre le N1 et le SASPAS, oui elle se fait puisque la phase d'observation en SASPAS elle n'existe pas beaucoup, elle existe mais pas beaucoup. La part de supervision directe est quand même pas très longue, donc l'évaluation elle se fait surtout sur l'indirect, sur les débriefings et sur les traces d'apprentissage, même si en SASPAS surtout en dernier semestre c'est très compliqué puisque les RSCA sont produits au bout d'un mois et demi de stage et donc ça c'est très très complexe. Cela ne va pas s'améliorer et les N1 là qui seront en deuxième semestre chez le praticien et bien devront produire leur RSCA et leurs écrits très très rapidement puisque nous devons évaluer sur la phase socle en septembre donc ils auront 2 mois de stage de moins. Donc ça va être très très compliqué et puis comme on aura dû les corriger donc ça sera même 3 mois de moins puisqu'il faudra qu'ils les aient produits pour fin juin-début juillet pour que les correcteurs puissent le faire et que nous on puisse les avoir en septembre. Cela va être très short, ça va être très compliqué, donc les traces d'apprentissage euh... seraient un bon moyen mais en même temps sont coincées sur des délais qui peuvent être courts dans certains cas. Euh... traces d'apprentissage, tu peux reposer la question ?

I = Sur ta façon dévaluer ? Comment toi tu évalues, quelle différence fais-tu entre le SASPAS et le N1 ?

M11 = (*moment de réflexion*)

Alors chez le N1, il y a toute la phase de supervision directe qui permet d'évaluer vraiment de façon factuelle et sans se baser uniquement sur le débriefing. Je dirais que c'est quand même plus facile, c'est plus confortable.

L'évaluation pour le SASPAS, hé bien je me sers des retours patients, je me sers du retour secrétaire, je

me sers des débriefings et aussi donc des réunions intra UPL et des échanges avec les autres MSU.

I = ça marche. Et donc, est-ce que pour toi l'évaluation doit-elle permettre la validation de stage ou pas ? Et sur quels critères justifierais-tu la validation de stage en N1 et en SASPAS ?

M11 = Euh... L'évaluation si elle est positive permettra la validation, l'évaluation si elle est négative permettra l'invalidité du stage. L'évaluation si elle est bancale, dirions-nous, c'est-à-dire, ni très bien, ni très nulle, permettra une ouverture de discussion et de projet pédagogique. C'est d'ailleurs pour ça que si on ne fait pas d'évaluations intermédiaires, il n'y a pas de prescriptions pédagogiques qui puissent permettre une évolution.

I = Donc euh... pour reclarifier, toi tu fais plutôt une évaluation au quotidien pour le N1 en supervision directe, le SASPAS aussi avec le débriefing mais aussi des évaluations intermédiaires par l'autoévaluation, progressive ?

M11 = Oui c'est beaucoup plus factuel pour les évaluations intermédiaires. Il y a de l'évaluation quotidienne mais il y a les évaluations factuelles où l'on se pose.

I = ça marche. Et donc pour continuer là dessus, que penses-tu de l'autoévaluation ? De l'hétéro évaluation ? Quels intérêts vois-tu à l'une et à l'autre ? L'évaluation doit-elle se faire en utilisant l'autoévaluation, l'hétéro évaluation, les deux ?

M11 = Je trouve que c'est beaucoup plus confortable qu'il n'y ait que l'autoévaluation parce que je n'aime pas être méchante voilà. (*rires*)

L'hétéro évaluation je pense cependant qu'elle est indispensable parce que de toutes les façons il faut absolument aussi dire ce que l'on pense et d'échanger sur ce qu'il y a d'accord. Et je pense, par contre, que si on arrive avec l'hétéro évaluation et la plaquer comme ça sans en avoir jamais discuter antérieurement pédagogiquement ce n'est pas possible et que donc c'est pour ça que l'évaluation progressive, quotidienne, à chaque débriefing et à chaque supervision directe et autre permet justement que l'interne s'aperçoive que tout n'est pas parfait et qu'il y a des marges de manœuvres mais qu'il y a des choses supers et qu'il s'aperçoive qu'il y a des choses supers.

Cela permet que l'autoévaluation soit bien plus performante et de meilleure qualité. Ce qui fait que si on a fait en plusieurs fois et que, en même temps, au quotidien on est discuté et échangé, ça permet que l'autoévaluation l'interne sache exactement se positionner correctement. Cela lui permet d'avoir une meilleure valeur de lui même parce qu'on a échangé de façon quotidienne. L'interne a plutôt tendance à se sous estimer ou ceux qui n'ont aucune réflexivité à se surestimer et donc le fait d'avoir échanger au quotidien permet que l'autoévaluation soit dans un curseur beaucoup plus logique et plus clair.

I = D'accord. Euh... des petites questions de détail... Que penserais-tu de l'ajout de critères plus pratiques, dans la grille d'évaluation de stage comme les gestes techniques à savoir en médecine générale ou la gestion des documents administratifs essentiels en médecine générale ?

M11 = Alors, d'abord les pratiques sont tellement diverses et variées qu'objectivement dire que l'on soit compétent parce qu'on a fait une infiltration, objectivement, je me suis formée à X fois pour faire une infiltration et je n'ai jamais voulu passer le cap, voilà. Je me suis formée X fois pour poser des stérilets, j'ai encore tout le matériel pour m'entraîner et je ne veux pas passer le cap, voilà. Je ne considère pas que ça soit un critère, par contre je fais des frottis que probablement d'autres collègues ne font pas, entre autres, moi j'ai des copains qui ne veulent pas faire des frottis parce que ce sont des hommes et qu'ils ont peur d'une hystérique ou quoi ou qu'est-ce, ils n'ont pas envie. On a, c'est tellement varié, on a l'avantage d'avoir une action, une activité qui peut être tellement variable et différente que je ne vois pas pourquoi du pratico pratique serait quelque chose qui validerait.

I = Hum hum... d'accord, et pour le côté administratif, les documents administratifs ?

M11 = Pareil parce que... alors surtout pas en N1, franchement qu'ils sachent le faire c'est bien, qu'ils aient l'idée que ça existe oui, qu'ils sachent le faire c'est encore mieux, qu'ils ne sachent pas le faire ce n'est pas ça qui va faire qu'il ne soit pas compétent surtout sur les nouveaux N1 qui de toutes les façons ne pourront pas remplacer avant 3 ans et le moment où ils ont validé le SASPAS et qui pourront quand même être hospitaliers et que donc.

Puis les papiers administratifs changent tellement que de toutes les façons voilà c'est à réactualiser. Par contre, qu'ils sachent que ça existe, ça je pense qu'il le faut, en fait qu'ils soient au stade novice quoi, ça veut dire qu'ils sachent que ça existe, qu'ils sachent à peu près qu'on trouve la notice de remplissage à tel endroit mais que ça peut changer parce que l'administration change régulièrement et bien voilà qu'ils le sachent que ça peut changer.

I = D'accord. Une autre question... que penserais-tu de la mise en place d'une évaluation, finale ou à répéter dans le temps, en direct, avec mise en situation patient- interne devant le ou les MSU ou sous forme de jeu de rôle ?

M11 = Je pense que beaucoup d'internes seraient en situation de difficultés. Je pense que ça peut être un moyen à utiliser si ça peut correspondre à l'interne mais pas pour tous les internes. Ça peut être une solution, il ne faut pas que ça soit obligatoire.

I = D'accord, ok. Si je dis rapport de stage, qu'est-ce que cette notion t'évoque-t-elle ? Y verrais-tu un intérêt dans l'évaluation ?

M11 = Le rapport de stage fait par moi sur l'interne ? ou l'interne qui fait son rapport ?

I = Euh oui si le MSU faisait un rapport de stage aussi est-ce qu'il y aurait un intérêt ? Ou un rapport de stage commun interne-MSU ?

