



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Attente des étudiants de médecine générale sur l'optimisation de la
grille d'évaluation des stages ambulatoires**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 16h30
au Pôle Formation

Par Guillaume DORDAIN

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Sébastien PREAU

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

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

DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DMG	Département de Médecine Générale
MSU	Maître de Stages des Universités
RSCA	Récits de Situations Complexes et Authentiques
SASPAS	Stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Abstract.....	2
Introduction	3
I. Notions importantes.....	4
A. La notion d'évaluation.....	4
B. Les compétences	6
C. Les deux types de stages ambulatoires	7
D. Le maître de stage des universités.....	8
II. Objectifs de l'étude	9
Matériels et méthodes.....	10
I. L'étude qualitative.....	10
II. L'élaboration du questionnaire.....	11
III. L'étude quantitative.....	12
A. La population.....	12
B. Le recrutement	12
C. Recueil et analyse des données.....	13
D. Validation éthique	13
Résultats	14
I. Résultats de l'étude qualitative	14
II. Résultats de l'étude quantitative	15
III. Analyse des résultats.....	17
A. Catégorie « QUI ? »	17
B. Catégorie « QUAND ? ».....	18
C. Catégorie « QUOI ? ».....	18
Discussion	30
I. Forces de l'étude	30
II. Faiblesses de l'étude	32
III. Précédente évolution de la grille.....	33
IV. Autres exemples de grilles d'évaluation.....	33
A. Grille du Pr Claude Attali	33
B. Grille d'évaluation de l'université de Montpellier-Nîmes	34
V. Travaux de recherche récents	34
VI. Discussion sur l'élaboration d'une nouvelle grille.....	35
Conclusion.....	38
Références bibliographiques	39
Annexes	41
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux étudiants de médecine générale.....	41
Annexe 2 : Grille d'évaluation des stages N1 et SASPAS pour les promotions antérieures à 2017	44
Annexe 3 : Grille actuelle d'évaluation des stages N1	47
Annexe 4 : Grille actuelle d'évaluation des stages SASPAS	55
Annexe 5 : Grille d'évaluation créée par le Pr Claude Attali	63
Annexe 6 : Grille d'évaluation de l'université de Montpellier-Nîmes.....	65
Annexe 7 : Validation éthique.....	66

Annexe 8 : Nouvelle grille d'évaluation proposée à l'issue de travaux de recherche (2019) ¹⁵	67
Annexe 9 : Proposition d'ajout à la grille d'évaluation	79

RESUME

Contexte : Durant leur diplôme d'études spécialisées de médecine générale, les étudiants réalisent un ou deux stages ambulatoires. Ces stages sont évalués, permettant leur validation. Il n'existe que peu d'études s'intéressant aux avis des étudiants concernant les grilles d'évaluation.

Méthode : Suite à une étude qualitative faisant l'objet d'un autre travail de recherche, une étude quantitative par questionnaire menée auprès des étudiants de médecine générale des promotions 2016, 2017 et 2018 de la Faculté de Lille a été réalisée.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire obtenu est de 12,9 %. Une majorité des étudiants interrogés souhaiterait une amélioration de la grille actuelle, celle-ci n'étant pas considérée comme adaptée tant à une évaluation formative que sanctionnante. La grille ne laisse pas assez de place aux objectifs personnels, elle comporte un nombre trop important d'items et ceux-ci ne sont pas toujours clairs.

Conclusion : La nouvelle grille d'évaluation faisant suite aux travaux de recherche concernant les attentes des MSU est une base intéressante car elle répond à de nombreuses attentes des étudiants. En revanche, elle ne laisse pas de place aux objectifs personnalisés et n'évalue pas certaines compétences liées à la professionnalisation. Ces deux propositions pourraient être ajoutées et une nouvelle étude pourrait être réalisée afin de recueillir l'avis des experts en pédagogie médicale sur la nouvelle grille proposée.

ABSTRACT

Background: During their post-graduate diploma in general practice, students carry out one or two internships in the outpatient sector. These internships are subject to an evaluation, which allows their validation. Few studies take into consideration the students' opinions regarding the evaluation form.

Method: Following a qualitative study conducted in another research work, a quantitative study based on a questionnaire survey has been carried out among general practice students from promotions 2016, 2017 and 2018 in Lille University School of Medicine.

Results: The response rate to the survey is 12.9 %. The majority of the interviewed students would like an improvement of the current evaluation form. This one is not considered as conform with a formative neither with a confirmative evaluation. The form should take into count the personal objectives of the students. It includes too many items and they are not always clear enough.

Conclusion: the new evaluation form issued from research works concerning the general practitioners' expectations is an interesting basis because it meets many students' expectations. However, it does not take in consideration the personal objectives and does not allow the evaluation of some professionalization skills. These two proposals could be added and a new study could be conducted in order to collect the opinions of experts in medical pedagogy on the new suggested form.

INTRODUCTION

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale se déroule lors du troisième cycle des études médicales sur six semestres.

Pour être validé l'étudiant doit réaliser un mémoire, participer aux enseignements hors stages assurés par le département de médecine générale et effectuer les stages hospitaliers et ambulatoires de la maquette définie dans les textes.¹

Au sein de la faculté de médecine de Lille, le mémoire consiste en la réalisation d'un portfolio réunissant des Récits de situations complexes et authentiques (RSCA) pour chaque stage, des rapports de stage, un journal de bord et toutes les traces d'apprentissage issues des recherches personnelles effectuées durant le DES.²

Avec la réforme du DES de novembre 2017, la maquette a été modifiée avec pour la médecine générale la création de deux phases d'apprentissage pratique, une phase socle et une phase d'approfondissement :

- la phase socle se déroule lors de la première année du DES durant laquelle l'étudiant doit réaliser un stage dans un service d'urgences et un stage ambulatoire de niveau 1 ;
- la phase d'approfondissement se déroule lors des deux années suivantes pendant lesquelles l'étudiant doit réaliser un stage en médecine adulte, un stage ambulatoire ou hospitalier de suivi de la femme , un stage ambulatoire ou hospitalier du suivi de l'enfant, un stage de médecine polyvalente et un stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

Cette réforme a pour conséquence l'annulation du caractère obligatoire de réaliser un stage au CHU mais aussi la possibilité d'augmenter le temps de stage ambulatoire.³

Afin d'obtenir la validation de son cursus, chaque étudiant est évalué lors de ses différents stages. Pour ce faire, il existe des grilles d'évaluation par compétence qui sont utilisées plusieurs fois durant chaque stage et qui, pour répondre aux objectifs spécifiques de chacun d'eux, leurs sont propres. Ainsi la grille d'évaluation du stage

du suivi de la femme en ambulatoire ne sera pas la même que celle du stage suivi de l'enfant. Ces grilles permettent de mettre en évidence les objectifs atteints ou non par l'étudiant durant chacun de ses stages et ceux restant à approfondir.⁴

Les stages ambulatoires de niveau 1 et SASPAS ont leurs propres grilles d'évaluation des compétences qui sont complétées par les étudiants et les Maîtres de stages des universités (MSU) dans un processus d'auto et d'hétéro évaluation.

En France, certaines universités, comme celle de Rouen et de Limoges, proposent une grille d'évaluation optimisée grâce à la méthode Delphi^{5,6} mais peu d'études s'intéressent à l'appréciation de cette grille par les principales personnes concernées, c'est-à-dire les étudiants et les MSU ainsi qu'à leurs attentes respectives vis-à-vis des modalités et du contenu de l'évaluation.

Un premier travail de recherche a été réalisé en février 2019 pour évaluer les attentes des MSU concernant une grille d'évaluation des stages ambulatoires optimisée. Notre travail concerne quant à lui les attentes des étudiants.

Afin de préciser le contexte, il est nécessaire de définir certaines notions.

I. Notions importantes

A. La notion d'évaluation

L'exercice de la médecine implique de grandes responsabilités. Le médecin a pour rôle de prévenir, détecter les maladies et de soigner. Les patients font confiance à leur médecin pour que celui-ci réponde à leurs attentes ; ils lui remettent entre ses mains leur santé et par conséquent leur vie. Ils attendent en retour un savoir actualisé et suffisamment important pour une prise en charge optimale.⁷

Il convient ainsi que chaque étudiant soit évalué avec pertinence afin de juger si son niveau de compétences est suffisant pour lui permettre d'exercer en assurant la sécurité de ses patients.

Dans le déroulement du troisième cycle, l'évaluation se fait en continu à l'aide du portfolio et des stages. Le portfolio, à l'aide des RSCA, rapports de stages, et recherches personnelles, permet d'évaluer l'évolution des compétences de l'étudiant durant son cursus.

Il existe trois modèles d'apprentissage :

- le modèle de l'empreinte : l'étudiant ne possède pas toutes les connaissances et par conséquent doit apprendre par le formateur à compléter son savoir ;
- le modèle du conditionnement : l'étudiant doit répéter des gestes et méthodes que le formateur lui aura appris ;
- le modèle du constructivisme : à partir d'une situation authentique vécue, qui pose problème à l'étudiant, ce dernier doit trouver le moyen, par son savoir personnel et ses recherches, à le résoudre.

Ces trois modèles peuvent coexister et se compléter les uns les autres afin d'obtenir un apprentissage complet et optimisé. Néanmoins, le modèle du constructivisme est le plus adapté pour permettre à l'étudiant d'acquérir des réflexes de soins et de s'adapter à chaque nouveau problème auquel il sera confronté en médecine ambulatoire en faisant une synthèse du savoir disponible et fiable.^{8,9}

Comme le disait Benjamin Franklin : « Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

Le modèle du constructivisme implique que la formation soit continue durant chaque stage et que chaque praticien améliore ses niveaux de compétences tout au long de sa carrière. L'évaluation se doit donc d'être multiple et répétée plusieurs fois durant le stage.

Au cours du stage, l'évaluation est formative. Elle a pour but de faire progresser l'étudiant en l'aidant à repérer ce qu'il a acquis mais également ce qui ne va pas, et à l'améliorer durant le stage afin d'acquérir les niveaux de compétences attendues pour un médecin généraliste.

Tout au long du DES, l'évaluation est donc formative et sommative. Elle se termine par une évaluation sanctionnante aboutissant à la certification de l'étudiant.

B. Les compétences

Le terme de compétence est polysémique et peut prendre, selon les disciplines, des définitions différentes :

- La capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiée avec un programme de traitement déterminé (Philippe MERIEU – 1989)
- Savoir-mobiliser (Guy LE BOTERF – 1994)
- Ce qui permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées (Philippe PERRENOUD –1999)
- Un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources étudiants et externes à l'intérieur d'une famille de situations (Jacques TARDIF – Canada)
- Un ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets (Marc ROMAINVILLE – Belgique).

Les six compétences génériques du médecin généraliste sont représentées sur la marguerite des compétences qui sert régulièrement de référence lors du second cycle. Elles sont composées de:

- Premier recours et Urgences ;
- Approche globale et complexité ;
- Continuité, suivi et coordination des soins ;
- Éducation en santé, dépistage et prévention individuelle et communautaire ;
- Approche centrée patient et relation communication ;
- Professionnalisme.

