



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Attente des Maîtres de Stages Universitaires d'un dispositif  
d'évaluation des internes en Médecine Générale en stage  
ambulatoire.**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 08 Février 2019 à  
14h00  
au Pôle Formation

**Par Matthieu HENNON**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN**

**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 leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CEMG	Collège des Enseignants de Médecine Générale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Comité Nationale de l'Informatique et des Libertés
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DMG	Département de Médecine Générale
EBM	Evidence Base of Medicine
FMC	Formation Médicale Continue
MG	Médecine Générale
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
UPL	Unité Pédagogique Locale

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. Les stages ambulatoires en soins primaires.....	2
a. Le stage de médecine générale de niveau 1 .....	3
b. Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).....	4
c. Le rôle du Maître de Stage Universitaire (MSU).....	4
2. Définitions des termes pédagogiques "compétence", "famille de situation", "évaluation".....	6
a. L'approche par compétence.....	6
b. Les Familles de situations ( <b>ANNEXE 1</b> ).....	8
c. L'évaluation.....	9
3. Objectifs de l'étude. ....	11
MATERIELS & METHODES .....	12
1. Phase analytique d'un premier travail. ....	12
2. Socle de travail dans la constitution de la nouvelle grille d'évaluation. ....	12
3. Le choix de la méthode quantitative. ....	14
a. Caractéristiques de la population .....	15
b. Recrutement .....	15
c. Considérations éthiques.....	16
RESULTATS .....	17
1. Analyse des résultats du premier travail qualitatif. ....	17
2. Utilisation de ces résultats dans la constitution d'une nouvelle grille d'évaluation .....	18
a. La grille d'évaluation ( <b>ANNEXE 2</b> ).....	18
b. Le questionnaire de satisfaction ( <b>ANNEXE 3</b> ).....	20
3. Résultats du travail quantitatif de cette étude.....	21
DISCUSSION .....	30
1. Force de l'étude.....	30
a. Les points forts de l'étude quantitative .....	30
b. Points forts des grilles proposées .....	31
2. Faiblesses de l'étude.....	31
a. Biais internes .....	31
b. Limites des résultats .....	32
3. Comparaison aux travaux actuels ( <b>ANNEXE 4</b> ) .....	32
4. Pistes d'amélioration .....	33
CONCLUSION .....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	37
ANNEXES .....	39

## **INTRODUCTION**

Dans le cursus d'internat en médecine générale, le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) mis en place le 6 octobre 2004 a mis l'accent sur l'évaluation par compétences des internes dans la validation de leur cursus. (1)

Le troisième cycle des études médicales en médecine générale est scindé entre un enseignement théorique, assuré par le corps enseignant du département de médecine générale (DMG), ainsi qu'un enseignement pratique, au chevet du patient, par le biais de stages hospitaliers et ambulatoires en soins primaires. La maquette de ce DES a fait l'objet d'une réforme en Novembre 2016, conservant la notion de formation théorique basée sur un contrat de formation entre l'interne et sa faculté et mettant en place, sur le plan pratique, la notion d'une phase socle et d'une phase d'approfondissement. La phase socle se déroule la première année et est caractérisée par la réalisation d'un stage aux Urgences Adultes et d'un stage ambulatoire de niveau 1. La phase d'approfondissement a lieu durant les deux années suivantes, a abrogé l'obligation de réaliser un stage en Centre Hospitalier Universitaire (CHU), et implique la réalisation sur ces quatre semestres d'un stage en Médecine Adulte Polyvalente (Médecine Polyvalente, Médecine Interne, Endocrinologie, Gériatrie, Pneumologie, etc...), un stage suivi de la femme ambulatoire (praticien ayant une grosse activité de gynécologie ou en PMI) ou hospitalier, un stage suivi de l'enfant ambulatoire (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie ou en PMI) ou hospitalier et un stage ambulatoire de niveau 2 appelé Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS). (2)

Au-delà de la réalisation des stages, l'obtention du DES nécessite également de valider des enseignements hors stages et un mémoire de DES. (3)

A Lille, un portfolio numérique contenant toutes les traces d'apprentissage, à savoir les Récits de Situations Complexes et Authentiques (RSCA), les rapports de stage et un journal de bord, fait office de mémoire. (4) (5)

L'évaluation des compétences de l'interne est indispensable tout au long de son cursus de troisième cycle, permettant la certification du professionnel de santé à l'issue du DES. Ses évaluations doivent se dérouler plusieurs fois par semestre de stage permettant d'identifier le niveau de compétences atteint et d'approfondir celles dont le niveau est insuffisant. (1) (6)

Ces dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à l'évaluation de l'enseignement théorique en donnant la parole aux internes. Ce dernier type d'études constitue la pierre angulaire de l'amélioration de la qualité de l'enseignement qui est dispensé aux internes. L'évaluation de la qualité pédagogique des stages se développe elle aussi, ainsi nous avons pu voir naître des plateformes comme GELULES (7) ou EVALTONSTAGE (8). A l'inverse peu d'études existent sur l'évaluation des compétences acquises au cours d'un stage. Aucune d'entre elles ne s'intéresse aux avis des principaux intéressés, qu'il s'agisse de l'interne ou du maître de stage universitaire (MSU). Avant de s'intéresser à l'étude, éclaircissons quelques termes utiles à la compréhension de ce sujet.

## **1. Les stages ambulatoires en soins primaires**

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) et notamment l'article 13, structure la maquette du DES de Médecine Générale (MG) en trois ans, définissant une formation théorique d'enseignement facultaire dispensée par des praticiens agréés et une formation pratique de 6 semestres de stage avec des fonctions hospitalières et extrahospitalières. Une modification apportée le 10

Aout 2010, a permis l'extension à la réalisation de stages ambulatoires notamment chez le MSU, désormais devenus obligatoire dans la maquette d'interne en MG. (9)

La législation actuelle, mise en place depuis la réforme du DES, stipule que l'interne de MG doit réaliser deux stages en soins primaires, à savoir un semestre obligatoire validant le stage de niveau 1 dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé MSU, et un second stage d'un semestre en situation de responsabilité professionnelle en cabinet de MG : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS).

(2)

*a. Le stage de médecine générale de niveau 1*

Le stage ambulatoire de niveau 1 se déroule auprès d'un à trois médecins généralistes agréés au sein d'un ou plusieurs sites d'exercice et a pour objectif de mettre en autonomie l'interne en MG. Le MSU doit toujours être présent dans son cabinet ou dans le centre de santé en même temps que l'interne. Le déroulement du stage s'articule progressivement selon trois phases durant le stage :

- Une phase d'observation active au cours de laquelle l'interne se familiarise avec son environnement de travail, regarde, écoute et travaille à partir des éléments recueillis.
- Une phase active de supervision directe, au cours de laquelle l'interne peut intervenir et réaliser des actes mais en présence du maître de stage au sein de la salle de consultation.
- Une phase active de supervision indirecte au cours de laquelle l'interne pourra effectuer seul des actes. (10)

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

Ce stage de niveau supérieur organisé en 3ème année du DES est désormais obligatoire dans la réalisation de la maquette de MG. Son objectif principal est de perfectionner l'autonomie de l'interne avec sa propre file active de patients à l'aube de sa carrière professionnelle.

L'interne est la majorité du temps en supervision indirecte, et se retrouve seul, en situation authentique d'apprentissage, à gérer la totalité des activités du cabinet médical, de l'organisation du planning, à celle des visites, des créneaux de consultation et éventuellement ceux d'urgence, et de la comptabilité, dans deux à trois unités de soins différentes au cours de la semaine. S'il n'est pas présent physiquement au cabinet, le MSU se doit de rester joignable à tout instant par l'interne, seul au cabinet. Il est réalisé, pour chaque journée ou demi-journée, un débriefing qualifié également de rétro action pédagogique avec le MSU soit en sa présence physiquement au cabinet, ou simplement par téléphone pour des facilités d'organisation, et ceci sur l'ensemble des dossiers des patients consultés. Cette rétroaction pédagogique doit être la source de traces de recherches, et est à la base de la formation pédagogique de l'interne en SASPAS. (10)

*c. Le rôle du Maître de Stage Universitaire (MSU)*

En application notamment de l'article 14 du Décret n° 2004-67 du 16 Janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, le MSU est un médecin généraliste agréé susceptible d'accueillir des internes en stage ambulatoire au cours duquel il



leur assurera une formation pédagogique. L'agrément en tant que MSU obéit à des règles strictes définies pour le troisième cycle des études médicales par l'arrêté du 04 Février 2011. Pour devenir MSU, un médecin généraliste doit répondre à certains critères que l'on retrouve dans la Charte des MSU :

- Être spécialiste en Médecine générale en exercice depuis au moins deux ans et être habilité par le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont dépendra l'interne.
- Avoir une activité professionnelle orientée vers le premier recours, répondant aux règles de la WONCA et dans le respect de l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique.
- Disposer d'un cabinet médical offrant un environnement favorable à la réalisation d'une formation pédagogique, portant sur le nombre d'actes annuels, comptant un minimum de 2500 actes par an et sans excéder 7000 actes par an, et sur la qualité des locaux offrant notamment possibilités de recherches, accès internet, informatisation.
- Justifier d'une formation pédagogique initiale et suffisante, expertisée par un enseignant de la spécialité et abordant l'accueil de l'interne, sa supervision et son évaluation.
- Justifier d'une participation régulière à la Formation Médicale Continue (FMC).
- Accepter une auto-évaluation et une hétéro évaluation régulières
- Posséder une aptitude à se documenter et à maintenir à jour une documentation accessible.
- Participer régulièrement aux formations pédagogiques organisées par le Département de Médecine Générale.
- Participer en complément à des formations pédagogiques.