M11 = Je ne vois pas trop l'intérêt, j'avoue que je n'y avais jamais réfléchi mais là à brûle pour point je n'en vois pas du tout l'intérêt. Euh... non je ne vois pas parce que qui évaluerions nous ? L'interne, le MSU, ça serait du déclaratif, je ne vois pas de tout l'intérêt. Mais bon pourquoi pas mais là il faudrait que j'y réfléchisse mais là non.

I = D'accord. On a à peu près fait le tour des choses que j'avais à aborder... est-ce que tu aurais des points à ajouter que l'on n'a pas ou pas suffisamment abordé sur l'évaluation en générale ? Ou si là comme ça te vient en tête des pistes d'amélioration que l'on n'a pas évoqué ?

M11 = J'attends avec impatience les résultats de ces 2 thèses (*rires*)

I = En tout cas merci du temps que tu m'as accordé pour répondre à ces questions.

Annexe 16

ENTRETIEN M 12

Recueil consentement + info enregistrement entretien ok

Alors en fait la thèse porte sur les attentes de vous MSU en matière d'évaluation de stage des internes, voilà on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas beaucoup d'études dans le domaine de l'évaluation et notamment des attentes des internes aussi bien que des maitres de stage, utilisateurs des outils d'évaluation.

Donc euh, avant de rentrer dans le vif du sujet, j'aurais besoin de connaître un peu mieux votre profil de MSU... déjà vous êtes en UPL, depuis combien d'années êtes-vous MSU ?

- je dirais à peu près 7 ans.

Votre niveau de formation pédagogique ? - on a fait toutes les formations nécessaires, donc S5.

I = Donc je vais commencer par une question qui est plutôt générale, comment vous, vous vous représentez un médecin compétent ? Comment définissez-vous le médecin compétent ?

M12 = Euh... c'est un médecin qui doit apporter au patient, au cours de sa consultation, un bénéfice, c'est-à-dire que quand le patient sort de la consultation du médecin, il doit être mieux qu'en arrivant. Donc ça veut dire le prendre en charge sur le plan de sa santé, que ce soit de ses problèmes de santé médicaux, mais aussi sociaux, psychologiques, familiaux, ect.

Alors, d'avoir une euh..., alors moi j'essaie d'avoir une approche un peu, assez sectorisé, avec bien gérer le côté médical et puis après, à côté, avoir une approche un peu plus psychologique, bien connaître le patient dans sa globalité pour essayer de répondre correctement à toutes ses attentes.

I = D'accord, et donc, pour rester sur le domaine des compétences, quelles seraient, pour vous, les compétences essentielles à acquérir pour l'interne, que cela soit (selon si vous faites une différence) l'interne en N1 comme l'interne en SASPAS ?

M12 = Effectivement, je fais la différence entre le N1 et le SASPAS dans le sens où l'interne doit continuer à progresser, fin il y a des choses qui ne seront pas acquises à la fin du N1 et qui vont être acquises à la fin du SASPAS, notamment, l'autonomie, être tout seul en consultation et gérer les choses tout seul mais sinon c'est à peu près le même contenu.

Euh... les attentes... moi j'attends de l'interne que ça soit quelqu'un qui soit euh... bin il faut beaucoup de choses, il faut un socle de compétences scientifiques correctes, évidemment, les avoir, savoir les utiliser surtout, c'est-à-dire, savoir sortir du livre et adapter à la médecine de terrain et savoir les appliquer, ce qui n'est pas toujours facile. Et ensuite que ça soit quelqu'un qui soit empathique, qui soit à l'écoute du patient, qui centre vraiment sa consultation sur le patient, ce qu'il attend et ce qu'on va lui apporter au final.

I = Très bien. Et donc cette vision que vous avez du médecin généraliste compétent, comment a-elle évolué au fil des années de formation, de cabinet, de maîtrise de stage ?

M12 = Evidemment cette vision s'est peaufinée, bien sûr avec le temps, dans le sens d'attendre vraiment, fin d'atteindre ce que vraiment le patient attend de nous, de la consultation et non ce que nous on attend juste de faire pour le patient, donc un positionnement différent.

I = Il y a une notion dont on entend parler c'est la certification des compétences, comment vous la voyez cette certification ? Comment la réaliser par exemple au niveau de l'interne ?

M12 = Bin moi j'ai beaucoup de difficulté à passer effectivement, je travaille beaucoup plus en maîtrise de stage, à l'intuitif et à essayer d'avoir un interne qui soit global et c'est vrai que j'ai un peu de difficulté à essayer de, comment dire, un peu de prouver à la fin du stage qu'il a acquis telle ou telle compétence. Effectivement je me sers beaucoup des grilles d'évaluation qui sont assez pratiques ou acquis ou pas acquis, ça simplifie un peu les choses, donc plus par niveaux d'acquisition.

I = Pour vous, en quoi cette approche par compétences, est-elle essentielle à vos yeux ?

M12 = *Réflexion*

Essentielle parce qu'il faut qu'ils [les internes] les aient toutes acquises à la fin de leur cursus. Euh bien que je pense que ce n'est pas possible parce que je pense qu'on va acquérir encore beaucoup de compétences sur le terrain parce que je pense qu'on a une grande formation clinique apportée par le patient, pas que par les études médicales donc ça je pense que ça va se compléter après. Je pense qu'après quand on s'installe, on doit avoir acquis les connaissances basiques, les connaissances médicales et puis de gestion du patient dans sa globalité.

I = D'accord, ok. Donc maintenant je vais m'intéresser un peu plus au versant évaluation. Comment vous, vous concevez une bonne évaluation ? Quels seraient pour vous les critères de qualité d'une bonne évaluation ?

M12 = Je pense que ce qui est important pour moi mais ce n'est pas toujours facile à réaliser, c'est l'évolution de l'interne par rapport à un stage.

Donc déjà nous on faisait des stages par tranche de 2 mois, ce qu'on ne devra plus faire a priori puisqu'on passe en binôme et donc du coup on aura l'interne, que ce soir le SASPAS ou le N1, dans sa progression pendant les 6 mois. Du coup ça permet vraiment, fin moi je pense que ça m'aidera à avoir une approche plus globale sur l'évolution de l'interne entre le début et la fin du stage, entre 1 mois et 2 mois et ce qu'il a fait avant et ce qu'il fait après.

Euh... quoi d'autre... après c'est vrai que ce n'est pas facile, c'est pas facile d'évaluer parce que voilà pour moi le passage entre le concept et les traces réelles qu'on nous demande d'obtenir à la fin, les grilles de compétences... c'est trop complexe. J'ai vraiment du mal avec les mots trop scientifiques du genre "situations de familles", "compétence", tout ça j'ai un peu de mal (*rires*)
Ça ne me va pas trop mais c'est pas grave il faut faire avec.

I = Et donc quelles seraient pour vous vos attentes vis à vis d'une bonne évaluation ?

M12 = Bin franchement déjà les grilles d'évaluation, telles qu'elles étaient maintenant bin franchement je trouve qu'on avait de belles grandes phrases complexes mais pas pratiques du tout mais je pense qu'il y aurait moyen de la simplifier pour qu'elle soit plus... comment dire ... plus facile à utiliser déjà et oué plus facile à utiliser euh que les grilles telles qu'elles sont pour l'instant.

Ce sont des concepts pas assez concrets, trop abstraits... je cherche mon mot... j'aimerais que ça soit plus... *désolé je suis fatiguée*... euh... plus intuitif, voilà.

I = D'accord. Et de ce fait, quels obstacles verrez-vous à la réalisation de cette bonne évaluation ?

M12 = Euh... j'ai pas d'obstacle particulier, c'est plutôt que dans le temps du stage, il faut se donner un moment pour passer à l'évaluation, ce que j'ai un petit peu de mal à faire en fait.