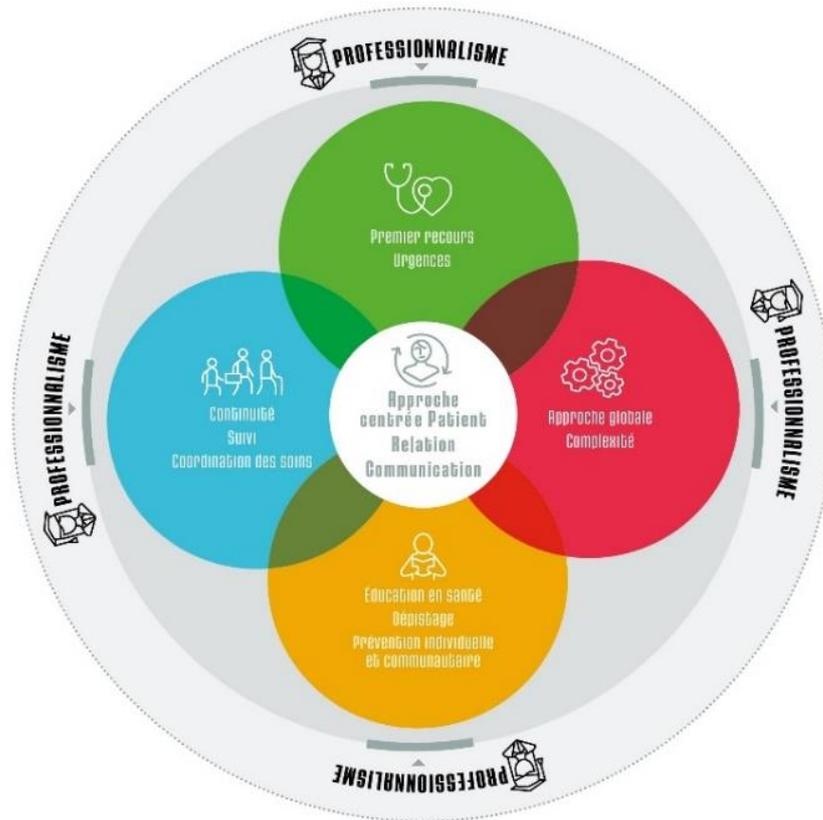


Figure 1 : La « marguerite » des six compétences génériques du médecin généraliste¹⁰

Ces six compétences servent de cadre à la grille d'évaluation actuelle. Chacune d'entre elles est décomposée en sous-compétences qui sont évaluées selon trois catégories : non acquis, en cours d'acquisition et acquis.

C. Les deux types de stages ambulatoires

L'étudiant de médecine générale peut effectuer deux stages chez le médecin généraliste. Le premier, appelé stage de niveau 1 (N1) se déroule lors de la première année de l'internat. Il dure six mois et s'effectue dans divers lieux de stage avec deux ou trois maîtres de stage des universités (MSU). L'étudiant y apprend en plusieurs étapes le déroulement d'une consultation et arrive progressivement à une autonomie permettant le stage SASPAS.

Le stage N1 se déroule en plusieurs temps :

- Une première période d'observation permettant à l'étudiant d'apprendre ce qu'il voit ;
- Une phase de supervision directe qui lui permet d'agir sur la consultation sous contrôle du MSU ;
- Une phase de supervision indirecte pour progresser en autonomie.

Ces 3 phases sont progressives et interchangeable au cours du stage.

Le stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) n'était pas effectué par chaque étudiant avant 2017, il est maintenant obligatoire. Il se déroule pendant 6 mois et permet l'optimisation et l'amélioration des compétences acquises lors du premier stage.

Lors de ce stage, l'étudiant est régulièrement seul au cabinet et doit apprendre à gérer de manière autonome les consultations ainsi que l'organisation du cabinet. L'étudiant a bien évidemment toujours la possibilité de joindre le MSU en cas de besoin. Une rétroaction pédagogique est ensuite effectuée avec le MSU sur chaque acte réalisé en autonomie. Cela permet au MSU d'effectuer un diagnostic pédagogique partagé avec l'étudiant et de réaliser une prescription pédagogique adaptée et acceptée par l'étudiant.

D. Le maître de stage des universités

Durant les stages N1 ou SASPAS, l'étudiant est sous la supervision de plusieurs MSU. Ces derniers sont regroupés en fonction de leurs affinités ou par choix du Département de médecine générale (DMG).

Leur tâche est d'être un rôle de modèle pour les étudiants pour leur transmettre le métier de médecin généraliste et, dans leur fonction d'enseignant, d'être un facilitateur d'apprentissage en situation authentique de soins.

Les MSU bénéficient de formations pédagogiques régulières leur permettant de développer les compétences nécessaires à l'accompagnement des étudiants.

Pour pouvoir être MSU il faut : ¹¹

- Être spécialiste en médecine générale installé ;
- Ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive ;
- Demander un agrément ;
- Se former à la pédagogie ;
- Avoir une activité professionnelle depuis au moins deux ans ;
- Posséder un local de qualité apte à recevoir des étudiants ;
- Participer régulièrement aux formations médicales continues.

II. Objectifs de l'étude

Les évaluations lors du stage ambulatoire permettent de déterminer si les niveaux de compétences attendus ont été atteints par les étudiants qu'ils soient en phase socle ou en phase d'approfondissement.

La répétition des évaluations au cours du stage permet au MSU d'adapter les objectifs pédagogiques en fonction des besoins d'apprentissage de l'étudiant pour permettre *in fine* sa certification.

Très peu de thèses ont été effectuées à ce propos et aucune pour recueillir les avis et attentes concernant les principaux concernés, les étudiants. Nous trouvions donc intéressant avec mon confrère Maxime HERMANT, qui s'occupe de la partie qualitative, de faire un travail de thèse sur ce sujet.

L'objectif principal de cette thèse était d'analyser l'opinion des étudiants de médecine générale concernant la grille d'évaluation du stage ambulatoire N1 et SASPAS.

L'objectif secondaire était de proposer des modifications de la grille d'évaluation des stages ambulatoire à partir de l'opinion des étudiants.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive transversale par questionnaire élaboré à partir d'un premier travail de recherche qualitative.

I. L'étude qualitative

Cette thèse est le résultat d'un travail comprenant deux types de recherche. Maxime HERMANT a d'abord réalisé une étude qualitative au cours de laquelle il s'est entretenu avec divers étudiants de médecine générale de la faculté de médecine de Lille pour recueillir leur avis et attentes concernant la grille d'évaluation actuelle et ce qu'ils aimeraient modifier dans cette dernière.

Ces étudiants pouvaient n'avoir pas encore réalisé leur premier stage ambulatoire ou avoir réalisé un ou deux stages ambulatoires (N1 et SASPAS). Les entretiens ont été réalisés de manière anonyme.

Les divers entretiens ont servi de base à mon travail de recherche quantitatif transversal, descriptif afin de pouvoir créer un questionnaire recensant les principaux résultats ressortis de son étude.

II. L'élaboration du questionnaire

A partir des diverses idées ressorties de l'analyse qualitative un travail de recherche quantitative par questionnaire a été élaboré permettant de diminuer les scotomes inhérents aux représentations du chercheur.

Le questionnaire (**ANNEXE 1**) a été construit en séparant les questions en trois groupes définis ci-dessous :

- « Qui ? » : cette catégorie avait pour but d'évaluer les avis concernant la ou les personnes devant réaliser les évaluations (le responsable du trinôme/binôme, chaque MSU ainsi que l'étudiant ou uniquement l'étudiant) ;
- « Quand ? » : cette catégorie avait pour but de recueillir les avis sur la fréquence souhaitée de la réalisation de l'évaluation (une fois par mois, tous les deux mois, tous les trois mois ou une fois par semestre) ;
- « Quoi ? » : cette catégorie avait pour but de rassembler les divers avis sur ce que la grille devrait comporter et ce qui pourrait être amélioré ou conservé de la grille actuelle.

Certaines questions étaient présentées de manière ouverte lorsqu'il s'agissait de préciser un avis sur la grille d'actuelle (**ANNEXE 2**), sa pertinence concernant l'évaluation de l'évolution durant le stage et sur sa fonction sanctionnante en fin de stage. Une autre question ouverte concernait la place des objectifs personnels pour chaque étudiant.

Une question concernant les divers items que devait comporter la grille d'évaluation selon les étudiants consultés a été réalisée à partir de chaque item ressorti de l'étude quantitative et consistait en une question à choix multiples.

Le questionnaire a ensuite été présenté plusieurs fois à mon directeur de thèse pour modification.

En plus des différentes questions concernant l'évaluation, trois questions ont été rajoutées afin de pouvoir définir si l'étudiant répondant au questionnaire avait effectué un stage ambulatoire N1, un stage ambulatoire SASPAS ou s'il n'avait pas encore réalisé de stage ambulatoire. Enfin il a été demandé à chaque étudiant de préciser sa promotion.

III. L'étude quantitative

En partant des résultats obtenus lors de l'étude qualitative, le but était de créer un questionnaire afin de pouvoir recenser les avis d'un plus grand nombre d'étudiants et de pouvoir à terme apporter des améliorations à la grille d'évaluation des stages ambulatoires.

Ce choix de recensement s'inscrit dans une logique de thèse quantitative en suite logique du travail qualitatif effectué en premier lieu et ayant servi de base à cette recherche.

A. La population

La population visée par l'étude quantitative concerne les étudiants en médecine générale dans la faculté de médecine Lille 2 Henri Warembourg lors de la réalisation du questionnaire. Il s'agit des promotions Quesnay (ECN 2018) comportant 179 étudiants, Osler (ECN 2016) comportant 181 étudiants et Pasteur (ECN 2017) comportant 176 étudiants.

Ainsi cette population contenait des étudiants des deux sexes et d'âges différents n'ayant pas encore réalisé de stage en médecine ambulatoire mais également des étudiants ayant fait leur stage N1 et parfois un SASPAS en complément.

B. Le recrutement

Dans le but de pouvoir faire connaître le travail de recherche à un maximum d'étudiants, la thèse a été présentée sur les groupes Facebook® des diverses promotions, ce qui représentait un total de 536 étudiants. La thèse a également été présentée lors de certaines journées de formations théoriques à la faculté de Lille, durant lesquelles le questionnaire a été distribué aux étudiants sur support papier. Le but était de recueillir un maximum d'avis afin d'augmenter la puissance de l'étude. Ce travail s'est effectué durant la période allant d'octobre 2018 à février 2019.

Une relance a été effectuée sur les différents groupes du réseau social en février 2019. Lors de la présentation de la thèse il était clairement expliqué que le but était de recueillir les différents avis et attentes concernant la grille d'évaluation dans l'objectif d'améliorer la grille actuelle.

C. Recueil et analyse des données

Les données ont été exportées depuis l'outil en ligne Limesurvey® sous format Excel® pour les questionnaires remplis en ligne. Elles ont été complétées par les données recueillies sur les questionnaires papier.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel BiostaTGV® en modes uni varié et bi varié à l'aide de tests du χ^2 .

D. Validation éthique

Suite à l'élaboration du questionnaire qui allait être soumis aux divers étudiants faisant partie de la population de l'étude, une autorisation a été demandée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). La réponse a été favorable (**ANNEXE 7**).

Afin de pouvoir parler de la thèse sur les groupes étudiants des diverses promotions, il fallait demander l'autorisation aux administrateurs des groupes qui ont tous accepté.

RESULTATS

I. Résultats de l'étude qualitative

Lors de l'analyse des divers entretiens anonymes effectués par mon collègue Maxime HERMANT auprès des étudiants de médecine générale, il a été constaté que plusieurs éléments dans la manière d'évaluer les stages ambulatoires revenaient régulièrement avec des avis différents. On pouvait classer ces éléments en 3 catégories :

- « Qui ? » : afin de juger qui allait effectuer l'évaluation ;
- « Quand ? » : pour définir la temporalité de l'évaluation ;
- « Quoi ? » : afin de préciser les divers éléments que cette évaluation devrait contenir.

Dans cette dernière catégorie plusieurs sous-catégories étaient régulièrement évoquées comme par exemple le choix de donner une place importante aux objectifs personnels choisis par les étudiants, d'évaluer la gestion de l'administratif ou encore la manière de juger chaque item de l'évaluation. Chaque étudiant interrogé pouvait également rapporter des items qu'il jugeait intéressant d'évaluer.

Ainsi tout ceci a permis de bâtir un questionnaire permettant d'évaluer sur un plus grand nombre les remarques concernant la grille d'évaluation du stage ambulatoire.