De part cette agrément, délivré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), le MSU s'engage à assurer l'enseignement de son interne en stage ambulatoire en situation professionnelle. La formation pédagogique dispensée par le CNGE ou par le DMG donne accès en trois sessions au niveau autorisant l'accès à un interne en N1 (supervision directe par la seconde session et indirecte par la troisième session), puis par une quatrième et dernière session amenant au niveau adapté à l'accueil d'un interne en SASPAS. (11)

## **2. Définitions des termes pédagogiques "compétence", "famille de situation", "évaluation".**

### *a. L'approche par compétence*

Au cours du second cycle des études médicales, les étudiants en médecine sont soumis à un apprentissage basé sur la fondation de savoirs théoriques et disciplinaires. Cet apprentissage par objectifs est très adapté à l'évaluation de l'acquisition de savoirs et de savoir-faire, mais a montré ses limites dans l'évaluation du savoir-agir face à des situations professionnelles authentiques comme le sont davantage confronté les étudiants du TCEM. De cette remise en question et dans un but de formation professionnalisante, le CNGE notamment, a réuni en 2013 un groupe d'experts non formalisés de médecins généralistes réévaluant ainsi la méthode pédagogique par objectifs pour une méthode d'évaluation par compétences plus adaptée au TCEM. La notion de compétence a été définie notamment au sein de ce travail comme « *un savoir-agir complexe, un savoir-intégrer, qui ne peut se développer qu'au contact de situations-problèmes au sein de familles de situations et au travers d'un parcours de développement* ». La certification d'un niveau de compétence suffisant des internes en MG, futurs médecins généralistes étant désormais une priorité d'un

point de vue sociétal, il était nécessaire d'établir un socle commun de définition des compétences à acquérir pour qualifier un futur médecin généraliste compétent. Cette étude a donc retenue six grandes familles de compétences génériques transversales que nous pouvons retrouver au sein de la Marguerite des compétences du Médecin Généraliste (Figure 1). (1) (6) (12) (13) (14)

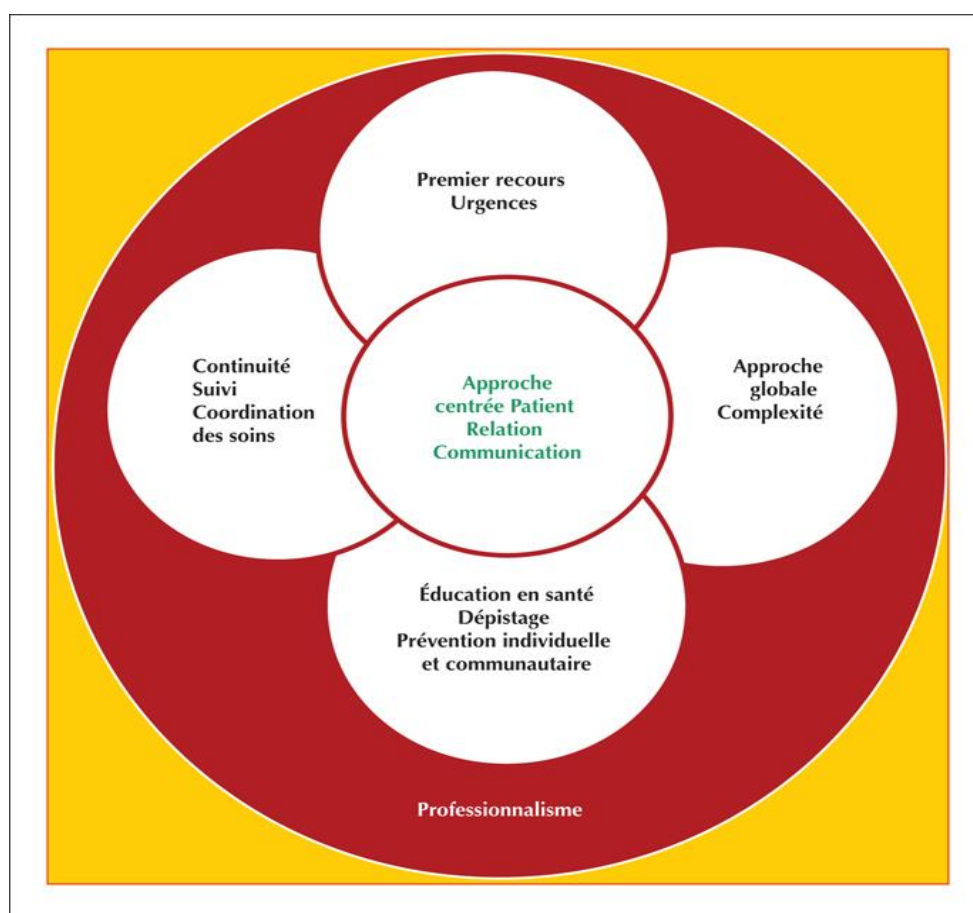


Figure 1 : Marguerite des Compétences du Médecin Généraliste

La notion de compétences implique également de graduer l'acquisition de cette compétence, d'où la notion de niveau de compétence. La notion de niveau de compétence a fait l'objet d'un autre travail de la part du CNGE, réunissant en plusieurs étapes des groupes nationaux d'experts en pédagogie puis des groupes de travail régionaux. La réalisation de ce travail a retenu quatre niveaux de compétences :

- Novice : niveau acquis en fin de Deuxième cycle des études médicales (DCEM) et en milieu de stage N1.
- Intermédiaire : niveau acquis à mi stage en N1 et à la moitié du SASPAS.
- Compétent : niveau acquis en fin de cursus, après le SASPAS.
- Expert : niveau se réfère davantage à un cadre postuniversitaire, celui de la FMC d'un professionnel expérimenté. (15) (16)

Nous retiendrons donc dans les objectifs du TCEM, trois niveaux de compétences essentiels.

Nous ne reviendrons pas sur l'évolution de l'acquisition des compétences selon les trois niveaux d'acquisition au cours du TCEM, et invitons ceux qui y sont intéressés à se référer au travail du CNGE en 2013. (15) (16)

#### *b. Les Familles de situations (ANNEXE 1).*

Dans la suite de l'élaboration du modèle d'apprentissage par compétences, de nombreuses études ont, ces dernières années, mis l'accent sur la notion de famille de situation. Le « Référentiel des métiers et compétences en médecine générale » avait très rapidement évoqué cette notion, et au Canada, le Royal Collège de Médecine de famille a édité une liste de thèmes majeurs et de situations prioritaires à la formation et à l'évaluation de la médecine familiale. (18) (19) En France, une étude menée par Claude Attali a, après expertise d'un consensus non formalisés d'enseignants en MG, proposé une liste détaillée de onze familles de situations cliniques les plus fréquemment rencontrées en MG. Ce modèle, sans être ni sanctionnant ni exhaustif, part du principe que si l'interne a été confronté et maîtrise ces onze grandes familles de situation, alors il devrait être en mesure de transférer son savoir-faire et

son savoir-être dans la résolution de situations particulières nouvelles. Ainsi, face à ces situations énoncées, on attend de la part du futur médecin généraliste en formation d'être en capacité d'établir un diagnostic de situation selon une approche globale du patient, d'élaborer un projet de soins dans le respect de l'Evidence Base of Medicine (EBM), d'en assurer la continuité des soins et un suivi rapproché ou différé dans le temps. Ce classement par famille de situations constitue une réelle suite logique de l'approche par compétences en MG et est tout à fait complémentaire de l'élaboration de niveaux de compétences dans un objectif de certification des futurs professionnels de santé. (19)

### *c. L'évaluation*

Dans l'évolution sociétale, la place du patient et de l'utilisateur s'est modifiée au fil des ans. Le patient est toujours plus attentif et exigeant à la qualité des soins qui lui sont prodigués, ce qui implique une responsabilité sociale toujours plus importante des écoles infirmières et facultés de médecine à exceller dans la formation de ses professionnels de santé afin de garantir à ses patients un haut niveau de compétences de l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux.

La théorie constructiviste part du principe que l'esprit humain, en interaction avec la réalité se doit de produire sa propre image de la réalité. Cette théorie, transposée en médecine générale, implique que les critères d'évaluation mis en place visent à :

- Favoriser la réflexivité de l'interne.
- Guider son questionnement
- Orienter l'exploration des principales dimensions cliniques complexes

- S'assurer de la pertinence des ressources utilisées avec un bon niveau de preuve
- Constituer une synthèse des connaissances utiles et transférables à la résolution de situations plus ou moins complexes en pratique.

Cette théorie prend toute sa place dans la notion d'évaluation formative et met en avant toute l'importance des stages ambulatoires en soins primaires. L'évaluation d'un futur professionnel de santé se doit d'être double, à la fois formative et également certificative, afin d'attester notamment que l'acquisition du niveau de compétences atteint soit conforme aux critères sociétaux attendus. L'objectif est ici d'aider chaque futur professionnel de santé à progresser, et non pas d'y apporter un caractère sanctionnant en sélectionnant les meilleurs d'entre eux.

Dans la conception de son apprentissage, la réalisation des traces écrites d'apprentissage par l'interne, notamment par les RSCA ou par les traces écrites de recherches des groupes d'échanges de pratiques, permettent de refléter non seulement la réflexivité mais aussi la progression de l'interne dans son cheminement professionnel. Toutefois, l'analyse de ces traces d'apprentissage ne constitue pas à elle seule une évaluation suffisante des performances de l'interne.

L'évaluation des compétences doit respecter le rythme de chacun, et il n'y a théoriquement aucune limite de temps à l'acquisition des compétences, l'apprentissage se réalise au fur et à mesure du stage et même au-delà. Par ailleurs, si l'enseignant a un rôle à jouer primordial en tant qu'évaluateur de l'interne, ce dernier se doit lui-même et en premier lieu de s'approprier les critères d'évaluation et de les prendre en considération dans son auto-évaluation afin d'améliorer sans cesse le niveau de qualité de chacune de ses compétences.

Afin de concevoir un modèle d'évaluation idéal, l'outil d'analyse doit répondre à certains critères, à savoir, sa validité, sa reproductibilité, et sa faisabilité. La difficulté réside dans la conjonction la plus idéale possible de ces trois variables, en effet, plus un outil sera valide et pertinent, plus sa faisabilité diminuera.

Des outils-guide d'évaluation éditée par des enseignants experts en pédagogie existent pour aider à concevoir un outil d'évaluation idéal. L'enjeu principal est de réussir à créer des outils adaptés au langage de leurs utilisateurs, à savoir dans notre cas, par les internes et les MSU, afin que chacun s'en approprie de façon cohérente leur fonctionnement et en vue d'une utilisation plus pertinente. (6) (20)

### **3. Objectifs de l'étude.**

L'objectif principal de cette étude était d'élaborer une grille d'évaluation des compétences de l'étudiant en MG de troisième cycle en stage ambulatoire en N1 et en SASPAS, reproductible en auto-évaluation et en hétéro-évaluation. L'objectif secondaire était de recueillir l'avis des MSU concernant cette grille d'évaluation.

## MATERIELS & METHODES

### **1. Phase analytique d'un premier travail.**

Pour réaliser cette étude, un premier travail de recherche qualitative basé sur des entretiens anonymisés auprès de MSU affiliés à la Faculté de Médecine de Lille a été effectué (travail de thèse réalisé par Inès WARCHALOWSKI). L'objectif de ce premier travail était de recueillir les attentes principales des MSU en termes d'évaluation des compétences de l'interne lors des stages ambulatoires. Ses résultats préliminaires ont servi de socle de travail à notre étude, notamment pour la constitution d'une méthode d'évaluation répondant aux attentes des MSU initialement questionnés.

### **2. Socle de travail dans la constitution de la nouvelle grille d'évaluation.**

Pour l'élaboration de la grille d'évaluation, ont été intégrées, la notion d'apprentissage par compétences, les familles de situations rencontrées en MG répertoriées dans le référentiel métier et les résultats du travail qualitatif préliminaire. Une grille d'évaluation a été réalisée en retraçant les 11 grandes familles de situation rencontrées en MG, pour lesquelles l'interne en stage était à même de mettre en œuvre un savoir-faire et un savoir-être. (19)

Il est primordial que ces deux notions soient définies et connues de tous :

- Le *savoir-faire* : c'est la capacité à résoudre des problèmes pratiques, qui s'acquiert notamment par l'expérience. C'est l'habileté à mettre en œuvre son expérience et ses connaissances théoriques (son savoir) dans la résolution d'une situation donnée.



- Le *savoir-être* : souvent considéré comme un savoir-faire relationnel, correspond à la mobilisation de qualités personnelles et comportementales dans la résolution d'une situation donnée. Le savoir-être, c'est savoir comment se comporter face à une situation donnée et quelle attitude adopter. Ce savoir comportemental met en jeu des notions d'éducation, de vécu personnel, d'expérience professionnelle et également de savoir.