L'évaluation avec le débriefing des SASPAS ça va bien mais l'évaluation avec les N1 qui sont avec nous tout le temps, en fin de journée on a un peu de mal à se poser et d'évaluer derrière. C'est plus compliqué avec les N1 qu'avec les SASPAS parce qu'avec les SASPAS il y a le débriefing donc ça permet quand même d'évaluer plus facilement. Donc avec les N1 il faut évaluer au quotidien, si j'ai des petites choses, il faut penser à en retirer chaque élément en disant ça c'est acquis, ça ça l'est moins et ect. Il faut prendre un peu de recul par rapport à la journée puis même par rapport à un stage complet, se dire bon bin comment, qu'est ce qu'il a acquis après.

I = Très bien. Autre versant niveau évaluation... vous servez vous de traces d'apprentissage ?
Lesquelles ? A quelle fréquence ?

M12 = Euh... franchement pour l'instant on utilise que les RSCA, on utilise que ça et de toute façon c'est obligatoire parce qu'on nous demande de les évaluer et voilà.
Et ensuite, là par contre on a fait la formation de tutorat et on va être tuteur prochainement et du coup je pense qu'après on utilisera mieux le port folio, l'évaluation de stage, l'évaluation justement des familles de situation, des compétences, les RSCA. Donc je pense que là on aura des traces d'apprentissage plus concrètes et moi ça m'aidera. Là ça sera pour un suivi complet d'un interne sur tout son cursus mais je pense que ça ma permettra aussi d'avoir un avis disons un peu carré et un peu plus concret de leurs traces d'apprentissage. Parce que là j'avoue qu'en dehors de leur demander leur RSCA je ne regarde rien d'autres, je ne regardais pas du tout les port folio.

I = En pratique, concrètement, comment vous vous faites pour évaluer l'interne ? Que cela soit en N1 comme en SASPAS ?

M12 = Donc le SASPAS c'est vraiment sur le débriefing que je me fixe je pense mais pas que le débriefing parce que finalement ils [les internes] nous demandent notre avis de temps en temps, on fait beaucoup de SASPAS où l'on n'est pas loin donc on passe jeter un petit coup d'œil, on voit un peu comment il a abordé la chose avec le patient, on rediscute un petit peu d'un point ensemble comme ça on a une vision de supervision directe, un petit peu quand même.
Par contre, pour le N1 c'est vraiment au quotidien, c'est "tiens cette chose là il ne savait pas trop comment la faire", "là cette chose là ça va mieux", il a beaucoup progressé sur toutes ces petites choses, voilà leur communication, leur explication, la façon de répondre au téléphone pour une urgence donc voilà tout cela au quotidien, dans tous les petits gestes de la consultation.

I = D'accord. Que pensez-vous de l'auto évaluation ? De l'hétéro évaluation ? Quel intérêt voyez-vous à l'une et à l'autre ?

M12 = Pour moi, elles ont toutes les deux un intérêt. Je pense qu'on a autant besoin de les évaluer qu'eux ont besoin de s'évaluer. Donc je pense qu'il faut vraiment, toujours pour la notion de progression dans son cursus, mais savoir vraiment donc ce que l'on n'est pas capable de faire, si on a des attentes, si on a envie de progresser sur quelque chose, si on voit qu'on l'a acquis, c'est plus facile... C'est vraiment autant important l'un que l'autre, l'auto comme l'hétéro évaluation, je dirais même qu'elles sont complémentaires.
L'hétéro évaluation ou l'évaluation de l'interne par le maître de stage je pense qu'elle est fondamentale parce que c'est quand même les maîtres de stage et puis plus tard les tuteurs et les groupes de... je ne sais plus comment ça s'appelle... à la fin vous avez une évaluation par un jury... donc bin je pense que c'est tout qui va permettre d'évaluer l'interne pour vérifier quand même qu'on ait acquis les compétences, toutes les compétences de base. Donc il faut quand même une structure, même si j'ai un peu de mal à y adhérer c'est important.

I = Hum... pour vous, l'évaluation doit elle permettre la validation de stage ? Quels critères pour vous permettraient la validation du stage ?

M12 = L'évaluation doit permettre la validation de stage et aussi elle doit surtout permettre la non acceptation de validation d'un stage. Exceptionnellement, mais ça peut vraiment arriver qu'ils y aient des choses qui ne soient pas acquises et ça c'est un peu difficile finalement de ne pas valider un stage. Et je pense que ça devrait être mieux encadré, on devrait être mieux aider à ne pas le faire parce que c'est une grosse responsabilité pour nous seul de ne pas valider un stage mais dès fois on se sent un petit peu, on a vraiment l'impression que c'est quand même un peu limite et que faire un stage en plus ça serait bien et c'est ce qui va se passer je crois avec la nouvelle réforme.
Ce n'est pas pour être sanctionnant au final, c'est plutôt pour dire que bin qu'il en faut un de plus [de stage] justement pour apprendre des choses en plus et ou de la maturité tout simplement.

I = D'accord. Que vous évoque la notion de rapport de stage ?

M12 = Rapport de stage donc... fait par le maître de stage ou par l'interne ?

I = Effectivement l'interne en fait un dans son port folio, est-ce que vous voyez un intérêt à ce que le maître de stage et l'interne en fassent un en commun ? Ou que le MSU en fasse un sur l'interne ?
Toujours bien sûr comme aide à l'évaluation...

M12 = Rapport de stage si l'on sous entend à la fin de l'évaluation un commentaire sur son stage... alors moi j'en faisais mais j'ai l'impression que cela ne servait à rien alors je n'ai pas continué réellement à l faire. Je fais l'évaluation, je pense que c'est bien ce commentaire mais je pense que cela sera plus facile, dans l'intégration des tutorats après, que ça ne l'était pour l'instant. Je pense que pour l'instant ça ne trouve pas vraiment sa place. Je pense qu'il y aurait une utilité mais ça ne trouve pas vraiment sa place. Et euh... après que l'interne fasse une évaluation de stage je trouve ça très important. Après, est-ce qu'on a besoin d'être au courant de son évaluation de stage ou pas... je pense que ce n'est pas obligatoire. Il y a une évaluation de stage de l'interne sur le MSU qui est remonté au DMG mais ça n'est pas une obligation que je la connaisse, je ne demande pas forcément à savoir... euh... c'est pas forcément facile pour un interne de nous évaluer. C'est bien qu'il nous donne son ressenti sur le stage, c'est important pour nous s'il y a des choses à changer mais après qu'il est ne liberté d'avoir une évaluation de stage que l'on ne connaisse, je trouve ça très bien aussi.

I = Que pensez-vous de l'ajout, dans la grille d'évaluation de stage, de critères un peu plus pratiques, comme les gestes techniques à maîtriser en cabinet de médecine générale ou le remplissage de documents administratifs qui vous semblent essentiels à connaître ?

M12 = Moi je suis pour une grille plus simple, sincèrement, parce qu'on nous dit "les gestes techniques sont-ils acquis ?" mais y en a qui vont faire des frottis, y en a qui n'en feront jamais, y a des médecins qui n'apprennent plus la vaccination, y a des médecins qui font des infiltrations, que d'autres ne font pas, et donc à nous de voir ce qui a été acquis...
Donc mettre gestes techniques acquis, ça serait peut-être bienvenu de mettre lesquels déjà ou bien de proposer et puis de cocher !
Pareil pour les documents administratifs.

I = Ok. Et donc, autre format d'évaluation, que pensez-vous d'une évaluation qui se ferait à plusieurs occasions au fil du stage, soit sous forme d'évaluation finale à la fin du stage, en mise en situation directe, c'est-à-dire soit par jeu de rôle ou en mise en situation devant un patient, en présence du ou des MSU ? Qu'en pensez-vous d'une mise en situation réelle comme évaluation ?