II. Résultats de l'étude quantitative

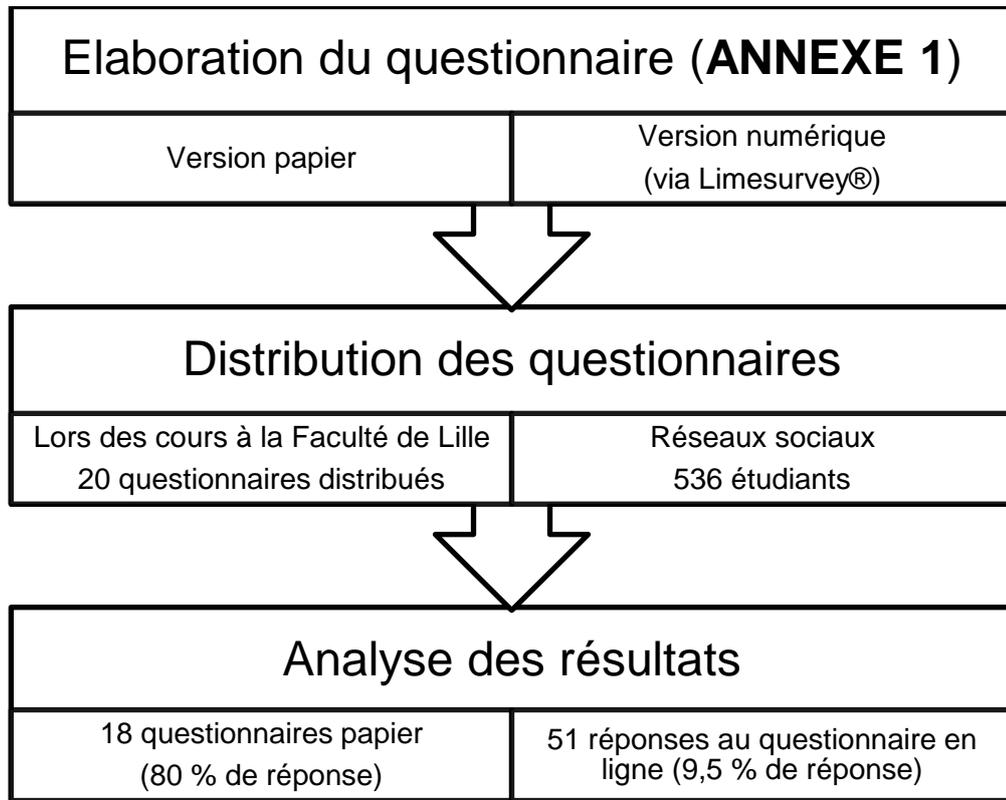


Figure 2 : Processus d'élaboration et d'analyse du questionnaire

18 questionnaires papier et 51 questionnaires en ligne ont été remplis soit 69 réponses sur une population de 536 étudiants. Ainsi, le questionnaire a été interprété sur 12,9 % de la population totale des étudiants en médecine générale de ces différentes promotions.

43 questionnaires en ligne ont également été remplis très partiellement et n'ont donc pas été pris en compte dans ce travail.

	Promotion Osler (ECN 2016)	Promotion Pasteur (ECN 2017)	Promotion Quesnay (ECN 2018)	TOTAL
Nombre d'étudiants	181	176	179	536
Nombre de réponses	36	16	17	69
Taux de réponse	19,9 %	9,1 %	9,5 %	12,9 %
Taux d'étudiants ayant déjà effectué le stage N1 ambulatoire	100 %	100 %	59 %	90 %
Taux d'étudiants ayant déjà effectué le stage SASPAS	39 %	0 %	0 %	20 %

Figure 3 : Répartition des réponses au questionnaire selon les promotions

Sur les trois promotions, celle d'Osler (promotion ECN 2016) est celle ayant le plus répondu avec un total de 36 participants (52 %) sur l'ensemble des 69 réponses aux questionnaires. Viennent ensuite la promotion Quesnay avec 17 réponses (25 %) puis celle de Pasteur avec 16 réponses (23 %).

Parmi ces étudiants, 62 (90 %) avaient déjà réalisé le stage N1 ambulatoire et 14 (20 %) avaient réalisé également un stage en tant que SASPAS. 7 étudiants (10 % de la population) n'avaient donc pas encore effectué de stage ambulatoire.

III. Analyse des résultats

A. Catégorie « QUI ? »

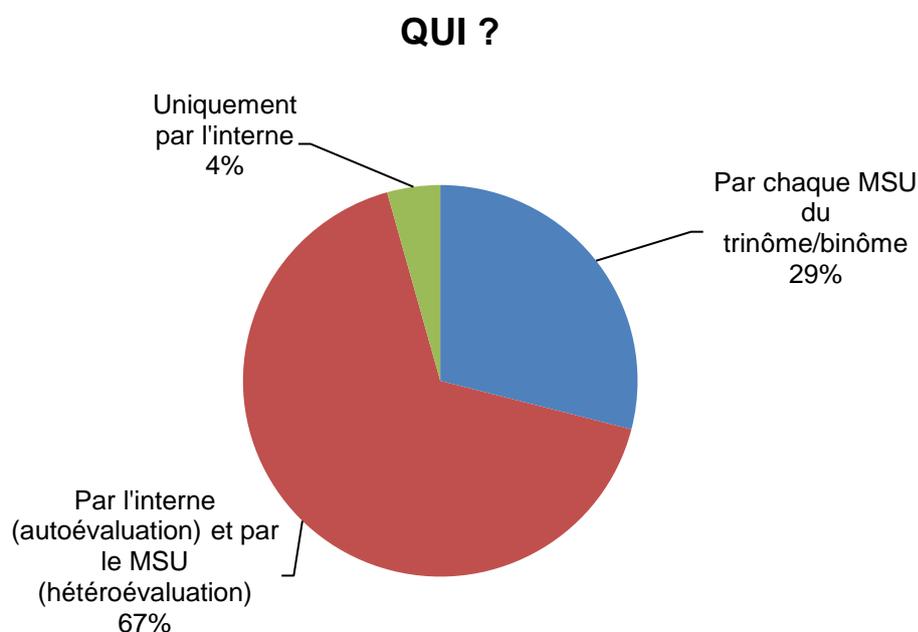


Figure 4 : Synthèse des réponses à la question « Par qui souhaitez-vous que l'évaluation soit réalisée ? »

A la première question qui était « par qui l'évaluation devrait-elle être réalisée ? », 20 étudiants (29 %) ont répondu « par chaque MSU du trinôme/binôme », 3 étudiants (4 %) « uniquement par l'étudiant » et 46 étudiants (67 %) « par l'étudiant et par le MSU ».

B. Catégorie « QUAND ? »

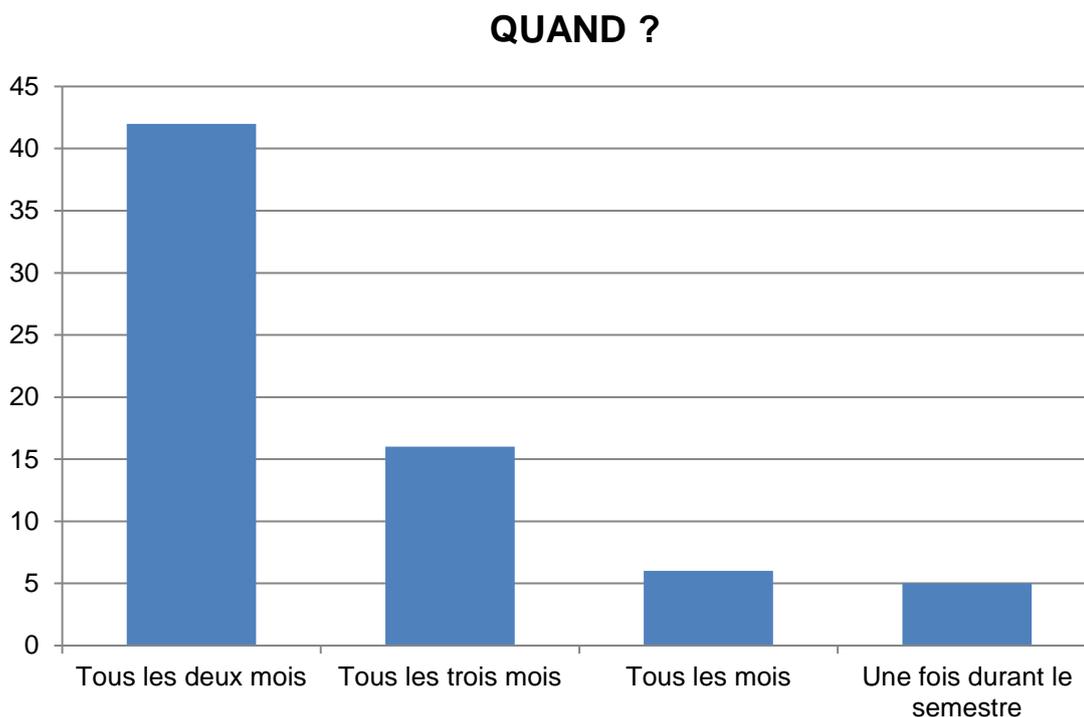


Figure 5 : Synthèse des réponses à la question « A quelle fréquence, selon vous, l'évaluation formative pourrait-elle avoir lieu durant le semestre ? »

A la question « quand l'évaluation devrait-elle être réalisée ? », 6 étudiants (9 %) ont répondu « tous les mois », 5 étudiants (7 %) « une fois durant le semestre », 16 étudiants (23 %) « tous les trois mois » et 42 étudiants (61 %) « tous les deux mois ».

C. Catégorie « QUOI ? »

A la question : « la grille d'évaluation actuelle par compétence vous semble-t-elle adaptée afin d'évaluer au mieux l'évolution de l'étudiant durant le stage ? », 38 étudiants (55 %) ont répondu « non » et 31 étudiants (45 %) « oui ». Plusieurs commentaires libres ont été rapportés.

Parmi les étudiants ayant répondu « OUI », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Représentatif de la médecine de ville » ;

- « Exhaustivité » ;
- « Différents champs possibles évalués » ;
- « Il s'agit des compétences les plus mobilisées dans l'exercice de la médecine générale » ;
- « Complète » ;
- « Compétences globales d'un médecin généraliste » ;
- « Elle est globale » ;
- « Elle est adaptée à la diversité des actes que fait le MG » ;
- « Parce qu'elles représentent les grandes lignes de notre travail » ;
- « Elle recoupe bien tous les aspects de la médecine générale. C'est bien que ce soit la même au milieu et en fin de stage afin de voir l'évolution et de fixer des objectifs de progression ».

Parmi les étudiants ayant répondu « NON », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Peu claire, pas assez précise » ;
- « Trop imprécise, elle devrait pouvoir s'adapter à chaque étudiant » ;
- « Présenter plus d'actes concrets à valider (ex : vaccin, pose d'implants...) » ;
- « Points pas toujours bien compris » ;
- « Plein de choses ne sont pas abordées » ;
- « Trop cloisonnée » ;
- « Les questions sont parfois difficiles à comprendre, trop vastes » ;
- « On ne voit pas suffisamment l'évaluation » ;
- « Objectifs trop vagues » ;
- « Les critères sont non objectifs et ne reflètent pas l'activité de l'étudiant. Les critères ne peuvent pas être appliqués pour tous les stages » ;
- « Items trop vagues, pas assez précis » ;
- « Les items ne sont pas assez clairs et nécessitent une interprétation qui est parfois difficile » ;
- « Trop abstrait... » ;
- « Il faudrait inclure le diagnostic, la thérapeutique, la relation avec le patient et les situations conflictuelles nécessitant un argumentaire solide (anti vaccin, patient mécontent) » ;

- « Questions assez vagues et floues, peut-être aussi faire bilan de compétence selon les différentes spécialités pour voir où l'on pêche, et détailler plus un déroulé de consultation avec accueil, prise en charge des données, examens cliniques, prescription biologie imagerie, délivrance, diagnostic etc. » ;
- « Trop de critères qui finissent par ne plus centrer la conversation avec les MSU » ;
- « Les objectifs sont flous et ne permettent pas de commentaire » ;
- « Trop conceptuelle, pas assez concrète » ;
- « Il faudrait développer les compétences pour pouvoir être en mesure d'améliorer les choses de manière plus spécifique » ;
- « Je pense qu'on a trop tendance à vouloir formaliser des principes qui ne peuvent pas être théorisés et qui de toute façon se font spontanément au cours de notre exercice. J'ai un trinôme et les 3 médecins sont très différents dans leur pratique mais sont unanimes sur le fait que la marguerite est une formalité de plus et est encore une volonté de la faculté de mettre dans des cases des principes qui ne peuvent pas l'être. » ;
- « Beaucoup d'items impossibles à aborder en stage N1 (notamment sur l'HAD à organiser) Beaucoup d'items trop simples... Et d'autres incompréhensibles » ;
- « Trop abstrait » ;
- « Items parfois trop généraux/ imprécis ou au contraire trop restrictifs. Pas de prise en compte de la temporalité. Aucun item ne fait référence à une progression au cours du stage entre 2 évaluations » ;
- « Trop complexe » ;
- « Questions trop alambiquées, il faudrait simplifier et raccourcir » ;
- « Sujets extrêmement vastes qui regroupent finalement des multitudes de compétences » ;
- « Trop d'items. Peu d'intérêt » ;
- « Il y a des phrases que même avec le MSU on ne comprend pas quand on fait l'évaluation ».