Le savoir-faire autant que le savoir-être impliquent tous les deux l'acquisition d'un savoir théorique et son application en pratique dans une situation donnée. L'ensemble de ces trois notions sont mobilisées dans une situation donnée, ce qui reflète, si elles sont correctement mises en pratique, le niveau de compétence acquis par le sujet étudié. L'objectif ici n'est pas d'évaluer la notion de connaissances théoriques, qui relève davantage du DCEM, c'est pour cela que la notion de savoir (connaissance) n'apparaît pas dans la grille.

Dans la constitution de la grille, le choix a été fait d'apporter une place aux commentaires libres dans l'évaluation de chaque savoir-faire et chaque savoir-être afin d'apporter une ouverture au niveau d'acquisition des compétences atteint par l'interne ; le MSU peut ainsi y apporter une justification afin d'aider l'interne à s'améliorer dans la résolution de ce savoir-faire ou de ce savoir-être évalué.

Afin de recueillir l'avis des MSU, quant à la validité en pratique de la grille d'évaluation proposée et sa pertinence, un questionnaire de satisfaction a été réalisé selon des critères tenant compte de l'avis des MSU du travail qualitatif. L'objectif étant de savoir si les attentes préalables avaient été suffisamment respectées, le choix a donc été fait de reprendre, directement au sein de ce questionnaire, les attentes préalables des MSU quant à une grille

d'évaluation idéale, résultats issus du travail qualitatif initial, sous forme de questions fermées et ouvertes, laissant libre place aux commentaires. Ces commentaires ont pour intérêt de nous apporter un retour plus exhaustif de la part des MSU quant à la grille d'évaluation, ainsi que de potentielles pistes d'amélioration à ce travail.

Pour le choix de l'échelle de satisfaction, l'échelle de Likert a été retenue. Fondée dans les années 1930 par l'américain Rensis LIKERT, il s'agit d'une des échelles les plus reconnues pour évaluer le niveau de satisfaction des sujets interrogés. Une échelle en cinq paliers a donc été constituée :

- Plutôt tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt pas du tout d'accord.

L'ensemble de ce travail, la constitution de la grille d'évaluation et du questionnaire de satisfaction, ont été notamment réalisés après validation en interne et consultations régulières de notre directeur de thèse, le Docteur Marc BAYEN.

### **3. Le choix de la méthode quantitative.**

L'objectif de cette étude a été de créer, à partir des résultats d'un premier travail qualitatif, une nouvelle méthode d'évaluation de l'interne en stage en soins primaires, de la proposer en pratique à la population cible sous forme d'un test en conditions réelles, et d'en récolter les premières opinions. Ce premier état des lieux, devant amener à des points

d'amélioration, entre dans la définition même de la recherche expérimentale. Le choix s'est donc tout naturellement porté vers une méthode quantitative. Cette méthode s'inscrit tout à fait dans une continuité et une complémentarité de la méthode qualitative employée dans l'étude initiale qui a constitué un socle de travail à cette seconde étude.

#### *a. Caractéristiques de la population*

La population cible de notre étude est représentée par l'ensemble des médecins généralistes des Hauts de France affiliés à la Faculté de Médecine Henri Warembourg, et exerçant au sein de l'université de Lille 2 une fonction de MSU auprès d'internes en MG. Afin de maximiser la puissance de notre étude, nous avons fait le choix d'interroger l'ensemble des MSU, ainsi les 67 Unités Pédagogiques Locales (UPL) parmi la liste référencée, ont été contactées, binômes ou trinômes, soit 160 MSU.

#### *b. Recrutement*

Le choix de prendre contact avec chacun des MSU individuellement par mail à travers la liste référencée a été fait. La première prise de contact a été réalisé par mail début octobre 2018, à travers un mail de présentation du sujet d'étude en question, avec en pièces jointes, la nouvelle grille d'évaluation ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. L'objectif de tester en pratique la grille était clairement expliqué, ainsi que la non substitution de celle-ci à la grille d'évaluation actuelle. Au bout de 10 jours, était réalisée une relance, toujours par mail, rappelant plus succinctement l'objectif de l'étude et relayant de nouveau les pièces jointes initiales.

*c. Considérations éthiques.*

La commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) consultée dès le début du travail qualitatif, réalisé en amont, a rendu un avis favorable à la réalisation de cette étude.

Pour la prise de contact auprès de chaque MSU référencé au sein de la liste officielle des UPL, nous avons obtenu l'accord, oral et écrit, du Docteur Michel CUNIN, Président du CEMG Lille. Ce dernier a, par ailleurs, participé activement au relais des mails pour l'inclusion des MSU et le recueil de leurs réponses, qui sont pour chacune d'entre-elles restées anonymes.

## RESULTATS

### **1. Analyse des résultats du premier travail qualitatif.**

Les principaux retours obtenus des entretiens anonymisés auprès des MSU portaient sur :

- un outil d'évaluation utilisable en pratique quotidienne (notion d'obstacle temps)
- un outil d'évaluation reproductible en auto et en hétéro évaluation
- une grille courte, souple, apportant davantage d'ouverture à l'évaluation
- une grille au langage moins théorique, adapté à la médecine générale, hiérarchisé de façon pertinente
- une distinction N1 contre SASPAS afin de créer une différence de niveau dans l'évaluation des uns et des autres, avec l'importance de laisser une marge de progression notamment du N1 vis-à-vis du SASPAS
- que soit mis davantage en avant la notion de progression et d'autonomisation de l'interne
- que soient respectés et retrouvés les items de la marguerite des compétences
- que soit accordée une place plus importante aux commentaires libres
- que ce soit mises en avant certaines situations cliniques les plus fréquemment rencontrées ainsi que les compétences mises en jeu, ceci de façon claire et explicite.

## **2. Utilisation de ces résultats dans la constitution d'une nouvelle grille d'évaluation**

### *a. La grille d'évaluation (ANNEXE 2).*

L'objectif initial de cette grille a été de répondre aux attentes des MSU. La construction de la grille a eu pour difficultés de prendre en considérations les attentes préalables des MSU ainsi que la notion d'approche par compétences et la connaissance des familles de situation rencontrées en MG.

Pour ce qui est de son utilisation, il fallait qu'elle soit :

- reproductible en auto et en hétéro évaluation
- évaluative à la fois pour un interne en N1 ou en SASPAS.

La place dédiée aux commentaires libres, qui a été proposée, faisait partie des doléances des MSU questionnés lors de l'étude qualitative initiale.

Par inspiration de la classification des 11 grandes familles de situations éditée notamment par le CNGE et la publication de Claude ATTALI, chacune de ces familles a été décortiquée, les unes après les autres, afin de mettre en évidence quels éléments de ces situations répondaient à la notion de savoir-faire ou de savoir-être et quelles compétences au sein de la marguerite des compétences répertoriées en MG étaient mises en jeu. (20)

Pour chacune des familles de situation évaluées, un accent particulier a été mis sur la fréquence de confrontation de cette situation lors du déroulement du stage :

- *Non vue* : pas de confrontation en pratique de la situation (ne peut donc pas être évaluée ou considérée comme acquise).
- *Evoquée* : confrontation itérative de la situation en pratique, vue peu fréquemment au cours du stage.
- *Confrontée/travaillée* : confrontation fréquente et régulière de la situation en pratique.

Au sein de chaque situation évaluée et pour chacun des savoir-faire ou savoir-être évalués, il a été mis en avant la notion de progression dans l'acquisition des compétences mises en jeu en respectant trois niveaux d'acquisition « *non-acquis* », « *en voie d'acquisition* », « *acquis* ».

Enfin, dans l'évaluation globale de chaque famille de situation, les trois niveaux de compétences étudiés dans l'approche par compétences par le CNGE ont été respectés. De ces trois niveaux, s'est ajouté la notion de non maîtrise, car si ce n'est pas l'objectif du stage, il peut arriver qu'un interne en MG ne présente pas le niveau requis face à situation donnée.

Quatre niveaux d'acquisition des familles de situation ont donc été considérés :

- *Non maîtrisée* : c'est-à-dire non vue, non confrontée ; ne peut être admissible en fin de stage quelque soit le statut de l'interne en stage (N1 ou SASPAS).
- *Partiellement maîtrisée* : il s'agirait du niveau Novice correspondant au niveau acquis en fin de second cycle des études médicales et en milieu de stage N1. Ce niveau d'acquisition implique la notion d'un approfondissement rigoureux, n'est pas acceptable en niveau SASPAS.
- *Maîtrisée* : il s'agirait du niveau Intermédiaire, acquis en milieu de stage en N1 et à la moitié du SASPAS, ce niveau n'empêche pas qu'un approfondissement soit nécessaire, mais au moins une autonomie est acquise dans cette situation, c'est le

minimum requis en niveau SASPAS.

- *Bien maîtrisée* : il s'agirait du niveau Compétent, c'est le niveau à atteindre idéalement en SASPAS, révélant une autonomie acquise face à la situation donnée.

Il n'a pas été pris en compte de niveau supérieur, étant donné qu'un niveau expert relèverait de la FMC et du postuniversitaire. Qui plus est l'objectif de cette évaluation n'est pas de sélectionner des internes en MG meilleurs que d'autres mais de certifier de leurs compétences suffisantes à être autonomes dans des situations clefs de leur exercice futur.

La grille d'évaluation, ainsi éditée, est disponible en **ANNEXE 2** de cette étude.

*b. Le questionnaire de satisfaction (ANNEXE 3).*

Pour éditer le questionnaire de satisfaction auprès des MSU, les résultats de l'étude qualitative initiale ont constitué une base pour réunir onze items que nous considérons essentiels à la critique de cette proposition de grille d'évaluation. Ces items essentiels portaient notamment sur :

- Le respect des objectifs de stage attendus en MG selon les MSU
- Une définition claire des familles de situation rencontrées en MG
- La mise en avant suffisante des compétences mises en jeu
- L'utilisation d'un langage adapté en MG et compris de tous, MSU et internes
- La reproductibilité de la grille en pratique ; la notion de l'obstacle « temps » à la réalisation d'une évaluation nous ayant été particulièrement mise en avant
- La possibilité d'utiliser la grille à la fois pour un interne en N1 et à la fois pour un SASPAS, à partir d'une même grille, en hétéro évaluation
- La reproductibilité de la grille en auto évaluation



- La mise en évidence de l'autonomisation de l'interne et d'une marge de progression du N1 par rapport au SASPAS
- La place laissée aux commentaires libres
- Le respect d'un caractère non sanctionnant de la grille malgré la nécessité d'une évaluation certificative
- La qualité globale de ce travail.

Le questionnaire de satisfaction est disponible en **ANNEXE 3** de cette étude.

### **3. Résultats du travail quantitatif de cette étude.**

L'ensemble des résultats obtenus au cours du mois d'octobre 2018 sont tous restés anonymes, 67 UPL ont été contactées afin de tester en pratique la grille d'évaluation éditée. Sur les 160 MSU consultés, quinze d'entre eux ont apporté une réponse soit 9% de répondants. Malheureusement sur ces réponses, l'un des questionnaires avait été renvoyé vide et il n'a pu être obtenu de retour de celui-ci, de sorte que seules 14 réponses étaient véritablement interprétables. Il a donc été réalisé une réelle interprétation des résultats sur 8.7% des MSU de la région.