M12 = Jeu de rôle je pense que ce n'est pas nécessaire parce qu'on les a déjà vu en situation, voir un vrai patient c'est important, je pense qu'on essaye de leur avoir fait faire quelques consultations, fin en SASPAS la question ne se pose pas mais pour les N1 on essaye de leur faire faire quelques consultations seul dès qu'on en a l'occasion et puis de voir comment il gère donc ça s'est fait.
Donc est-ce qu'il faut évaluer l'interne tous les MSU en même temps... euh bin nous ça n'était pas possible parce que l'UPL était trop éclatée... à deux au moins je pense que ça vaut le coup, entre 2 maîtres de stage, les 2 maîtres de stage peuvent effectivement un moment, se rencontrer pour se dire qu'est ce que tu as pensé de cet interne là, qu'est ce qui s'est passé, est-ce que tu penses qu'il a progressé, est-ce que tu penses que ça c'est acquis ect.. Donc faire une évaluation à 2 MSU pour un interne c'est suffisant je pense, ça serait plus simple. Fin une seule évaluation pour un interne avec tous les MSU qui ont travaillé avec lui. Une évaluation commune donc, un jury entre guillemets.

I = Là comme ça, est-ce que vous voyez des pistes d'amélioration à apporter justement à l'évaluation des internes ?

M12 = Humm... c'est vrai que la grille manque de clarté mais donner des idées comme ça pour la refaire... peut-être pas mais... elle est compliquée, dans le genre est-ce qu'ils ont participé en soins

primaires ect est-ce que... c'est compliqué parce que ce ne sont pas des situations pratiques. Ça sera plus facile avec les familles de situations cliniques parce que là ça sera est-ce que vous avez vu ça, ça et ça, donc ça sera plus simple mais là ça sera plus compliqué. Est-ce qu'ils ont géré du soin palliatif lorsqu'ils sont en N1, bin non pas forcément, ils l'ont vu, est-ce qu'on leur demande qu'ils l'aient vu, ou qu'ils en fassent, c'est un peu, un peu flou. Peut-être déjà voir est-ce qu'ils ont été confrontés à la situation, c'est-à-dire est-ce qu'ils ont vécu ça avec leur maître de stage ou est-ce qu'ils ont été confrontés seuls devant une situation ? Faudrait que l'on rende plus clair s'il ne s'agit que de l'observation ou de la mise en pratique dans certaines situations... Là dans la grille actuelle ce n'est pas assez séparé.

Et puis une grille différente entre SASPAS et N1, ça c'est essentiel, c'est évident ! En SASPAS, on ne vérifie pas forcément les choses qu'on est déjà censé avoir acquises, quand il va vacciner un enfant, on ne va pas forcément être derrière pour savoir comment il a fait, on estime que ça a été déjà fait juste avant mais c'est un peu difficile de repasser en consultation voir.

Mais effectivement séparer les grilles d'évaluation des SASPAS et N1 ça me paraît évident. Et euh... oui déjà une grille plus pratique sur des situations et clarifier est-ce qu'on leur demande d'avoir été confronté ou est-ce qu'on leur demande d'être vraiment acteur dans la situation.

Je ne sais pas si à leur niveau on leur demande vraiment d'être acteur systématiquement dans du soin palliatif compliqué ou des choses comme ça.

I = Euh donc là je crois avoir fait à peu près le tour de la question... en tout cas c'est super sympa de m'avoir accordé de votre temps, surtout en période hivernale. Est-ce que vous voyez des points à ajouter sur l'évaluation de stage, de l'interne en général ? Des choses que nous n'avons pas évoquées ?

M12 = Ah non là comme ça non... en tout cas c'est intéressant comme sujet de thèse je pense ! Bon courage pour la suite !

Annexe 17 – Grille unique N1/SASPAS utilisée avant promotion ECN 2017



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en Stage ambulatoire en soins premiers

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n°..... Trinôme n°..... Binôme n°.....

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles : Vacances dates.....
 Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Validation de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE NON VALIDE

Commentaires libres

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE NON VALIDE

Pr Patrick LEROUGE

Pr Jean-Marc LEFEBVRE

Docteur TILLY Anita

ECHELLE D'EVALUATION

0 : non abordée

1 : compétence non acquise

2 : compétence en voie acquisition

3 : compétence acquise

OBJECTIFS	0	1	2	3
1. Développer en l'argumentant une démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires				
• Utiliser le temps comme facteur décisionnel et intégrer l'incertitude dans la démarche.				
• Gérer des situations du stade précoce et indifférencié, au stade avancé voire d'accompagnement de fin de vie.				
2. Intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences par les différents acteurs :				
• Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires				
• Répondre de manière adaptée à la demande urgente des patients				
3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins primaires :				
• Poser l'indication correctement				
• Mener une dimension psycho relationnelle de bonne qualité				
• Maitriser le Geste de façon satisfaisante				
4. Hiérarchiser et gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient				
• Développer une prise en charge globale				
5. Mettre en place l'éducation thérapeutique				
• Etablir un diagnostic éducatif				
• Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge				
• Décliner des stratégies éducatives				
• Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche				
6. Intégrer et organiser l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, la réadaptation, et les soins, y compris palliatifs				
• Repérer les sujets cibles et les populations concernées dans son activité				
• Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective				
• Organiser des actions de dépistage pertinentes au regard de son cadre d'exercice				
• Gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation				
• Assurer la prévention des maladies évitables				

7. Gérer le premier contact avec les patients ; adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient				
• Manifester une écoute active et empathique				
• Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale				
• Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet : expliquer et négocier une décision, une prescription ; annoncer une nouvelle grave				
• Prendre en compte ses préférences et affects et ceux du patient sujet				
• Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient				
8. Gérer l'outil professionnel				
• Organiser le recueil d'informations médicales et gérer le dossier du patient				
• Synthèse périodique des informations contenues dans le dossier				
• Sélection des informations pouvant être transmises dans les carnets de santé, et supports réglementaires				
• Utiliser l'informatique du cabinet permettant de gérer de manière performante le flux d'informations				
• Connaître la gestion administrative, financières, humaine et structurelle de l'entreprise médicale				
9. Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés				
• Organiser si besoin la prise en charge des sujets dans les parcours filières et réseaux appropriés				
• Accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux				
• Respecter la loi et le code de déontologie				
10. Actualiser et développer ses compétences de manière individuelle				
• Adopter une attitude critique envers ses savoirs				
• Améliorer ses compétences par des recherches adaptées à partir de cas « vécus »				
• Personnes ressources				
• Recherches bibliographiques				
• Rédiger des RSCA et les auto-évaluer				

Signature de l'interne :

Nom et Signature du (ou des) maîtres de stage :

Annexe 18 – Grille actualisée promotion ECN 2017 stage N1



Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en stage ambulatoire de niveau 1

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n°..... Trinôme n°..... Binôme n°.....

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles : Vacances dates.....

Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Evaluation formative des 2 RSCA produits : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE

NON VALIDE

Commentaires libres :

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE

NON VALIDE



Autoévaluation de l'interne

0 : non acquis

1 : en cours d'acquisition

2 : Acquis

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne novice : Del'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1	Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG			
	Accepte <i>a minima</i> le projet proposé			
	À conscience qu'il opère sur l'être humain			
	Est apte à supporter une part d'incertitude			
	À conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté			
	Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions)			
	Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle			

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne intermédiaire : De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS	Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaires à l'exercice de la compétence)			
	À pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement			
	Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire

Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau Novice	Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale			
	Connaît quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication			
	Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade			
	Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doit faire l'objet d'une formation			
	Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique			
	Utilise principalement une communication verbale			
	Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient			
	Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient			
	Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias			

Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau intermédiaire	Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle			
	Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (voir aussi approche globale et complexité)			
	Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient			
	Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation			
	Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles			
	Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical			
	Met en oeuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
	Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux			

Niveau Novice	Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales			
	Entrevoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte			
	Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui			
	Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation			

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau intermédiaire	À conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique			
	Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'ils s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)			
	Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier			
	Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion			
	Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin			
	A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)			
	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau Novice	Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste			
	Définit ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire			
	Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses trois niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi)			
	Se sent responsable de la gestion de la santé du patient			
	Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient			

Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau intermédiaire	Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin			
	Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples			
	Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant			
	Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient			
	Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau Novice	Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical			
	Évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats			
	Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face			

Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau intermédiaire	Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte			
	Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient			
	Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient			
	Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties			
	Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure			
	Élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Professionnalisme		0	1	2
Niveau Novice	Entrevoit un projet professionnel			
	Accepte son rôle d'interne			
	Présente un engagement altruiste envers le patient			
	Participe aux formations théoriques et pratiques du DES			

Professionnalisme		0	1	2
Niveau intermédiaire	Manifeste un engagement pour la médecine générale			
	S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques			
	Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences			
	Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel			
	Organise son temps de travail			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Signature de l'interne

Signature du MSU

Annexe 19 - Grille actualisée promotion ECN 2017 stage SASPAS



Evaluation de l'interne en SASPAS

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en SASPAS

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n°..... Trinôme n°..... Binôme n°.....