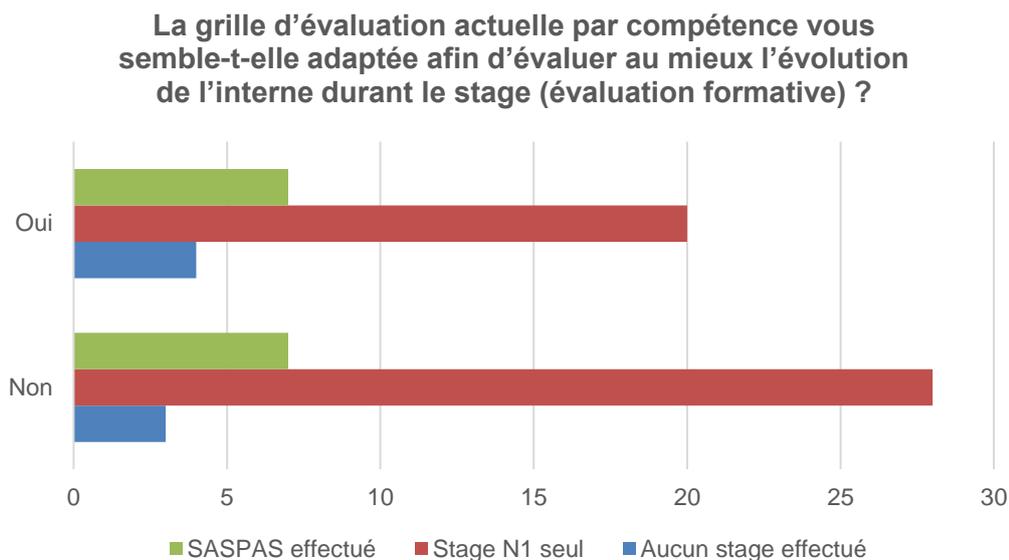


Figure 6 : Synthèse des réponses à la question « La grille d'évaluation actuelle par compétence vous semble-t-elle adaptée afin d'évaluer au mieux l'évolution de l'interne durant le stage (évaluation formative) ? »

Pour les étudiants n'ayant effectué aucun stage, 3 étudiants ont répondu « Non » et 4 étudiants ont répondu « Oui ». Pour les étudiants ayant déjà réalisé uniquement le stage N1, 28 ont répondu « Non » et 20 ont répondu « Oui ». Pour les étudiants ayant effectué le stage N1 et le SASPAS, 7 ont répondu « Non » et 7 ont répondu « Oui ».

A la question « la grille d'évaluation actuelle vous paraît-elle adaptée pour une évaluation sanctionnante finale ? », 35 étudiants (51 %) ont répondu « non », 33 étudiants (48 %) ont répondu « oui » et 1 étudiant (1 %) ne se prononce pas. Plusieurs commentaires libres ont été rapportés.

Parmi les étudiants ayant répondu « OUI », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Explore bien les différents axes que l'on doit acquérir chez le praticien » ;
- « Evaluation globale de fin de stage à discuter avec son maître de stage pour voir les objectifs à améliorer par la suite » ;

- « Large champ » ;
- « Elle est globale » ;
- « La grille d'évaluation finale doit être la même que celle utilisée pour les évaluations intermédiaires ».

Parmi les étudiants ayant répondu « NON », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Peu claire, pas assez précise » ;
- « Pas assez discriminante » ;
- « Pas de contact entre les médecins du MSU pour faire une évaluation globale » ;
- « Questions vagues, parfois points non abordés » ;
- « Manque de commentaires libres » ;
- « Certains ne sont pas suffisamment explorés notamment la technicité, l'aisance clinique, les capacités diagnostiques... » ;
- « Il faudrait inclure le diagnostic, la thérapeutique, la relation avec le patient et les situations conflictuelles nécessitant un argumentaire solide (anti vaccin, patient mécontent) » ;
- « Manque de commentaires libres » ;
- « Les objectifs ne reflètent pas les compétences » ;
- « Je ne sais pas quel outil serait adapté mais c'est sûrement trop formel et infantilisant aussi bien pour le praticien que pour l'étudiant qui est bac+6 » ;
- « Trop complexe » ;
- « Trop d'items » ;
- « Trop complexe » ;
- « Peut-être faire points à améliorer avant après, adaptés à l'étudiant : avec quelle matière il est le moins à l'aise, quelle partie de la population etc. ».

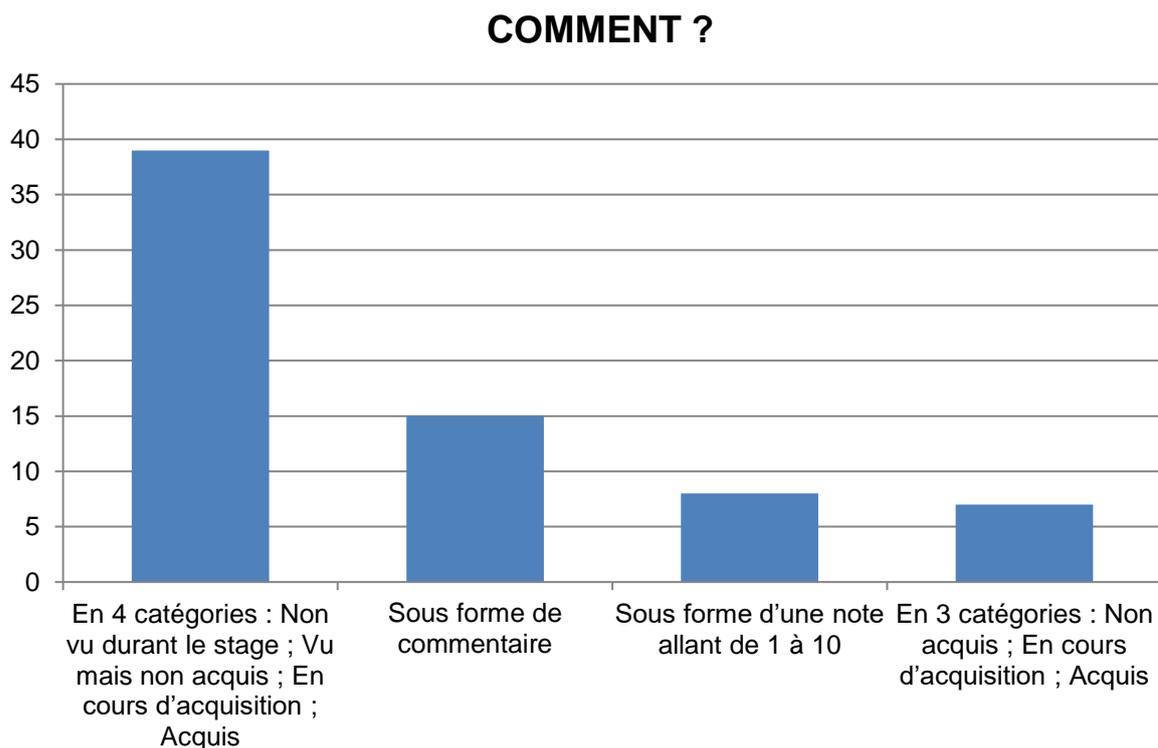


Figure 7 : Synthèse des réponses à la question « Selon vous comment doit être évaluée chaque compétence ? »

A la question « Comment les compétences devraient-elles être évaluées ? », 8 étudiants (12 %) ont répondu « Sous forme d'une note allant de 1 à 10 », 15 étudiants (22 %) « sous forme de commentaire », 7 étudiants (10 %) « En 3 catégories, non acquis, en cours d'acquisition et acquis » et 39 étudiants (56 %) « En 4 catégories Non vu ; Vu mais non acquis ; En cours d'acquisition et Acquis ».

A la question « Quels items devraient-ils être évalués ? », les réponses sont présentées ci-dessous :

Item	Nombre de réponses « oui » (n=69)	Nombre de réponses « non » (n=69)
Tenue du dossier	42 (61 %)	27 (39 %)
Connaissance des principes de confidentialité	35 (51 %)	34 (49 %)
Connaissance des différents documents administratifs de médecine générale	48 (70 %)	21 (30 %)
Détection de l'urgence médicale	66 (96 %)	3 (4 %)
Hiérarchisation diagnostique	44 (64 %)	25 (36 %)
Gestion de la chronicité de certaines maladies	58 (84 %)	11 (16 %)
Examen clinique	55 (80 %)	14 (20 %)
Entretien avec le patient	58 (84 %)	11 (16 %)
Prise en charge du patient dans sa globalité	59 (86 %)	10 (14 %)
Adaptation au type de population	41 (59 %)	28 (41 %)
Connaissance de ses limites	45 (65 %)	24 (35 %)
Capacité à orienter le patient	55 (80 %)	14 (20 %)
Capacité à faire intervenir les différents acteurs de santé	42 (61 %)	27 (39 %)
Prévention générale	58 (84 %)	11 (16 %)
Gestion des examens paracliniques	50 (72 %)	19 (28 %)
Gestes thérapeutiques (vaccination, otoscopie, etc.)	55 (80 %)	14 (20 %)
Communication avec le patient	53 (77 %)	16 (23 %)
Communication non verbale (tenue vestimentaire, gestuelle, etc.)	30 (43 %)	39 (57 %)
Assiduité	36 (52 %)	33 (48 %)
Thérapeutique générale	42 (61 %)	27 (39 %)
Education thérapeutique	50 (72 %)	19 (28 %)
Autonomie d'apprentissage	40 (58 %)	29 (42 %)
Analyse d'un bilan	37 (54 %)	32 (46 %)

Figure 8 : Synthèse des réponses à la question « Quels items devraient-ils être évalués ? »

A la question « La grille devrait-elle laisser la place à des objectifs personnels ? », 55 étudiants (80 %) ont répondu « Oui » et 14 étudiants (20 %) « Non ». Des commentaires libres ont été rapportés.