L'ensemble des résultats quantitatifs du retour des MSU sont résumés dans le **Tableau 1**.

- Item 1 : à la question, « *Diriez-vous que la grille respecte les objectifs attendus en médecine générale ?* » :

Onze MSU étaient plutôt tout à fait d'accord, trois étaient plutôt d'accord.

Comme commentaire libre, nous pouvions lire : « *Elle fait le lien entre l'acquisition des*

*compétences et les acquis d'apprentissage* ».

Aucun MSU n'a émis de réponse indifférente ou n'a manifesté de désaccord.

- Item 2 : à la question, « ***La définition des familles de situations présentées vous paraît-elle suffisamment explicite ?*** » :

Dix MSU ont répondu être plutôt tout à fait d'accord.

Comme commentaire libre, nous pouvions lire : « *Il pourrait être intéressant de citer à titre d'exemple une situation du référentiel métier correspondant à chaque famille.* »

Un second commentaire proposait en complément de citer le référentiel métier dans la définition des familles de situation et enfin un dernier jugeait notre définition des familles de situation comme pertinente.

Trois MSU ont manifesté être plutôt d'accord avec cette question, un commentaire nous reprochant malgré tout une définition des familles de situation trop détaillée.

Enfin un dernier MSU a manifesté une indifférence à cette question, sans commentaire apporté.

Aucun désaccord n'a été manifesté face à cette question.

Caractéristiques de la grille	Plutôt tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas du tout d'accord
Diriez-vous que la grille respecte les objectifs attendus en médecine générale ?	11	3	0	0	0
La définition des familles de situations présentées vous paraît-elle suffisamment explicite ?	10	3	1	0	0
Diriez-vous que les compétences mise en jeu sont bien mises en avant dans chaque famille de situation évaluée ?	10	4	0	0	0
Considèreriez-vous le Langage de la grille comme adapté en pratique à la médecine générale ? (Grille compréhensible par MSU et internes)	7	5	2	0	0
Qualifieriez-vous la grille comme reproductible en pratique ? (notamment dans le temps)	8	5	0	1	0
Diriez-vous que la grille est adaptée pour une évaluation distincte ? (tant en N1 qu'en SASPAS)	8	4	0	1	1
Diriez-vous que la grille est adaptée à l'auto-évaluation ?	8	1	3	2	0
Diriez-vous que nous avons suffisamment mis en avant la notion d'approfondissement du SASPAS par rapport au N1 ?	6	5	1	2	0
Trouvez-vous que nous avons accordé une place suffisante aux commentaires libres ?	9	2	1	2	0
Qualifieriez-vous la grille évaluative comme souple ? (aspect non sanctionnant)	6	4	1	2	1
Considèreriez-vous la grille comme une bonne méthode de validation du stage ambulatoire ?	7	5	1	0	1

Tableau 1 : Retour Statistique des MSU sur le Questionnaire de Satisfaction

- Item 3 : à la question, « ***Diriez-vous que les compétences mise en jeu sont bien mises en avant dans chaque famille de situation évaluée ?*** » :

Dix MSU ont répondu être plutôt tout à fait d'accord.

Un commentaire stipulait que nous avions été complets dans la mise en avant des compétences dans chaque situation évaluée.

Un second commentaire, malgré un avis favorable, regrettait la gymnastique mentale pour associer les numéros donnant références aux compétences correspondantes mises en jeu :  
« *Cela demandera au moins au début une gymnastique mentale pour associer les N° aux compétences correspondantes* »

Quatre MSU ont manifesté être plutôt d'accord sans commentaires

Aucun MSU n'a manifesté d'indifférence ou de désaccord à cette question.

- Item 4 : à la question, « ***Considéreriez-vous le Langage de la grille comme adapté en pratique à la médecine générale ? (Grille compréhensible par MSU et internes)*** ».

Sept MSU ont répondu être tout à fait d'accord

Un commentaire relatait le fait que la grille que nous proposons est « *plus compréhensible que la grille actuelle* ».

Un second commentaire, relatant le vocabulaire peut être complexe utilisé dans la grille, stipulait que « *Le MSU est formé à l'utilisation de ce vocabulaire. L'interne l'est moins mais c'est au MSU à échanger sur cette grille au début du stage.* »

Cinq MSU se sont manifestés comme étant plutôt d'accord.

Un seul commentaire évoquait malgré tout, la difficulté de réalisation en pratique du fait du caractère très exhaustif de la grille

Deux MSU ont manifesté une indifférence à cette question, sans commentaire, et aucun MSU n'a manifesté de désaccord.

- Item 5 : à la question, « ***Qualifieriez-vous la grille comme reproductible en pratique ? (notamment dans le temps) »***.

Huit MSU ont répondu être plutôt tout à fait d'accord

Un commentaire nous avouant que la grille a été « *Adoptée sans problème par mes 3 derniers SASPAS. C'est devenu notre façon de travailler »*.

Un autre commentaire considérant notre grille comme « *Non seulement reproductible mais permettant une estimation de la progression de l'interne »*.

Cinq MSU ont répondu être plutôt d'accord sans ajouter de commentaire.

Un MSU a avoué n'être plutôt pas d'accord sans aucun commentaire ajouté.

- Item 6 : à la question, « ***Diriez-vous que la grille est adaptée pour une évaluation distincte ? (tant en N1 qu'en SASPAS) »***.

Huit MSU ont manifesté être plutôt tout à fait d'accord.

Un commentaire stipulait que « *Ce qui permet cette différenciation est explicité dans la grille. Ce n'est donc pas une difficulté. »*

Quatre MSU ont considéré être plutôt d'accord sans justification apportée.

Un MSU a répondu n'être plutôt pas d'accord avec pour commentaire vis à vis du N1 que ce dernier ne comprendrait pas forcément ce qu'on attend de lui.

Un MSU a répondu n'être pas du tout d'accord avec pour commentaire libre : « *Je ne pense pas que tous les objectifs soient également discriminants. Afin de raccourcir cette grille trop*

*longue, elle mériterait de ne comporter que les objectifs fortement discriminants* ». Ce commentaire semble non seulement quelque peu hors sujet par rapport au caractère N1/SASPAS mais qui plus est le message passé à travers ce commentaire remet en question l'aspect non sanctionnant de la grille.

- Item 7 : à la question, « **Diriez-vous que la grille est adaptée à l'auto-évaluation ?** »

Huit MSU ont affirmé être plutôt tout à fait d'accord avec cette question.

Un commentaire émettait une réserve malgré une réponse enthousiaste : « *A condition que la grille soit l'objet d'un échange et d'un accord MSU/IMG sur le sens de chaque item et surtout sur celui des niveaux à renseigner* ».

Un MSU a répondu être plutôt d'accord, émettant en commentaire une réserve quant au fait qu'il soit préférable d'avoir un accompagnement par le MSU, probablement pour une compréhension plus aisée de l'interne vis-à-vis du langage employé dans la grille.

Trois MSU ont répondu être indifférents à ce sujet sans en apporter de commentaire.

Deux MSU se sont revendiqués n'être plutôt pas d'accord, un commentaire remettant en cause l'argument du « *langage peut être un peu trop complexe à comprendre pour un interne en stage, peu formé en pédagogie et en compétence* ».

- Item 8 : à la question, « **Diriez-vous que nous avons suffisamment mis en avant la notion d'approfondissement du SASPAS par rapport au N1 ?** »

Six MSU se sont manifestés plutôt tout à fait d'accord.

Un seul commentaire apporté proposant en complément que « *Le MSU devra s'attacher à effectuer les rétroactions en supervision indirecte avec cette grille en toile de fond* ».

Cinq MSU ont répondu être plutôt d'accord sans commentaire apporté.

Un MSU s'est avoué indifférent face à cette question sans commentaire apporté

Deux MSU ont revendiqué n'être plutôt pas d'accord, sans commentaire ajouté.

- Item 9 : à la question, « **Trouvez-vous que nous avons accordé une place suffisante aux commentaires libres ?** »

Neuf MSU ont affirmé être tout à fait d'accord, un commentaire apportant une suggestion, je cite : « *Dans la mesure où cette grille est utilisée en auto évaluation et en hétéro évaluation, je pense qu'il faudrait 2 cases de commentaires libres. L'une pour l'IMG l'autre pour le MSU. La lecture simultanée des 2 commentaires serait probablement fructueuse* ».

Deux MSU ont répondu être plutôt d'accord sans commentaire apporté.

Un MSU a manifesté son indifférence, sans commentaire, à cette question.

Deux MSU ont répondu n'être plutôt pas d'accord, un commentaire remettant en doute l'importance des commentaires libres : « *Les commentaires libres sont peu utiles, surtout dans une grille aussi complète et longue* ».

- Item 10 : à la question, « **Qualifieriez-vous la grille évaluative comme souple ? (aspect non sanctionnant)** »

Six MSU ont répondu être plutôt tout à fait d'accord, un commentaire rappelant les deux fonctions de cette grille, à la fois « *Formative tout au long du stage et sanctionnant en fin de stage* ». Ce commentaire insiste par ailleurs sur le fait que la grille telle qu'élaborée « *permettrait d'ailleurs une excellente compréhension de la validation ou de la non validation du stage* ».

Quatre MSU ont manifesté être plutôt d'accord. Un seul commentaire suggérait « *d'ajouter*

*des mentions sur les situations particulières rencontrées en médecine générale comme : Hospitalisation à la demande d'un tiers, l'Interruption Volontaire de Grossesse, ou la prise en charge d'un patient issu d'une autre culture ».*

Un MSU a manifesté son indifférence, sans commentaire apporté.

Deux MSU ont répondu n'être plutôt pas d'accord sans commentaire dans leur justification.

Un MSU a revendiqué n'être plutôt pas du tout d'accord reprochant je cite : « *Aucune souplesse* », une grille « *totalelement rigide sur le plan pédagogique* ».

- Item 11 : à la question, « **Considèreriez-vous la grille comme une bonne méthode de validation du stage ambulatoire ?** »

Sept MSU ont répondu être tout à fait d'accord. Deux commentaires enthousiasmés évoquaient retrouver « *une grille qui au global parait plus compréhensible que l'actuelle et aussi plus explicite* ». Un autre commentaire qualifiait cette grille « *d'outil précieux* ».

Un commentaire jugeait la grille comme étant « *pour moi la meilleure car elle fait le lien entre les différents outils à notre disposition : la grille d'évaluation des compétences en médecine générale, les 11 familles de situations, le référentiel métier. Il manquait les acquis d'apprentissage en situation réelle qu'apporte cette grille* ».

Cinq MSU ont répondu être plutôt d'accord avec un seul commentaire apporté qui précisait que : « *Si 11 pages pour 11 familles de situation semble logique, peut-être serait-il judicieux d'en supprimer certains items afin de rendre cette grille plus aisément utilisable en pratique. Félicitations pour ce gros travail !* »

Une réponse a été apportée comme indifférente sans commentaire.

Un MSU a manifesté finalement n'être pas du tout d'accord, la justification apportée, portant sur une grille « *très explicite et complète* » mais qui « *gagnerait à être plus synthétique* ».