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles :

Vacances dates.....

Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Evaluation formative des 2 RSCA produits : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE

NON VALIDE

Commentaires libres :

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE

NON VALIDE

Autoévaluation de l'interne

0 : non acquis

1 : en cours d'acquisition

2 : Acquis

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne compétent : Fin de cursus/après le SASPAS	<u>Dans les situations courantes :</u>			
	Agit en autonomie et assume ses responsabilités			
	Collabore efficacement avec les autres intervenants			
	Possède une approche centrée patient			
	S'interroge sur sa pratique			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau compétent	En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient			
	Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci			
	Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause			
	Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage			
	Met en oeuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau compétent	Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient			
	Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser			
	Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant			
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient			
	En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient			
	Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau compétent	Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient			
	Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)			
	Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient			
	Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau compétent	Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions			
	S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins			
	Fait des diagnostics de situation			
	Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. Niveau compétent suivi)			
	Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexplicables (SBI)			
	Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient			
	Gère les urgences ressenties par le patient			
	Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient		0	1	2
Niveau compétent	Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi			
	Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient			
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient			
	Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux			
	Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient			
	Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage			
	Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile			
	Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Professionalisme		0	1	2
Niveau compétent	Assume sa responsabilité envers le patient et la société			
	Collabore avec les autres soignants			
	Organise son outil et son temps de travail			
	Améliore ses compétences			
	Prend en charge le patient avec altruisme			
	S'implique dans le rayonnement de la discipline			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Signature de l'interne

Signature du MSU

Annexe 20 – Grille d'évaluation utilisée à Limoges

Evaluation sur le plan des compétences

Réalisée le 07/01/2019

Nom de l'étudiant(e) :

Prénom :

Numéro de semestre :

Dates du semestre : du au

Date de l'évaluation : 07/01/2019

Modalités de remplissage : -

**Veillez à enregistrer cette grille au format PDF pour l'insérer dans votre portfolio
(menu fichier, enregistrer sous, format de fichier, PDF)**

**NB : les titres de compétences des tableaux sont des liens qui vous renvoient vers les descripteurs
détaillés, situés en annexe à la suite de ce tableau**

Premier recours, Urgences	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Décryptage d'une plainte indifférenciée	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Gestion de l'urgence	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diagnostic de situation, prévalence, hiérarchisation, incertitude	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mobilisation des ressources	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Relation, communication, approche centrée patient	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Communication avec l'entourage	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Structuration de l'entretien	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Relation médecin patient	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Habilité communicationnelle	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Approche globale, complexité	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Approche bio psycho sociale de prise en charge	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Démarche décisionnelle	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Evaluation sur le plan des compétences

Réalisée le 07/01/2019

Réflexivité, réévaluation, évolutivité de la prise en charge, incertitude	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Représentations et adaptation de prise en charge	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Prévention et dépistage	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Education du patient	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Degré d'implication du soignant	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Rappel : les titres de compétences des tableaux sont des liens qui vous renvoient vers les descripteurs détaillés, situés en annexe à la suite de ce tableau

Continuité, suivi et coordination des soins	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Suivi dans le temps	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dossier médical	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Continuité des soins	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Coordination des soins autour du patient	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Professionalisme	<i>Choisir dans la liste</i>	<i>Progression au cours du semestre</i>	<i>Commentaire libre</i>
Formation professionnelle	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ethique et déontologie	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Organisation professionnelle	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Responsabilité sociale	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Référentiel – descriptif des niveaux de compétences

1. Premier recours, Urgences

a. LE DECRYPTAGE D'UNE PLAINTE INDIFFERENCIEE

Novice

- Fait face aux plaintes surtout biomédicales
- Délègue ou ignore une plainte psycho-sociale
- Comprend que sa formation initiale actuelle ne lui permet pas de répondre aux multiples plaintes

Intermédiaire

- Repère la demande du patient et ses différents niveaux potentiels (urgence, gravité, prévalence)
- Essaie de décoder les plaintes
- S'intéresse aux plaintes du patient
- S'intéresse aux autres problèmes de santé du patient

Compétent

- Crée un climat favorable à l'expression des plaintes les plus prévalentes de premier recours par une écoute attentive
- Explore les problèmes du patient pour découvrir sa perspective (sa vision et ses attentes) et comprendre ses besoins

b. LA GESTION DE L'URGENCE

Novice

- Diagnostique les urgences vitales
- Réalise des gestes d'urgences enseignés lors du 2ème cycle

Intermédiaire

- Gère les urgences les plus fréquentes en considérant la prévalence et la gravité réelle des situations
- Gère la gravité ressentie par le patient
- Prend en compte et intègre dans sa décision les craintes et les représentations des patients

Compétent

- Est capable de rassurer le patient sur son état de santé
- Tient compte des priorités du patient même si elles lui paraissent discutables

c. DIAGNOSTIC DE SITUATION, PREVALENCE, HIERARCHISATION, INCERTITUDE

Novice

- Evoque les maladies les plus graves sans tenir compte des prévalences dans un contexte de soins
- Multiplie les examens complémentaires en cas de doute
- A du mal à hiérarchiser les plaintes et essaie de répondre à la majorité des plaintes bio - médicales durant une même consultation avec une démarche centrée maladie
- S'inquiète (prend conscience) de ses nouvelles responsabilités

Intermédiaire

- Adapte sa démarche décisionnelle à partir d'un diagnostic de situation (patient avec sa pathologie dans son contexte)
- Décide en acceptant une part d'incertitude
- Prescrit des examens complémentaires après hypothèses diagnostiques tenant compte de la gravité et de la prévalence des pathologies en soins primaires
- S'initie à reconnaître les stades précoces des maladies et a du mal à envisager les symptômes bio - médicalement inexplicables

Compétent

- Fait un diagnostic de situation en repérant la demande réelle
- Résout au mieux les problématiques du patient dans un contexte d'incertitude, en tenant compte des désirs du patient, du dossier médical et du contexte
- Repère la demande réelle, hiérarchise les problèmes en tenant compte de l'agenda du patient et des contraintes liées à la maladie
- Envisage la possibilité de symptômes bio - médicalement inexplicables sans avoir la certitude de pouvoir les prendre en charge

d. LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Novice

- Multiplie les examens complémentaires en cas de doute
- S'appuie sur l'aide d'un tiers (professionnel de santé)

Référentiel – descriptif des niveaux de compétences

- Perçoit l'intérêt de formations complémentaires surtout dans le bio – médical

Intermédiaire

- Identifie les situations qu'il estime ne pas pouvoir gérer seul
- Adresse le patient en fonction des compétences de chacun

Compétent

- Collabore avec les autres intervenants
- Fait bénéficier aux patients des compétences d'autres professionnels

2. Relation, communication, approche centrée patient

a. LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE

Novice

- Parle des problèmes de santé du patient à ses proches en ne divulguant pas des informations pouvant être sensibles
- Communique des informations banales sans demander avis au patient

Intermédiaire

- Donne à la famille des informations concernant le patient en prenant le plus souvent en compte le secret médical
- S'appuie sur la famille pour recueillir des données concernant le patient