Parmi les étudiants ayant répondu « OUI », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Attentes différentes selon les étudiants » ;
- « Implique l'étudiant qui connaît ses difficultés » ;
- « Personnalisation de la formation » ;
- « Volonté des étudiants à se former à une spécialité à pratiquer en ville (ex : gynéco, pédiatrie, ECG...) » ;
- « Chacun peut avoir sa vision de la médecine générale » ;
- « Stages différents, étudiants différents aux projets pro personnels » ;
- « Pour l'impliquer » ;
- « On n'aura pas tous la même activité » ;
- « Important d'avoir son avis » ;
- « Nous sommes les plus à même de saisir nos limites et nos demandes pour progresser » ;
- « Questions non abordées pendant le stage (aspect financier, administratif...) » ;
- « Différents projets professionnels selon les étudiants » ;
- « Cela permettrait de mieux cibler les objectifs attendus initialement et permettrait de voir s'il y a eu une réelle évolution durant le stage » ;
- « On connaît mieux nos limites, on a tous des points qu'on sait être faibles et qu'on veut améliorer » ;
- « Nous n'avons pas tous le même passé ni les mêmes projets, c'est l'occasion de creuser ce qu'on ne sait pas parfaitement faire » ;
- « Plus formateur, permet à chacun de corriger ses lacunes » ;
- « Il existe autant de médecine générale qu'il y a de médecins généralistes, chacun a des particularités dans sa pratique que l'on doit pouvoir développer » ;
- « Si on aime la pédiatrie ou la gynécologie, inclure le suivi de grossesse » ;
- « Pour pouvoir s'améliorer en ciblant ses points faibles depuis le début du stage » ;
- « Participation et l'implication de l'étudiant dans sa formation » ;

- « Nous avons tous des attentes différentes du stage » ;
- « On se rend compte durant les stages qu'on a parfois des difficultés pour gérer certaines choses et c'est à nous de travailler pour nous améliorer. Dans tous les cas si ces objectifs apparus durant le stage ne font pas partie de l'évaluation finale c'est à nous de les garder en tête » ;
- « Au moins dans l'autoévaluation » ;
- « Chacun a des manières différentes de faire et certains médecins ne font pas tout ce qu'il est demandé dans la grille. Chacun aura la pratique qui lui ressemble donc l'étudiant doit pouvoir verbaliser ce qui lui semble aller moins bien et l'améliorer » ;
- « Plus concret et adapté au terrain de stage » ;
- « Au moins en partie ! Un étudiant de médecine générale souhaitant orienter sa patientèle vers de l'addictologie ou du soin palliatif doit travailler plus la communication dans ces situations spécifiques » ;
- « Oui si certains objectifs particuliers sont recherchés par l'étudiant, par exemple un geste technique particulier. » ;
- « Pour correspondre au projet professionnel de chacun » ;
- « Beaucoup plus ciblés donc on s'améliore forcément plus » ;
- « Dans sa grille d'auto évaluation l'étudiant pourrait commenter ses propres objectifs » ;
- « Logique ».

Parmi les étudiants ayant répondu « NON », les commentaires suivants ont été ajoutés :

- « Elle me semble assez complète » ;
- « Les objectifs personnels sont personnels » ;
- « Redondant par rapport au rapport de stage » ;
- « Les pratiques en médecine générale sont très diverses et tout le monde n'a pas eu l'occasion de passer chez le médecin généraliste pendant l'externat. Je trouve ça compliqué de passer de l'externat à l'internat de médecine générale qui a un autre mode de fonctionnement avec des stages chez le praticien sans avoir aucune connaissance de la pratique du médecin généraliste alors définir une liste d'objectifs sans avoir idée vraiment vers quoi on va c'est compliqué. » ;
- « Trop subjectif ».

La grille d'évaluation devrait-elle laisser de la place à des objectifs personnels choisis par l'interne durant le stage ?

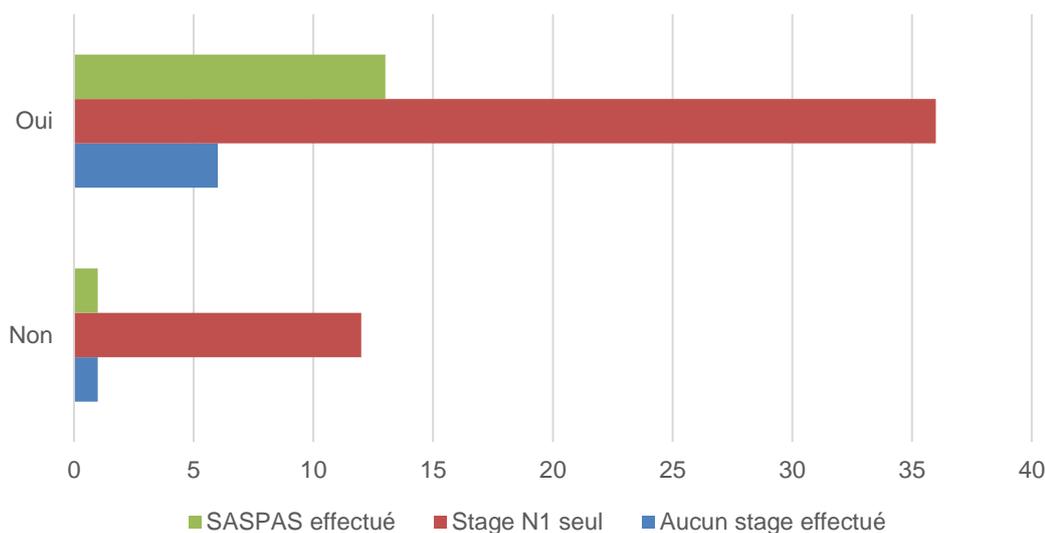


Figure 9 : Synthèse des réponses à la question « La grille d'évaluation devrait-elle laisser de la place à des objectifs personnels choisis par l'interne durant le stage ? »

Pour les étudiants n'ayant effectué aucun stage, 1 étudiant a répondu « Non » et 6 étudiants ont répondu « Oui ». Pour les étudiants ayant déjà réalisé uniquement le stage N1, 12 ont répondu « Non » et 36 ont répondu « Oui ». Pour les étudiants ayant effectué le stage N1 et le SASPAS, 1 a répondu « Non » et 13 ont répondu « Oui ».

Quelle importance attachez-vous à l'évaluation de l'apprentissage du professionnalisme (charge et gestion administrative) ?

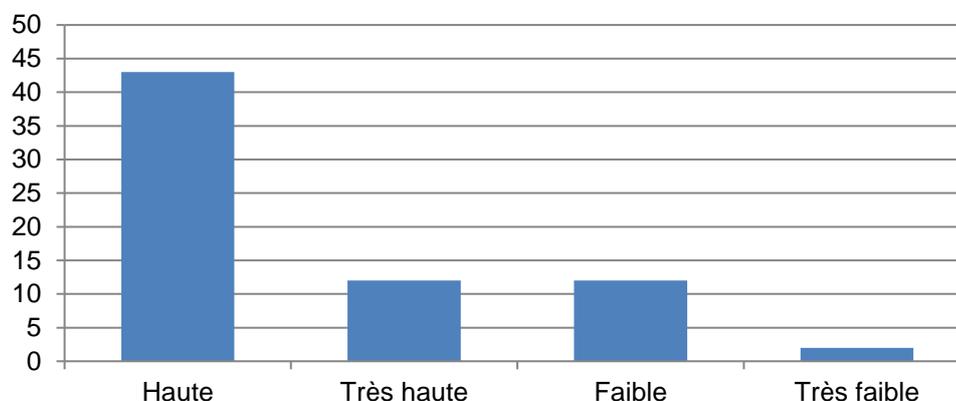


Figure 10 : Synthèse des réponses à la question « Quelle importance attachez-vous à l'évaluation de l'apprentissage du professionnalisme (charge et gestion administrative) ? »

A la question « Quelle importance attachez-vous à l'évaluation de l'apprentissage du professionnalisme (charge et gestion administrative) ? », 2 étudiants (3 %) ont répondu « Très faible », 12 étudiants (17 %) « Faible », 43 étudiants (63 %) « Haute » et 12 étudiants (17 %) « Très haute ».

Quelle importance apportez-vous à l'évaluation du langage non verbal de l'étudiant (choix vestimentaire, posture, gestuelle, etc.) ?

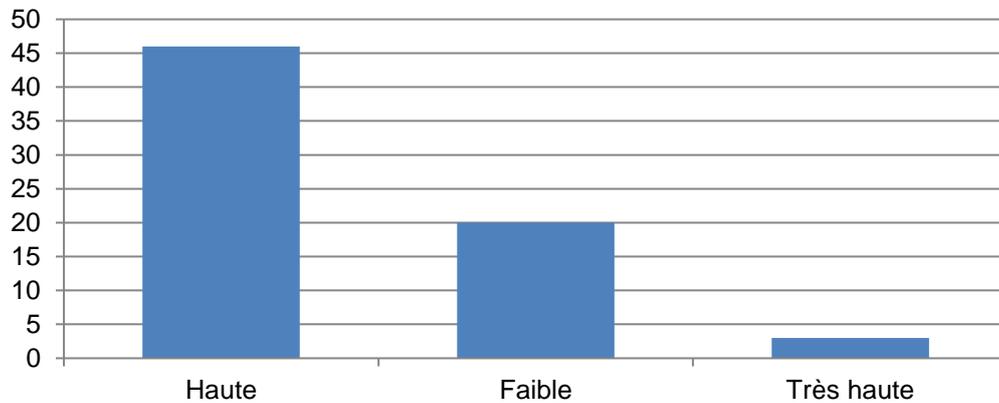


Figure 11 : Synthèse des réponses à la question « Quelle importance attachez-vous à l'évaluation du langage non verbal de l'étudiant (choix vestimentaire, posture, gestuelle, etc.) ? »

A la question « Quelle importance apportez-vous à l'évaluation du langage non verbal de l'étudiant (choix vestimentaire, posture, gestuelle, etc.) ? », 20 étudiants (29 %) ont répondu « Faible », 46 étudiants (67 %) « Haute » et 3 étudiants (4 %) « Très haute ».

Différents tests statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Ces tests ont permis de mettre en évidence l'indépendance des différentes variables inhérentes au questionnaire.

DISCUSSION

Parmi toute la population des étudiants de médecine générale des promotions Quesnay, Osler et Pasteur, seulement 69 étudiants (soit 12,9%) ont répondu à notre questionnaire concernant la grille d'évaluation du stage en médecine ambulatoire. Ce faible résultat pourrait signifier que les étudiants ne s'intéressent pas au fait de donner leur avis concernant la grille actuelle, de proposer des améliorations ou qu'ils estiment ne pas avoir un niveau de compétence pédagogique suffisant pour le faire.

I. Forces de l'étude

Malgré le fait que chaque étudiant de médecine générale se fasse évaluer en fin de stage ambulatoire et ceci depuis de très nombreuses années, aucune étude n'avait été réalisée afin de prendre en compte leurs avis et attentes concernant la grille d'évaluation des stages. Ils sont pourtant, avec les MSU, les premiers à se servir de cette grille.

Une étude permettant de recenser des avis concernant cette population était inédite jusqu'à ce jour et permettait d'éclairer sous un autre angle la manière dont l'évaluation pouvait être réalisée.

Cette étude fait suite à une étude qualitative réalisée en amont qui était nécessaire afin de juger si certains critères étaient régulièrement mis en exergue, ce qui a été le cas et permis la création d'un questionnaire se focalisant sur les attentes spécifiques rapportées.

Enfin une étude quantitative est la plus adaptée pour sonder une population et pouvoir évaluer les différentes opinions émises. Cela permet de recueillir un plus grand

nombre de réponses et de pouvoir ainsi extrapoler les résultats de manière plus efficace.

Contacté les étudiants grâce aux groupes des diverses promotions sur les réseaux sociaux a permis de communiquer plus facilement avec les étudiants mais le taux de réponse est resté faible.

Le grand nombre de réponses libres rapportées a permis de mettre en avant de nombreux détails concernant les points forts de la grille actuelle (**ANNEXE 2**) ainsi que ses points faibles qui pourraient faire l'objet d'améliorations.

II. Faiblesses de l'étude

Il est possible que le fait de contacter les étudiants par les groupes existant sur les réseaux sociaux n'ait fait que dissimuler la demande dans un grand nombre de demandes de questionnaires de thèse. Étant donné qu'il s'agit de la méthode la plus simple pour contacter le maximum de personnes de la population, de nombreuses demandes arrivent chaque jour sur les réseaux sociaux et certains étudiants n'ont donc sûrement pas pris la peine de répondre pensant qu'un grand nombre l'avait déjà fait, ou ne l'a pas vu car faisant partie d'un tout trop important.

Le format papier a reçu un taux de réponse important (18 réponses sur 20 questionnaires distribués). Toutefois, ces exemplaires papier ont été remplis à la hâte car les étudiants étaient pressés de quitter les lieux. Leurs réponses sont donc peu détaillées et moins réfléchies que celles recueillies suite au sondage en ligne. Je n'ai donc pas réitéré l'expérience de distribuer des questionnaires lors de cours à la Faculté. Les étudiants peuvent généralement s'exprimer plus facilement et librement via un questionnaire anonyme en ligne.