Enfin, en marge du questionnaire de satisfaction édité, certains MSU avaient pris l'initiative de glisser quelques messages et commentaires complémentaires, comme ceux-ci :

- *« Satisfait par les types de situations, très réalistes et détaillés »*
- *« Bravo »*
- *« Bravo pour ce travail qui représente le chaînon manquant à l'évaluation formative et sanctionnante de l'interne de médecine générale. Il manquait une synthèse faisant le lien entre les compétences et les familles de situations. Il restera aux MSU de trouver dans leur patientèle les situations plus représentatives que d'autres pour permettre à l'interne de s'auto évaluer et au MSU de l'aider à améliorer l'utilisation des compétences acquises dans toutes les circonstances »*
- *« Félicitations pour ce gros travail »*
- *« C'est plus concret, c'est plus clair, peut-être encore à évoluer, mais je me vois bien l'utiliser »*
- *« C'est la première fois qu'une grille d'évaluation de stage me donne l'envie de m'en servir, pas uniquement pour des raisons administratives de validation, mais véritablement comme outil pédagogique : simple, clair, complet ».*

## DISCUSSION

Au vu du taux très faible de répondants, cette étude semble mettre en avant un manque d'intérêt global porté par la majorité des MSU quant à l'évaluation des internes en stage. Pourtant, la plupart des MSU ayant participé à cette étude ont répondu favorablement à la mise en place d'une nouvelle méthode d'évaluation en validant notamment la grille proposée au cours de l'étude. A noter qu'une utilisation de la grille en début de stage à titre informatif et pour évaluer d'une base de compétences apparaît intéressante, bien que ce ne soit pas l'objectif premier recherché.

### **1. Force de l'étude**

#### *a. Les points forts de l'étude quantitative*

Ce qui fait avant tout la force de ce travail, c'est son caractère novateur. Le constat ayant été fait que peu d'études existaient sur le sujet, il semblait évident que dans un souci d'amélioration de l'évaluation des compétences des internes en MG, un travail donnant la parole aux acteurs de cette évaluation soit mis en place.

La réalisation première d'un travail qualitatif initial, auprès des MSU, fut aussi nécessaire que primordial dans la réalisation de ce travail quantitatif qui n'en est que la suite logique. Par ailleurs, le choix d'une méthode quantitative est ce qu'il y a de plus adapté dans l'étude des opinions, par sondage, d'un échantillon représentatif d'une population étudiée ceci en vue d'une extrapolation des résultats.

Le choix de réaliser une prise de contact par mail a grandement facilité l'échange de pièces jointes et la communication directe avec les MSU interrogés.

Le soutien apporté par le président du CEMG Lille, le Docteur Michel Cunin, dans la communication auprès des MSU affiliés à la Faculté de Médecine de Lille a permis d'apporter un caractère, sans aucun doute plus officiel, à ce travail auprès des MSU interrogés.

### *b. Points forts des grilles proposées*

L'élaboration de la grille d'évaluation a été réalisée en tenant compte des dernières actualités pédagogiques en ce qui concerne le TCEM, notamment par inspiration des familles de situation et de l'approche par compétences. Les doléances préalables, elles aussi, ont été autant que possibles prises en compte dans la constitution d'une grille d'évaluation répondant au mieux aux attentes des MSU, acteurs essentiels dans l'évaluation des compétences des internes en MG.

La réalisation du questionnaire de satisfaction a pris compte, quant à elle, les attentes préalables des MSU à travers une échelle connue et validée afin de renforcer la qualité du sondage.

## **2. Faiblesses de l'étude**

### *a. Biais internes*

Le choix de réaliser une prise de contact uniquement par mail, sans réaliser notamment de préparation des MSU à la réception numérique, a pu participer à la réduction du nombre de participants de ce travail dans le sens où la réception quotidienne et intempestive dans une boîte mail, d'un contenu parfois publicitaire, peut amener certains MSU à méconnaître ou passer outre la lecture de certains mails comme il aurait pu être le cas des nôtres.

Quoi que suivant une suite logique liée aux onze familles de situations rencontrées en MG, et comme il nous l'a été reproché, la proposition d'une grille d'évaluation test de plus de onze pages est susceptible, par sa longueur, d'avoir découragé plus d'un MSU à participer à cette étude.

Le choix de réaliser cette enquête auprès des MSU au mois d'octobre, dernier mois du stage estival et date à laquelle la réalisation et restitution des grilles d'évaluation bat son plein a pu freiner les MSU dans le test en pratique d'une nouvelle grille d'évaluation comme celle proposée dans ce travail.

#### *b. Limites des résultats*

Bien que l'ensemble des MSU affiliés à la Faculté de Médecine de Lille aient été tous contactés pour ce sondage, le retour obtenu par seulement 9% d'entre eux réduit fortement la validité externe des résultats de notre travail.

### **3. Comparaison aux travaux actuels (ANNEXE 4)**

Prenons l'exemple de la grille générique d'observation éditée par Claude Attali (ANNEXE 4) qui s'inspire de la marguerite des compétences en MG. Le principe de cette grille est de suivre le déroulement d'une consultation en MG ce qui la rend essentiellement utilisable en hétéro évaluation par supervision directe. Dans ce sens elle s'adresse avant tout à un interne en N1. Cette grille fait le lien, selon différents temps de la consultation, entre les rôles, les compétences et les tâches à maîtriser par l'interne.

Par le biais d'un code couleur, sont répertoriées les différentes tâches que doit maîtriser l'interne selon les divers temps de la consultation de l'interrogatoire à la planification du suivi. Trois niveaux d'acquisition des compétences sont édités, à savoir, novice, intermédiaire ou confirmé et une place est laissée pour les commentaires libres des MSU.

Un prochain travail, du même auteur, est en cours d'étude basé sur une grille s'inspirant des onze familles de situation à l'image de celle présentée dans ce travail. Il sera intéressant d'en comparer les résultats à celui de notre travail.

#### **4. Pistes d'amélioration**

Il est difficile de faire la part des choses entre le souhait de certains MSU d'être encore plus pertinent dans l'élaboration de la grille, notamment sur certaines situations particulières rencontrées en MG, comme cela a été évoqué dans les commentaires au sujet notamment de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'interruption volontaire de grossesse ou la prise en charge d'un patient d'une autre culture, quand d'autres MSU prônent une grille d'évaluation plus synthétiques quitte à n'évoquer que les situations les plus fréquentes. Il faut pour autant considérer qu'une grille doit convenir au plus grand nombre, qu'il y aura toujours des insatisfaits. La pertinence majoritaire des commentaires positifs tendent à peser en faveur en la qualité de ce travail. Néanmoins des pistes d'amélioration sont possibles comme :

- Mieux définir les familles de situation en citant notamment le référentiel métier, et clarifier certains items pédagogiques, pour une meilleure utilisation en auto évaluation. Il s'agirait ici de réaliser par exemple un enseignement dédié à la formation de ce vocabulaire pour les internes en MG, ou à la rédaction d'un guide des

termes apposé en annexe de la grille afin que chacun ait à disposition une définition précise de chaque situation, chaque item ou chaque compétence étudié

- Rendre, au sein de la grille, l'association chiffre et compétence plus lisible par exemple par la mise en place d'un code couleur
- Supprimer quelques items de la grille afin de limiter les redondances, favoriser la synthèse, ou en précisant que l'évaluation de certains savoir-faire ou savoir-être n'est pas nécessaires, tout ceci sans nuire à la pertinence de la grille
- Envisager de séparer en deux la partie « *commentaires libres* » pour permettre un commentaire de la part de l'interne et du MSU
- Etablir une liste des items (savoir-faire, savoir-être, voire même de certaines familles de situations) nécessaires à maîtriser en SASPAS par rapport au N1 afin d'éclaircir davantage la notion de progression du N1 vis-à-vis du SASPAS, quitte à inclure des éléments bonus
- Mettre en place un arrangement intra-UPL dans l'évaluation de certaines familles de situations, adaptée spécifiquement au MSU, à son exercice et à sa patientèle, de sorte que chaque MSU pourrait évaluer avec l'interne trois à quatre familles de situation adaptées à sa pratique avant une mise en commun finale des onze familles de situation avec l'interne et les autres MSU de l'UPL.

La grille d'évaluation finale est disponible en **ANNEXE 2** de cette étude.

## CONCLUSION

La qualité de l'évaluation des compétences des internes est un enjeu aussi actuel que nécessaire. Cette étude a permis de tester en pratique les attentes des MSU dans la réalisation d'une méthode d'évaluation des compétences des internes en MG en stage en soins primaires, qu'ils soient en N1 ou en SASPAS ceci à travers une grille d'évaluation test se basant sur les connaissances actuelles en terme de pédagogie en MG. (1)

Il n'a pas été possible d'élaborer une grille qui soit courte pour faciliter son utilisation en pratique.

Bien que peu de MSU interrogés aient participé à ce sondage, la pertinence des résultats obtenus semble favorable à la réalisation d'une grille d'évaluation mettant en commun la notion d'approche par compétences à celle de familles de situation rencontrées en MG.

Si les attentes des MSU ont été au maximum prises en compte il n'en n'est pas moins réel que des points d'amélioration sont à apporter ; notamment en terme de langage et de facilité d'utilisation vis-à-vis de l'obstacle temps, facteur limitant essentiel à la réalisation d'une évaluation, soulevé dans les résultats de l'étude qualitative précédant ce travail. Les internes en MG, eux aussi utilisateurs de la grille, se doivent de maîtriser les termes pédagogiques utilisés afin d'appréhender au mieux l'outil d'évaluation proposé.

Bien que cette étude ait pour objectif l'amélioration de l'évaluation des compétences par les internes et pour les internes en stages en soins primaires, ce travail n'a pris en compte que la parole des MSU. Il serait intéressant de mettre en place un travail similaire donnant la parole aux internes en MG, avec notamment la réalisation au préalable d'une étude qualitative pour faire un état des lieux de la situation et recueillir les attentes préalables des internes en MG en

formation à laquelle succéderait une étude quantitative mettant en commun l'ensemble des résultats, en proposant une méthode d'évaluation prenant en compte les attentes à la fois des MSU, formateurs de premier ordre des internes en soins primaires, et celles des internes eux-mêmes, acteurs directs de leur propre formation.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cécile Renoux, Jean-Pierre Lebeau, Alain Potier, Anne-Marie Lehr-Drylewicz. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine général. *Exercer*. 2013;(108):185-92.
2. Code de l'éducation | Legifrance [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=0D9617A704681286483AE1B05324FC2C.tplgfr37s\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000033495028&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20181223](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=0D9617A704681286483AE1B05324FC2C.tplgfr37s_2?idSectionTA=LEGISCTA000033495028&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20181223)
3. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine – Articles 57,58.
4. Mémoire de DES (portfolio) [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: [http://medecine.univ-lille.fr/dmg\\_memoire/](http://medecine.univ-lille.fr/dmg_memoire/)
5. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *Exercer* 2013;(108):178-84.
6. Samuel Chartier, Julien Le Breton, Emilie Ferrat, Laurence Compagnon, Claude Attali, Vincent Renard. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale Des fondements théoriques à la pratique. *Exercer*. 2013;(108):171-7.
7. GELULES - Évaluez vos stages [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.apesem.org/gelules/>
8. EvalTonStage - Terrains de stage [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.evaltonstage.com/>
9. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
10. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. *janv* 2013;23.
11. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
12. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;(108):148-55.
13. Corinne Perdrix, Christophe Pigache, Christian Dupraz, Thierry Farge, Christine Maynie-Francois, Irène Supper, Yves Zerbib, Alain Moreau. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exercer*. 2016;(124):132-7.