Compétent

- Analyse ses limites en communication avec l'entourage
- Se renseigne sur des formations en fonction de ses limites
- Se pose des questions sur sa façon de communiquer avec le patient

b. LA STRUCTURATION DE L'ENTRETIEN

Novice

- Mène un interrogatoire centré sur la maladie, surtout biomédical
- Sait en interpréter les réponses
- Prend conscience que l'interrogatoire est nécessaire mais insuffisant comme seul mode de communication avec le malade

Intermédiaire

- Mène un entretien structuré centré sur le patient ressemblant plus à une discussion qu'à un interrogatoire
- Repère l'importance de l'accueil lors de chaque consultation pour construire et maintenir une relation avec le patient
- Accorde au patient le temps pour s'exprimer

Compétent

- Accorde les 2 agendas en hiérarchisant les perspectives (la vision et les attentes) du patient et les siennes
- Explore les problèmes du patient pour comprendre ses besoins
- Associe le patient à la démarche clinique et à la prise de décision
- Planifie le suivi après la consultation

c. LA RELATION MEDECIN PATIENT

Novice

- Accepte sans réticences que pour exercer la médecine générale, il va devoir entrer en relation avec le patient
- Il en perçoit l'importance
- Accepte l'idée que la relation médecin-malade s'enracine dans l'histoire personnelle du médecin et du patient
- Accepte l'idée que cette relation est influencée par le contexte.

Intermédiaire

- Repère ses difficultés relationnelles et personnelles qui parasitent la prise de décision
- Connaît ses limites (dans la relation médecin-patient) et en prend conscience
- Propose des hypothèses concernant les mécanismes d'adaptation (mécanismes de défense: déni, évitement, isolation...) du patient à sa maladie
- Peut évoquer, devant une attitude réticente du patient des notions de représentation et des mécanismes de défense

Compétent

- Reconnaît les émotions du patient en acceptant leur légitimité
- Reconnaît ses propres émotions
- Respecte et favorise l'autonomie du patient

- Prend conscience de la dimension psychothérapeutique de l'écoute et de la présence du médecin

d. L'HABILETE COMMUNICATIONNELLE

Novice

- Explique simplement les termes : questions ouvertes ou fermées, reformulation, écoute active, empathie
- Accepte que communiquer ne soit pas toujours facile
- Explique les décisions pour obtenir l'accord du patient en étant persuasif
- Souhaite l'adhésion du patient à sa décision

Intermédiaire

- Négocie avec le patient ce qui peut être fait ou pas au cours de la consultation
- Repère ses propres difficultés communicationnelles ainsi que des difficultés liées à des fonctionnements personnels qui parasitent la prise de décision
- Utilise un langage adapté à chaque patient
- Adapte les moyens de communication à la situation, à l'intervenant et à lui-même

Compétent

- Utilise des techniques d'habiletés communicationnelles (questions ouvertes, questions fermées, reformulation, gestion de la distance, écoute active, empathie) utiles à une approche centrée patient
- Tient compte des priorités du patient même si elles semblent discutables
- Utilise ses compétences communicationnelles pour aider le patient à exprimer ses difficultés
- Aide le patient à trouver ses propres solutions

3. Approche globale, complexité

a. L'APPROCHE BIO PSYCHO SOCIALE DE PRISE EN CHARGE

Novice

- Explore au moins les données biomédicales
- Découvre que ces données existent même s'il n'est pas encore en mesure de les utiliser

Intermédiaire

- Elargit le recueil d'information à des données non strictement bio - médicales
- Evoque les éléments d'ordres psychologiques du malade qui peuvent intervenir dans la consultation
- Tient compte des informations dans plusieurs champs (biomédical, psycho-affectif, socio-environnemental) pour explorer les différentes réponses possibles

Compétent

- Après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs il est capable d'en tenir compte dans la décision partagée (prenant en compte l'avis du médecin et du patient)
- Peut repérer dans le discours du patient les points d'appel d'une difficulté psychologique

b. LA DEMARCHE DECISIONNELLE

Novice

- Recueille les données par le biais d'un interrogatoire plutôt que d'un entretien
- Admet qu'elles devraient être prises en compte pour la décision médicale centrée patient

Intermédiaire

- Formule des hypothèses avec l'ensemble des données
- Prend une décision qui ne se résume pas à la gestion des plaintes

Compétent

- Après avoir identifié les données recueillies dans les différents champs est capable d'en tenir compte pour la décision partagée
- Hiérarchise ses décisions en fonction de la situation et de celle du patient

c. REFLEXIVITE, REEVALUATION, EVOLUTIVITE DE LA PRISE EN CHARGE, INCERTITUDE

Novice

- A tendance à séparer les problèmes pour tenter d'y faire face
- Utilise volontiers les intervenants extérieurs par manque d'autonomie

Intermédiaire

- Questionne à nouveau une situation, en particulier une situation qui a posé problème
- Accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude
- Exprime qu'il n'y a pas qu'une seule réponse à une situation
- Reconnaît et peut exprimer ses doutes (erreur, insuffisance...)

Compétent

- Utilise le temps pour réévaluer une situation et donc la décision
- Sait reporter ou programmer une consultation
- Est capable de différencier les différents types d'incertitude liées : à ses propres connaissances, aux données de la science, aux situations et aux patients

d. LES REPRÉSENTATIONS ET ADAPTATION DE PRISE EN CHARGE

Novice

- Accepte l'idée que le patient est un ensemble avec son histoire personnelle, son vécu, ses croyances, sa culture et qu'il vit dans une société donnée à un temps donné
- Découvre que ces données existent même s'il n'est pas en mesure de les utiliser

Intermédiaire

- Evoque devant des attitudes du patient, n'allant pas dans le sens attendu du soin, des notions de représentations, d'ambivalence et de mécanismes de défense
- Re-questionne une situation qui a posé problème
- Adopte des postures d'écoute et d'actions différentes en fonction du patient et de la situation
- Exprime qu'il n'existe pas une seule bonne réponse à une situation clinique

Compétent

- Est conscient de l'investissement affectif et de l'attente relationnelle dont il est l'objet afin de l'utiliser pour le soin du patient
- Ne répond pas à la place du patient face à une difficulté psychologique qu'il rencontre mais l'aide à se mettre en position d'y répondre et à trouver ses propres solutions
- Sait prendre du recul par rapport à ses subjectivités et à celles du patient
- Ne maîtrise pas tous les éléments de la situation, ni toute l'étendue des connaissances bio - médicales pour fonder l'ensemble de ses décisions (prise de décision avec certain degré d'incertitude)

4. Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

a. PREVENTION ET DEPISTAGE

Novice

- Perçoit l'importance du rôle du médecin généraliste dans les actions de prévention
- Sait définir et hiérarchiser les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire
- Comprend l'intérêt de ces 3 niveaux
- Sait qu'il a des acquisitions à faire dans le domaine de l'éducation du patient

Intermédiaire

- Répond à une demande de prévention exprimée par un patient ou organise une consultation spécifique ultérieure
- Utilise des outils d'informations de prévention
- Prescrit ou réalise à bon escient des gestes de dépistage individuels et organisés (mammographie, hémocult®)
- Propose un suivi selon les résultats du dépistage avec ou sans autres intervenants

Compétent

- Intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à la prévention
- Est capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de l'utilité de réaliser un acte de prévention
- Est capable d'argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention injustifié ou inutile

b. L'ÉDUCATION DU PATIENT

Novice

- Peut faire des confusions entre les concepts d'éducation à la santé du patient (prévention primaire), d'éducation du patient à sa maladie (connaissance, acceptation de la maladie) et d'éducation thérapeutique du patient (démarche de prise en charge personnelle)
- Limite l'éducation à des conseils et à l'information
- Exprime ses difficultés à les mettre en place
- Sait qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau

Intermédiaire

- Interroge le patient sur des actions d'éducation même s'il n'en est pas le demandeur
- Informe la famille pour qu'elle comprenne le problème et puisse modifier certains comportements