L'existence dans le questionnaire de champs libres pour les réponses a pu rebuter certains étudiants qui n'avaient pas le temps ou l'envie de répondre en dehors de questions à choix multiples qui ont l'avantage d'être rapides à renseigner.

Les dates où le questionnaire a été mis en ligne tombaient régulièrement sur la période des vacances scolaires, ceci entraînant potentiellement un plus grand nombre d'étudiants en vacances et donc ne souhaitant pas prendre le temps de répondre à un questionnaire.

En conséquence, malgré le fait qu'une très grande majorité des promotions Osler, Pasteur et Quesnay ait été contactée, seuls 69 étudiants (12,9 %) ont répondu et ceci réduit la force de l'étude et la validité des résultats.

III. Précédente évolution de la grille

Une évolution des grilles d'évaluation a déjà été réalisée à partir de la promotion Pasteur (2017).

En effet les promotions antérieures n'avaient qu'une grille commune au stage N1 et à celui de SASPAS. Les grilles concernant les promotions suivantes sont maintenant propres à chaque stage ambulatoire (**ANNEXES 3 et 4**).

Chaque nouvelle grille fait un distinguo entre l'étudiant novice, de l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1, l'étudiant intermédiaire allant jusqu'à la moitié du SASPAS et l'étudiant confirmé allant de la deuxième moitié à la fin du SASPAS. Chaque grille était construite selon la marguerite des compétences et laissait régulièrement des espaces pour les commentaires de l'étudiant et du MSU.

IV. Autres exemples de grilles d'évaluation

Nous allons prendre comme éléments comparatifs deux types de grilles, celle créée par le Pr Claude Attali (**ANNEXE 5**) et celle utilisée dans l'université de Montpellier-Nîmes (**ANNEXE 6**).

A. Grille du Pr Claude Attali

Cette grille d'évaluation est construite sur le déroulement d'une consultation générale avec la présentation, la démarche diagnostique, l'examen clinique, l'issue de l'examen, l'élaboration d'un projet thérapeutique, la planification de suivi et enfin l'entretien de la relation de soin.

Elle permet de réaliser ainsi facilement une auto évaluation mais également une hétéro évaluation sous la supervision directe du MSU.

Chaque item est présenté de manière claire et permet à l'interne de repérer ce qu'il sait et ce qui lui reste à apprendre afin de pouvoir pratiquer de manière optimale les différentes tâches incombant à la médecine de ville.

Il existe trois niveaux qui définissent les items devant être maîtrisés selon le profil de l'étudiant : novice, intermédiaire et confirmé, ce qui permet d'utiliser la même grille pour le stage ambulatoire N1 et le stage SASPAS.

B. Grille d'évaluation de l'université de Montpellier-Nîmes

Cette grille est la même pour les étudiants en N1 et en SASPAS.

La grille est composée uniquement de 10 items, ce qui la rend rapide à effectuer mais peu adaptée pour évaluer en détail les niveaux de compétences nécessaires à la médecine générale ambulatoire. Ces items prennent en compte les différentes parties de la marguerite des compétences.

Elle peut être réalisée en autoévaluation et en hétéro évaluation.

L'échelle d'évaluation est divisée en 5 catégories : très bien (A), bien (B), assez bien (C), passable (D) et mauvais (E). Chaque item pour lequel la case E a été cochée nécessite une justification.

Un espace est laissé pour des commentaires éventuels du MSU ainsi que les difficultés rencontrées.

V. Travaux de recherche récents

En 2013, un travail de recherche montrait l'importance de multiplier les modes d'observations de l'action et des modes de travail pédagogique afin de rendre compte au mieux de la complexité du réel. Ce travail de recherche insistait sur l'importance du portfolio et d'un tuteur pour centraliser les différentes parties du portfolio afin de faire un retour régulier à l'étudiant.¹²

Un travail de recherche réalisé récemment concernant la réalisation d'un outil d'évaluation des compétences pour la phase socle des internes de médecine générale montre qu'une évaluation croisée utilisant des outils prenant en compte les évaluations des enseignements hors stage, lors du stage, et sur le portfolio permettrait de donner un avis plus argumenté du niveau de compétence de l'étudiant ainsi que sur le niveau global nécessaire pour le passage en phase d'approfondissement. Cette recherche estime que la multiplicité des évaluations croisées rendra l'évaluation sanctionnante plus valide que la maîtrise de certaines compétences.¹³

En février 2019, un travail de recherche sur les attentes des maîtres de stages universitaires à propos d'un dispositif d'évaluation des internes en médecine générale en stage ambulatoire a été réalisé. Ainsi, à la suite d'une étude qualitative puis quantitative, une nouvelle grille d'évaluation (**ANNEXE 8**) a été proposée, intégrant les attentes des MSU, les familles de situation et les niveaux de compétences.^{14, 15}

Cette grille est divisée selon les 11 familles de situations rencontrées en médecine générale. Chaque partie regroupe des items dans les catégories « savoir-faire » et « savoir être » basés sur la marguerite des compétences.

Chaque item est évalué dans une échelle comportant 3 niveaux : « non acquis », « en voie d'acquisition » ou « acquis » et une place est laissée dans chaque item pour des commentaires libres venant de l'étudiant ou du MSU.

Par la suite chaque famille est évaluée comme étant « non maîtrisée », « partiellement maîtrisée », « maîtrisée » ou « bien maîtrisée ». La grille permet ainsi d'évaluer de manière globale et efficacement les compétences de l'étudiant.

Cette grille a été validée par le DMG et deviendra bientôt la nouvelle grille d'évaluation pour les stages N1 et SASPAS.

VI. Discussion sur l'élaboration d'une nouvelle grille

A la lecture des différents résultats, l'élaboration d'une nouvelle grille était envisageable.

Un travail de recherche sur l'évaluation dans l'approche par compétence en médecine générale préconisait un outil d'analyse valide, reproductible et faisable.

L'évaluation devait renseigner la compréhension, l'acquisition de ressources de qualité ainsi que la capacité à les mobiliser pour aboutir à un résultat pertinent. Le problème étant qu'en augmentant la validité d'une évaluation, elle s'enrichit en items mais a pour conséquence de faire diminuer la faisabilité.¹⁶

Cette nouvelle grille devrait pouvoir être réalisée en auto-évaluation et hétéro-évaluation afin que l'étudiant puisse s'évaluer sur un item avant que le MSU puisse y apporter son avis.

Il pourrait également être intéressant de renseigner deux grilles durant un même stage : une grille formative qui servirait de support lors des évaluations se déroulant tous les deux mois pendant le stage et une grille sanctionnante faisant la synthèse des grilles formatives et permettant de juger de la validation du stage.

Le plus difficile est de trouver un compromis entre les internes et il ne sera pas possible de faire une grille d'évaluation pouvant plaire à chaque étudiant et c'est pour cela que nous allons prendre en compte ce que la majorité des étudiants ayant répondu au questionnaire a souhaité.

Afin de construire la nouvelle grille, il paraît intéressant de partir de celle concluant le travail de recherche basé sur les attentes des MSU et qui servira de nouveau référentiel. Cette grille est basée sur les 11 familles de situations rencontrées en médecine générale qui ne sont encore que peu connues des internes. Il serait pertinent, dans ce contexte, d'approfondir la connaissance de ces familles durant les enseignements hors stages dispensés à la faculté. L'intérêt est que cette évaluation traite de la quasi-totalité des situations rencontrées en médecine générale, ce que souhaitaient les internes.

Cette grille qui est assez longue, ne correspond pas aux attentes des internes qui souhaitent une grille plus courte et concise. A l'encontre de ce souhait, une grille trop synthétique ne permettrait pas de prendre en compte la globalité des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine ambulatoire et il paraît donc difficile de pouvoir répondre à cette attente. Par exemple, on ne pourra pas concilier les étudiants souhaitant que certaines situations typiques comme le refus de se faire vacciner ou la demande insistante d'antibiotique soient prises en compte avec l'élaboration d'une grille synthétique.

Pour chaque situation, la grille diffère si la situation en question n'a pas été vue durant le stage, si elle a simplement été évoquée ou si elle a été travaillée, ce qui était l'une des attentes des internes.

Enfin, la grille présente l'intérêt que chaque item est clair et bien expliqué.

Toutefois, cette grille ne laisse pas de place définie aux objectifs personnels, ce qui était l'une des principales attentes ressortant de notre étude. En effet cela permettrait d'impliquer davantage l'étudiant et de pouvoir adapter chaque grille en fonction de ses attentes vis-à-vis de sa pratique future, ses forces et ses faiblesses. Ainsi une page contenant les objectifs définis par l'interne pourrait être ajoutée à la grille actuelle. Elle serait à remplir en début de stage, à deux mois et à quatre mois. Chaque objectif défini pourrait être qualifié comme « atteint » ou « non atteint » lors de chaque bilan. Les objectifs non atteints pourraient alors être reportés au bilan suivant si l'interne le souhaite.

Une autre catégorie n'étant pas suffisamment traitée dans la grille d'évaluation proposée concerne la professionnalisation de l'étudiant comprenant tout autant la maîtrise du logiciel, de la comptabilité et des charges administratives, que le langage non verbal de l'interne propre à chaque situation (le choix vestimentaire, les attitudes, etc.). Une nouvelle page contenant ces deux paramètres pourrait ainsi être ajoutée.

Il faudra toutefois rester vigilant à ne pas alourdir la grille et s'assurer que le temps nécessaire pour la remplir n'est pas trop important.

Ces deux propositions d'amélioration sont présentées en **ANNEXE 9**.

Enfin cette grille devra s'inscrire dans un projet d'outil d'évaluation des compétences global prenant en compte également les autres sources du portfolio de l'étudiant.

CONCLUSION

Chaque étudiant de médecine générale est concerné par l'évaluation des stages ambulatoires et il était nécessaire de réaliser cette étude afin de pouvoir recueillir leur avis et attentes et ainsi pouvoir optimiser la grille actuelle.

Malgré le peu de réponses obtenues parmi l'ensemble de la population des étudiants de médecine générale contactée, il apparaît clair que certaines pistes d'amélioration sont souhaitées comme le fait de diminuer le nombre d'items actuellement sur la grille d'évaluation, d'augmenter leur précision et de se focaliser sur les items cruciaux à la pratique du métier. Cependant ces demandes pourraient aller à l'encontre d'un désir d'une grille globale et adaptée à chaque situation.

Une plus grande régularité de la pratique de cette grille est également un souhait avec une part plus importante donnée à l'étudiant et ses objectifs personnels qu'il pourra adapter au fur et à mesure de sa pratique. Tous ces éléments ont pour objectif premier d'impliquer l'étudiant de manière plus importante dans l'évaluation.

Un autre travail pourrait alors être réalisé afin de pouvoir évaluer le ressenti des experts en pédagogie de médecine générale concernant notre nouvelle grille d'évaluation. Cela permettrait d'aboutir à une grille définitive, moins longue et répondant aux besoins des différentes parties prenantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
2. Université de Lille. (Page consultée le 02/04/2019). Faculté de médecine de Lille, [en ligne]. <http://medecine.univ-lille.fr/dmg/>.
3. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.
4. Université de Lille. (Page consultée le 02/04/2019). Département de Médecine Générale, [en ligne]. http://medecine.univ-lille.fr/dmg_stages/.
5. Ruelle Y, Boulay S, Munck S. Elaboration d'une nouvelle grille d'évaluation des étudiants en stage de médecine générale. La Revue Exercer. 2016, volume 27, n° 127 (suppl 2).
6. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. La Revue Exercer. 2016, volume 27, n° 127.
7. Colmont C. Relation médecin-patient : Droits et devoirs. Le Quotidien du Médecin. Publié le 05/02/2016.
8. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, Huez J-F. L'évaluation des compétences des étudiants de médecine générale. La Revue Exercer. Mars / Avril 2005, n° 73.
9. Cabannes A, Ghasarossian C, Schwartz J. Guider et évaluer la réflexivité des internes durant le DES de médecine générale. La Revue Exercer. Juin 2019, n° 154.
10. Collège National des Généralistes Enseignants. (Page consultée le 20/04/2019). Concepts et principes pédagogiques, [en ligne]. https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/.
11. Faculté de Médecine, Université de Lille. (Page consultée le 12/05/2019). Charte des Maîtres de Stage des Universités, [en ligne]. http://cemg-lille.fr/fichiers/msu/msu_charte.pdf.

12. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *La Revue Exercer*. Avril 2013, n° 108.
13. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Elaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. *La Revue Exercer*. Octobre 2019, n° 156.
14. WARCHALOWSKI I. Attentes des Maîtres de Stages Universitaires (MSU) de l'évaluation de stage des internes en ambulatoire. Etude qualitative auprès des MSU de la Faculté de Médecine de Lille. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Université de Lille Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2019.
15. HENNON M. Attentes des Maîtres de Stages Universitaires d'un dispositif d'évaluation des internes en Médecine Générale en stage ambulatoire. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Université de Lille Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2019.
16. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *La Revue Exercer*. Avril 2013, n° 108.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux étudiants de médecine générale

ENQUETE AUPRES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE POUR L'AMELIORATION DE LA GRILLE D'EVALUATION DU STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

QUI ?

1) Par qui souhaitez-vous que les évaluations soient réalisées ?

- Uniquement par le responsable du trinôme / binôme
- Par chaque MSU du trinôme / binôme
- Uniquement par l'interne
- Par l'interne (autoévaluation) et par le MSU (hétéroévaluation)

QUAND ?

Il faut distinguer 2 types d'évaluations : l'évaluation **formative** qui peut se réaliser une ou plusieurs fois durant le stage et qui a pour but de faire progresser l'interne durant le reste du stage en prévision de l'évaluation finale qui, elle, est **sanctionnante** car décide de la validation ou non du stage.

2) A quelle fréquence, selon vous, l'évaluation formative pourrait-elle avoir lieu durant le semestre ?

- Tous les mois
- Tous les deux mois
- Tous les trois mois
- Une fois durant le semestre

QUOI ?

Actuellement, la grille d'évaluation est construite sous forme d'objectifs basés sur les différentes compétences de la marguerite, à savoir :

- premier recours et urgences,
- approche globale,
- éducation, prévention et dépistage,
- continuité des soins,
- approche centrée sur le patient et communication,
- professionnalisme.

3) La grille d'évaluation actuelle par compétence vous semble-t-elle adaptée afin d'évaluer au mieux l'évolution de l'interne durant le stage (évaluation formative) ?

- Oui
- Non

ENQUETE AUPRES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE POUR L'AMELIORATION DE LA GRILLE D'EVALUATION DU STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

4) Pourquoi ?

.....

5) La grille d'évaluation actuelle vous paraît-elle adaptée pour une évaluation sanctionnante finale ?

- Oui
- Non

6) Pourquoi ?

.....

7) Selon vous comment doit être évaluée chaque compétence ?

- En 4 catégories : Non vu durant le stage ; Vu mais non acquis ; En cours d'acquisition ; Acquis
- En 3 catégories : Non acquis ; En cours d'acquisition ; Acquis
- Sous forme d'une note allant de 1 à 10
- Sous forme de commentaire

8) Selon vous, lesquels de ces items doivent faire partie de l'évaluation ?

- Tenue du dossier
- Connaissance des principes de confidentialité
- Connaissance des différents documents administratifs de médecine générale
- Détection de l'urgence médicale
- Hiérarchisation diagnostique
- Gestion la chronicité de certaines maladies
- Examen clinique
- Entretien avec le patient
- Prise en charge du patient dans sa globalité
- Adaptation au type de population
- Connaissance de ses limites
- Capacité à orienter le patient
- Capacité à faire intervenir les différents acteurs de santé
- Prévention générale
- Gestion des examens paracliniques
- Gestes thérapeutiques (vaccination, autoscopie, etc.)
- Communication avec le patient
- Communication non verbale (tenue vestimentaire, gestuelle, etc.)
- Assiduité
- Thérapeutique générale
- Education thérapeutique
- Autonomie d'apprentissage
- Analyse d'un bilan

ENQUETE AUPRES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE POUR L'AMELIORATION DE LA GRILLE D'EVALUATION DU STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

9) La grille d'évaluation devrait-elle laisser de la place à des objectifs personnels choisis par l'interne durant le stage ?

- Oui
- Non

10) Pourquoi ?

.....

11) La grille d'évaluation réalisée durant le premier stage de médecine générale (N1) devrait-elle servir de point de départ pour celle du deuxième stage (N2) ?

- Oui
- Non

12) Quelle importance attachez-vous à l'évaluation de l'apprentissage du professionnalisme (charge et gestion administrative) ?

- Très haute
- Haute
- Faible
- Très faible

13) Quelle importance apportez-vous à l'évaluation du langage non verbal de l'interne (choix vestimentaire ; posture ; gestuelle, etc...) ?

- Très haute
- Haute
- Faible
- Très faible

INFORMATIONS GENERALES

14) Promotion :

15) Stage N1 effectué :

- Oui
- Non

16) Stage N2 réalisé :

- Oui
- Non

Annexe 2 : Grille d'évaluation des stages N1 et SASPAS pour les promotions antérieures à 2017



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en Stage ambulatoire en soins premiers

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n° Trinôme n° Binôme n°

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles :

Vacances dates.....

Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Validation de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE

NON VALIDE

Commentaires libres

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE

NON VALIDE

Pr Patrick LEROUGE

Pr Jean-Marc LEFEBVRE

Docteur TILLY Anita

ECHELLE D'EVALUATION

0 : non abordée

1 : compétence non acquise

2 : compétence en voie acquisition

3 : compétence acquise

OBJECTIFS	0	1	2	3
1. Développer en l'argumentant une démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires				
• Utiliser le temps comme facteur décisionnel et intégrer l'incertitude dans la démarche.				
• Gérer des situations du stade précoce et indifférencié, au stade avancé voire d'accompagnement de fin de vie.				
2. Intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences par les différents acteurs :				
• Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires				
• Répondre de manière adaptée à la demande urgente des patients				
3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins primaires :				
• Poser l'indication correctement				
• Mener une dimension psycho relationnelle de bonne qualité				
• Maitriser le Geste de façon satisfaisante				
4. Hiérarchiser et gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient				
• Développer une prise en charge globale				
5. Mettre en place l'éducation thérapeutique				
• Etablir un diagnostic éducatif				
• Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge				
• Décliner des stratégies éducatives				
• Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche				
6. Intégrer et organiser l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, la réadaptation, et les soins, y compris palliatifs				
• Repérer les sujets cibles et les populations concernées dans son activité				
• Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective				
• Organiser des actions de dépistage pertinentes au regard de son cadre d'exercice				
• Gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation				
• Assurer la prévention des maladies évitables				

7. Gérer le premier contact avec les patients ; adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient				
• Manifester une écoute active et empathique				
• Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale				
• Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet : expliquer et négocier une décision, une prescription ; annoncer une nouvelle grave				
• Prendre en compte ses préférences et affects et ceux du patient sujet				
• Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient				
8. Gérer l'outil professionnel				
• Organiser le recueil d'informations médicales et gérer le dossier du patient				
• Synthèse périodique des informations contenues dans le dossier				
• Sélection des informations pouvant être transmises dans les carnets de santé, et supports réglementaires				
• Utiliser l'informatique du cabinet permettant de gérer de manière performante le flux d'informations				
• Connaître la gestion administrative, financières, humaine et structurelle de l'entreprise médicale				
9. Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés				
• Organiser si besoin la prise en charge des sujets dans les parcours filières et réseaux appropriés				
• Accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux				
• Respecter la loi et le code de déontologie				
10. Actualiser et développer ses compétences de manière individuelle				
• Adopter une attitude critique envers ses savoirs				
• Améliorer ses compétences par des recherches adaptées à partir de cas « vécus »				
• Personnes ressources				
• Recherches bibliographiques				
• Rédiger des RSCA et les auto-évaluer				

Signature de l'interne :

Nom et Signature du (ou des) maîtres de stage :

Annexe 3 : Grille actuelle d'évaluation des stages N1



Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en stage ambulatoire de niveau 1

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n°..... Trinôme n°..... Binôme n°.....

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles :

Vacances dates.....

Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Evaluation formative des 2 RSCA produits : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE

NON VALIDE

Commentaires libres :

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE

NON VALIDE





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Autoévaluation de l'interne

0 : non acquis

1 : en cours d'acquisition

2 : Acquis

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne novice : De l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1	Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG			
	Accepte <i>a minima</i> le projet proposé			
	À conscience qu'il opère sur l'être humain			
	Est apte à supporter une part d'incertitude			
	À conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté			
	Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions)			
	Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle			

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne intermédiaire : De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS	Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaires à l'exercice de la compétence)			
	À pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement			
	Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau Novice	Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale			
	Connaît quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication			
	Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade			
	Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doit faire l'objet d'une formation			
	Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique			
	Utilise principalement une communication verbale			
	Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient			
	Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient			
	Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias			

Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau intermédiaire	Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle			
	Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (voir aussi approche globale et complexité)			
	Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient			
	Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation			
	Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles			
	Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical			
	Met en oeuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
	Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux			





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire

Niveau Novice	Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales			
	Entrevient qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte			
	Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui			
	Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation			

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau intermédiaire	À conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique			
	Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)			
	Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier			
	Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion			
	Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin			
	A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)			
	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau Novice	Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste			
	Définit ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire			
	Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses trois niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi)			
	Se sent responsable de la gestion de la santé du patient			
	Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient			

Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau intermédiaire	Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin			
	Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples			
	Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant			
	Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient			
	Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau Novice	Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical			
	Évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats			
	Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face			

Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau intermédiaire	Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte			
	Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient			
	Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient			
	Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties			
	Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure			
	Élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient		0	1	2
Niveau Novice	Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients			
	Utilise le dossier médical			
	Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin			
	Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins			
	Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants			
	Met en place une relation médecin-malade fondée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites			
	Se rend disponible pour la permanence des soins			

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient		0	1	2
Niveau intermédiaire	Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations			
	Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi			
	Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche			
	Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi			
	Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours			
	Met en oeuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Professionnalisme		0	1	2
Niveau Novice	Entrevoit un projet professionnel			
	Accepte son rôle d'interne			
	Présente un engagement altruiste envers le patient			
	Participe aux formations théoriques et pratiques du DES			

Professionnalisme		0	1	2
Niveau intermédiaire	Manifeste un engagement pour la médecine générale			
	S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques			
	Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences			
	Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel			
	Organise son temps de travail			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Signature de l'interne

Signature du MSU



Annexe 4 : Grille actuelle d'évaluation des stages SASPAS



Evaluation de l'interne en SASPAS



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Evaluation de l'interne en SASPAS

Date d'évaluation :

Nom et prénom de l'interne :

Promotion :

Semestre : de mai à octobre de novembre..... à avril

UPL n°..... Trinôme n°..... Binôme n°.....

Nom MSU Bimestre 1

Nom MSU Bimestre 2

Nom MSU Bimestre 3

Absences éventuelles : Vacances dates.....

Arrêt de travail

Vérification de la production des 2 RSCA du semestre : OUI NON

Evaluation formative des 2 RSCA produits : OUI NON

VALIDATION DU STAGE PAR LES MSU :

VALIDE

NON VALIDE

Commentaires libres :

VALIDATION DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE :

VALIDE

NON VALIDE





Evaluation de l'interne en SASPAS



Autoévaluation de l'interne

0 : non acquis

1 : en cours d'acquisition

2 : Acquis

Les niveaux génériques des compétences en médecine générale		0	1	2
L'interne compétent : Fin de cursus/après le SASPAS	Dans les situations courantes :			
	Agit en autonomie et assume ses responsabilités			
	Collabore efficacement avec les autres intervenants			
	Possède une approche centrée patient			
	S'interroge sur sa pratique			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Relation, communication, approche centrée patient		0	1	2
Niveau compétent	En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient			
	Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci			
	Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause			
	Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage			
	Met en oeuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau compétent	Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient			
	Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser			
	Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant			
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient			
	En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture			
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient			
	Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire		0	1	2
Niveau compétent	Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient			
	Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)			
	Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient			
	Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Premier recours, urgences		0	1	2
Niveau compétent	Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions			
	S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins			
	Fait des diagnostics de situation			
	Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. Niveau compétent suivi)			
	Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexplicables (SBI)			
	Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient			
	Gère les urgences ressenties par le patient			
	Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient		0	1	2
Niveau compétent	Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi			
	Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient			
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient			
	Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux			
	Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient			
	Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage			
	Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile			
	Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :





Evaluation de l'interne en SASPAS



Professionalisme		0	1	2
Niveau compétent	Assume sa responsabilité envers le patient et la société			
	Collabore avec les autres soignants			
	Organise son outil et son temps de travail			
	Améliore ses compétences			
	Prend en charge le patient avec altruisme			
	S'implique dans le rayonnement de la discipline			

Commentaires de l'Interne :

Commentaires du MSU :

Signature de l'interne

Signature du MSU



Annexe 5 : Grille d'évaluation créée par le Pr Claude Attali

EVALUATION FORMATIVE DES INTERNES – Grille ATTALI modifiée						
ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITE	OUI	Partiel	NON	Sans Objet	Commentaires	NIVEAU DE COMPETENCE EXIGIBLE
Le diagnostic de situation consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions						
Présentation / Entretien						
1	Prend contact de façon chaleureuse et appropriée					Novice: OK, Appronfondi: OK, Confirmé: OK
	<i>En cas de patient accompagné</i> Identifie la place de l'accompagnateur					OK, OK, OK
	<i>Privilège le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur</i>					OK, OK, OK
2	Identifie le (les) motif(s) de la consultation					OK, OK, OK
3	Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée					OK, OK, OK
4	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre					OK, OK, OK
	<i>En cas de plaintes multiples</i> Définit avec le patient les priorités à traiter et celles qui pourront faire l'objet d'autres consultations					OK, OK, OK
	<i>En cas de première rencontre</i> Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi ? pourquoi ici ?					OK, OK, OK
	Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte					OK, OK, OK
	Explique son fonctionnement / celui de la structure/					OK, OK, OK
5	Explore la demande par questions ouvertes préalables					OK, OK, OK
6	Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient					OK, OK, OK
7	Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)					OK, OK, OK
8	Explore les liens avec les événements de vie du patient					OK, OK, OK
9	Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient					OK, OK, OK
10	Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte					OK, OK, OK
11	Prends en compte l'avis et les perspectives du patient / empathique					OK, OK, OK
12	Fait une synthèse et reformule					OK, OK, OK
Démarche diagnostique						
La démarche diagnostique devra être discutée lors de l'entretien pédagogique de débriefing ou si besoin pendant la consultation en cas d'intervention du MSU qui devra repérer les étiologies des erreurs de raisonnement (voir en annexes ces principales étiologies)						
13	<i>En cas de renouvellement</i> S'enquière de ce qui s'est passé depuis la dernière fois					Novice: OK, Appronfondi: OK, Confirmé: OK
	Questionne sur l'acceptation du traitement					OK, OK, OK
	Recherche tolérance au traitement / effet secondaire / iatrogénie					OK, OK, OK
14	Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien					OK, OK, OK
15	Prend en compte de la prévalence en Médecine Générale					OK, OK, OK
16	Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme à éliminer					OK, OK, OK
Examen clinique						
17	Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique					Novice: OK, Appronfondi: OK, Confirmé: OK
18	Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation					OK, OK, OK
19	Poursuit l'entretien durant l'examen physique					OK, OK, OK
20	Réalise l'examen en prenant en compte, en levant et en respectant les réticences exprimées ou non exprimées par le patient					Respecte: OK, Explore: OK, Négocie: OK
21	Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent					OK, OK, OK
A l'issue de la démarche						
22	Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et décisionnelle					Novice: Confirme, Appronfondi: Complète, Confirmé: Complète
23	Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires					OK, OK, OK
ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE ; DECISION PARTAGEE						
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						
24	<i>En cas de renouvellement</i> Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement ?					Novice: OK, Appronfondi: OK, Confirmé: OK
25	Utilise un langage clair et accessible					OK, OK, OK
26	Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique					OK, OK, OK
27	Informe en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)					Informe: OK, Adapte: OK
28	Vérifie la compréhension et l'accord du patient					OK, OK, OK
29	Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient					OK, OK, OK
30	Tient compte de la temporalité / le cheminement du patient					OK, OK, OK

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THERAPEUTIQUE						OUI	Partiel	NON	Sans Objet	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
31	Propose une intervention non médicamenteuse et médicamenteuse										OK	OK	OK
32	Prescrit les examens complémentaires de bilan et de suivi, si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant										De bilan	De suivi	Hiérarchisé
33	Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble											OK	OK

ELARGIR ET ENVISAGER LA PREVENTION						OUI	Partiel	NON	Sans Objet	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
34	Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant										OK	OK	OK
35	Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête											OK	OK
36	Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient												OK
37	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												OK
38	Réalise démarche et gestes de dépistage											OK	OK
39	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment											OK	OK
40	Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique											Participe	Activement

INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUTE ET PLURIDISCIPLINARITE						OUI	Partiel	NON	Sans Objet	Commentaires	Novice	Approfondi	Confirmé
Planification du suivi et du projet													
40	Renseigne le dossier médical										OK	OK	OK
41	Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels											OK	OK
42	Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient												OK
43	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers											OK	OK
44	Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical											OK	OK
45	Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation											OK	OK
46	Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge											OK	OK
47	Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux												OK
Etablissement et entretien de la relation de soin											Novice	Approfondi	Confirmé
48	S'adapte aux émotions exprimées ou perçues											OK	OK
49	Associe le patient à la démarche tout le long de la consultation												OK
50	Elargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient												OK
51	Adopte une posture appropriée en fonction de la situation											OK	OK
52	Adapte / Modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution d'une consultation												OK
53	Accompagne / soutient le patient												OK
	<i>En cas de difficulté</i>											OK	OK
	<i>Informe de ses propres difficultés de gérer pareille situation</i>											OK	OK
	<i>Nomme et reconnaît les émotions du patient</i>											OK	OK

REPÉRAGE DES COMPÉTENCES	
Compétence Communication / Approche centrée patient	
Compétence Approche globale / Prise en compte de la complexité	
Compétence Premier recours / Urgences	
Compétence Prévention / Dépistage / Education thérapeutique	
Compétence Continuité / Suivi / Coordination	

Annexe 6 : Grille d'évaluation de l'université de Montpellier-Nîmes



Université de Montpellier
FACULTÉ
de
MÉDECINE
 Montpellier-Nîmes
Scolarité 3ème cycle des études médicales
Bureau DES Médecine Générale
 Tél : 04 34 43 35 40
 Mail : coralie.bessone@umontpellier.fr

Fiche à retourner entièrement complétée
au bureau **DES MG** dès la fin du stage

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE

Arrêté du 25/02/2016

Semestre n° Du20... Au20...

ETABLISSEMENT		INTERNE				
Nom :		Nom (de jeune fille)				
Ville :		Prénom				
Spécialité du service :		Année du DES :				
Chef de service Nom/prénom :						
GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
<i>Echelle d'évaluation : A = très bien, B = bien, C = assez bien, D = passable, E = mauvais (justifier)</i>						
		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Hygiène / Propreté					
6	Relations avec les patients					
7	Ponctualité, assiduité					
8	Présentation orale de dossiers					
9	Intégration dans l'équipe de soins					
10	Acquisitions au cours du stage					
Observations éventuelles						
Aspects positifs :						
.....						
Difficultés rencontrées :						
.....						

Avis du chef de service ou du maître de stage des universités (MSU) référent

Avis favorable

Avis défavorable

Signature et Cachet du Chef de Service
ou du MSU Référent

Signature de l'Interne

Stage validé OUI

NON

Le Doyen de la Faculté de
Médecine Montpellier-Nîmes,

Pr Michel MONDAIN

Fiche à retourner entièrement complétée au bureau **DES MG** dès la fin du stage

Annexe 7 : Validation éthique

De : Jean-Luc TESSIER <jean-luc.tessier@univ-lille.fr>

Date : 12 nov. 2019 11:15

Objet : Re: thèse questionnaire

À : Gui <guiguidordain@hotmail.fr>

Cc :

Le 12/11/2018 à 11:33, Nicolas.Ragot a écrit :

> Bonjour Monsieur Dordain,

>

> Je valide votre questionnaire au regard de sa conformité à la
> législation relative aux données personnelles.

>

> En vous souhaitant une bonne journée.

Annexe 8 : Nouvelle grille d'évaluation proposée à l'issue de travaux de recherche (2019) ¹⁵

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

CONTINUITE/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 maîtrisée, partiellement maîtrisée, impliquent la nécessité d'un approfondissement rigoureux, peu acceptable en niveau SASPAS mais acceptable en niveau N1.
- Maîtrisée, 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 maîtrisée = 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, poly-morbidité 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
Savoir-faire	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 inexpliquée (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)				
Savoir-être	Entendre et répondre aux plaintes somatiques médicalement inexpliquées, 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
Savoir-faire	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)				
Savoir-être	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 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
Savoir-faire	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)					
Savoir-être	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 maîtrisée partiellement maîtrisée
 maîtrisée Bien maîtrisée

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 psychothérapeute, 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 maitrisée partiellement maitrisée
 maitrisée Bien maitrisée

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
Savoir-faire	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)				
Savoir-être	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
Savoir-faire	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)				
Savoir-être	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 9 : Proposition d'ajout à la grille d'évaluation

Objectifs personnels de l'interne

	Atteint	Non atteint
Objectifs personnels initiaux		
Objectifs personnels à 2 mois		
Objectifs personnels à 4 mois		

Professionalisation

		Acquis	En voie d'acquisition	Non acquis	Commentaires libres
Savoir-faire	Maîtrise du logiciel				
	Gestion de la comptabilité				
	Maîtrise des différents documents administratifs (arrêts / accidents de travail ; dossiers MDPH ; demandes ALD : etc.)				
	Gestion du matériel				
	Mise à profit du réseau de santé				
Savoir-être	Tenue vestimentaire adaptée				
	Ponctualité				
	Gestuelle adaptée				

AUTEUR : Nom : DORDAIN

Prénom : Guillaume

Date de Soutenance : 19 décembre 2019

Titre de la Thèse : Attente des étudiants de médecine générale sur l'optimisation de la grille d'évaluation des stages ambulatoires

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : thèse de pédagogie médicale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : évaluation, stage ambulatoire, compétences

Contexte : Durant leur diplôme d'études spécialisées de médecine générale, les étudiants réalisent un ou deux stages ambulatoires. Ces stages sont évalués, permettant leur validation. Il n'existe que peu d'études s'intéressant aux avis des étudiants concernant ces grilles d'évaluation.

Méthode : Suite à une étude qualitative faisant l'objet d'une autre thèse, un questionnaire a été réalisé permettant une étude quantitative menée auprès des étudiants de médecine générale des promotions 2016, 2017 et 2018 de la Faculté de Lille.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire obtenu est de 12,9 %. Une majorité des étudiants interrogés souhaiterait une amélioration de la grille actuelle, celle-ci n'étant pas considérée comme adaptée tant à une évaluation formative que sanctionnante. La grille ne laisse pas assez de place aux objectifs personnels, elle comporte un nombre trop important d'items et ceux-ci ne sont pas toujours clairs.

Conclusion : La nouvelle grille d'évaluation faisant suite aux travaux de recherche concernant les attentes des MSU est une base intéressante car elle répond à de nombreuses attentes des étudiants. En revanche, elle ne laisse pas de place aux objectifs personnalisés et n'évalue pas certaines compétences liées à la professionnalisation. Ces deux propositions pourraient être ajoutées et une nouvelle étude pourrait être réalisée afin de recueillir l'avis des experts en pédagogie médicale sur la nouvelle grille proposée.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Sébastien PREAU

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc BAYEN