14. Chartier S, Adeline-Duflot F, Breton JL, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*. 2014;25(111):33-9.
15. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. *Exercer* 2016;(127):226-32.
16. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;(108):156-64.
17. Les objectifs d'évaluation en médecine familiale | Ressources | Ressources | Le Collège des médecins de famille du Canada [Internet]. [cité 24 déc 2018]. Disponible sur:  
<https://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1025&langType=3084>
18. Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale - Le Centre de médecine de famille | Ressources | Ressources | Le Collège des médecins de famille du Canada [Internet]. [cité 24 déc 2018]. Disponible sur:  
[https://www.cfpc.ca/Une\\_Vision\\_Pour\\_le\\_Canada/](https://www.cfpc.ca/Une_Vision_Pour_le_Canada/)
19. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;(108):165-9.
20. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato M-L, et al. Présentation d'un module d'enseignement dédié à l'appropriation de cette méthode pédagogique. *Exercer* 2012;(103):169-74.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 :

#### Les grandes familles de situation cliniques rencontrées en Médecine Générale :

- **Famille de situation 1** : Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence.
- **Famille de situation 2** : Situations liées à des problèmes aigus, programmés ou non, fréquents ou exemplaires.
- **Famille de situation 3** : Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties.
- **Famille de situation 4** : Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent.
- **Famille de situation 5** : Situations autour de la sexualité de la génitalité et de la reproduction.
- **Famille de situation 6** : Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple.
- **Famille de situation 7** : Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail.
- **Famille de situation 8** : Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan.
- **Famille de situation 9** : Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants.
- **Famille de situation 10** : Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan.
- **Famille de situation 11** : Situations avec des patients d'une autre culture

## ANNEXE 2 : La Grille d'évaluation.

### RAPPEL DES SIX GRANDES CATEGORIES DE COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE :

#### URGENCES :

1. Décryptage d'une plainte
2. Gestion de l'urgence
3. Mobilisation des ressources
4. Diagnostic de situation, Prévalence, hiérarchisation

#### COMMUNICATION CENTREE PATIENT :

5. Communication avec l'entourage
6. Structuration de l'entretien
7. Relation médecin patient
8. Habileté communicationnelle

#### APPROCHE GLOBALE :

9. Démarche décisionnelle
10. Représentations
11. Réflexivité, réévaluation, incertitude
12. Bio-psycho-sociale

#### CONTINUITÉ/SUIVI, COORDINATION :

13. Suivi dans le temps
14. Dossier médical à jour
15. continuité des soins
16. Coordination des soins autour du patient

#### EDUCATION :

17. Prévention, dépistage
18. Education
19. Degré d'implication du soignant

#### PROFESSIONNALISME :

20. Formation professionnelle
21. Ethique/déontologie
22. Organisation professionnelle
23. Responsabilité sociale

#### LEGENDE DES MENTIONS DE LA SITUATION EVALUEE :

- Non vue = pas de confrontation en pratique de la situation (ne peut donc pas être évaluée ou acquise), Evoquée = confrontation itérative de la situation en pratique, vue peu fréquemment au cours du stage, travaillée/confrontée = confrontation fréquente de la situation en pratique.
- *Non maitrisée, partiellement maitrisée, impliquent la nécessité d'un approfondissement rigoureux, peu acceptable en niveau SASPAS mais acceptable en niveau N1.*
- *Maitrisée, n'empêche pas qu'un approfondissement soit nécessaire, mais au moins l'autonomie est acquise dans cette situation, minimum requis en fin de SASPAS.*
- *Bien maitrisée = parfaitement acquis, autonomie pleinement acquise*

Comme vu ci-dessus, chaque compétence en médecine générale, s'est vue attribuer un chiffre. Les numérotations dans le tableau font références aux compétences numérotées mises en jeu dans la situation étudiée/évaluée, vous pouvez vous y référer.

**NOTA BENE :** vous trouverez en toute fin de grille une légende expliquant comment pondérer la maîtrise de chacune des situations évaluées en fonction des savoir-faire et des savoir-être acquis ou non.

**Famille de situation 1 : Situation autour de patient souffrant de pathologie chronique, polymorbidité à forte prévalence.**

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	démarche diagnostique adaptée au patient, au terrain, au contexte avec réévaluation régulière (9)				
	stratégie thérapeutique adaptée à l'environnement (3, 4, 11)				
	coordonner le projet de soin, PEC à domicile (16)				
	aide au maintien à l'autonomie, analyse la qualité de vie, mobilise les ressources nécessaires (3)				
	évalue précocement les complications liées à l'addiction (2, 4, 15, 16)				
	replacer la douleur dans son contexte étiologique (2, 3, 4, 12)				
	traite les événements morbides et pathologies intercurrentes (1, 3, 4, 15, 16)				
	Utilise l'éducation thérapeutique pour faciliter l'autonomisation, explication apportées quant à l'intérêt de dépistage (7, 8, 17, 18)				
Savoir-être	Négocie un projet de soins, en prenant en compte les référentiels de bonne pratique, qualité de vie, les besoins, l'environnement (1, 4, 5, 6, 7, 8),				
	Propose à nouveau si nécessaire des examens de dépistage, après s'être enquis des représentations du patient (13, 14, 15,16)				
	Capacité à s'engager auprès du patient (13, 14, 15, 19)				
	S'informe avec tact et mesure auprès du patient de ce qu'il sait de la maladie (7, 8, 10, 13, 15, 18)				
	Recueille les directives anticipées du patient et le nom de la personne de confiance (5, 7, 12, 16, 19, 21)				
	Replace le patient selon les différents contextes de présentation (1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 15, 16)				
	Relation médecin patient basée sur l'empathie (7)				
	Informe de façon éclairée chaque stade de la maladie (7,8), (13), (22)				

Famille de Situation 1 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

**Famille de situation 2 : Situations liées à des problèmes aigus/programmés ou non/fréquents ou exemplaires.**

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Reçoit de nouveaux patients quel que soit le motif (19, 21, 22)				
	Pose un diagnostic global de la situation en intégrant les aspects médicaux, psychosociaux et environnementaux (1, 3, 4, 9, 10, 11, 12)				
	Affine au fur et à mesure des hypothèses sur les causes potentielles de la plainte (1, 3, 4, 6, 9)				
	Met en œuvre le projet thérapeutique en l'absence de certitude devant une plainte médicalement inexplicée (1, 2, 3, 4, 9, 11, 20)				
	Effectue un suivi et assure la continuité de la prise en charge, communique avec les autres professionnels (13, 15, 16, 19, 22, 23)				
	Hiérarchise selon l'âge, les circonstances favorisantes ou déclenchantes, les mécanismes lésionnels, les hypothèses diagnostiques, réalise les gestes cliniques et investigations complémentaires utiles à sa démarche (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10)				
<b>Savoir-être</b>	Entendre et répondre aux plaintes somatiques médicalement inexplicées, aux plaintes d'origine fonctionnelle (1, 6, 7, 8, 10)				
	Se renseigne sur ce que le patient attend de la relation médecin-patient, présente son mode d'exercice (7, 8, 10, 12, 19, 21, 23)				
	Entendre et répondre aux plaintes somatiques aiguës non urgentes prévalentes en médecine générale (1, 2, 6, 7, 8, 10, 18)				
	Explore la plainte et son environnement par l'écoute, mène un entretien d'anamnèse orienté par le type de plainte (1, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 19)				
	Elabore un projet d'intervention négocié avec le patient en tenant compte des circonstances cliniques, des données de la science et de ses préférences (EBM), ouvre un dialogue, sollicite un spécialiste (7, 8, 10, 12, 16, 19, 21)				

Famille de Situation 2 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

### Famille de situation 3 : Situations liées dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties.

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Accueillir des Patients qui présentent des plaintes urgentes de nature somatique (défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions : anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypo-volémique hémorragique ou non, neurogénique, septique), et urgences ressenties : soulagement symptomatique (1, 2,, 4, 9, 19, 22)				
	Affine les éléments d'analyse de la situation afin de distinguer les différents types d'urgence (1, 2, 4, 6, 9)				
	Met en œuvre une prise en charge adaptée à la situation, évalué le risque vital à court terme (3, 4, 9, 20)				
	Evalue globalement la situation en intégrant les aspects médicaux, psychosociaux et environnementaux (1, 11, 12)				
	Effectue un suivi et assure la continuité de la prise en charge, évalue l'évolution de la situation (13,15, 16, 19, 22, 23)				
	Dans le cadre de patients présentant des crises aiguës psychiques, adapte ses décisions aux risques encourus par le patient, son entourage, la société et les soignants et aux possibilités d'intervention locales, met en place si besoin une HDT en respectant la procédure (2, 4, 5, 9, 11, 12, 16)				
	Dans le cadre de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus, hiérarchise selon la gravité potentielle de la situation du degré de fragilité de la personne (femmes, enfants en bas âge, personne très fragile physiquement et ou psychologiquement, évalue les possibilités d'intervention avec les services sociaux locaux (2, 4, 5, 9, 11, 12, 16)				
<b>Savoir-être</b>	Adopte une attitude favorisant la création d'une alliance thérapeutique avec le patient, voire avec l'ensemble des personnes impliquées (5, 6, 7, 8, 10, 12, 18, 19)				
	Analyse la demande par l'observation et l'entretien avec le patient et/ou sa famille et /ou les intervenants de la société en recherchant si possible des éléments de sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle (5, 6, 7, 8, 10, 12, 16)				

Famille de Situation 3 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

**Famille de situation 4 : Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent.**

Situation :     non vue                                     évoquée                                     travaillée/confrontée

		Non Acquis	En voies d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Organise les consultations systématiques de surveillance chez le nourrisson et au-delà d'un an (13, 15, 16, 22, 23)				
	S'assure de l'évolution normale des stades du développement global, du dépistage des troubles sensoriels et psycho-comportementaux (12, 13, 15, 16, 17)				
	Suit les recommandations de prévention vaccinale (13, 14, 15, 16, 17, 19, 20)				
	Développe une démarche adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant, oriente vers des structures spécifiques de soins si nécessaire (3, 4, 9, 11, 12)				
	Utilise le dossier médical et le carnet de santé de l'enfant pour le suivi des anomalies relevées (13, 14, 15, 19)				
	Explore les indices d'obésité de l'enfant. (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)				
	En cas de handicap, se positionne comme interlocuteur de l'enfant et de ses parents dans le suivi pluridisciplinaire et établit un réseau de correspondants pertinents (1, 4, 5, 7, 8, 18, 19, 22, 23)				
	Repère chez l'adolescent, les plaintes répétées comme indice de mal être (1, 4, 6, 7, 12, 17, 18, 19, 23)				
	Repère les conduites à risques chez l'adolescent (1, 4, 6, 7, 12, 17, 18, 19, 23)				
	Précise aux parents la conduite à tenir et propose une réévaluation rapprochée adaptée au contexte (5, 6, 8, 9, 11, 13, 15)				
	Tient compte du contexte familial et socio-économique dans ses interventions (5, 12, 23)				
Informe des risques domestiques (13, 17, 18, 23)					
<b>Savoir-être</b>	Ecoute et répond aux questions des parents concernant les repères dans l'alimentation de leur nourrisson (conseils pratiques et théoriques sur l'allaitement, recommandations de complémentarité vitaminique, utilisation des préparations lactées et diversification alimentaire) (1, 5, 7, 8, 18, 19, 22, 23)				
	Etablit une relation avec l'enfant, le met en confiance et s'adresse à lui dans un environnement adapté à son âge -6, 7, 8, 18, 19, 23)				
	Accompagne les parents inquiets des troubles potentiels de leur nourrisson, donne des repères sur les acquisitions psychomotrices utiles à la réassurance des parents (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17)				
	Initie une relation de soutien à l'élaboration psychique de l'adolescent en tenant compte de la présence du tiers accompagnant (5, 6, 7, 8, 10, 12, 19, 21, 23)				
	Informe et dialogue sur les vaccinations recommandées à l'adolescence, des moyens de prévention des IST et des grossesses non désirées, de contraception (6, 7, 8, 10, 17, 18)				
	Tient compte des représentations de l'adolescent (6, 7, 10)				

Famille de Situation 4 :     non maîtrisée                     partiellement maîtrisée  
     maîtrisée                                     Bien maîtrisée



## Famille de situation 5 : Situations autour de la sexualité, de la génitalité et de la reproduction.

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Propose un mode de contraception adapté en présentant leurs modalités de prise, leurs efficacités, en tenant compte des contre-indications, des souhaits de la femme ou du couple (3, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 23)				
	Informe autour du projet de grossesse, utilise les rencontres avec la femme ou le couple pour évoquer le projet de grossesse selon l'âge, les antécédents, le contexte socio-économique et familial. (5, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 23)				
	Assure le suivi d'une grossesse normale dans sa dimension médicale et affective, y intégrant la consultation pré-conceptionnelle(12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)				
	Aide la femme à réduire les risques pour la grossesse (produits psychoactifs, tabac, alcool), repère et oriente les grossesses à risque (8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22)				
	Propose les dépistages (col utérin, sein, colon) en les situant dans le cadre des dépistages organisés ou individuels selon les risques de la patiente (12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22)				
	Questionne sur les signes d'expression d'incontinence urinaire et l'inconfort des rapports sexuels (1, 3, 7, 8, 12, 15, 19, 23)				
	Evalue le risque ostéoporotique, organise sa prévention, son suivi, sa prise en charge (4, 7, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19)				
	Informe sur les conduites à tenir en cas de problème en particulier en cas d'oubli de pilule (13,15,16,17,18,19,20)				
	Prend en compte les plaintes et symptômes directement liés à la carence oestrogénique (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale etc.) et identifie cliniquement la ménopause (1, 3, 4, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 20)				
	Assure un suivi et un soutien à la femme en péri-ménopause, adapte ses explications sur les bénéfices et les risques d'un traitement hormonal substitutif, et en assure la prescription (6,7,8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23)				
	Répond à une demande d'IVG en respectant le devoir d'information et la clause de conscience(1,2,3,4,6,7,9,10,12)				
	Dans le cadre de trouble de la sexualité, explore les différentes étiologies à l'origine des troubles et propose des possibilités de résolutions pharmacologiques ou non pharmacologiques (1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,16,19,20)				
	Assure la prévention, le dépistage et le traitement des IST prenant en compte les objectifs de santé communautaire (1, 2, 4, 8, 13, 17, 18, 19, 20, 23)				
	Répond de façon adaptée à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable et l'explore (1,2,3,4,19,22)				
<b>Savoir-être</b>	Ecoute et répond aux interrogations de la femme et du futur père dans le suivi de grossesse, s'enquière du lieu prévu de l'accouchement, accompagne les parents dans l'accueil de l'enfant à naître (5,6,7,8,10,12,13,15,18,19,23)				
	Accompagne la patiente dans sa décision d'IVG (prescriptions utiles, exploration des erreurs et difficultés lors de l'utilisation de la contraception, abord de l'ambivalence du désir de grossesse et de la place du père) (7,8,10,12,13,15,17,18,19,20,21,22,23)				
	Favorise l'expression des plaintes autour de la sexualité par l'attitude verbale et non verbale, se renseigne sur les événements de vie à l'origine de ces troubles ainsi que les répercussions (1,4,5,6,7,8,10,12,13,15,19)				

Famille de Situation 5 :  non maitrisée  partiellement maitrisée  
 maitrisée  Bien maitrisée

## Famille de situation 6 : Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	Explore les relations familiales (vie du couple ; relations avec enfants et parents) (5,7,12,19,21,23)				
	Explore et prend en compte les plaintes somatiques et les répercussions psychiques (1,3,4,6,7,8,12,13,14,15)				
	Recherche la présence ou l'absence de « violences conjugales » et des faits de maltraitance sur les personnes vulnérables de la famille (1,4,5,7,8,12,13,14,15,16,19,21,23)				
	Recherche des facteurs favorisants comme des addictions (alcool, cannabis, etc.) ou des pathologies psychiatriques (1,3,4,5,7,8,12,13,14,15,16,19,21,23)				
	Explore les répercussions sociales (professionnelles, amicales, loisirs) et financières actuelles ou futures (1,3,4,5,7,8,12,13,14,15,16,19,21,23)				
	Adresse éventuellement le patient ou le couple à un psychologue, un thérapeute familial si nécessaire et si les patients l'acceptent (9,12,13,15,16,19,23)				
	Prescrit les thérapeutiques efficaces et/ou nécessaires dans les différents registres, y compris somatiques, en fonction de la plainte initiale et du trouble retentissant engendré (2,3,4,9,11,12,19,20)				
	Rédige si besoin un certificat médical descriptif pour faire valoir ce que de droit (4,7,12,13,14,15,16,19,23)				
	Signale si besoin les cas de négligences et violences aux enfants dans le respect du cadre légal en prenant si besoin avis d'intervenants spécialisés dans ces problèmes (2,3,4,9,17,18,19,21)				
Savoir-être	Accueille le patient qui se plaint de troubles personnels et/ou familiaux (1,3,4,18,22)				
	Respecte le secret médical dans le contexte intrafamilial (5,7,8,12,19,21,22,23)				
	Adopte une attitude empathique vis-à-vis des conséquences psychiques retrouvées (7,8,10,12,13,14,15,19,21,23)				
	Assume une relation d'aide objective, sans jugement ni conseil sur ce qui est bon ou non de faire (7,8,10,12,13,14,15,19,21,23)				
	Interprète avec prudence et discernement les éléments rapportés par l'entourage (5,7,8,12,16,19,21,22,23)				

Famille de Situation 6 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

## Famille de situation 7 : Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	Fait le lien entre travail et problèmes de santé, déclare si besoin la maladie comme étant de nature professionnelle (1,4,7,8,9,12,13,14,19,22,23)				
	Contacte si besoin avec l'accord du patient le médecin du travail pour se renseigner sur les risques liés au travail et au contexte (7,8,12,15,16,19,21,23)				
	Questionne quant au risque de harcèlement au travail (1, 4, 5,7, 8, 12, 13, 16, 19, 23)				
	Accompagne le patient durant le temps (parfois long) nécessaire et propose de le revoir (11, 12, 13, 14, 15, 16, 19)				
Savoir-être	Respecte le secret médical dans la collaboration avec le médecin du travail (12, 13, 15, 19, 21, 23)				

Famille de Situation 7 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

## Famille de situation 8 : Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan

Situations prototypiques :

- refus des soins
- certificat à la demande du patient
- certificat à la demande d'un tiers - parent – enfant
- assurantiel patient perso
- patient décédé
- transmission du dossier médical
- information autour d'un acte, d'une prescription, d'un geste, d'un traitement
- situations de signalement
- situations de dépistage
- démarches administratives Assurance maladie, APA et MDPH

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	Fait préciser, par l'entretien les demandes du patient (1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 19)				
	Explore les relations familiales, (vie du couple ; relations avec enfants et parents) et les éventuels conflits d'intérêt (5, 6, 7, 8, 10, 12, 19, 23)				
	S'enquête de rechercher les répercussions sociales (professionnelles, amicales, loisirs) et financières présentes ou à venir (5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 22, 23)				
	Orienté si nécessaire vers les structures ou autres professionnels compétents (juriste, avocat, mairie, MDPH, Assistante sociale, médecin expert, etc) (9,11,12,13,14,15,16,22)				
	Rédige si besoin un certificat médical descriptif pour faire valoir ce que de droit (6,9,11,12,13,19,20,21,22,23)				
Savoir-être	Explique les raisons de ses décisions à partir des référentiels juridiques, déontologique (6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19)				
	Respecte le secret médical dans le contexte intrafamilial et dans l'intérêt du patient (5, 7, 19, 21, 23)				

Famille de Situation 8 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

## Famille de situation 9 : Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Reconnait, nomme les émotions perçues par le patient qui empêchent ou parasitent l'écoute active centrée patient (1, 3, 4, 6, 8, 10, 12)				
	Analyse avec le patient la difficulté, re-contextualise les émotions perçues, les interprétations et représentations (4, 6, 7, 8, 10, 12, 19)				
	Propose des solutions de prise en charge, sans pour autant entretenir de fausses idées préconçues (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22)				
	Propose un contexte plus favorable à la résolution du problème, quitte à re-convoquer ou ré-orienter (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 23 )				
<b>Savoir-être</b>	Adopte une posture professionnelle (10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23)				
	Recherche la coopération du patient plutôt que la confrontation (6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 23)				

Famille de Situation 9 :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

**Famille de situation 10 : Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan**

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
<b>Savoir-faire</b>	Repère les difficultés et les obstacles d'accès à l'information, de communication (par rapport à la langue, culture, croyances) (5,6,7,8,19,23)				
	Répond à la demande immédiate du patient et prend les mesures d'urgence (à court terme) aide au projet futur (à moyen terme) (1,2,4,13,19,22,23)				
	Identifie ce qui est réalisable en repérant les limites de son intervention et ses propres limites (6,9,19,20,22)				
	Fait le point, informe sur les droits potentiels ouverts ou à faire valoir. Contacte les personnes ressources ou oriente vers les structures susceptibles de faire ouvrir les droits (9,12,16,21)				
<b>Savoir-être</b>	Instaure une relation de confiance et de soutien pour éviter la chronicisation des problèmes médicaux et favoriser le retours à des conditions sociales meilleures (7,8,12,13,18,19,21,22,23)				
	Respecte la sensibilité et les difficultés psychologiques du patient (7,10,12)				

Situation :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

## Famille de situation 11 : Situations avec des patients d'une autre culture

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	Evalue l'histoire et l'environnement du patient (son statut, les raisons et conditions de la venue en France, ressources, statut familial, hébergement, alimentation) (5,8,12, 22)				
	Réalise l'examen clinique orienté afin de vérifier et éliminer les hypothèses diagnostiques les plus probables en fonction de la plainte, du statut du patient, du pays d'origine et des conditions de vie (1,4,9,12)				
	Elimine une pathologie nécessitant des soins urgents tout en restant attentif aux troubles psychologiques secondaires au statut actuel du patient, au passé récent ou ancien (1,2,4,10,11,12,13,15)				
	Evalue l'état général physique et psychique, la couverture sociale et les possibilités de prise en charge du patient (6,11,12,14,19,21,23)				
	Prescrit les thérapeutiques et/ou les examens complémentaires nécessaire à la résolution de la situation clinique et/ou diffère si besoin et si possible le temps nécessaire afin que le patient puisse obtenir une couverture sociale permettant de bénéficier des soins adaptés (4,8,9,12,13,15,16,23)				
	Prend en compte les risques médicaux inhérents aux conditions de vie et à d'éventuels voyages dans le pays d'origine du patient (12,13,16,18,19,21,22,23)				
Savoir-être	Instaure une relation de confiance et explore la plainte du patient par une écoute active, laisse le temps nécessaire un patient pour l'expression verbale (7,8,13,15,16,18,19,22)				
	S'assure de la compréhension du patient et de son adhésion au projet de soins (7,8,10,11,12)				

Situation :  non maîtrisée  partiellement maîtrisée  
 maîtrisée  Bien maîtrisée

### PONDERATION DE LA MAITRISE de chaque situation évaluée :

- Pour être « bien maîtrisée », une situation évaluée ne peut avoir aucuns savoir-faire/savoir-être jugés comme « non acquis » et au moins la moitié « en voie d'acquisition » comme maîtrise minimum de la situation.
- Si un savoir-faire/savoir-être est jugé « non acquis » (maximum un), et si au moins un tiers des savoir-faire/savoir-être sont jugés « en voie d'acquisition », alors la situation peut être au maximum évaluée comme « maîtrisée » (et non pas bien maîtrisée).
- Si plus de un savoir-faire/savoir-être est jugé « non acquis » (maximum deux), la situation peut être évaluée tout au plus comme « partiellement maîtrisée »
- Si plus de deux savoir-faire/savoir-être sont jugés « non acquis », alors la situation peut tout au plus être évaluée comme « non maîtrisée ».

### ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction

Caractéristiques de la grille	Plutôt tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d'accord	Plutôt pas du tout d'accord	Commentaire libres
Diriez-vous que la grille respecte les objectifs attendus en médecine générale ?						
La définition des familles de situations présentées vous paraît-elle suffisamment explicite ?						
Diriez-vous que les compétences mise en jeu sont bien mises en avant dans chaque famille de situation évaluée ?						
Considéreriez-vous le Langage de la grille comme adapté en pratique à la médecine générale ? (Grille compréhensible par MSU et internes)						
Qualifieriez-vous la grille comme reproductible en pratique ? (notamment dans le temps)						
Diriez-vous que la grille est adaptée pour une évaluation distincte ? (tant en N1 qu'en SASPAS)						
Diriez-vous que la grille est adaptée à l'auto-évaluation ?						
Diriez-vous que nous avons suffisamment mis en avant la notion d'approfondissement du SASPAS par rapport au N1 ?						
Trouvez-vous que nous avons accordé une place suffisante aux commentaires libres ?						
Qualifieriez-vous la grille évaluative comme souple ? (aspect non sanctionnant)						
Considéreriez-vous la grille comme une bonne méthode de validation du stage ambulatoire ?						





La démarche devra être discutée lors de l'entretien ou en cas d'intervention du MSU qui devra repérer les étiologies des erreurs de raisonnement (voir en annexes ces principales étiologies)								
<i>En cas de renouvellement</i>					X	X	X	
12 bis <i>S'engage de ce qui s'est passé depuis la dernière fois</i>								
12 ter <i>questionne sur l'acceptation du traitement</i>								
12 quart <i>la tolérance du traitement/ effet secondaire/iatrogénie</i>								
13 <b>Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien</b>								
14 <b>Prend en compte de la prévalence en Médecine Générale</b>						X	X	
15 <b>Prend en compte du risque morbide à court et moyen terme (à éliminer)</b>					X	X	X	
<b>Examen</b>								
16 <b>Explique les raisons de l'examen</b>							X	
17 <b>Structure l'examen centré sur les hypothèses / Objectifs de la consultation</b>						X	X	
18 <b>Poursuit l'entretien durant l'examen physique</b>							X	
19 <b>Négocie si besoin l'examen prenant en compte les réticences exprimées ou non exprimées mais potentielles</b>							X	
20 <b>Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent</b>						X	X	
<b>A l'issue de la démarche</b>								
21 <b>Confirme l'hypothèse ou élabore une alternative (autre hypothèse) et dans ce cas change de stratégie diagnostique et décisionnelle</b>						X	X	
22 <b>décide à partir résultat de consultation / Symptômes bio inexpliqués</b>							X	
<b>ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE; DECISION PARTAGEE</b> Etablir avec le patient des objectifs prenant en compte ses possibilités, le contexte, ses contraintes, leur pertinence ; Informer progressivement sur la maladie, la nommer, sur les bienfaits de la prise en charge, sur les risques liés à la maladie, sur la surveillance, sur l'hygiène de vie. Vérifier la compréhension et l'appropriation de ces informations, puis leur utilisation								
<i>En cas de renouvellement</i>						X	X	
22 bis <i>vérifie la pertinence: faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement</i>								
23 <b>Utilise un langage clair et accessible</b>								
24 <b>Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique</b>					X	X	X	
25 <b>Informe en tenant compte du patient (type et quantité)</b>						X	X	Compte
26 <b>Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient</b>							X	
27 <b>Vérifie la compréhension et l'accord du patient</b>							X	
28 <b>tient compte de la temporalité / agenda du patient</b>						X	X	agenda
<b>METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THERAPEUTIQUE</b>								
29 <b>Propose une intervention non médicamenteuse et médicamenteuse,</b>					X	X	X	
30 <b>Prescrit les examens complémentaires de bilan et de suivi en les</b>					X	X	X	hiérarchie

<b>hiérarchisant</b>								
31 <b>Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble</b>								X
<b>ELARGIT ET ENVISAGE LA PREVENTION (en jaune éducation/ prévention)</b>								
32 <b>Donne des conseils et des informations à visée de prévention mode paternaliste et culpabilisatrice</b>						X	X	X
33 <b>Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient quand il est d'accord avec lui</b>							X	X
34 <b>Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient</b>								X
35 <b>Intègre l'entourage du patient dans la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient</b>							X	X
36 <b>Réalise démarche et gestes de dépistage</b>							X	X
37 <b>Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment</b>								X
38 <b>collabore avec d'autres intervenants impliqués dans ce travail</b>							X	X activement
<b>Planification du suivi et du projet (en noir suivi)</b>								
39 <b>renseigne le dossier médical</b>						X	X	X
40 <b>Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels</b>							X	X
41 <b>Utilise le dossier médical pour se faire une idée du parcours du patient</b>								X
42 <b>Organise les consultations programmées et le recours à des tiers</b>							X	X
43 <b>Fait la synthèse régulièrement et l'intègre au dossier médical</b>							X	X
44 <b>Utilise le temps /utilise l'évolution du symptôme comme allié</b>								X
45 <b>Met en place si nécessaire une collaboration</b>							X	X
46 <b>Tient compte des avis des autres intervenants</b>							X	X
<b>Relation construit la relation (rouge)</b>								X
47 <b>s'adapte aux émotions exprimées ou perçues</b>							X	X
48 <b>associe le patient à la démarche tout le long de la consultation</b>								X
49 <b>élargit aux autres aspects de la vie du patient</b>								X
50 <b>adopte sa posture en fonction de la situation</b>								X
51 <b>Accompagne /soutient le patient / modifie sa posture</b>								X
<i>En cas de difficulté</i>								X
<i>Nomme et reconnaît les émotions du patient</i>								
<i>Informe de ses propres difficultés de gérer pareille situation</i>								

Quel est le profil de l'interne lors de cette consultation cocher la bonne case

plutôt Débutant

plutôt intermédiaire,

plutôt confirmé

<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"> <li>- sur le plan cognitif</li> </ul> <p>biomédical 2éthique/ déontologique /administratif/psychologique/ sociologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le plan psychomoteur</li> <li>- sur le plan affectif</li> </ul> <p>Quelles sont les ressources externes mobilisables ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les principales erreurs de raisonnement clinique :</li> <li>- Manque de ressources internes pour comprendre ou élaborer</li> <li>- Troubles de communication (incompréhension, recueil insuffisant des données)</li> <li>- Défaut de priorisation des données</li> <li>- interprétation parcellaire des données recueillies</li> <li>- Fermeture prématurée du raisonnement</li> <li>- Décision inapplicable par le patient</li> </ul>
<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 :**            **Nom :**        **HENNON**            -            **Prénom :**    **Matthieu**

**Date de Soutenance :** **08 Février 2019**

**Titre de la Thèse :** **Attente des Maîtres de Stages Universitaires d'un dispositif d'évaluation des internes en Médecine Générale en stage ambulatoire.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement :** *Thèse d'exercice*

**DES + spécialité :** *Médecine Générale*

**Mots-clés :** compétences, famille de situation, pédagogie, stage ambulatoire, soins primaires.

**Résumé :**

**INTRODUCTION :** Dans l'approche par compétences et par familles de situation rencontrées en MG, l'évaluation des compétences de l'interne en stages ambulatoires est améliorable. L'avis des MSU évaluant l'interne en situation authentique d'apprentissage est nécessaire pour optimiser l'évaluation des compétences en stage ambulatoire.

**METHODE :** Une première étude qualitative a déterminé les attentes des MSU en terme d'évaluation des compétences des internes en stage. Les résultats de cette étude ont été mis intégrés avec la notion d'apprentissage par compétences et les onze familles de situations rencontrées en MG pour l'élaboration d'une nouvelle grille d'évaluation des compétences de l'interne à mobiliser ses savoir-faire et son savoir-être lors de son exercice. Un questionnaire édité sur une échelle de Likert, a été adressé à 160 MSU de la faculté de médecine de Lille pour recueillir leur avis sur cette grille après un test en pratique. Le choix a été fait d'une méthode expérimentale quantitative. Le recueil a eu lieu au mois d'octobre 2018, par communication via email.

**RESULTATS :** Les résultats du premier travail qualitatif rapportaient le souhait d'une grille courte, souple, au langage adapté à la médecine générale, reproductible en N1 et en SASPAS, avec la nécessité de mettre en avant une marge de progression, qui soit adaptée à l'auto-évaluation, et laissant la place aux commentaires libres. La grille d'évaluation élaborée a été inspirée de ces attentes préalables, de l'apprentissage par compétences et des onze familles de situations rencontrées en MG. 14 MSU (8.7%) ont répondu complètement au questionnaire de satisfaction, apportant très majoritairement une réponse positive à l'utilisation de cette grille.

**CONCLUSION :** Il n'a pas été possible de réaliser une grille courte pour faciliter son utilisation. Bien que peu de MSU aient participé à cette étude, la pertinence des résultats est en faveur de la mise en place d'une nouvelle grille d'évaluation mettant en commun la notion d'apprentissage par compétences et des familles de situations. Des pistes d'amélioration en termes de langage et de facilité d'utilisation apparaissent, notamment sur la formation pédagogique des internes. Un travail similaire donnant la parole aux internes pourrait être intéressant.

**Composition du Jury :**            **Président :**    **Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN (directeur de thèse)**