Référentiel – descriptif des niveaux de compétences

- Apprend à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise aiguë d'asthme, malaise hypoglycémique...)
- Oriente le patient vers des activités éducatives individuelles (exemple : consultation diététique...) ou collectives (existantes dans un rayon d'action)

Compétent

- Saisit les opportunités éducatives qui se présentent au fil des consultations
- Accepte l'idée que l'éducation se construit dans la durée (plusieurs consultations)
- Profite de certaines consultations "simples" ou qui laissent du temps pour faire le point sur des mesures d'éducation pertinentes

c. LE DEGRE D'IMPLICATION DU SOIGNANT

Novice

- Tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité
- Met en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour sa qualité de vie et la promotion de sa santé
- Recherche l'adhésion du patient en argumentant ses propositions sur son raisonnement sans tenir compte des représentations du patient

Intermédiaire

- Accepte que les patients comprennent les problèmes de santé de façon différente de lui
- Intègre que les refus du patient ne sont pas définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte
- Met en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que ses risques de devenir malade
- Exprime ses difficultés à respecter l'autonomie du patient quant à la gestion de sa santé

Compétent

- Accepte que le patient ait une autonomie dans la gestion de sa maladie et de sa santé
- Comprend et accepte le refus du patient à ses propositions
- Collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique visant à moduler ses habitudes de vie et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé
- Favorise l'alliance thérapeutique (décision partagée et accords négociés)

5. Continuité, suivi et coordination des soins

a. LE SUIVI DANS LE TEMPS

Novice

- Accepte l'idée que certains problèmes nécessitent un suivi dans le temps sur plusieurs consultations

Intermédiaire

- Fait des prescriptions à réaliser dans un temps plus ou moins long en fonction des situations et est en mesure de programmer une prochaine séance
- Commence à utiliser le temps comme allié dans la démarche décisionnelle
- Prend en compte, lors des recours, l'évolution des évènements précédents, ce qui s'est passé et ce qui a été réalisé depuis
- Utilise le temps pour un suivi au long cours

Compétent

- Programme le suivi du patient à court, moyen et long terme
- Utilise le temps pour réévaluer la situation et la décision
- Réévalue une décision en changeant de posture (se remet en question) si nécessaire

b. LE DOSSIER MEDICAL

Novice

- Crée de nouveaux dossiers en renseignant les antécédents personnels et familiaux, les habitus, consulte les antécédents dans les dossiers existants
- Laisse des traces écrites dans le dossier

Intermédiaire

- Recherche et utilise dans le dossier médical les données antérieures
- Recherche dans le dossier médical les données pour mieux analyser et comprendre la situation
- Renseigne le dossier médical en intégrant la plainte et formule des hypothèses

Compétent

- Renseigne dans le dossier l'ensemble des informations d'éducation pour la santé, les actes de prévention et de dépistage réalisés et ceux dont le patient devra bénéficier
- Programme des alarmes informatiques pour les actes futurs

c. LA CONTINUITE DES SOINS

Novice

- Se rend disponible pour assurer les contre visites et les gardes
- Fait une lettre de sortie de l'hôpital pour le médecin généraliste
- Est rigoureux dans la rédaction de ses courriers et compte rendus

(Intermédiaire)

Compétent

- Informe des conditions dans lesquelles il est accessible et disponible (présence, téléphone) dans le cadre d'un suivi
- Modifie ses conditions d'absence en cas de problèmes ou de situations particulières
- Indique la conduite à tenir en son absence
- Renseigne différents supports nécessaires à l'information et à la coordination des différents intervenants professionnels

d. LA COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Novice

- Essaie de répondre aux plaintes du patient en adressant au moindre doute au spécialiste adapté
- Est capable d'utiliser différents médias (téléphone, internet, fax, informatique)
- Tient compte de l'avis des autres intervenants de santé dans les décisions thérapeutiques sans les critiquer
- Communique toutes les informations aux soignants sans opposer de secret médical

Intermédiaire

- Adapte la délivrance des informations en fonction de la situation et des intervenants
- Reconnaît l'expertise des intervenants médicaux et médico-sociaux
- Utilise correctement les moyens de communication et d'information

Compétent

- Communique et explicite les raisons des propositions des différents intervenants
- Prend en compte les préférences et les possibilités du patient pour prendre une décision partagée
- Organise une communication efficace dans le cadre de la coordination des soins

6. Professionnalisme

a. LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Novice

- Explicite un projet professionnel même s'il peut encore se questionner sur celui-ci
- Accepte la posture de médecin tout en revendiquant la supervision du sénior en cas de problèmes
- Cite les compétences (6 compétences génériques) de la médecine générale
- Prend conscience qu'il doit développer ses compétences par des formations spécifiques

Intermédiaire

- Adapte sa formation à son projet professionnel
- Perçoit les limites de ses compétences.
- Fait le lien entre les savoirs acquis et ceux utiles à mobiliser en situation authentique (situation réelle de soins)
- Construit ses compétences pour faire face aux situations de soins primaires par une analyse réflexive de sa pratique (se questionne sur sa pratique et cherche les solutions possibles)

Compétent

- Analyse sa pratique
- En déduit ses besoins de formation et de progression
- Intègre son acquis dans sa pratique pour améliorer ses compétences
- Continue à se former afin d'améliorer ses connaissances utilisables en situation réelle

b. L'ETHIQUE ET DEONTOLOGIE

Novice

- Participe dans le contexte de soins au suivi du patient avec les autres professionnels en les respectant

- Réalise un travail visant le bien-être du patient centré maladie
- A conscience de la responsabilité médico-légale
- Identifie les situations où le secret médical doit être préservé

Intermédiaire

- Intègre des données psychosociales et culturelles pour favoriser le mieux-être du patient
- Accepte l'autonomie du patient quant à ses choix
- Utilise un langage adapté à chaque patient
- Oppose le secret médical à tous les tiers non soignants

Compétent

- Respecte les règles de déontologie, légales et d'honnêteté
- Privilégie l'autonomie et le choix du patient
- Accepte que l'éthique du patient puisse être différente de la sienne
- Recherche l'accord du patient pour la transmission d'informations aux autres soignants

c. L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE

Novice

- Assure la fonction et les responsabilités de l'interne
- Participe au suivi du patient au prix de répercussions sur sa vie personnelle

Intermédiaire

- Organise son activité professionnelle en accordant un temps suffisant à chaque patient
- Identifie les contraintes organisationnelles du travail en ambulatoire

Compétent

- Organise son emploi du temps pour faciliter l'accès aux soins
- Ménage l'équilibre entre vie privée et professionnelle
- Prend en compte les impératifs comptables en fonction des contextes d'exercice
- Accompagne ses MSU (maîtres de stage universitaires) dans la PDS (permanence des soins)

d. LA RESPONSABILITE SOCIALE

(Novice)

Intermédiaire

- Prend conscience de la place et du rôle du médecin généraliste dans le système de soins
- Prend en compte le coût des soins pour le patient et la société
- Explicite ses décisions par des données de soins primaires (données de la science)
- Prend en compte les choix et accepte l'autonomie du patient

Compétent

- Partage la responsabilité des décisions avec le patient
- Intègre dans ses décisions une gestion pertinente des ressources de soins
- Participe à des actions en vue du rayonnement de la discipline

Sources :

Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Gharossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55.

Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Gharossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. 2013;108:156-64.

Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. *Exercer*. 2016;127:226-32.

Annexe 21 – Grille générique d’observation d’Attali

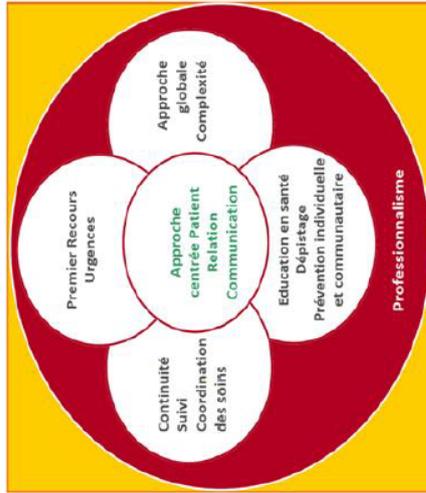
FICHE D'OBSERVATION-RETROACTION A REALISER LORS D'UNE CONSULTATION GENERIQUE, DE PREMIERE FOIS, DE RENOUVELLEMENT, PATIENT ACCOMPAGNE, PATIENT DIFICILE, PLAINTES MULTIPLES

Supervision ambulatoire en N1 Grille d'auto ET d'hétéroévaluation

Interne: _____ Date: _____
 CONTEXTE ☐ Supervision directe/ entretien post consultation ☐ Supervision indirecte/discussion de cas _____

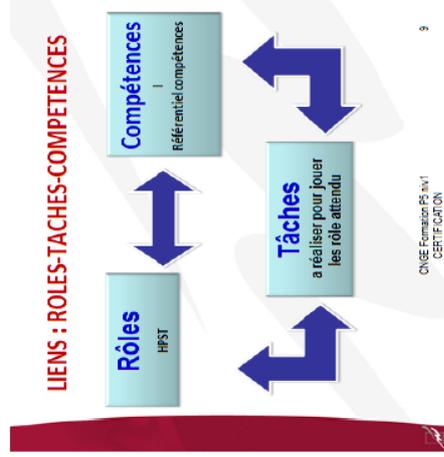
Manifester des compétences professionnelles c'est être capable

- D'identifier les obstacles à surmonter ou les problèmes à résoudre pour réaliser un projet ou satisfaire un besoin (capacité d'analyse et à travailler en autonomie)
- D'envisager diverses stratégies réalistes du point de vue du temps, des ressources, des informations disponibles (capacité d'analyse et à travailler en autonomie)
- De choisir la stratégie qui paraît la plus adaptée, en pesant les risques et les chances (capacité de prise de décision)
- De planifier et mettre en œuvre la stratégie adoptée, au besoin en mobilisant d'autres acteurs et en procédant par étapes (capacité à travailler en équipe)
- De piloter cette mise en œuvre au gré des événements, en affinant ou en modulant la stratégie prévue (capacité d'organisation et de planification)
- De réévaluer la situation et changer, au besoin, complètement de stratégie (capacité réflexive dans l'action)
- De respecter certains principes de droit ou d'éthique dont l'application n'est jamais simple (professionnalisme, équité, respect des libertés, de la sphère intime, etc.)
- De maîtriser ses émotions, ses humeurs, ses valeurs, ses sympathies ou ses inimitiés, chaque fois qu'elles interfèrent avec l'efficacité ou l'éthique. (relationnelle)
- De coopérer avec d'autres professionnels chaque fois que c'est nécessaire ou simplement plus équitable ou éthique (capacité à travailler en équipe)
- De documenter les opérations pour en conserver des traces réutilisables à des fins soit de justification, soit de partage, soit de réemploi (capacité à se former)
- De tirer, au cours ou à l'issue de l'action, certains enseignements pour une autre occasion
- D'assumer ses responsabilités (capacité professionnelle)



Approche par compétence dans le modèle cognitiviste

- L'analyse de l'apprentissage ne se résume pas à la vérification de performances observables comme dans le modèle comportemental.
- Mais au contraire à la capacité d'adaptation, de traitement de l'information pour décider des conduites adaptées face à des situations diverses et changeantes



ONGE Formation PS Invt
CERTIFICATION

Confronter les étudiants à de mêmes tâches dans des situations et familles de situation différentes est un fort levier pour faciliter les ajustements et adaptations de l'interne

<p>1/ L'étudiant évalue sa performance à l'aide de la même grille. Il est possible de n'évaluer d'un commun accord qu'une partie de la consultation</p> <p>Conclusion de l'autoévaluation :</p>	<p>2/ hétéro évaluation puis confrontation des deux évaluations et diagnostic pédagogique consensuel</p>
<p>En cas de difficultés de raisonnement clinique</p> <p>Quelles sont les hypothèses à vérifier ou à éliminer dans cette consultation, pour gérer correctement cette consultation</p> <p>les ressources internes à mobiliser : relation entre les savoirs académiques et pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le plan cognitif biomédical 2éthique/ déontologique /administratif/psychologique/ sociologique - sur le plan psychomoteur - sur le plan affectif <p>Quelles sont les ressources externes mobilisables ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les principales erreurs de raisonnement clinique : - Manque de ressources internes pour comprendre ou élaborer - Troubles de communication (incompréhension, recueil insuffisant des données) - Défaut de priorisation des données - interprétation parcellaire des données recueillies - Fermeture prématurée du raisonnement - Décision inapplicable par le patient
<p>En cas de difficulté d'approche globale :</p> <p>Quels sont les éléments qui n'ont pas été pris en compte ?</p>	<p>En cas de troubles de communication/ En cas de difficulté relationnelle</p> <p>Quid ?</p>
<p>En cas de difficulté de suivi / collaboration</p>	<p>Des actes de Prévention / Education/ Dépistage ont été possibles ?</p> <p>auraient-elles être possible ? dans quelles conditions</p>
<p>Problèmes éthiques ?</p>	<p>Problèmes de responsabilité professionnelle</p>
<p>3/ Prescription pédagogique précise</p>	<p>4/Travail à ranger dans le port folio et à réutiliser pour quelle(s) compétence (s)</p>

Commentaire libre issue de la rétroaction

AUTEUR : WARCHALOWSKI Inès

Date de Soutenance : Vendredi 8 février 2019

Titre de la Thèse : Attentes des Maîtres de stage des Universités (MSU) de l'évaluation de stage des internes en ambulatoire.

Etude qualitative auprès des MSU de la Faculté de Médecine de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Pédagogie médicale

DES + spécialité : D.E.S de médecine générale

Mots-clés : évaluation des attentes, évaluation des compétences, stages, pédagogie médicale, rétroaction pédagogique.

Résumé :

Contexte En médecine générale, la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) le 6 octobre 2004 a impliqué l'évaluation des compétences des internes pour valider leur cursus. Peu d'études existent sur l'évaluation de la qualité pédagogique des stages, notamment en soins primaires, et peu d'entre elles semblent s'intéresser aux attentes des maîtres de stages des universités (MSU).

Matériel Pour recueillir, comprendre et analyser les attentes des MSU, la méthode qualitative a été choisie avec réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels auprès des MSU de la Faculté de médecine de Lille entre septembre 2016 et janvier 2018. Les entretiens ont été analysés par un codage en ouvert par un chercheur, revus et discutés par un second, jusqu'à suffisance des données.

Résultats Douze entretiens ont été réalisés avec une suffisance des données atteinte au neuvième entretien. Leur durée moyenne était de 31 minutes. Les interviewé(e)s avaient en moyenne 8,3 années en tant que MSU à leur actif. Sur le contenu de l'évaluation, les remarques retrouvées fréquemment étaient de laisser plus de place aux commentaires libres, d'avoir une grille plus souple avec des termes plus compréhensibles et plus adaptés à la médecine générale. Sur le format, le numérique a été plébiscité avec une grille plus courte, applicable en pratique et impliquant les onze familles de situation cliniques. Pour l'évaluation, la marguerite des compétences comme modèle était préférée avec mise en avant de l'évolution des compétences dans le temps ainsi que de la progressivité de l'interne par son autonomisation. L'auto évaluation et l'hétéro évaluation doivent rester complémentaires. La validation de stage se fait par l'évaluation. Les MSU sont, également, favorables à une séparation des grilles entre l'interne de N1 et l'interne de SASPAS pour créer une différence entre l'évaluation des uns et des autres.

Conclusion Un des enjeux est donc la construction et l'utilisation pertinente d'outils d'évaluation avec une bonne compréhension et appropriation par leurs utilisateurs principaux (MSU et internes). Les éléments retrouvés dans cette étude devront être confirmés et complétés par d'autres recherches, utilisant notamment une méthode quantitative.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER