

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

**Attentes des internes en médecine générale de l'évaluation de  
stage des stages ambulatoires. Etude qualitative auprès des in-  
ternes de la Faculté de Médecine de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 7 mai 2020 à 16h00  
au Pôle Formation  
par **Maxime Hermant**

---

**JURY**

**Présidente :**

**Madame le Professeur Florence RICHARD**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD**

**Monsieur le Docteur Serge DELATTRE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION :</b>	<b>6</b>
<b>1.1. ETAT DES LIEUX :</b>	<b>12</b>
1.1.1. POURQUOI EVALUER ?	12
1.1.2. LES COMPETENCES EVALUEES POUR VALIDER LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISES :	13
1.1.3. EVALUATION DES STAGES EN AMBULATOIRE :	17
1.1.4. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE :	18
<b>2. MATERIELS ET METHODES</b>	<b>19</b>
2.1. LA BIBLIOGRAPHIE :	19
2.2. LE TYPE D'ENQUETE :	19
2.3. L'ECHANTILLONNAGE :	19
2.4. INCLUSION :	20
2.5. LES ENTRETIENS :	20
2.6. LE RECUEIL DES DONNEES :	20
2.7. L'ANALYSE DES ENTRETIENS :	21
<b>3. RESULTATS :</b>	<b>22</b>
3.1. LES ENTRETIENS :	22
3.2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON :	22
3.3. ANALYSE THEMATIQUE :	23
A. <i>Les compétences évoquées par les étudiants :</i>	23
I. <i>La communication : une nécessité en médecine générale :</i>	23
II. Réaliser un diagnostic médical	24
III. Réaliser un examen clinique :	25
IV. Savoir réaliser des examens complémentaires :	26
V. Mettre en place un traitement :	26
VI. Mise en place de la prévention :	27
VII. Savoir gérer le cabinet :	27
VIII. Intégrer une équipe de soins :	28
B. <i>La forme de l'évaluation :</i>	28
I. Quand ?	28
II. Qui ?	29
III. Une grille est-elle nécessaire ?	30
IV. Une note est-elle nécessaire ?	31
V. Qui doit fixer les objectifs de l'évaluation ?	31
<b>4. DISCUSSION :</b>	<b>33</b>
4.1. FORCE DE L'ETUDE :	33
4.2. FAIBLESSE DE L'ETUDE :	33
4.3. VALIDITE DE L'ETUDE :	34
4.4. LES PRINCIPAUX RESULTATS :	34
4.4.1. LE FOND DE L'EVALUATION :	35
4.4.2. LA FORME DE L'EVALUATION :	36
4.5. COMPARAISON AUX EVALUATIONS EXISTANTES :	37
A. <i>La grille d'évaluation des compétences au sein de la faculté de médecine de Lille : Passage d'une seule grille à deux grilles distinctes.</i>	37
B. <i>La grille d'évaluation utilisée à Grenoble : (15)</i>	39
C. <i>La grille d'évaluations du Pr Attali : (16)</i>	39
D. <i>Etude qualitative auprès des MSU lillois réalisée en 2019 : (7)</i>	40
4.6. VERS L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE GRILLE :	41
<b>5. CONCLUSION :</b>	<b>43</b>
<b>6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b>	<b>44</b>

## RESUME

**Contexte :** L'évaluation du stage en ambulatoire intervient dans la validation du DES de médecine générale. Depuis la réforme de 2017, les étudiants ont la possibilité de réaliser deux stages en ambulatoire permettant de se former au plus proche de la réalité du terrain concernant la médecine ambulatoire. Cette évaluation est importante, car elle permet d'évaluer les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale et permet donc de garantir une bonne prise en charge de la population.

Cependant peu d'étude se sont penchées sur les attentes des étudiants en 3eme cycle concernant leur évaluation. Or ils font partie des principaux intéressés vis-à-vis de cette évaluation.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisé sur des entretiens semi dirigés auprès des étudiants du 3eme cycle de médecine générale ayant fait ou non leur stage en médecine de ville. Les entretiens ont été analysé via le logiciel N vivo® permettant de définir des thèmes.

**Résultats :** Onze entretiens ont été réalisé pour cette étude. L'analyse de ceux-ci a permis de définir des notions pouvant figurer dans la future évaluation. Mieux évaluer les gestes médicaux, évaluer la gestion du professionnalisme médical et intégrer des objectifs étudiants dépendants sont des points évoqués par les étudiants.

Pour évaluer ces compétences, les réponses ne faisaient pas l'unanimité pour ce qui est de définir la fréquence et la cotation de celles-ci. Cependant la notion de répétition de l'évaluation au cours du stage et le fait de laisser plus de place aux commentaires étaient des notions revenant régulièrement.

**Conclusion :** Notre étude a permis de mettre en évidence deux éléments, d'une part le fait que la dernière grille d'évaluation peut servir de base aux futures évaluations. Celle-ci pourrait intégrer des objectifs plus personnels étudiant dépendant. Il n'est pas certain que tous les étudiants aient intégré la notion de compétences en rendant l'évaluation difficilement compréhensible. Il serait important d'enseigner, dès le début du 3eme cycle, la notion de compétences et d'en définir les niveaux de compétences attendus pour l'exercice de la médecine générale.

## ABSTRACT

In the years preceding the 2017 reformation, students were to assess the patient fellowship by examining the DES in general medicine. Ever since the aforementioned reestablishment, students have the possibility of carrying out two outpatient internships, allowing them to gain a closer perspective on the ground concerning general medicine. The study purpose aims toward analyzing the skills necessary for the practice of general medicine, thereby assuring a proper care for the population.

The research focus on postgraduate students and their expectations regarding their assessment due to the lack of studies available on this matter.

**Method** : A qualitative study was carried out on semi-structured interviews with students of the 3rd cycle of general medicine who have or have not completed their internship in city medicine. The interviews were analyzed using N vivo® software in order to define themes.

**Results** : Eleven interviews were conducted for this study. Once the consultations were analyzed, it was possible to define potential concepts for future evaluations. Improving the assessment on medical procedures and the management of medical professionalism as well as an emphasis on student's care were the most specified options raised by the students.

During the interviews, it was essential to determine not only the frequency of similar responses but also the ratings of these. Repetitions of the same assessment were made in order to obtain more data along with a comment gap between questions for further information.

**Conclusion** : Our study obtained two statements. It is probable to apply the evaluation grid for future evaluations, possibly also including more personal goals from students. Further observation showed that the students underwent some difficulty grasping what the skill concept should be. It would, therefore, be interesting to teach the meaning and importance of these skills for the training of general medicine, precisely at the commencement of the 3rd cycle.



## 1. INTRODUCTION :

L'internat de médecine générale correspond au troisième cycle des études de médecine et permet l'obtention du diplôme d'études spécialisés (DES).

Actuellement, l'obtention du diplôme d'études spécialisés repose sur la validation des stages, du portfolio et sur la présence aux différents enseignements obligatoires mis en place par le département de médecine générale. (20)

En pratique jusqu'à la promotion Osler (examen classant national de 2016), pour valider le diplôme d'étude spécialisé de médecine générale, il était nécessaire de réaliser durant la durée du troisième cycle 6 stages :

- Un stage dans un service d'urgence ;
- Un stage en médecine polyvalente ;
- Un stage en médecine adulte ;
- Un stage consacré au suivi de la femme couplé à un stage consacré au suivi de l'enfant ;
- Un stage ambulatoire de niveau 1 (SN1) ;
- Un stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ou un stage libre (SASPAS).

Avec la réforme du troisième cycle de médecine générale mise en place depuis novembre 2017, le troisième cycle de médecine générale a été séparé en deux parties : une phase socle et une phase d'approfondissement.(13) (14). Lors de la phase d'approfondissement le stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée jusqu'alors facultatif devient obligatoire.

La nouvelle maquette pour la médecine générale comprend donc :

Une phase socle avec :

- Un stage ambulatoire de niveau 1 ;
- Un stage dans un service d'urgence.



Une phase d'approfondissement avec :

- Un stage consacré au suivi de la femme ;
- Un stage en médecine polyvalente ;
- Un stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée;
- Un stage consacré au suivi de l'enfant.

Lors de tous ces stages, doivent avoir lieu des évaluations, à la fois formatives et sanctionnantes. (18)

Pour évaluer les stages en ambulatoire de manière formalisée des grilles d'évaluations adaptées sont utilisées, mesurant les niveaux de compétences atteints par l'étudiant.

Pour en augmenter l'impact pédagogique formatif, ces grilles sont utilisées en auto-évaluation et en hétéroévaluation avec le Maître de stage des universités (MSU).

Pour permettre l'identification de la progression de l'étudiant tout au long du DES. La grille d'évaluation par compétence a été modifiée en une grille unique, évaluant les différents niveaux de compétences atteints aussi bien pour les stages de niveau un que pour les stages SASPAS.

Jusqu'alors peu d'études se sont intéressées à ce que pensaient les étudiants et les maîtres de stages des universités concernant l'évaluation tant sur le contenu que le contenant.

## 1.1. ETAT DES LIEUX :

### 1.1.1. Pourquoi évaluer ?

Certifier qu'un niveau de compétences attendu est atteint par les étudiants du DES de médecine générale est nécessaire pour garantir la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients. (1)

Pour le professeur Jacques Tardiff « L'évaluation est une démarche qui vise essentiellement à décrire les métamorphoses cognitives de l'élève », ainsi les évaluations ne sont pas une finalité mais permettent de mettre en lumière l'acquisition des compétences et permet également d'approfondir celles-ci. (6)

L'évaluation a aussi pour but de favoriser la motivation des étudiants, dépister les erreurs et les corriger, informer sur la progression des apprentissages et permettre la promotion de l'étudiant. (6) (4)

Deux notions sont à prendre en compte, d'une part, l'évaluation certificative et d'autre part, l'évaluation formative.

L'évaluation sommative a pour but d'attester ou de reconnaître l'apprentissage et d'aboutir à un processus de certification. Elle a dans ce cadre une action sanctionnante.

L'évaluation formative, quant à elle, permet de favoriser les apprentissages en informant le maître de stage ou l'étudiant sur les acquis ou les notions à améliorer. (18)

L'évaluation des compétences des stages ambulatoires pour être pertinente nécessite les deux types d'évaluation. (4)

### **1.1.2. Les compétences évaluées pour valider le diplôme d'études spécialisés :**

La validation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, bénéficie d'une attention particulière par le collège national des médecins généralistes, qui a pour objectif de s'assurer que les étudiants disposent des compétences nécessaires à leur pratique future en tant que médecin généraliste.

Il est donc important de définir les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale. Il existe de nombreuses définitions de la compétence :

- Selon la HAS « la compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir à priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité ». (1)
- Pour le Pr Jacques Tardif de l'Université Sherbrooke (6) au Canada une compétence est : « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources étudiants et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». (3)
- Pour le Professeur Yves Matillon, la compétence est la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation. (1)
- Pour Scallon la compétence ne peut pas s'exercer hors contexte et propose la définition suivante « la compétence se définit comme un savoir-faire ou comme la capacité de mobiliser des savoirs, savoir être et savoir-faire ou d'autres ressources ». (2)

- Pour le Professeur Attali, la compétence est une « caractéristique individuelle ou collective, attachée à la possibilité de mobiliser ou de mettre en œuvre, de manière efficace, dans un contexte donné, un ensemble de ressources en vue de résoudre une famille de situation problème ». (2)

La compétence est donc la capacité à mobiliser des connaissances théoriques dans un contexte donné pour résoudre un problème rencontré.

Celle-ci est donc dynamique et évolue au cours du parcours de l'étudiant. (3)

A la faculté de médecine de Lille, l'évaluation des étudiants en médecine générale est issue du référentiel de compétences, représenté par la marguerite des compétences, défini par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) mais aussi des caractéristiques de la médecine générale définies par la World organization of national colleges and associations of general practice/family medicine (WONCA). (1) (4)

Dans la marguerite des compétences nous retrouvons : (5)

- Premiers recours et urgences ;
- Continuité, suivi et coordination des soins ;
- Approche globale et complexité ;
- Education en santé, Dépistage, Prévention individuelle et communautaire ;
- Approche centrée patient, relation et communication.

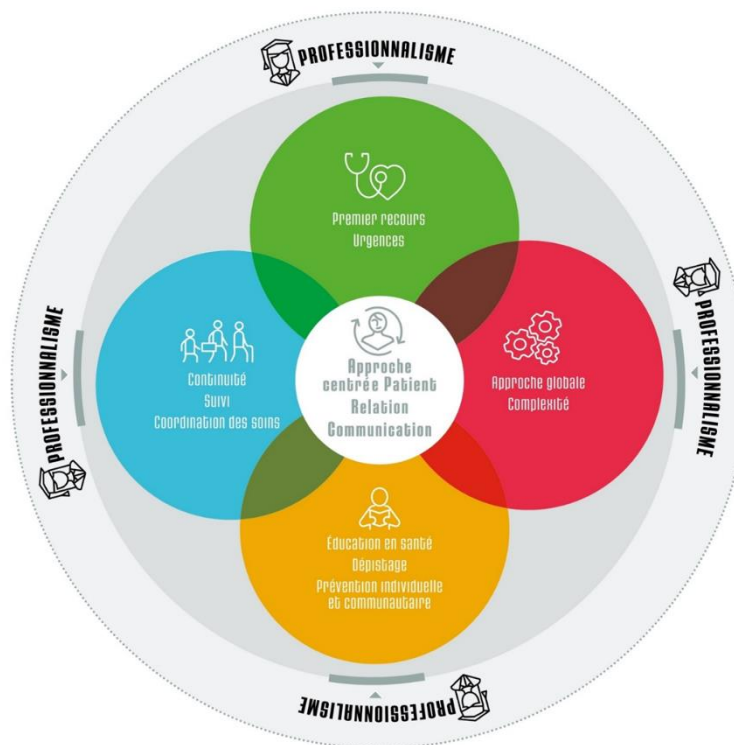
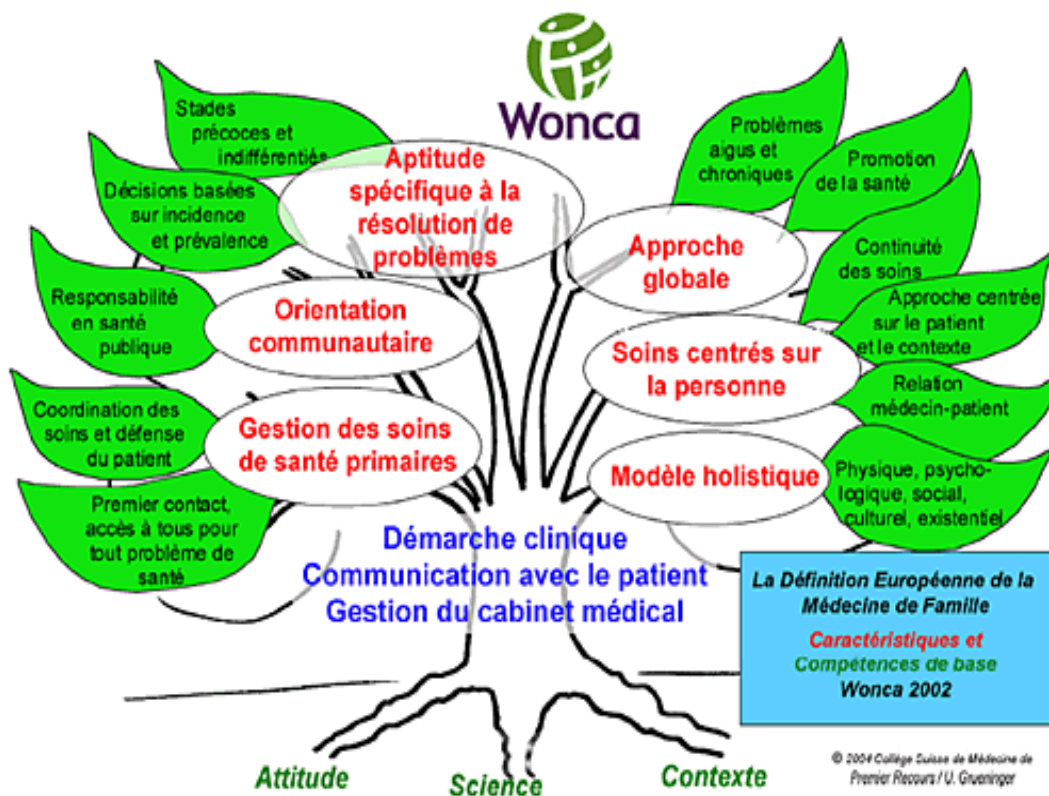


FIGURE 1 LA MARGUERITE DES COMPETENCES (19)

Pour la WONCA, la discipline médecine générale est définie par onze critères :

- 1) Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- 2) Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
- 3) Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles, familiale et communautaire.
- 4) Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.
- 5) Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

- 6) Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- 7) Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- 8) Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
- 9) Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
- 10) Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
- 11) Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »



### 1.1.3. Evaluation des stages en ambulatoire :

#### LES DEUX TYPES DE STAGES AMBULATOIRES :

Le premier stage ambulatoire nommé stage de niveau un, dit aussi SN1 s'effectue au cours du premier ou deuxième semestre du DES auprès de deux ou de trois maîtres de stages des universités différents afin d'avoir une vision de plusieurs pratiques de la médecine générale ambulatoire.

Ce stage se déroule en plusieurs parties : (17)

- Une phase d'observation,
- Une phase de supervision directe,
- Une phase de supervision indirecte sur des actes en autonomie.

Le deuxième stage ambulatoire nommé Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée est obligatoire depuis la réforme de novembre 2017. Il se déroule durant la phase d'approfondissement en 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semestre du DES de médecine générale sur une période de 6 mois auprès de deux ou trois maîtres de stages des universités et permet une mise en autonomie progressive de l'étudiant. (5)

#### L'EVALUATION DES STAGES EN AMBULATOIRE POUR LES PROMOTIONS ANTERIEURES A 2017 :

Pour les promotions avant 2017 il n'existait qu'une seule et unique grille utilisée pour les stages en ambulatoire.

Elle reprenait les compétences définies par le CNGE (schématisées par la marguerite des compétences) mais aussi celle définie par WONCA.

Cette évaluation était basée sur une échelle numérique allant de 0 à 3 avec comme correspondance :

- 0 pour non abordée,
- 1 pour compétence non acquise,
- 2 pour en voie d'acquisition,

- 3 pour compétence acquise.

Cette grille devait être complétée par le maître de stage universitaire mais aussi par l'étudiant.

### **L'ÉVALUATION DES STAGES AMBULATOIRES POUR LES PROMOTIONS APRES 2017 :**

Pour les promotions après novembre 2017 deux nouvelles grilles ont vu le jour, chacune adaptée au stage en ambulatoire effectué de premier niveau ou du stage en ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée.

Ces nouvelles évaluations étaient sous la forme d'une grille avec une échelle numérique allant de 0 à 2.

- 0 correspondant à non acquis,
- 1 pour en cours d'acquisition,
- 2 pour acquis.

L'évaluation comportait également un espace pour les commentaires afin d'affiner l'évaluation du niveau de compétence attendu.

#### **1.1.4. Les objectifs de l'étude :**

Les évaluations des stages ambulatoires sont une nécessité pour juger du niveau de compétences atteint au cours du DES. Les évaluations interviennent également dans la certification finale de l'étudiant permettant de valider le diplôme d'études spécialisés.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser l'opinion des étudiants de médecine générale du 3<sup>ème</sup> cycle concernant la grille d'évaluation des compétences en stage en ambulatoire.

L'objectif secondaire était de proposer une amélioration de la grille d'évaluation.



## 2. MATERIELS ET METHODES

### 2.1. La bibliographie :

Une recherche bibliographique a été effectuée sur le sujet pendant plusieurs mois avant de commencer les entretiens.

Les mots clefs utilisés étaient : évaluation des étudiants en médecine générale, guide de Calgary-Cambridge, WONCA académie, compétences médicales, marguerite des compétences, définition d'une compétence, pédagogie médicale, diplôme de spécialité médicale de médecine générale, réforme du troisième cycle des études de médecine, évaluation formative et évaluation sommative, université de Laval, exercer : compétence et exercer : grille d'évaluation.

### 2.2. Le type d'enquête :

Il s'agissait d'une enquête qualitative.

L'enquête qualitative est la plus adaptée pour comprendre les besoins, les attentes, l'opinion des étudiants par rapport à l'évaluation de leur niveau de compétence. Elle permet de répondre aux questions comme « comment ? » ou « pourquoi ? ». (9)

Cette enquête précède une enquête quantitative et a produit des hypothèses testables dans un questionnaire quantitatif.

### 2.3. L'échantillonnage :

Pour définir la taille de l'échantillon, le phénomène de suffisance des données a été choisi. Ainsi en l'absence de nouvelles données, deux entretiens supplémentaires seront réalisés pour obtenir une suffisance des données permettant d'obtenir une validation étudiant de l'étude. (9)

Nous avons interviewé des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale de la faculté de médecine de Lille ayant fait ou non un stage en médecine générale. Ces étudiants appartenaient aux promotions Osler (ECN de 2016) et Pasteur (ECN de 2017).

En ce qui concerne la stratégie d'échantillonnage, elle fut raisonnée en variation maximale. L'objectif étant d'obtenir un échantillon large pour explorer un maximum d'opinions variées.

#### **2.4. Inclusion :**

Tous les étudiants étant en 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale au moment de l'étude étaient éligibles. Un contact a été pris avec eux pour fixer une date et un lieu de rencontre, soit chez eux soit dans un lieu public.

Les entretiens ont été effectués de juin 2017 à décembre 2018.

#### **2.5. Les entretiens :**

L'entretien semi dirigé était le plus adapté pour répondre à la question de recherche. Il permettait de favoriser les échanges libres avec une bonne interaction entre les personnes grâce aux relances.

Avant chaque entretien, le titre de l'étude était rappelé à l'étudiant.

#### **2.6. Le recueil des données :**

L'enregistrement a été effectué grâce à un dictaphone de marque Olympus.

Les entretiens furent retranscrits de manière intégrale et authentique dans les jours qui suivaient dans le logiciel Microsoft Word.

Les entretiens ont été rendus anonymes afin de respecter la confidentialité.

Les temps d'attentes, les réflexions, les sons ainsi que les interruptions par un tiers ou par un appel téléphonique ont été signalés.

## **2.7. L'analyse des entretiens :**

L'analyse en étude qualitative permet de s'intéresser aux avis de tous les interrogés.

Une première analyse fut réalisée permettant de mettre en évidence les mots, les phrases ou les expressions. (10)

Après cette première étape, un codage par deux chercheurs a été effectué. Les mots, phrases ou expressions ont été regroupés en catégorie afin de créer des thèmes et des sous thèmes que l'on qualifiait de nœuds lorsque nous utilisions le logiciel Nvivo. (10)

Enfin une seconde analyse fut réalisée permettant d'étoffer les résultats.

### 3. RESULTATS :

#### 3.1. Les entretiens :

Pour réaliser cette étude, onze entretiens furent réalisés de juin 2017 à décembre 2018.

Beaucoup d'étudiants ne donnaient pas suite aux demandes d'entretien.

La durée des entretiens variée entre 12 et 29 minutes avec une durée moyenne de 19 minutes

Un compte rendu a été établi après chaque entretien permettant de recueillir au mieux les impressions des personnes interrogées et donc d'améliorer la qualité de l'entretien.

#### 3.2. Caractéristiques de l'échantillon :

Entretien	Age (ans)	Sexe	N1 réalisé	SASPAS réalisé
M1	28	MASCULIN	NON	NON
M2	25	MASCULIN	NON	NON
M3	26	FEMININ	NON	NON
M4	27	MASCULIN	OUI	NON
M5	27	FEMININ	OUI	NON
M6	26	MASCULIN	NON	NON
M7	28	MASCULIN	OUI	OUI
M8	26	MASCULIN	OUI	NON
M9	27	MASCULIN	OUI	NON
M10	27	MASCULIN	OUI	NON
M11	26	FEMININ	NON	NON

### 3.3. Analyse thématique :

#### A. LES COMPETENCES EVOQUEES PAR LES ETUDIANTS :

##### I. LA COMMUNICATION : UNE NECESSITE EN MEDECINE GENERALE :

Les interviewés ont évoqué le langage non verbal. En particulier la notion de tenue vestimentaire.

*« ...position ouverte, l'étudiant qui est avachi sur son fauteuil qui n'écoute rien ou qui regarde les mouches quand on lui parle ; forcément je pense que ça doit être évalué parce que c'est une part hyper importante de la consultation... » M5*

*« L'assiduité, est ce que les gens sont souvent en retard, polis courtois, est ce que ... une tenue adaptée.... »M2*

Le langage verbal entre l'étudiant et le patient fut également évoqué et est un élément important pour l'évaluation.

Savoir se faire comprendre en s'adaptant au niveau de langage du patient est nécessaire.

*« ...Dans la communication, ensuite c'est la capacité de l'interne à bien communiquer à... euh à bien se faire comprendre, à bien comprendre le patient aussi avec tout ce qui est répétition aussi s'adapter à son niveau de langage... » M2*

L'écoute fait aussi partie des compétences relationnelles et intervient dans la communication.

*« ... les compétences humaines, d'abord l'écoute... » M8*

Les interviewés ont évoqué l'importance de la capacité à savoir expliquer une ordonnance ou un geste clinique qui va être réalisé.

*« ...on pourrait évaluer la capacité de l'interne à expliquer son ordonnance au patient, c'est bien de faire une ordonnance mais c'est mieux si le patient la comprend pour une bonne compliance ... » M2*

*« ...cancer du sein la palpation mammaire, savoir expliquer ce geste... » M5*

La communication c'est aussi savoir-faire passer un message médical dans un temps donné.

*« ...c'est aussi prendre le temps d'expliquer parce que parfois quand il y a beaucoup de patients, les médecins sont débordés et du coup ils vont vite et ils perdent de l'information... » M1*

## II. Réaliser un diagnostic médical

S'adapter au patient, à son histoire, à son âge, à ses antécédents personnels ou familiaux sont des notions qui reviennent régulièrement dans les interviews.

*« ...savoir prendre en considération les antécédents du patient dans le contexte... » M8*

*« ... le suivi de l'enfant, le suivi de l'adolescent, ensuite euh euh suivi de grossesse, voilà des choses que l'on suit régulièrement... » M8*

*« ...orienter son examen clinique en fonction du patient, par exemple en fonction de ses antécédents familiaux... » M5*

La notion de décryptage a également été évoquée pour être un étudiant compétent.

*« ...Comment l'interne est capable d'orienter son interrogatoire en fonction des symptômes et du patient. Est-ce qu'il arrive à maintenir son interrogatoire et à ne pas perdre le fil de l'interrogatoire... ». M2*

La hiérarchisation des diagnostics potentiels est essentielle dans une évaluation selon deux étudiants.

*« ...Euh sur les maladies les plus fréquentes, parce que je pense qu'en médecine générale on tourne sur quelque chose de probabiliste.... on est plutôt dans le probabiliste, oui dans le fréquent et moins dans le truc ultra rare ou finalement ce qui est très rare on ne le gère pas spécialement au cabinet... » M4*

*« ...Penser au diagnostic le plus probable avant de penser à la maladie de médecine interne très rare. En médecine générale je pense qu'il faut savoir partir vers les maladies les plus fréquentes et savoir réévaluer à plusieurs reprises pour diagnostiquer une maladie plus rare... » M5*

Savoir reconnaître l'urgence est une notion revenant régulièrement dans les entretiens.

« ...Passer en priorité les choses urgentes, en tout cas savoir reconnaître l'urgence... » M7

« ...Reconnaître une pathologie aiguë qui dépasse nos compétences qui nécessite d'être prise en charge en urgence par exemple une douleur thoracique qui fait penser à un infarctus on doit savoir le reconnaître et orienter le patient aux urgences... ». M5

Savoir évoquer un diagnostic est une notion importante pour les étudiants.

« ...Savoir formuler une hypothèse... » M4

« ...Arrive à une suspicion de diagnostic... » M2

« ...Savoir reconnaître les pathologies aiguës, savoir reconnaître les pathologies chroniques... » M5

Enfin la coordination en médecine générale est un élément qui revenait régulièrement et est importante pour l'évaluation :

« ...savoir passer la main quand on voit que l'on ne va pas pouvoir gérer ça au cabinet... » M3

### III. Réaliser un examen clinique :

Pour un interviewé, il est important d'avoir recours aux tests de diagnostic rapide (TDR) pour étayer son diagnostic.

« ...Classique la vaccination, les TDR... ». M1

Les interviewés sont univoques sur le fait de laisser une place pour les gestes techniques dans l'évaluation.

« ...Plus ou moins généraliste, orienté en fonction de ce que dit le patient, il faut quand même qu'il y ait des choses qui euh, basique à faire, l'examen cardio respiratoire... » M2

« ...Les constantes, l'auscultation, la palpation abdominale et après t'orienter en fonction de la demande, demande dermatologique ou autre chose, gynécologique... » M5

« ...La prise tensionnelle soit au brassard soit en fonction des équipements, avec une machine, ensuite paraclinique euh, l'examen avec l'otoscopie après on peut faire avec ce que l'on a... ». M9

Un interviewé a évoqué des gestes nécessitant une formation comme la réalisation d'épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR), la pose de Stérilet (ou dispositif intra utérin : DIU), la réalisation et l'interprétation d'électrocardiogramme.

*« ...Savoir-faire un électrocardiogramme, faire des EFR, faire un frottis, faire... mettre poser un implant, euh qu'est-ce que ça peut être d'autre..... Euh poser un stérilet, un DIU..... Enfin voilà, grosso modo c'est ça la technicité en termes de geste. Sauf que si plus tard tu ne veux pas faire de gynéco... » M7*

Les gestes d'urgences sont importants pour un étudiant.

*« ...Le massage cardiaque par exemple, donc je pense qu'il faudrait peut-être sur un brainstorming définir quelles sont les compétences urgentes en termes de soins, de technicité... » M7*

#### **IV. Savoir réaliser des examens complémentaires :**

La prescription d'examens complémentaires est présentée comme essentielle au cours des interviews.

*« ...Capable de mettre les bons examens complémentaires... » M4*

*« ...Savoir prescrire des examens biologiques nécessaires au suivi particulier de ce patient ... » M5*

*« ...Justifier ses examens complémentaires ... » M8*

#### **V. Mettre en place un traitement :**

La mise en place d'un traitement adapté est également un point important selon les interviewés.

Ils ont évoqué la nécessité de savoir réaliser une ordonnance en respectant les contre-indications à la prescription médicamenteuse comme les allergies.

*«... apprendre à faire une ordonnance type parce que normalement tout le monde est passé en stage avant d'aller chez le prat sauf maintenant avec la réforme mais je pense que tout le monde doit être capable de faire une ordonnance, c'est un petit peu la base avec nom prénom, la date, la signature, les médicaments y compris les ordonnances de stupéfiants si c'est nécessaire... on pourrait évaluer la capacité de l'interne à expliquer son ordonnance au patient, c'est bien de faire une ordonnance mais c'est mieux si le patient la comprend pour une bonne compliance ensuite euh ensuite est ce que l'ordonnance est uniquement le fruit de l'interne ou est-ce que le patient va dire, moi je préfère tel ou tel médicament est ce qu'il va y avoir des petits conflits de prescription... » : M2*



« ...s'il est allergique ou s'il a l'habitude de tel antalgique ou tel anti inflammatoire... » M2

Mais pour certain, évaluer les prescriptions est quelque chose de compliqué.

« ...évaluer ses prescriptions thérapeutiques ça risque d'être compliqué... » M5

## VI. Mise en place de la prévention :

La prévention dont doit faire preuve l'étudiant est un élément important selon les interviewés. Ils ont donné des exemples de prévention primaire et tertiaire pour évoquer ce point.

« ...Regarder le dossier, qu'à chaque entretien il puisse dire ben voilà ce patient est diabétique qu'est-ce que tu dois particulièrement surveiller... » M8

« ...L'éducation par rapport à la prévention, tout ce qui est cancer, l'éducation des parents concernant la consultation pédiatrique, l'éducation par rapport à l'hygiène de vie, l'alimentation ... » M5

## VII. Savoir gérer le cabinet :

La gestion du cabinet ne fait pas l'unanimité auprès des étudiants.

Certains trouvent absurde d'évaluer une compétence que nous apprenons uniquement au cours du stage.

« ...Je trouve ça ridicule de nous évaluer sur des choses que l'on apprend sur le tas, sur le terrain, vraiment là on est sur la notion d'apprentissage, si on veut faire une évaluation dessus alors on nous donne des cours, et puis on nous donne des examens dessus... » M8

« ...Alors moi je ne pense pas qu'il faut évaluer la paperasse, la gestion du cabinet parce que je pense que ça ne fera pas de moi un meilleur médecin si je sais faire de la paperasse. Je pense qu'il faut que l'on sache le faire mais on n'est pas censé être évalué dessus. Parce que c'est ce qui va nous permettre de manger tous les jours mais .....euh ...mais pour moi ça ne me fera pas meilleur médecin. Ce n'est pas parce que je sais gagner 10 000 euros à la fin du mois, que je sais payer mes charges et gérer mon cabinet avec une SCM une SCI peu importe que ça ferait de moi un bon médecin vis-à-vis de mes patients. Je ne pense pas que mes patients attendent de moi une bonne gestion du cabinet. Ça c'est important pour moi. Mais je ne pense pas que c'est une compétence à évaluer. Je ne pense pas que le maître de stage doit dire toi tu as bien fait ton stage car tu sais utiliser hello doc. Je ne suis pas persuadé que c'est quelque chose à évaluer. Le matos c'est pareil ça coule de source. Si on veut, il faut un bon stéthoscope, un bon ordinateur qui fonctionne mais ce n'est pas une compétence à aller chercher ou à évaluer... » M4

Pour d'autres il est important de recevoir une formation au cours du stage sur le professionnalisme et d'être évalué dessus.

*« Si jamais un patient vient réclamer son dossier est ce que l'on peut lui donner, comment ça se passe, ce sont des petites informations qu'il est nécessaire de savoir ».*  
M2

*« Savoir gérer le cabinet c'est important, les cotations, même en remplacement moi je galère. Et je me demande comment je dois coter l'administratif...ça devrait faire partie intégrante de la formation, qui n'est pas toujours fait finalement on est un peu spectateur au début, on ne comprend pas grand-chose" : M9*

*« ...des papiers que l'on utilise tous les jours en médecine général c'est-à-dire les arrêts de travail, accidents de travail, ce genre de chose arrêt maladie... » M5*

*« ...comment gérer un cabinet, le côté financier, économique... » M5*

### VIII. Intégrer une équipe de soins :

Durant les interviews certains étudiants évoquaient la nécessité de savoir créer leur propre réseau de professionnels du soin.

*« ...Savoir créer un réseau ... »M9*

### B. LA FORME DE L'EVALUATION :

#### I. Quand ?

L'évaluation des compétences dans le temps ne fait pas l'unanimité.

Certains voudraient une évaluation continue favorisant le coté confraternel tandis que d'autres évoquent une évaluation continue pour moins percevoir le coté certificatif.

*« ...évaluation continue au moins sur plusieurs jours... » M10*

*« ...évaluation confraternelle, on est entre collègues, pour moi l'interne c'est un médecin en devenir, ce n'est plus un étudiant, on est quand même mature quoi, on approche passé 25 ans euh... Quand on est interne, pour moi euh..... Ça ne doit plus être une évaluation à la fin tac, non ça ne doit pas être à l'occasion d'un évènement, ça doit être une évaluation progressive, continue au cours du stage... » M7*

*« ...l'évaluation plutôt que de la faire à la fin, peut-être plus en continu pour casser cette sensation d'être jugé... » M8*

Pour d'autres, il serait intéressant de faire des évaluations formatives avant l'évaluation certificative. Mais selon les interviewés il n'y a pas de règles quant aux dates pour les réaliser. Certains évoquent une évaluation au bout de deux mois d'autres évoquent une évaluation mensuelle.

*« ...je dirai de la faire au bout de 2 mois parce que là au bout d'un mois on a le temps de s'habituer au praticien, de se mettre à l'aise, de prendre des initiatives et c'est bien qu'il nous fasse une petite évaluation pour voir les choses que l'on peut améliorer les mois restants euh et ensuite en refaire une à la fin, oui je pense qu'une à 2 mois et une à la fin c'est bien... » M3*

*« ...si c'était moi je prendrai une demi-journée avec l'interne et je lui poserai, ..... Je lui dis qu'est-ce que tu attends de ton stage qu'est-ce que tu sais très bien faire qu'est-ce que...euh. Et ça dès le début et une autre demi-journée au bout de deux mois, de 3 mois pour refaire un petit peu le point, je lui poserai des questions sur quoi il pense être devenu bon ou qu'est-ce qu'il sait plus faire maintenant, qu'est-ce qu'il lui manque, qu'est-ce qu'il voudrait que l'on améliore pour les mois qui reste du stage... », M4*

*« ...une à deux évaluations intermédiaires qui nous permettent de nous positionner et voilà ou même que le médecin me dise voilà ben là tu as bien progressé, là je pense que tu sais bien faire, là je pense que vis-à-vis de ce point-là tu n'as pas progressé. ». M4*

## II. Qui ?

La quasi-totalité des interviewés ont répondu qu'ils étaient favorables pour l'auto-évaluation avec hétéroévaluation.

*« ...Oué je serai pour qu'il le fasse tout seul dans un premier temps et que pourquoi pas dans un deuxième temps il reprenne une feuille vierge et qu'on le fasse à deux... » M6*

*« ...L'évaluation alors moi je pense que dans l'idéal, dans mon esprit c'est de le faire d'abord chacun de son côté et après, confronter les idées et voir ensemble... » M1*

*« ...pour moi l'évaluation c'est déjà plus le généraliste seul qui doit ; moi l'auto évaluation je n'apprécie pas trop et qui je suis pour m'évaluer... » M6*

Pour certains interviewés il pourrait être intéressant de demander à des tiers ce qu'ils pensent de la pratique médicale de l'étudiant.

*« ...Il faudrait après, ce qui ne serait pas mal, c'est de demander au patient... » M9*

« ...évaluer le ressenti du patient aussi notamment sur la confiance que l'on peut dégager, la crédibilité... » M10

Les interviewés évoquent aussi l'importance d'un échange entre le maître de stage universitaire et l'étudiant.

« ...Le médecin généraliste au début, mais je pense que c'est un travail qui doit être fait à deux, le médecin généraliste car il a pu évaluer au cours du stage tes compétences. Et je pense que c'est une évaluation ou on doit discuter avec l'autre... » M5

### III. Une grille est-elle nécessaire ?

Pour le mode d'évaluation, un interviewé a évoqué une présentation sous la forme d'un constat automobile.

« ...constat, comme un constat automobile avec d'un côté le praticien et de l'autre l'interne... » M8

Pour les interviewés il est important d'ajouter un commentaire libre à chaque compétence demandée.

« ...rajouter un commentaire à chaque fois, après je pense qu'une grille toute seule ce n'est pas top, une petite appréciation à côté c'est pas mal... » M3

Un des étudiants s'est attardé sur l'évaluation avec une grille et selon lui, une évaluation ne peut tenir dans des cases et devrait reposer uniquement sur des commentaires.

« ...tu mets deux phrases, ça ne prendra pas beaucoup plus de temps à faire que cocher des cases mais euh c'est beaucoup plus pertinent. Après moi je ne suis pas pour l'évaluation avec, il a eu 17 a et 2 b a pour acquis, b pour en cours d'acquisition même les compétences sociales, les compétences au cabinet cela ne peut pas être résumer, ça ne peut pas tenir dans des cases. Et au moment où ça ne peut pas tenir dans des cases, ce n'est pas pertinent. Il vaut mieux un commentaire libre en 5 lignes que des cases... » M10

#### IV. Une note est-elle nécessaire ?

Les étudiants ont donné des avis variés, vis-à-vis de la présence ou non de note. Certains étudiants évoquent la notion de ressenti pour pouvoir évaluer l'étudiant :

*« ...Donner une note à la fin cela n'a aucun sens euh il faut prendre le ressenti que l'on a pendant la consultation... » M10*

La notion de curseur fut évoquée pour définir une évaluation :

*« ...mettre un curseur plutôt que 1 2 3 4 5 des chiffres ou finalement c'est une note, mettre plutôt un curseur, je trouve que c'est intéressant, ça met un challenge sans pour autant avoir une notion sanctionnant... » M8*

Une réponse de type binaire comme acquis et non acquis fut évoqué par un étudiant :

*« ...Moi je mettrais acquis pas acquis... » M3*

Un interviewé a évoqué la notion d'une note pour pouvoir évaluer l'étudiant :

*« ... on met des notes ou des barèmes, des échelles numériques on peut facilement additionner, faire une moyenne des 3 pour avoir un rendu global et plus représentatif de ce que vaut l'interne après on peut du coup imaginer à la grille d'évaluation un commentaire libre... » M2*

#### V. Qui doit fixer les objectifs de l'évaluation ?

Dans les interviews les étudiants ont annoncé que les compétences doivent être fixées par le médecin et par l'étudiant :

*« ...Chaque praticien au début de faire, euh de mettre en place un barème avec l'étudiant dire ça il faut que tu améliores ça il faut que tu améliores, trouve un certain nombre de point en accord avec l'interne et le but de l'évaluation c'est qu'il arrive à s'améliorer sur ces points ... » M10*

Pour un étudiant, les objectifs devraient être définis par le maître de stage universitaire.

*« ...le médecin traitant chez qui on passe doit mettre entre guillemet des objectifs... » M4*

Définir des objectifs personnalisés est un point régulièrement cité par les étudiants :

*« ...les objectifs que l'interne se fixe c'est à la mode... » M2*

*« ...un stage personnalisé... » M4*

*« ...qu'en début de stage, en début de semestre, oui je définirai les objectifs en début de semestre. Après les objectifs doivent être variables... » M4*

## **4. DISCUSSION :**

### **4.1. Force de l'étude :**

L'étude qualitative était la plus adaptée pour réaliser cette étude. Elle permet d'étudier l'opinion des étudiants vis-à-vis de l'évaluation du stage en ambulatoire auprès des maîtres de stages des universités. Elle permet aussi d'étudier leur comportement et leurs expériences personnelles. (9)

Les entretiens semi dirigés réalisés portaient aussi bien sur des femmes que sur des hommes mais également sur des étudiants ayant réalisé ou non un stage chez le praticien, ce qui permet d'avoir une variation maximale.

Le guide d'entretien a pu être enrichi au cours des interviews, permettant d'améliorer la qualité des entretiens et de les recentrer sur les objectifs de l'étude

Enfin cette étude a précédé une étude quantitative dont mon collègue Guillaume DORDAIN a utilisé une partie des données fournies par les entretiens pour réaliser le questionnaire dans le but de définir une future évaluation plus adaptée. Celle-ci devant répondre aussi bien à l'attente des MSU que des étudiants.

### **4.2. Faiblesse de l'étude :**

Les étudiants ayant répondu positivement aux demandes d'interview faisaient pour la plupart partie de mon entourage professionnel, ce qui peut être un biais de sélection.

Trouver des étudiants présentant une réelle motivation pour passer un entretien était assez compliqué sans pour autant trouver de réelle explication.

Pour réaliser les entretiens, les étudiants en avait été informé plusieurs semaines auparavant, sans pour autant définir de date butoir. Les étudiants ont donc pu réfléchir au sujet et rechercher des informations concernant l'évaluation des étudiants en médecine générale au sein des autres facultés.

Un bon entretien est aussi dépendant de celui qui le conduit. Aucune formation n'a été effectuée pour savoir comment conduire un entretien. L'apprentissage des techniques d'entretien s'est donc effectué au cours de l'étude. Les premiers entretiens étaient donc moins ouverts et il est possible que les questions soient trop orientées pouvant ainsi créer des biais face aux informations recueillies.

#### **4.3. Validité de l'étude :**

Pour réaliser et écrire cette étude qualitative, les critères COREQ ont été respectés permettant d'obtenir la validité interne de l'étude. (21)

Les entretiens ont eu lieu avec des personnes d'âge, de sexe et d'expérience différente. (9)

Le double codage des données issues des entretiens par deux chercheurs permettant d'effectuer une triangulation des données augmentant la validité interne de l'étude.

Enfin la suffisance des données a été obtenue par une absence de nouvelle information à la lecture des entretiens.

#### **4.4. Les principaux résultats :**

Au détour de notre étude auprès des étudiants, il en est ressorti deux parties distinctes mais dépendantes l'une de l'autre. Il s'agissait de la forme et du fond de l'évaluation.

Des compétences ont été énumérées et développées par les étudiants. Mais il n'est pas certain qu'ils aient tous pris en compte la notion de contexte nécessaire pour définir une compétence.



Un étudiant a même évoqué la notion d'évaluation chiffrée. Face à cela, nous sommes en droit de nous poser la question de la connaissance de la notion de compétence. Le but de cette évaluation certificative est de vérifier si le niveau de l'étudiant est conforme ou non aux attentes afin de ne pas mettre en danger la population. (4)  
(11)

#### **4.4.1. Le fond de l'évaluation :**

Les étudiants étaient globalement en accord avec les évaluations actuelles. Cependant quelques points restaient à développer ou à préciser.

Concernant les gestes médicaux réalisables au cabinet, les étudiants les ont systématiquement évoqués.

Dans l'ancienne grille, cette notion y était présente sous l'énoncé 3, même s'il y manquait le détail de ces gestes. Quant à la nouvelle grille, elle ne laisse pas de place pour l'évaluation des gestes médicaux.

La gestion du professionnalisme médical et plus précisément la gestion du logiciel, des démarches administratives revenait à chaque entretien. La majeure partie des étudiants, était favorable à ce qu'elle soit intégrée dans l'évaluation certificative. Un travail de recherche auprès des MSU publiée en 2019 ainsi qu'une étude des étudiants et des MSU de Tours ont également mis en évidence l'intérêt d'évaluer ces savoirs faire pour les étudiants en médecine. (4)

Enfin concernant les objectifs à atteindre, ils sont actuellement issus de la marguerite des compétences.

Durant les interviews, les étudiants ont proposé l'introduction de compétences personnalisées, toujours dans un but d'autoformation et d'autoévaluation. (3)

Celles-ci pourraient être définies par l'étudiant et par le MSU dès le début de stage.

#### 4.4.2. La forme de l'évaluation :

Les étudiants étaient globalement favorables quant à la pratique de l'auto-évaluation et de l'hétéroévaluation vis à vis de l'évaluation certificative.

Pour Scallon « au moment de l'évaluation certificative il revient à l'étudiant de répondre personnellement de ses capacités et de ses apprentissages »

En réalisant l'autoévaluation, l'étudiant devient acteur de sa formation. Il participe donc à la détermination de ses objectifs ainsi qu'à leurs réalisations. (3) (12)

Quant à l'hétéroévaluation réalisé par les MSU, elle permet de vérifier de l'acquisition ou non des compétences demandées.

Les étudiants ont également évoqué l'idée de se faire évaluer par un tiers. Or la coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine a aussi évoqué cette possibilité en demandant l'avis des collaborateurs de l'étudiant pour compléter son évaluation. (11)

Un autre élément important, est de savoir quand nous devons réaliser une évaluation. Face à cette question, les réponses des étudiants étaient variées.

Certains évoquaient une évaluation continue pour limiter la sensation d'être jugé, tandis que d'autres évoquaient des évaluations formatives associées à une évaluation certificative finale.

Tous étaient donc d'accord, sur le fait de répéter les évaluations.

Concernant la cotation, les étudiants avaient des avis divergents hormis vis-à-vis de la nécessité de mettre des commentaires qui revenaient systématiquement.

Le système par cotation binaire avait été proposé par les étudiants. Mais cela entrainerait une perte de signifiante de la compétence et traduirait un enseignement par objectif. (4)

#### 4.5. Comparaison aux évaluations existantes :

Comparons les demandes des étudiants, aux évaluations existantes à la faculté de médecine de Lille, à la faculté de médecine de Grenoble, à la grille selon le Pr Attali et selon une étude qualitative auprès des MSU lillois réalisée en 2019.

##### A. LA GRILLE D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES AU SEIN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LILLE : PASSAGE D'UNE SEULE GRILLE A DEUX GRILLES DISTINCTES.

###### Les formes de l'évaluation certificative :

Tout d'abord jusqu'à la promotion d'ECN 2017, il n'existait qu'une seule et unique grille commune au SASPAS et au N1. (Annexe 1) Cette grille avait la particularité d'être adaptée pour une autoévaluation avec hétéroévaluation.

Chaque item était noté de 0 à 3 :

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

Cette grille, elle avait la particularité d'être courte mais il n'y avait pas la possibilité de mettre des commentaires.

Les nouvelles grilles quant à elles, ont été créées à l'aide des constats effectués par le CNGE. Elles étaient différentes et adaptées soit au stage des N1 (Annexe 2) soit au stage des SASPAS (Annexe 3).

Concernant la notation de ces évaluations, elle allait de 0 à 2 :

- 0 pour non acquis,
- 1 pour en cours d'acquisition,
- 2 pour acquis.

Cette nouvelle version offrait aussi la possibilité de mettre des commentaires et donc de compléter l'évaluation des compétences.

### Les compétences évaluées actuellement :

Les étudiants sont actuellement évalués grâce à une grille d'évaluation dont les compétences sont issues de la marguerite des compétences.

Cependant la compétence attendue dépend du niveau de l'étudiant.

Il existe 3 niveaux :

- Le niveau novice (I) correspondant donc à la première moitié du niveau N1,
- Le niveau intermédiaire (II) correspondant à la deuxième moitié du stage N1 et à la première moitié du SASPAS,
- Le niveau compétent (III) correspondant à la deuxième moitié du SASPAS.

Pour acquérir ces compétences, l'étudiant doit apprendre de ses expériences en situations authentiques. La réflexivité est le processus qui le permet.

Elle est produite par une situation problème rencontrée, induisant un doute, une perplexité ou une incertitude permettant à l'étudiant de trouver une solution en cherchant des explications à celle-ci. (12)

Le tableau ci-dessous issu de la Revue Exercer n°154 met en relation les niveaux de réflexivité permettant l'acquisition des compétences en fonction du niveau de l'étudiant.

Niveau	Description
Novice	Expose ses connaissances sans recul sur la situation
Novice avancé	Reconnaissance d'un problème, Expression de l'incertitude
Intermédiaire	Description des problématiques et émergence de questionnement
Intermédiaire avancé	Elaboration et structuration des questionnements : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bio Psycho social (prenant en compte la situation dans sa globalité.</li> <li>○ Hiérarchisation des questionnements</li> <li>○ Elaboration de recherches afin d'étayer les questionnements émergents.</li> </ul>

Compétent	Exploration puis construction justifiée d'une réponse aux questionnements permettant une prise en charge adaptée
Compétent avancé	Stabilisation et généralisation des savoirs mis en œuvre

### B. La grille d'évaluation utilisée à Grenoble : (15) (Annexe 4)

La grille d'évaluation des compétences de Grenoble est aussi bien utilisée pour les stages en ambulatoire que pour les stages hospitaliers.

Elle est composée de 4 colonnes avec les sous compétences évaluées, le niveau de compétence de l'étudiant (novice, intermédiaire ou compétent), la notion de progression au cours du semestre et les commentaires libres.

Pour remplir le niveau de compétences demandé, il faut se référer au référentiel des niveaux de compétences.

Cette grille est simple, courte et est généraliste.

### C. La grille d'évaluations du Pr Attali : (16) (Annexe 5)

Cette grille d'évaluation est inédite, car elle se positionne comme si nous étions face au déroulement d'une consultation de médecine générale.

Elle est composée de 5 items

- Elaboration d'un diagnostic global de situation en tenant compte de la complexité.
  - La présentation et l'entretien,
  - La démarche de diagnostic,
  - L'examen clinique.
- Elaborer un projet négocié et mettre en œuvre le projet thérapeutique.
- Elargir et envisager la Prévention et inscrire son action dans la continuité et la pluridisciplinarité.

- Planification et suivi du patient.
- Etablissement et entretien de la relation de soin.

Ces cinq items sont regroupés par code couleur correspondant à des compétences :

- Communication / approche centré sur le patient.
- Approche globale /prise en compte de la complexité.
- Premier recours / urgences.
- Prévention / dépistage et éducation thérapeutique.

Cette grille semble longue mais le fait qu'elle suive le déroulement d'une consultation la rend facilement utilisable.

Elle présente de manière claire, les compétences nécessaires à maîtriser en fonction du niveau de l'étudiant qu'il soit novice, intermédiaire ou compétent. Une place est laissée pour les commentaires libres ce qui était une demande des étudiants vis-à-vis de leur évaluation, tout comme pour les MSU lors de l'étude sur l'optimisation de la grille d'évaluation.

Enfin cette grille se prête bien à l'autoévaluation tout comme à hétéroévaluation par le maître de stage.

#### D. Etude qualitative et quantitative auprès des MSU lillois réalisée en 2019 : (7) (22) (Annexe 6)

Une étude qualitative et quantitative réalisée auprès des MSU de la faculté de médecine de Lille et présentée en février 2019 a permis de produire une nouvelle grille d'évaluation validé par le DMG pour les futurs stages N1 et SASPAS.

Cette grille possède 11 familles de situations appartenant au 6 grandes catégories de compétences issues de la marguerite des compétences.

Chaque famille est séparée entre le savoir-faire et le savoir-être.

Cette grille possède 3 notions à compléter permettant de :

- Savoir si la situation clinique est non vue, évoquée, travaillée ou si l'étudiant y a été confrontée.
- Savoir si la situation clinique est non maîtrisée, maîtrisée, partiellement maîtrisée ou bien maîtrisée.
- Savoir si la situation est non acquise, en voie d'acquisition ou acquise.

Enfin un espace est dédié aux commentaires comme le souhaitent les étudiants permettant de travailler sur la validation des compétences et non sur la validation des objectifs.

En comparaison avec les dernières grilles de la faculté de médecine de Lille, celle-ci a l'avantage d'être plus complète tant sur les familles de situations que sur les informations en rapport avec les situations rencontrées. En effet elle permet de savoir si l'étudiant a fait face à cette situation et permet vis-à-vis de la compétence de définir le niveau atteint.

#### **4.6. Vers l'élaboration d'une nouvelle grille :**

Face aux différentes informations recueillies auprès des étudiants et de diverses études sur l'évaluation des étudiants en médecine générale ; une amélioration de la grille est envisageable.

Tout d'abord une évaluation doit être le plus objectif possible et reproductible. Elle devra être simple, courte et compréhensible permettant une augmentation de sa faisabilité.

Cette évaluation devra être séparée entre les étudiants en SASPAS et les étudiants en N1 car les niveaux de compétences entre un étudiant novice et un étudiant compétent sont différents, compte tenu du fait que l'acquisition de l'expérience est un processus dynamique évoluant, grâce à des rencontres de situations problèmes et grâce au questionnement personnel. (3)

La notion d'évolution au cours du stage pourra apparaître, comme pour la grille d'évaluation issue de la faculté de médecine de Grenoble, avec un item concernant l'évolution de l'étudiant au cours du stage.

Cette grille devra être mise à disposition de l'étudiant et servira d'évaluation formative avant l'évaluation finale validant ou non le stage. Elle devra être réalisable aussi bien en auto évaluation qu'en hétéroévaluation.

Une place pour les objectifs personnels des étudiants, pourrait être laissée dans l'évaluation. Ceci leur permettant une plus grande implication vis-à-vis de leur formation.

La notion de professionnalisme est une compétence importante qu'il est nécessaire d'acquérir et donc d'évaluer au cours des stages ambulatoires.

Quant à la maîtrise des différents outils disponibles au cabinet comme le logiciel médical, le portail de l'assurance maladie ou la gestion de la partie administrative de la médecine générale sont des notions potentiellement traitables dans cette future évaluation

Enfin, en ce qui concerne la fréquence de l'évaluation, il en est ressorti qu'une multiplication des évaluations permettrait non seulement de couvrir l'ensemble des compétences demandées mais favoriserait aussi une diminution de la sensation de jugement pour aller vers un objectif plus formatif.



## 5. CONCLUSION :

Cette étude qualitative concernant l'optimisation de la grille d'évaluation des étudiants en médecine générale a permis de mieux cerner les attentes des étudiants sur les compétences à évaluer ainsi que sur leur mode d'évaluation.

La certification des compétences au cours des stages n'est qu'une partie des éléments permettant la validation du DES. En effet, la réalisation de traces d'apprentissages, la participation aux enseignements théoriques, participent aussi à la validation du DES de médecine générale.

Certaines pistes d'amélioration de la grille d'évaluation sont envisageables comme l'intégration d'objectifs personnels des étudiants, l'évaluation du professionnalisme avec pour objectif de favoriser une plus grande implication de l'étudiant, favorisant son autoformation.

Enfin, cette étude auprès des étudiants a montré une certaine méconnaissance de la notion de compétence. Ceci pouvant engendrer une incompréhension des grilles et des méthodes d'évaluation actuelles pour certains.

Il serait donc également intéressant, d'introduire une formation sur la notion de compétence et sur les compétences à acquérir au cours du troisième cycle dès le début du DES.

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1) FRANCE. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. **Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé** : Revue de la littérature. 2015. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport\\_l\\_evaluation\\_des\\_compетенences\\_des\\_professionnels.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compетенences_des_professionnels.pdf) . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 2) COMPAGNON, Dr Laurence. **L'évaluation des compétences des Internes en Médecine Générale** ; état des lieux de l'évaluation lors du stage ambulatoire de niveau 1. 2005. Disponible sur : [http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/compagnon\\_2005.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/compagnon_2005.pdf) . Consulté le : 18 mar. 2020.
- 3) Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Guyot H, Honnorat C, huez J-F. **L'évaluation des compétences des internes de médecine générale**. La Revue Exercer mars avril 2005, n°73
- 4) Renoux C, Lebeau J-P, Potier A, Lehr-Drylewicz A-M. **Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale**. La Revue Exercer 2013 n°108
- 5) COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS (France). **Charte des MSU**. 2016. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu) . Consulté le : 18 mar. 2020.
- 6) J., Jouquan. **L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale**. Pédagogie Médicale. 2002. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/aticles/pmed/pdf/2002/01/pmed20023p38.pdf> . Consulté le : 15 mar. 2020.
- 7) WARCHALOWSKI, I., **Attentes des Maîtres de stage des Universités (MSU) de l'évaluation de stage des étudiants en ambulatoire : étude qualitative auprès des msu de la faculté de médecine de Lille**. Etude qualitative auprès des MSU de la Faculté de Médecine de Lille. 2019. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/89f58b82-9d62-45e5-93a7-e1885e2dff52> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 8) DORDAIN, G **Attente des étudiants de médecine générale sur l'optimisation de la grille d'évaluation des stages ambulatoires**. Etude quantitative auprès des étudiants de la Faculté de Médecine de Lille. 2019.
- 9) AUBIN-AUGER, Isabelle ; MERCIER, Alain ; BAUMANN, Laurence ; LEHR-DRYLEWICZ, Anne-marie ; IMBERT, Patrick ; LETRILLIART, Laurent et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. **Introduction à la recherche qualitative**. Exercer : la revue française de médecine générale, Paris, v. 19, n. 84, p. 142-145, 2008.

- 10) OUDE-ENGBERINK A ; LOGNOS B ; CLARY B ; DAVID M ; BOURREL G. **La méthode Phénomène-pragmatique** : La méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* : la revue française de médecine générale, Paris, v. 24, n. 105, p. 4-11, 2013.
- 11) ARIZA M ; CHASTANG J ; GRIMAUULT C ; COMPAGNON L. **Elaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les étudiants de médecine générale.** *Exercer* : la revue française de médecine générale, Paris, v. 30, n. 156, p. 378-380, 2019.
- 12) CABANNES A ; GHASAROSSIAN C ; SCHWARTZ J-C. **Guider et évaluer la réflexivité des étudiants durant leur DES de médecine générale.** *Exercer* : la revue française de médecine générale, Paris, v. 30, n. 154, p. 281-386, 2019.
- 13) LEGIFRANCE. **Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.** 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 14) LEGIFRANCE. **Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016.** Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 15) FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE. **Grille d'évaluation. 2019.** Disponible en : [http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/meda-tice/mg/mg/docs/20191126153047/FICHE\\_D\\_EVALUATION.pdf](http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/meda-tice/mg/mg/docs/20191126153047/FICHE_D_EVALUATION.pdf) . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 16) CEMG DE LILLE. **Grille d'évaluation.** 2018. Disponible sur : <http://www.cemg-lille.fr/stages> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 17) INTERSYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE. **Stages ambulatoires.** Disponible sur : <https://www.is-nar-img.com/pendant-linternat/stages/stages-ambulatoires> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 18) UNIVERSITE DE LAVAL. **L'évaluation formative et sommative.** Disponible sur : <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/l-evaluation-formative-et-sommative> . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 19) COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS (France). **Présentation du D.E.S.** 2012. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des) . Consulté le : 15 mar. 2020.
- 20) PEDAGOGIE MEDICALE. **Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation.** Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Naccache\\_Portfolio\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Naccache_Portfolio_1.pdf) . Consulté le : 08 avr. 2020.
- 21) INSTITUT DE FORMATION EN MASSOKINESITHERAPIE ET ERGOTHERAPIE DE BERCK-SUR-MER. **Traductions des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative.** Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/949716> . Consulté le : 08 avr. 2020.

- 22) 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.

# ANNEXE 1



## 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
<b>1. Développer en l'argumentant une démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires</b>				
• 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.				
<b>2. Intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences par les différents acteurs :</b>				
• 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				
<b>3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins primaires :</b>				
• Poser l'indication correctement				
• Mener une dimension psycho relationnelle de bonne qualité				
• Maîtriser le Geste de façon satisfaisante				
<b>4. Hiérarchiser et gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient</b>				
• Développer une prise en charge globale				
<b>5. Mettre en place l'éducation thérapeutique</b>				
• 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				
<b>6. Intégrer et organiser l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, la réadaptation, et les soins, y compris palliatifs</b>				
• 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				

<b>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</b>				
• 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				
<b>8. Gérer l'outil professionnel</b>				
• 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				
<b>9. Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés</b>				
• 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				
<b>10. Actualiser et développer ses compétences de manière individuelle</b>				
• 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 2



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
<b>L'interne novice :</b> 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
<b>L'interne intermédiaire :</b> 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 :**





Evaluation de l'interne N1 en stage ambulatoire



Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau Novice	Explore certains aspects de la situation clinique en segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux			
	Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales			
	Entrevoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte			
	Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui			
	Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation			

Approche globale, prise en compte de la complexité		0	1	2
Niveau intermédiaire	A 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	Entrevoy 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 3



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
<b>L'interne compétent :</b> 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 inexpliqués (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









### EVALUATION SUR LE PLAN DES COMPETENCES

SEMESTRE :  
N° de SEMESTRE :

NOM DE L'ETUDIANT : \_\_\_\_\_ PRENOM DE L'ETUDIANT : \_\_\_\_\_

DATE DE L'EVALUATION : ...../...../..... Modalité de remplissage :  avec enseignant en stage  
 avec enseignant hors stage  
 avec tuteur

*Merci de consulter la notice « Référentiel – descriptif des niveaux de compétences » pour évaluer chaque compétence*

Premiers recours, Urgences	Niveau de compétences	Progression au cours du semestre	Commentaires libres
Décryptage d'une plainte indifférenciée	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Gestion de l'urgence	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Diagnostic de situation, prévalence, hiérarchisation, incertitude	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Mobilisation des ressources	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Relation, communication, approche centrée patient	Niveau de compétences	Progression au cours du semestre	Commentaires libres
Communication avec l'entourage	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Structure de l'entretien	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Relation médecin patient	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Habilité communicationnelle	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Approche globale, complexité	Niveau de compétences	Progression au cours du semestre	Commentaires libres
Approche bio psycho sociale de prise en charge	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Démarche décisionnelle	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Réflexivité, réévaluation, évolutivité de la prise en charge, incertitude	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Représentations et adaptation de prise en charge	<input type="checkbox"/> novice <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> compétent	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## ANNEXE 5





## ANNEXE 6 (22)

### 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 référer.

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

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

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

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

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

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

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
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)				
	Hierarchise 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, évalue 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 4 : Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent.**

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

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

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



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

Situation :  non vue  évoquée  travaillée/confrontée

		Non acquis	En voie d'acquisition	Acquis	Commentaires libres
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 spécialisées 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 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 3 : Questionnaire de satisfaction

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



## ENTRETIEN 1 :

I : Bien merci de me recevoir dans le cadre ma thèse dont le sujet correspond à : La grille d'évaluation du stage en ambulatoire et est-elle adaptée pour une évaluation par compétence ?

E : Hum hum, mais de rien.

I : Je vais développer deux points, d'abord la grille d'évaluation... qu'est-ce que tu penses de l'évaluation et comment est-ce que tu envisages cette évaluation ?

E : Qu'est-ce que je pense de l'évaluation ? .... Alors d'abord l'évaluation euh si je peux définir... en fait... comment je la vois, ... en fait l'évaluation idéale dans un stage en ambulatoire je la dirai en 3 points :

C'est ce qui se fait dans les stages classiques... c'est-à-dire en début de stage

I : Hum hum

En début de stage...Se poser avec le maître de stage, ...définir les objectifs déjà soi-même, ce que je veux apprendre pendant ce stage...

I : Hum hum

E : Par exemple en début de stage, en milieu de stage, ... je veux apprendre ça, ça, ça. Parce qu'il y a des compétences que je n'ai pas dans tel ou tel domaine. Ou en fonction de son objectif personnel, et après voir avec le maître de stage ce qu'il peut t'apporter.

Et lui aussi en fonction de ses objectifs... Comme ça, on sait où l'on va dès le début du stage et après faire le point au milieu du stage pour voir ce qu'il manque...

Si les objectifs ont été atteints. Ce qu'il y a, à améliorer.

I : Hum Hum

E : Et après faire le point à la fin...

I : Au niveau des compétences du stage, tout à l'heure... c'est cela dont tu me parlais ? Pourrais-tu me définir des compétences ou des points importants pour le stage en ambulatoire ?

E : Ben dans un premier temps euh déjà c'est bateau, mais c'est la ponctualité parce que les patients aiment quand c'est euh, efficacité, ponctualité.

Efficacité c'est-à-dire prendre en charge les patients rapidement et pas laisser trop d'attente.

Après c'est les connaissances, on va les apprendre au fur et à mesure.

Après savoir orienter, savoir déléguer, savoir que l'on atteint une limite dans un cabinet, plutôt que faire des examens complémentaires à « gogo » pour savoir orienter vers un spécialiste.

Euh quoi d'autre....

I : Au niveau des connaissances qu'est-ce que tu veux développer et qu'est-ce que tu pourrais me dire sur tes connaissances ?

E : Ben moi je vois la médecine générale comme un peu celui qui s'occupe de la prévention de A jusqu'à Z.

C'est-à-dire que la prévention, les traitements, tout ce qui est des nouvelles recommandations. Se mettre à jour dans l'antibiothérapie. Et après il y a d'autres connaissances cibles dans les cas les plus fréquents, en fonction de la région ou l'on se trouve.

Le cas des personnes âgées, pour les prendre en charge ou les orienter vers des structures comme des EHPAD, les maisons de retraites, savoir les possibilités qu'ils ont par la suite si le maintien au domicile devient difficile. Après quand il s'agit de pédiatrie il faut savoir gérer les enfants et après les parents. Il y a aussi la communication avec les patients.

I : D'accord, qu'est-ce que tu entends par là ?

E : Savoir ..... En fait c'est la relation médecin malade c'est aussi prendre le temps d'expliquer parce que parfois quand il y a beaucoup de patients, les médecins sont débordés et du coup ils vont vite et ils perdent de l'information.

Il y a un autre truc que je vois aussi, c'est l'adaptation thérapeutique : je vois des patients qui sont hospitalisés et ils ont des traitements depuis 10 ans, 20 ans et qu'ils n'ont jamais été arrêtés. L'indication n'est plus là et là c'est le rôle du médecin généraliste, il a plus de temps, ils ne sont pas en aigue, c'est à lui de faire ce travail là, il y en a plein malheureusement qui ne le font pas, en tout cas d'après ce que je vois.

I : Après la gestion du cabinet est ce que tu penses que ça peut être intéressant ?

Comment est-ce que tu envisages cet apprentissage ?

Parce qu'on arrive généralement dans une situation où on fait de la médecine certes mais on ne sait même pas comment est-ce que l'on va devoir gérer les finances, les papiers.... Est-ce que tu penses qu'il y a un intérêt à faire quelque chose sur ce point ?

E : Qu'est-ce que l'on peut faire sur ce point ? Pour la gestion ?

I : Est-ce que tu penses que c'est intéressant qu'on le développe et qu'on l'évalue ?

E : Pour nous ?

I : Oui.

E : Ah mais bien sûr, de tout façon je pense que c'est intéressant. Pour le moment on est encore jeune, mais oui, il nous faut des connaissances, des formations pour pouvoir s'installer et il y a plein de trucs que l'on ne connaît pas et là étant en premier semestre je ne sais pas du tout, je n'ai pas les connaissances nécessaires pour me dire euh...euh je vais m'installer, ou, comment, j'espère qu'il y aura cette information.

I : D'accord. Au niveau des compétences, pour revenir sur ça..., sur le plan médical tu as bien développé la prévention.

Il y a des gestes tu crois qu'il faut maîtriser... Des gestes de base ?

E : A part les classiques la vaccination, les TDR je pense qu'après il faut se dire que l'on est en médecine de ville et on ne peut pas tout faire. Il faut voir s'il y a des médecins qui veulent se former pour telle ou telle chose.

Il doit y avoir des formations pour la prévention, pour acquérir d'autres compétences pour certains gestes, c'est à eux de le faire.

I : Au niveau de l'évaluation maintenant ? Tout à l'heure tu me parlais de la fréquence qui était au début, au milieu et à la fin

Comment penses-tu faire l'évaluation, est ce que tu vas la faire dans ton coin ? Ou est-ce que c'est le médecin qui va le faire dans son coin, puis vous rassemblez les deux, ou est-ce que tu penses qu'il vaut mieux le faire ensemble ?

E : L'évaluation alors moi je pense que dans l'idéal, dans mon esprit c'est de la faire d'abord chacun de son côté et après, confronter les idées et voir ensemble. Parce que forcément nous on est en formation, du coup tout ce que va nous dire le formateur c'est ce qui est bien, sauf que c'est bien aussi de s'écouter et de savoir quelles sont les lacunes que l'on a et donc de connaître ses propres objectifs.

I : Pourquoi est-ce que tu me dis que le médecin est la référence sur le plan de la connaissance ?

E : Pas forcément mais on a toujours ce côté où c'est comme ça que l'on doit faire..., que tu vas bien te former. Tu te dis bon, ils ont peut-être 20 ans de carrière, ils savent ce qu'ils font même si des fois tu n'es pas forcément d'accord... Tu dis peut-être en lisant telle ou telle chose... des articles et apprendre mieux, peut être en faisant plus de gardes, voilà c'est ça.

Ils peuvent être en désaccord et tu peux dire oui ils ont 20 ans de carrière, tu as tendance à plus les croire...voilà...

I : Donc au final tu le fais d'abord dans ton coin, le médecin c'est pareil puis on confronte pour la première, la deuxième et la troisième fois ?

E : Et voilà comme ça on sait comment trouver un moyen pour atteindre les objectifs.

I : Et pour l'évaluation, est ce que tu envisages une simple feuille, une grille ? Tu penses qu'il vaut mieux un logiciel, ou une autre méthode d'évaluation ?

E : Ben une grille non, parce que je trouve que définir les critères d'évaluation c'est un peu subjectif, euh je pense qu'il faut voir pour ceux qui veulent ouvrir un cabinet une évaluation ou c'est une mise en situation, ou le médecin fait une sorte de supervision, il le regarde et voit comment il se débrouille avec les patients.

I : D'accord et alors la mise en situation, tu en as qu'une seule ? Ou on va prendre sur les 6 mois ?

Dans le sens ou oui on va prendre les 6 mois. Et comme ça on voit la progression...

Et comme ça au milieu du stage... il peut lui dire « bon là tu as fait ça et ça de bien et il y a ça à améliorer et ça à améliorer »

I : Hum hum

E : C'est comme ça que l'on peut évoluer dans un esprit d'équipe...

I : D'accord donc c'est plus quelque chose qui est dans la globalité, que quelque chose qui est des points « oui, non »

E : Bien sûr, moi je trouve que ça n'a aucun intérêt quelque chose de ponctuel comme ça.

Sur toute la durée c'est plus intéressant.

Tout à l'heure je parlais du début et de la fin mais rien n'empêche aussi de faire régulièrement le point.

I : Mais il vaut mieux une évaluation dans la globalité plutôt qu'une évaluation ou tu as des cases à cocher « est ce qu'il a bien répondu à ça ? »

E : Ouais je pense que c'est la globalité, parce qu'en médecine générale il n'y a jamais des points, des cases. Les patients, ils sont tellement différents, il faut les prendre en charge sur le plan psychologique...

Ils sont tellement différents, tellement riches, un patient, ... ils ne sont jamais pareils. Et du coup on est obligé de faire dans la globalité, comme on prend en charge le patient dans sa globalité. Et donc je pense que l'évaluation doit être prise en charge dans sa globalité.

I : C'est parfait.

Alors au niveau de la reproductibilité d'une évaluation, le but c'est que l'on puisse évaluer tous les étudiants et donc que ce soit reproductible... et donc à peu près comparable.

E : J'étais en train de penser à la même chose ; c'est-à-dire que pour être objectif dans l'évaluation, ça c'est un peu..... et donc forcément j'aurai tendance à dire que bon là, peut-être que la grille c'est quelque chose de plus objectif ... mais comme je le disais quand même au début euh ... les lacunes d'un interne ne sont pas les mêmes que l'autre. D'où chacun ses objectifs, s'il y en a qui ont réussi à atteindre telle compétence et l'autre non, ... voilà c'est ça, du coup je me dis qu'après on peut faire une grille universelle.

Et après ça c'est des compétences qui sont indispensables, qu'un interne ne peut pas avoir fini le stage en ambulatoire sans les avoir acquises. Et définir des objectifs... Ouais c'est ça, ça pourrait être une bonne idée d'avoir des objectifs indispensables et à côté, d'autres objectifs libres, ... à chacun de les définir.

I : Donc la grille va être universelle, avec les objectifs obligatoires pour l'interne.

Qu'est-ce que tu vas mettre dans cette grille justement ? Quelles sont les compétences, si tu devais me les lister et me développer vaguement chaque idée.

E : Alors ça.... En étant précis alors qu'est-ce que je peux dire.....

I : Tout à l'heure tu me parlais de prévention déjà... par exemple

E : Oui mais après qu'est-ce que je vais mettre dans la prévention primaire. C'est ça aussi dans le sens où ce que je dirai. Bon là en même temps, je n'ai pas fait de stage en ambulatoire donc, du coup dans le sens où je verrai les choses les plus fréquentes et en fonction de ça, peut-être qu'au final je pourrai avoir une idée, mais peut être que je dirai que, par rapport au cas les plus fréquents, par exemple, que la pédiatrie c'est quelque chose d'indispensable. On va en voir en ville, la prévention qui concerne les enfants.

I : Qu'est-ce que c'est la prévention pour les enfants ? Est-ce que c'est du dépistage ?

E : La vaccination par exemple, oui les dépistages aussi parce que dans les dépistages il y a aussi le carnet de santé qui doit être à jour, pour les femmes enceintes par exemple, euh aussi... bien les suivre, que tout soit à jour pour les personnes âgées... pareil. Donc euh...donc tout ça, c'est dans la prévention mais après quoi d'autre....

I : La relation médecin malade ?

E : Ben généralement le médecin en ambulatoire ne fait pas de consultation d'annonce mais euh. Le relationnel c'est dire comment il communique avec le patient. Est ce qu'il le met en confiance ou pas. Euh est ce qu'il y a de l'empathie. Euh comment il gère la psychologie du patient. Comment il s'adapte aussi. Comment il explique, parce que si.....euh oui si c'est pour des médecins qui utilisent un langage médical, parce que j'ai des patients qui parfois me disent il m'a parlé de son truc avec des termes, je ne comprends pas, euh je n'ai rien compris, ok je sais que c'est un bon médecin mais il m'a parlé avec son langage à lui. Du coup ça fait partie de la relation médecin malade.

I : Au niveau de l'empathie, qu'est-ce que l'empathie pour toi justement. ?

E : Alors l'empathie c'est, moi je dis toujours, il y a des limites à l'empathie, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se substituer au patient, mais prendre en charge son état psychologique. Alors peut-être, est-ce que c'est une bonne chose ? Parce que parfois j'ai des patients, alors je me dis si c'est quelqu'un de ma famille, en même temps c'est aussi un peu à nuancer avec il faut que je mette des barrières, je me souviens de mon stage en psy... Ou justement le chef à la fin du stage il m'a dit « tu as bien développé ce côté empathique ou tu vois la souffrance par exemple des enfants, tu sais aller à leur contact, parler avec eux, les rassurer mais tout en gardant les distances par rapport à d'autres externes qui était trop dans l'amitié, ..... Et ça du coup ça dépasse les limites donc voilà ..... Du coup pour moi c'est ça...

I : Ensuite la notion d'adaptation thérapeutique. Qu'est-ce que tu vois dedans ? Tu me disais, voilà parfois il y a des traitements qui restaient longtemps...

Est-ce que l'on doit en parler au patient, est ce que de manière spontanée l'interne doit être capable de regarder une liste de traitements, une ordonnance, et de dire pourquoi il a ça, avoir un regard critique. Et de dire tiens, à cet âge-là, on peut modifier certaines choses.

E : Ouais ça c'est un réflexe, par exemple dans la grille d'évaluation on peut mettre ça. Dans la grille d'évaluation c'est : est-ce que euh l'adaptation thérapeutique, on peut mettre A B C. D'abord est ce que c'est fait systématiquement, ensuite est ce que c'est bien fait ou pas bien fait, voilà

Et pourquoi ce médicament a été instauré ? Est-ce que maintenant il y a une indication ? Et je trouve que voilà c'est qu'il y a énormément de patients, avec plein de traitements et après je dois faire le ménage. Parce que je dois rappeler le médecin traitant pour lui dire « est ce qu'il est encore dépressif ? Parce qu'il a fait un syndrome dépressif il y a 20 ans il est sous anti-dépresseur », et je lui dis « est ce qu'il est encore dépressif, ben non parce qu'il a fait.... Ben alors pourquoi tu lui mets son traitement, Inexium, pourquoi il a encore de l'Inexium ? Pourquoi il a ça ? » Donc parfois je suis obligé de faire gaffe à ça ? Donc je téléphone à chaque fois. Pourquoi il est sous bisoprolol est ce qu'il y a une indication ? Ou je pense qu'en plus j'ai un cas où la patiente a chuté et donc une polymédication du coup il y avait une iatrogénie donc voilà.

I : Au niveau des gestes parce que tout à l'heure tu me parlais des gestes de base. Est qu'il fallait maîtriser, tu as quelques idées de gestes qui te viennent à l'esprit et qu'il faudrait maîtriser en tant qu'interne ?

E : Des gestes de base, euh la vaccination, TDR ça c'est classique, après quoi d'autre, ça c'est un truc qui n'a rien à voir mais que j'entends souvent parler autour de moi, parler de... du domaine de l'ostéopathie ce n'est pas un geste en soi mais bon c'est vrai que ça peut faire du bien au patient parce que parfois quand ils ont mal au dos, ... Replacer les vertèbres.

Après qu'est-ce que l'on peut faire d'autre... Après c'est classique....

I : Développe, développe, moi je...

E : Je pense que la tension artérielle euh, le peser à la limite ça devrait être systématique, l'auscultation parce que oui, parce que souvent aussi, parce que j'ai eu des cas aux urgences ou pareil, les gens ont des œdèmes, ils ont du mal à se mobiliser et ils disent que le médecin traitant est passé, il les a examinés mais de loin, bon là on dévie un peu des gestes mais euh les gestes au final au cabinet il n'y a pas beaucoup de gestes qui me viennent spontanément.

I : Après il y a l'otoscopie, ce genre de chose après, le test de pour la vision.

E : Ouais, par exemple, l'otoscopie aussi...

I : Après il y a une autre chose sur laquelle on ne s'est pas trop attardé, c'est la relation avec les ehpad etc, donc en gros tout ce qui est paramédical et ça tu penses que c'est un point vraiment important à développer avec les patients, avec les familles ou avec les ehpad elles-mêmes ?

E : Ouais, je pense que...après pour le moment je n'en sais pas plus mais c'est au médecin de faire son propre réseau, d'avoir un réseau d'ehpads, de médecins qui travaillent dans telle ou telle ehpad et c'est à lui de rechercher l'information avec des infirmiers, euh pourquoi pas se rapprocher des assistantes sociales pour savoir ce qu'il y a à proposer en cas de patient difficile, la solution à apporter à la famille.

I : Donc pour toi tout ça, ce sont des choses que l'interne doit maîtriser, le fait d'apprendre à créer son propre réseau ?

E : Oui je trouve ça très intéressant et pour pouvoir répondre aux familles.

I : Ok donc on a parlé des compétences que l'on vient de définir, on a parlé également de l'évaluation, de la fréquence, on a dit 3 fois, de manière à voir la progression. On a parlé également de la reproductibilité. Après est ce que tu vois d'autre chose que tu voudrais développer sur l'évaluation, sur comment est-ce que tu penses être évalué ou sur les compétences ?

E : Finalement c'est là où je me dis que je peux résumer, comment est-ce que je vois une évaluation idéale, c'est garder le schéma qui est : au début, au milieu et fin de stage chacun dans son coin avec au début je veux atteindre ça, je veux atteindre ça et le formateur il dit moi je peux t'apprendre ça je peux t'apprendre ça et comment je peux t'aider pour que tu atteignes tes objectifs et en plus de ça une grille d'évaluation qui parle des objectifs indispensables à atteindre à la fin du stage pour tous les internes.

I : De manière à garder cette reproductibilité en gros ?

E : Ouais ouais

I : Ok bien c'est parfait, merci beaucoup.

E : De rien.

## ENTRETIEN 2

I : Bon parfait, merci de me recevoir dans le cadre de ma thèse dont le sujet est la grille d'évaluation du stage en ambulatoire. Est-elle adaptée par rapport à un apprentissage par compétence ?

Donc dans ce sujet, je vais développer deux points : La notion de compétence et d'autre part la notion de grille d'évaluation.

Qu'est-ce que tu peux dire sur les compétences. Quelles sont les compétences qui sont nécessaires pour un interne de médecine générale ?

E : Alors les compétences alors hum, je dirai l'autonomie d'apprentissage que l'interne va acquérir au cours de son stage... progressivement bien sûr ; ensuite la prescription on va dire, ensuite on va dire, ... après c'est pareil, je pense que chaque médecin va avoir ses habitudes de prescription donc du coup, expliquer comment on prescrit, chacun ses habitudes envers tel ou tel patient ou telle ou telle maladie.

Ensuite il y a les compétences que l'on peut avoir dans un stage, est ce qu'il y a de l'assiduité, ... est ce que les gens sont souvent en retard, polis, courtois, est ce que ... une tenue adaptée....

I : Hum hum...

E : Ensuite euh...

I : Les compétences maintenant qui sont vraiment du domaine médical...

E : Ouais

I : Que l'on puisse par exemple retrouver dans la vie de tous les jours par exemple aux urgences ou dans n'importe quel autre service.

E : Je pense que l'on pourrait évaluer la capacité à faire un interrogatoire.

I : Et qu'est-ce que tu mettrais dans cette capacité à faire un interrogatoire ? Quels sont les points que tu aimerais évaluer..... Dis-moi tout ce qui te viens à l'esprit.

E : Comment l'interne est capable d'orienter son interrogatoire en fonction des symptômes et du patient. Est-ce qu'il arrive à maintenir son interrogatoire et à ne pas perdre le fil de l'interrogatoire.

Ensuite, en médecine générale, comme on est interne l'interrogatoire va être plus large que ce que le médecin généraliste ferait. On ne connaît pas les patients donc du coup on va peut-être demander est ce que vous avez tel ou tel antécédent... Est-ce que vous prenez tel ou tel traitement.

Euh interrogatoire, ..... est ce qu'au final au bout de l'interrogatoire est ce qu'il arrive à une suspicion de diagnostic.



I : Au niveau de la suspicion d'un diagnostic, comment est-ce que tu t'orientes ? Est-ce que tu t'orientes en fonction des statistiques ? En fonction de ta clinique ? En termes de probabilité ?

E : Je pense qu'il y a la clinique, bien sûr et il y a surtout la probabilité. Avec la probabilité qui prend en compte les antécédents du patient.

Si quelqu'un vient avec un syndrome grippal en pleine période de grippe, bon ça va plus nous orienter. Par contre si c'est quelqu'un qui a déjà de l'arthrose et qui vient pour une douleur et qu'il l'a déjà eu, bon ben voilà. Ouais je pense que l'interrogatoire c'est bon.

Ensuite l'examen clinique...

I : Hum hum.

E : Euh bon là pareil, plus ou moins généraliste. Orienté en fonction de ce que dit le patient, il faut quand même qu'il y ait des choses qui euh, basique à faire, l'examen cardio respi.

I : Qui comprendrait ?

E : Il comprendrait l'auscultation cardiaque, l'auscultation pulmonaire, une prise de tension, une prise de température et encore ouais. Déjà ça pour tous les patients et après en fonction des symptômes plus détaillés...

I : Au niveau des constantes de base, qu'est-ce que tu penses, quels sont les examens paracliniques que tu peux réaliser en cabinet, dans quelle situation, quelle circonstance ?

E : Euh ben la prise tensionnelle soit au brassard soit en fonction des équipements avec une machine, ensuite paraclinique euh, ... l'examen avec l'otoscopie après on peut faire avec ce que l'on a, ... Après je réfléchis.

Parce que en fait, réaliser des examens paracliniques, c'est bien.

L'objectif c'est de l'orienter en fonction des besoins du patient, en fonction de ce que l'on a, en fonction de ce que l'on veut diagnostiquer et après bien évidemment il suffit de le faire dans les règles de l'art, c'est toujours pareil.

I : Pour revenir sur les prescriptions médicales, qu'est-ce que tu entends par chacun ses habitudes pour tel ou tel patient, qu'est-ce que tu penses qu'il faut évaluer dans les prescriptions médicales ?

E : Dans les prescriptions médicales, alors euh, apprendre à faire une ordonnance type parce que normalement tout le monde est passé en stage avant d'aller chez le prat. Sauf maintenant avec la réforme mais je pense que tout le monde doit être capable de faire une ordonnance. C'est un petit peu la base avec nom, prénom, la date, la signature, les médicaments y compris les ordonnances de stupéfiants si c'est nécessaire...

On pourrait évaluer la capacité de l'interne à expliquer son ordonnance au patient, c'est bien de faire une ordonnance mais c'est mieux si le patient la comprend pour une bonne compliance ensuite euh...

Ensuite est ce que l'ordonnance est uniquement le fruit de l'interne ou est-ce que le patient va dire, moi je préfère tel ou tel médicament... Est ce qu'il va y avoir des petits conflits de prescription, ... s'il est allergique ou s'il a l'habitude de tel antalgique ou tel anti inflammatoire.

I : Au niveau de la communication, revenons deux minutes sur ça. Avec le patient qu'est-ce que tu veux et qu'est-ce qu'il doit être évalué au niveau de la relation médecin patient ?

E : Est-ce que ..... La présentation parce que l'on est chez le prat donc euh il faut qu'il se présente.

Il faut qu'il demande si ça ne le gêne pas si c'est lui qui fait l'interrogatoire ou si c'est lui qui participe au début. Parce que parfois le patient peut être un peu réticent, pas trop confiant ensuite c'est euh dans la communication. Ensuite c'est la capacité de l'interne à bien communiquer à ... euh à bien se faire comprendre, à bien comprendre le patient aussi avec tout ce qui est répétition aussi. S'adapter à son niveau de langage. Parfois cela nécessite quelques explications avec plus ou moins de détails aussi euh je l'ai déjà dit mais être sympathique.

I : Plus la notion d'empathie alors.

E : Ouais

I : Tu peux me donner rapidement ta définition de l'empathie ?

E : L'empathie c'est comprendre la situation d'un point de vue euh... comment dire, c'est comprendre le patient sans avoir un lien affectif trop étroit, sans être trop proche pour influencer les choix dans la prise en charge.

I : D'accord, .... Est-ce que tu as d'autres choses dans les compétences que tu dois développer. Parce que l'on a développé la communication, bien évidemment l'examen clinique. Avant l'examen clinique il y avait l'interrogatoire, avec le choix des différents examens paracliniques et qui sont à développer en fonction de ce que tu recherches en fonction de la clinique, en fonction de la pathologie que tu penses ou du moins que tu penses avoir trouvée.

Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu voudrais développer ou d'autres compétences que tu voudrais développer.

E : Il pourrait y avoir un point évolution des compétences de l'interne au cours du stage.

Est-ce qu'au fur et à mesure il prend confiance ? Est ce qu'il y a une amélioration dans son diagnostic ? Une amélioration dans... de ses capacités de l'interrogatoire, de l'examen clinique. Une évaluation entre le début et la fin du stage, est ce que le stage lui a apporté quelque chose à lui.

I : Parfait une petite chose que j'aimerais aborder c'est la gestion des différents éléments du cabinet, aussi bien les dossiers, aussi bien l'informatique, la gestion du cabinet au sens large du terme c'est-à-dire également le secrétariat...

E : Alors s'intéresser oui, après évaluer, euh je n'ai pas encore fait mon stage donc euh..... mais on peut imaginer que si c'est un cabinet ne serait-ce qu'est-ce que l'interne sait utiliser : le matériel informatique, ne serait-ce que passer une carte vitale ou quelque chose comme ça, en fonction des dossiers s'ils sont informatiques, savoir rédiger un dossier, connaître au moins les principes de rangement de confidentialité.

I : D'accord donc la gestion du dossier ?

E : Si jamais un patient vient réclamer son dossier est ce que l'on peut lui donner ? Comment ça se passe, ce sont des petites informations qu'il est nécessaire de savoir....

Après il est possible de savoir si c'est plusieurs personnes dans le même cabinet, l'intégration de l'interne dans l'équipe, est ce qu'il s'entend bien avec les autres, est ce qu'il est poli est ce qu'il suit leurs conseils

I : Dans la notion d'intégration maintenant. Evidemment il y a le médecin traitant qui est au centre de la relation médecin malade.

Est ce qu'il y a des choses à développer à ce niveau-là ? Ou voudrais tu développer sur le médecin traitant et ses différents réseaux ? Qu'il doit créer ou apprendre à gérer... La relation par exemple avec l'infirmière, comment se débrouiller pour trouver une infirmière ?

E : Alors est ce que l'on peut l'évaluer euh..... je ne sais pas mais c'est intéressant de savoir si on prescrit des soins infirmiers à un patient est ce que vous avez une infirmière si le patient dit non. E : Savoir si on peut en trouver une, s'il y en a une dans le village ou une qui peut faire ça ! Ou on joint nous-même l'infirmière ou est-ce que c'est le patient qui la joint pour que ce soit plus rapide ou pas, enfin je ne sais pas...

Après il y a dans le village, dans la ville ou alors même dans le cabinet, un groupement d'infirmières libérales ou de kinés même des trucs comme ça...

D'où l'intérêt de savoir réaliser des prescriptions médicales...

Pour orienter le patient, ne serait-ce que pour lui prescrire quelque chose que l'on trouve en pharmacie, savoir si la pharmacie en délivre ou pas. Un fauteuil roulant, une paire de béquilles, ce n'est pas le tout de prescrire, il faut être sûr que le patient va les avoir.

Et c'est plutôt au médecin traitant d'expliquer ça à l'interne quand il va présenter le cabinet, dire ben voilà nous on travaille avec telle équipe telle équipe, on a tels soins, tel coordinateur, tels paramédicaux dans le coin qui peuvent venir faire ça parce que si on ne connaît pas le lieu de stage ou est le médecin traitant on ne sait pas comment ils font...

I : D'accord, on va passer à la grille d'évaluation, on a vu qu'il allait y avoir différentes compétences... que l'on a étudiées. Euh cette grille d'évaluation comment est-ce que tu penses qu'il faut la noter, après est ce qu'il faut la faire plusieurs fois, comment ? Est-ce que tu la vois cette grille d'évaluation maintenant que tu as intégré les compétences ?

E : Sous quelle forme, quelles fréquences.....

Hum..... je pense qu'un simple tableau avec les différentes compétences énumérées et puis avec la notation...; je pense que c'est mieux une grille avec des chiffres de 1 à 5.

I : Hum hum.

E : Pour évaluer l'interne en fonction des compétences citées. Euh je pense qu'il faudrait la faire .... Si je suis le principe qu'il faut évaluer l'interne deux fois je pense qu'il faudrait la faire peut-être...

I : Tu penses qu'il faut la faire deux fois ?

E : Non je pense qu'il faut la faire qu'une seule fois.

Je pense que c'est bien, mais je pense que à 3 mois ou en milieu de stage s'arrêter avec le médecin traitant et euh voir ce qui va ou ce qui ne va pas. S'ils ne le font pas tous les jours, s'il y a vraiment quelque chose à redire, si tout va bien pour lui laisser plus d'autonomie. Je pense qu'après ça dépend des médecins aussi mais je sais qu'il y en a qui vont faire un récapitulatif de ce qui va ou qui ne va pas dans la journée.

Mais s'ils ne le font pas c'est comme l'évaluation de demi de stage en hospitalier, dire bon ben je trouve que là tu t'es amélioré, je te donne plus d'autonomie là-dedans.

Plus de ça, ça, ça, ou alors c'est le médecin traitant qui évalue, entre guillemets, l'interne en disant là pour le moment il fait ça, ça, ça, il a telles compétences pour voir un peu... si à la fin la note qu'il va mettre.....

I : D'accord tu ne penses pas qu'une évaluation genre au début au milieu et à la fin soit.....

E : Non je pense que c'est uniquement à la fin que l'évaluation doit avoir lieu.

Après ouais l'évaluation à la fin mais euh mais s'il faut un entretien, entre guillemets, une remise à niveau, une remise dans le droit chemin, une discussion avec le médecin pour ..... En plus s'il y a plusieurs médecins traitants qui nous évaluent.... Je n'ai pas pensé à ça...

I : C'est-à-dire que tu auras si tu as 3 praticiens 3 évaluations différentes..... de base déjà.....

E : Hum, ... Je pense que c'est suffisant....

I : D'accord donc ça c'était pour la fréquence.... Qui doit évaluer précisément l'interne ..... ?

E : Le praticien.

Le praticien seul, ou il doit travailler en collaboration avec l'interne pour discuter pour savoir s'ils ont le même point de vue.

Non je pense que l'évaluation c'est le praticien seul, après s'ils doivent discuter ensemble des points qui ne vont pas, afin de les corriger avant l'évaluation...

Mais je pense que l'évaluation doit se faire par le praticien seul et éventuellement une fois que la grille est remplie faire part des résultats à l'interne en disant ben voilà la grille d'évaluation la voici, sur tel point c'est satisfaisant sur tel point j'ai des réserves ou quelque chose à redire ou éventuellement tu t'es amélioré ou alors je t'ai fait part d'un problème mais tu t'es amélioré mais pas aussi bien, fais des efforts, enfin voilà.

L'évaluation c'est le praticien seul qui doit la faire à la fin du stage.

I : Et au niveau de cette évaluation justement vu que tu as abordé le point. En fait on a 3 praticiens, donc on a 3 évaluations, ces 3 évaluations vont être rassemblées ou est-ce qu'elles vont converger vers une seule et unique évaluation ou est ce qu'il faut garder en fonction de chaque praticien une évaluation différente avec des résultats différents ?

E : Je pars du principe que si on met des notes ou des barèmes, des échelles numériques on peut facilement additionner, faire une moyenne des 3 pour avoir un rendu global et plus représentatif de ce que vaut l'interne. Après on peut du coup imaginer à la grille d'évaluation un commentaire libre, ça j'ai un peu oublié mais si on a quelque chose à dire qu'il soit positif ou négatif, le praticien aura la possibilité de dire ce qu'il pense et là pour le coup les 3 commentaires peuvent être mis dans la grille d'évaluation.

I : Au niveau des compétences maintenant, il y a deux choses auxquelles je pense maintenant également, il y a d'un côté les compétences obligatoires ; est ce que tu penses qu'il est nécessaire et qu'il serait intéressant d'avoir donc d'un côté les compétences obligatoires et de l'autre les compétences facultatives qui sont praticiens dépendants et internes dépendants ?

Une sorte de point bonus ou de compétence bonus.

E : Oui je pense que ça peut être intéressant si, ... si, si euh le praticien fait des gestes par exemple des infiltrations des choses comme ça.

I : En fait je parle des compétences que tu as développées que l'on peut rendre obligatoires qui sont la maîtrise de base et de l'autre est ce que l'on ne peut pas mettre en plus des compétences qui sont, praticien dépendant et interne dépendant.

E : Autant les compétences bonus acquises chez le Prat, genre faire des gestes ou s'il a su faire ben voilà des... des gestes, je pense que c'est intéressant par contre sur les objectifs que l'interne se fixe c'est à la mode mais que l'interne va se trouver des objectifs réalisables pas trop compliqués pas trop faciles non plus qui sont potentiellement pris en compte dans son évaluation. On peut imaginer que certains ben euh comme objectif : parler plus avec les patients. Est-ce qu'au final c'est quelque chose que l'on peut réellement évaluer, est ce que c'est nécessaire, je ne sais pas.

I : D'accord, parfait est ce qu'il y a d'autres points que tu voudrais aborder que ce soit sur la grille d'évaluation ou que ce soit sur les compétences dont tu n'as pas parlé et que tu voudrais développer.

E : Non je ne vois pas.

I : Parfait je te remercie.

E : De rien.

### ENTRETIEN 3

I : Parfait, merci de me recevoir dans le cadre de ma thèse dont le sujet est la grille d'évaluation du stage en ambulatoire. Est-elle adaptée par rapport à un apprentissage par compétence ?

On va donc voir deux choses, dans un premier temps les compétences puis le mode d'évaluation.

D'abord quelles sont les compétences pour toi, qu'un interne doit maîtriser pour le stage en ambulatoire ?

E : Alors d'abord avoir une base au niveau de la clinique.

I : Hum hum c'est-à-dire ?

E : C'est-à-dire, ben déjà avoir euh les bases de l'examen clinique général que tu vas faire, auscultation, prise de tension...les bases, que l'on voit !

I : D'accord.

E : Ensuite maîtriser la théorie.

I : Hum hum.

E : Surtout les pathologies retrouvées chez le médecin généraliste.

I : Hum hum.

E : Aussi savoir faire la différence entre ce que tu peux gérer au cabinet et savoir envoyer quand c'est de l'urgence.

I : Hum hum.

E : Ensuite maîtriser aussi les prescriptions ; celles que l'on va faire le plus souvent, les médicaments, tout ce qui est antibiotique euh, pas devoir vérifier à chaque fois euh après je pense que c'est tout..... Si après les compétences, c'est vraiment les compétences ???

I : Qu'est ce qui doit...

E : C'est aussi ton comportement, dans les compétences, il y a aussi l'empathie.

I : On va revenir sur tous ces points au fur et à mesure.

E : Je pense que c'est tout...

I : Alors au niveau des bases cliniques qu'est-ce que tu peux me dire, tu parlais de la tension artérielle, qu'est ce qui doit venir en compte ou plutôt qu'est-ce que tu dois évaluer pour être qualifié de bon interne en médecine générale ?

E : Hum ben ce que je dois évaluer pour ...

I : Ce que tu dois évaluer, pour savoir si tu as validé ton stage en médecine générale sur les bases clinique.

E : Ce que je dois évaluer sur les bases clinique... Ben je crois que je vais me répéter aussi, ben l'examen basique.

I : Qu'est-ce qu'un examen basique ?

E : Pour moi c'est ton patient, il va venir au cabinet et c'est euh... tu vas prendre la tension, déjà savoir la prendre, il y en a qui ne savent pas... Savoir aussi au niveau clinique savoir orienter son interrogatoire. Qu'est-ce qu'on a d'autre, après je pense aussi à l'auscultation, ça après c'est aussi un peu théorique aussi, reconnaître un souffle, je pense que c'est tout.

I : D'accord, au niveau des pathologies de la médecine générale qu'est-ce que tu entends par là ?

E : Ben c'est plus par exemple tout ce qui est... les angines... les ...

I : En fait il faut savoir reconnaître qu'est-ce qu'une angine, quelles sont les signes de gravité ?

E : Voilà exactement, les gastros, la grippe, voilà les pathologies pour lesquelles les gens vont venir le plus souvent au cabinet.

I : Après, tu me parlais des différences entre la médecine de cabinet et de l'hôpital, qu'est-ce que tu entends par là, est ce que tu peux me développer un peu plus cette idée ?

Par rapport aux urgences, par rapport à ce que tu m'as dit, la différence entre les deux...

E : Ben ce qu'il faut vraiment savoir, passer la main quand on voit que l'on ne va pas pouvoir gérer ça au cabinet, parce que on voit aux urgences, les médecins traitants, ils envoient pour des choses qui peuvent être traitées en ambulatoire et qui ne nécessitent pas un passage à l'hôpital...

I : Hum hum et qu'est-ce qu'il peut être traité en ambulatoire alors ? Quels sont les critères ?

E : C'est vraiment tous, dès qu'il y a un critère de gravité, on envoie à l'hôpital.

Par exemple pour une hyperthermie sans point d'appel retrouvé, on peut faire une radio en ville, essayer de rechercher un point d'appel avant de d'envoyer tout de suite aux urgences.

I : Hum hum.

E : Surtout si c'est une hyperthermie isolée, je ne vois pas ce qui est urgent.

I : D'accord, au niveau de la maîtrise maintenant des prescriptions, tu me parlais des médicaments.

E : Parce qu'il y a des médicaments que l'on utilise plus souvent tels que l'augmentin, tous les antibiotiques que l'on va prescrire euh...

I : Après il n'y a pas que les antibio que l'on va utiliser...

E : Non il y a tous les antifongiques que l'on va prescrire, les médicaments que l'on va prescrire : les anti douleurs, les anti inflammatoires, savoir les plus grandes contre-indications des médicaments. Ne pas toujours avoir à vérifier sur le Vidal, tout ça devient une habitude de toute façon.

I : Et alors au niveau de la prescription, est-ce que tu évalues ce genre de chose ? Parce qu'il y a les ordonnances, il y a une façon de faire une ordonnance, tout ça doit être évalué aussi ?

E : Oui je pense aussi, bien faire une ordonnance.

I : Qu'est-ce que bien faire une ordonnance ?

E : Ben par exemple déjà bien mettre le nom, ensuite le nom du médicament, ensuite mettre la dose, bien expliquer au patient. Expliquer au patient car parfois certains médecins font leur ordonnance sans expliquer.

I : Donc ça effectivement c'est quelque chose que l'on peut évaluer, c'est la relation médecin malade et alors qu'est-ce que tu mettrais dans cette relation médecin malade ?

E : Dans la relation médecin malade qu'est-ce que je mettrais.....

I : C'est un sujet assez vaste mais ...

E : Ben oui c'est très vaste.

I : Mais il y a des items auxquels on ne peut déroger.

E : C'est vraiment pendant l'entretien que tu parles là.

I : Ben en cabinet, en stage en ambulatoire, tu es là avec un patient, le but est de t'évaluer sur la qualité des soins dont la relation médecin malade est un item, un critère d'évaluation, qu'est-ce que tu inclus dans cette relation médecin malade ?

E : Ben il faut déjà la relation de confiance, que le patient va développer avec le médecin.

I : Hum hum



E : Euh parce que, pour qu'il prenne son traitement il faut qu'il ait confiance avec le médecin, après c'est aussi le secret médical, il faut que le patient se sente libre de parler, par exemple ses problèmes perso qui peuvent retentir sur sa santé. Sans cacher des choses, certains patients ne disent pas tout au médecin, ils cachent des choses. Hum qu'est-ce qu'il y a d'autre...

I : Tout à l'heure tu me parlais du mot empathie est ce que tu peux me donner une définition de l'empathie, ta définition ?

E : Je pense qu'il faut être agréable avec les patients parce que s'ils viennent, ils sont malades, si c'est en plus pour avoir quelqu'un de désagréable devant eux, qui les presse ou quelque chose comme ça, je ne pense pas que ça soit terrible. Après il ne faut pas les laisser parler de leur vie pendant 15 minutes, mais je veux dire il faut vraiment être agréable, être à l'écoute.

I : Savoir réorienter ?

E : Il faut savoir réorienter sans..... euh

I : Et donc quelque chose qui intervient dans ce que tu as dit tout à l'heure, dans l'examen clinique puisque dans l'examen clinique il faut inclure également l'interrogatoire donc savoir réorienter le patient.

E : Savoir réorienter le patient sans .... D'une manière comment dire... non désagréable et puis voilà c'est être agréable, être à l'écoute c'est vraiment important.

I : C'est une définition de l'empathie ou ta définition ?

E : Ben moi je dirai c'est se mettre à la place du patient et vraiment agir comme si c'était, c'est comme si on aimerait que notre médecin se comporte avec nous, tu te mets à la place du patient. C'est bien...c'est une bonne définition... (rire)

I : C'est à toi de me dire, moi je n'interviens pas.

Tu me parlais également du comportement quelles sont les choses qui doivent être évaluées, quelles sont les éléments à évaluer dans le comportement de l'interne ?

E : Les choses à évaluer dans le comportement de l'interne ?

Par rapport au patient tu parles où...

I : En général. On va vraiment balayer large !

E : C'est vraiment quand il est en stage avec le médecin traitant ?

I : Voilà.

Le but c'est vraiment..., on est en stage en ambulatoire en cabinet de ville. On veut évaluer l'interne effectivement, on va évaluer le comportement, on va balayer large... Qu'est-ce que tu vas mettre dedans.

E : Est-ce que l'interne agit bien avec le patient, est ce qu'il l'accueille bien ?

Est ce qu'il va mettre à l'aise le patient ?, après est ce qu'il va prendre des initiatives aussi ?, pas rester assis et observer. Est ce qu'il va écouter le médecin qui va avec lui ?, est ce qu'il va poser des questions ?, est ce qu'il va être actif avec lui ?, parce que c'est plus qu'un stage d'observation je pense ce n'est pas comme quand on était en externat.

Là il faut vraiment essayer de prendre quelque initiative et pendant l'entretien avec le patient.

I : D'accord donc intervenir aussi sur la communication ?

E : Se proposer de faire l'examen, de donner des hypothèses.

I : D'accord il y a d'autres sujet qui doivent intervenir dans l'évaluation, au niveau des critères parce que l'on a parlé de la clinique, de la théorie ; de la relation médecin malade qui est assez large avec le comportement, l'empathie et savoir reconnaître l'urgence. De ce qui peut être fait au cabinet et auquel on pourra réévaluer régulièrement. Est ce qu'il y a d'autres choses que tu veux réévaluer ?

E : Sur le comportement général : être à l'heure, vraiment être motivé, ça ne me dérange pas de finir un peu tard, de ne pas demander à finir tôt, tu vois ce que je veux dire. C'est vraiment s'impliquer à fond dans le stage.

I : Tout à l'heure tu me parlais, dans les pathologies de la médecine générale. Le patient vient, qu'est ce qui va te faire pencher pour tel ou tel pathologie ? Quelles sont les critères qui vont intervenir ?

E : Ben déjà tout va dépendre de l'interrogatoire. Il faut savoir se poser, s'il nous dit qu'il a mal au ventre il faut savoir poser les bonnes questions pour affiner les hypothèses. Déjà, ensuite il faut passer à l'examen clinique qui va permettre d'éliminer des hypothèses restantes et puis après on décide. Est-ce que l'on va faire des examens complémentaires ou on a trouvé et on va tenter le traitement. Et après réévaluer par la suite. Donc pour ça il faut connaître les signes cliniques de chaque pathologie.

I : Et au niveau de la relation avec les autres praticiens est ce qu'il y a un intérêt à être évalué ?

E : La relation avec les autres praticiens ?

I : Ben la relation entre toi et les confrères du cabinet, la relation au sens large du terme, tout type de relation.

E : Oui je pense qu'il y a un intérêt car plus tard on aura un réseau de pharmaciens, de radiologues.

Savoir comment il s'est mis en relation avec telle ou telle personne, voir un peu les démarches.

I : Au niveau de la grille d'évaluation parce que l'on parle bien d'une grille, comment est-ce que tu vois cette évaluation, est ce que tu la vois sous forme d'une grille ou on peut la voir sous une autre forme, et sous quelle autre forme tu vois cette évaluation, est ce que c'est une grille ? est ce que c'est juste une appréciation avec un ressenti ? est ce que ça doit être subjectif ?

E : Je pense que ça doit être sous forme d'une grille pour que cela soit un peu objectif quand même, mais avec une possibilité de rajouter un commentaire à chaque fois, après je pense qu'une grille toute seule ce n'est pas top une petite appréciation à coté c'est pas mal, mais pas de grille c'est vraiment trop subjectif je trouve parce que si on ne s'est pas entendu pour x raisons avec le praticien, une grille ça reste dans une fourchette... C'est dans une fourchette c'est ça... je ne sais pas comment

I : Comment est-ce que tu vois la grille dans ce cas ?

E : Une fourchette avec la moyenne, au-dessus de la moyenne,

Ça sera par écrit tout simplement.

I : Pas de chiffres ou des lettres ? non ?

Et tu mettrais des items à l'intérieure ? Et tu mettras quoi comme item à l'intérieur ?

E : Ben déjà tout ce que l'on a dit.

I : Par exemple vas-y dis-moi ?

E : Sur la clinique par exemple on pourra mettre euh...

I : Tu mets des notes ? Tu mets quoi ? Tu mets valider, pas valider, acquis, pas acquis ?

E : Moi je mettrai acquis pas acquis.

I : Alors il y a l'entre deux, en cours d'acquisition ?

E : Ouais mais bon, acquis pas acquis.

I : D'accord, alors cette évaluation, quand est-ce que tu vas la faire ? Combien de fois tu vas la faire ?

E : Alors comme c'est un stage de 6 mois, on change de praticien tous les deux mois ?

I : Euh ouais on va dire que l'on garde le stage 6 mois.

E : Bon imaginons qu'on le garde 6 mois ; je dirai de la faire au bout de 2 mois parce que là au bout d'un mois on a le temps de s'habituer au praticien, de se mettre à l'aise, de prendre des initiatives et c'est bien qu'il nous fasse une petite évaluation pour voir les choses que l'on peut améliorer les mois restants euh et ensuite en refaire une à la fin, oui je pense qu'une à 2 mois et une à la fin c'est bien.

I : Donc une à deux mois et une à la fin.

E : Oui c'est ça.

I : D'accord, maintenant qu'il y a 3 praticiens, donc trois évaluations, comment est-ce que ..... non. Euh plutôt est ce que l'on va faire une synthèse des 3 évaluations ? De trois feuilles on repasse à une feuille ou est-ce que l'on garde les 3 évaluations ?

E : Je dirai de garder les 3 évaluations différentes. Parce que c'est ce que je disais tout à l'heure, il suffit que l'on ne se soit pas entendu avec un praticien, et qu'il va mal nous noter ????

I : Après ce sont des critères, ils sont reproductifs.

E : Oui mais bon je préfère garder les 3 évaluations

I : Alors maintenant, qui évalue l'interne, est ce que c'est le médecin seul, est ce que c'est le médecin et l'interne, ensemble ou est-ce que chacun le fait dans son coin et on rassemble les deux ?

E : Pour l'évaluation de deux mois, je pense qu'il faut le faire à deux, en même temps comme ça ils voient ce qu'il faut améliorer, discuter ensemble, par contre pour celui de la fin, je pense qu'il vaut mieux le faire chacun dans son coin et ensuite on rassemble, je pense que c'est bien d'avoir une discussion

I : Alors au niveau de l'évaluation, on va vu comment faire l'évaluation, la fréquence, on va vu la grille en elle-même, est ce qu'il y a d'autres choses au niveau de l'évaluation, que tu aimerais développer ou que l'on n'a pas développé ?

E : Euh je pense que l'on a tout dit.

I : Parce qu'après on a parlé des critères, est ce qu'il y a un intérêt à mettre des critères valables pour tous les internes ? donc des critères que l'on va retrouver dans chaque grille, est ce qu'il y a un intérêt à rajouter des critères internes dépendants et praticiens dépendants ?

E : Après si l'interne souhaite être évalué sur ça et que le praticien donne son accord pourquoi pas ça peut être intéressant.

I : D'accord...

Ok est ce qu'il y a d'autres choses que tu voudrais développer ?

E : Euh non,

I : Bon eh bien écoute je te remercie...

## ENTRETIEN 4

I : Bon et bien merci de me recevoir dans le cadre de ma thèse qui porte sur l'évaluation des compétences de l'interne en médecine générale.

Peux-tu me définir quelles sont les compétences évaluables et nécessaires pour un interne en médecine générale ?

E : Ben déjà il faudrait définir les compétences, je pense que c'est un terrain très large la médecine générale.

I : Hum hum

E : Il faut des compétences relationnelles, il faut des compétences..... Enfin il faut nécessairement un savoir, il faut avoir un bon niveau d'étude et de connaissances surtout.

I : Hum hum

E : Après je pense que le côté technique de médecine générale n'est pas au premier plan, prendre la tension, regarder l'oreille, écouter le cœur ce n'est pas très technique en soi...

Après euh je pense que l'on ne passe pas assez de temps au cabinet sur le..., enfin pendant l'internat.

I : Hum hum

E : Alors comment évaluer les compétences, alors moi je pense ...

I : Alors si je peux me permettre, je voudrais revenir sur les points que tu m'as développé au niveau des compétences.

L'aspect relationnel, qu'est-ce que tu mettrais dedans ?

E : Euh empathie un gros mot qui ne veut rien dire.

I : C'est à dire ?

E : C'est-à-dire tout ou rien euh, je pense qu'il faut savoir communiquer avec le malade, autant être empathique, c'est sympa mais il faut dire les choses correctement et honnêtement. Il faut les dire parfois brutalement pour que les gens comprennent ; parce que parfois les gens sont dans leur optique où tout va bien.

On vient de leur découvrir un cancer, c'est sympa d'être empathique mais il faut qu'il sache la réalité des choses.

Après il faut savoir communiquer avec le verbal et le non verbal, savoir faire passer des messages.

I : Hum hum

E : Après euh..... Je pense que c'est déjà pas mal.

I : D'accord et après dans le savoir-vivre tu l'inclurais dedans ?

E : Pour moi c'est automatique, ce n'est pas une compétence en soi.

I : Hum hum ; tu as parlé dans les compétences du savoir, qu'est-ce que tu appelles le savoir ?

E : C'est la connaissance médicale.....

I : Qu'est-ce que la connaissance médicale ?

E : La connaissance médicale, c'est ..... Les informations, c'est les cours que tu as appris, c'est notre expérience, les situations cliniques et pratiques, ça te donne des connaissances, un savoir-faire.

Après on a les revus, les congrès, les..... voilà le fait d'être tout le temps à jour dans ce que l'on fait, les nouveautés.

I : Et ça, ce sont des compétences que tu veux évaluer ?

Et dans les compétences cliniques, si tu veux évaluer un patient tu veux faire comment ? Qu'est-ce que tu mets vraiment dedans ?

E : Si je veux évaluer un patient ?

I : Un interne ? Pardon...

E : Si je veux évaluer un médecin, un interne.

I : Ouais. Qu'est-ce qu'une compétence clinique ?

E : Une compétence clinique c'est de savoir examiner, savoir euh.

I : Qui comprend ?

E : Qui comprend un examen clinique complet, orienté quand même. Savoir comprendre la demande du malade même quand cela n'est pas explicite. C'est fréquent d'arriver avec un motif caché.

Après je pense qu'il faut savoir formuler une hypothèse et puis en fonction de ça, faire deux ou trois examens complémentaires s'il y a besoin.

Et puis il y a deux situations, soit on sait où est-ce que l'on va et on pose un traitement, soit on fait appel à un collègue ou à un spécialiste. Je pense que c'est important d'initier, d'essayer plutôt que de passer la main.

I : D'accord.

E : Donc ça c'est clinique et je pense que c'est très clinique la médecine générale.

I : Hum hum. Alors, tu me disais qu'il n'y avait pas de gestes techniques en médecine générale...

E : Ce n'est pas qu'il n'y en a pas, c'est qu'il y en a peu...

I : D'accord, alors au niveau de l'évaluation ?

E : Moi je ne pense pas qu'il faut évaluer l'interne sur est ce qu'il sait : prendre une tension, écouter le cœur, je pense que tu es très limité parce que quand tu arrives interne euh on doit être capable d'écouter le cœur, les poumons, prendre une tension et euh la gorge et les oreilles. Je ne pense pas que c'est technique, enfin c'est technique mais on n'est pas en train de faire une échographie doppler pour chercher une phlébite, ce n'est pas la même chose ou lire un électro cardiogramme ce n'est pas la même chose.

Mais je pense que c'est important de savoir les demander. De savoir demander une échographie doppler...

I : D'accord donc savoir faire des ordonnances ?

E : Ce n'est pas juste faire des ordonnances, c'est euh savoir pourquoi on fait une ordonnance. Ce n'est pas parce que le malade va le demander qu'il faut le faire. Il faut que cela soit bien orienté. Dans un but et un objectif précis, suspecté pendant l'examen clinique.

La technique en soi vient en deuxième plan.

I : Hum hum.

E : Après euh il y a des gens qui font des choses un peu plus techniques par exemple je pense à la mésothérapie qui euh mais je pense que c'est un plus à la médecine générale de base.

I : Et tout ce qui est mésothérapie tu penses qu'il faudrait l'intégrer dans l'évaluation ?

E : Non, parce que je pense que c'est un plus.

Je ne pense pas qu'un médecin généraliste, s'il ne sait pas faire de la mésothérapie, c'est un mauvais médecin généraliste.

Je pense que dans l'évaluation il faut évaluer les connaissances bien sûr, je pense que l'on ne peut pas s'en passer en soi.

Chose qui n'est pas faites actuellement, je ne pense pas.

I : Qu'est-ce que tu aimerais, vu que tu me dis que ce n'est pas fait. Tu aurais aimé être évalué sur quoi précisément ? Parce que tu me parlais de savoir orienter, les connaissances médicales...

E : Moi je pense que l'évaluation doit se faire de manière continue.

I : Ouais

E : Euh et pas sur des points précis, je pense qu'observer comment un interne se comporte au cabinet, je pense... Comment observer, comment il réfléchit, l'hypothèse qu'il est capable de poser pendant une consultation.

Est ce qu'il est capable d'orienter vers le bon spécialiste, capable de mettre les bons examens complémentaires et bien sûr mettre le traitement adéquat.

Les connaissances, je pense aux recommandations assez récentes. Euh sur les maladies les plus fréquentes, parce que je pense qu'en médecine générale on tourne sur quelque chose de probabiliste.... On est plutôt dans le probabiliste oui, dans le fréquent et moins dans le truc ultra rare ou finalement ce qui est très rare on ne le gère pas spécialement au cabinet.

Je pense que c'est quelque chose de global la médecine générale. Je ne suis pas sûr que savoir utiliser un otoscope fait de moi un meilleur médecin généraliste que celui qui ne sait pas utiliser un otoscope mais c'est un exemple très limité en soi.

Après je ne pense pas que c'est une évaluation qui doit tenir sur une grille.

I : Hum hum tu la verrais comment alors ton évaluation ?

E : Hum comment sur le plan technique ?

I : Comment est-ce que tu voudrais avoir une évaluation, comment ?

E : Pas une note ! Je pense que c'est une appréciation par les médecins traitants chez qui on passe.

I : D'accord.

E : Je pense que le médecin traitant chez qui on passe doit mettre entre guillemets des objectifs. Mais que ces objectifs soient entre guillemets relatifs et que le maître de stage puisse mettre une appréciation sur le comportement, les connaissances, le relationnel, la façon de faire de l'interne, même pendant les visites... bon voila .

I : Et mettre des objectifs, tu les mets quand ces objectifs, tu les mets avec qui ?

Début de stage ?

E : Ouais

I : Avec qui ? Le praticien ? L'interne ?

E : Le praticien, l'interne.

I : Hum hum



Mais si tu n'as pas de note alors comment tu vas travailler de manière comparative ?

E : Je m'en doutais de la question. Euh..... est ce que l'on a vraiment besoin de travailler de manière comparative ?

I : Je ne sais pas.

E : Est-ce que l'on a vraiment besoin d'une note pour dire..... Je ne sais pas, je ne suis pas sûr. Je ne suis pas sûr que si j'ai 18 sur 20 chez Mr le praticien A et j'ai 8/20 sur le praticien C parce qu'il n'a pas apprécié ma tête, que ça fait de moi un mauvais médecin.

Mais je pense aussi que c'est difficile de faire une évaluation sur papier avec 15 questions qui résume le stage de médecine générale.

I : Alors toi tu la verrais comment cette évaluation ?

E : C'est difficile hein. Mais je pense que la méthode actuelle manque un peu de réalisme...

I : Et donc ces objectifs tu les mettrais les uns en dessous des autres, ce genre de chose ?

E : Moi je pense... Qu'en début de stage, en début de semestre, oui je définirai les objectifs en début de semestre. Après les objectifs doivent être variables mais je suis d'accord avec toi que ce n'est pas quelque chose de comparatif, de comparable.....

Mais je pense qu'il y a des internes qui ont peut-être plus besoin de travailler le relationnel que le côté connaissances parce qu'ils sont bien calés côté connaissances mais qu'ils ne savent pas les canaliser pendant la consultation.

Et je pense que d'autres ont la tchatche tout ça, mais ils ne savent pas hiérarchiser les diagnostics et demander les bons examens. Donc pourquoi ne pas faire un stage personnalisé ..... non ?.....

I : Hum hum

E : Je ne pense pas qu'en médecine générale il faille des notes, je ne pense pas que le but soit de cocher et de remplir les cases.

C'est plus aider les gens en fonction de ce qui leur manque comme une compétence parce que je ne pense pas qu'il soit nécessaire de résumer à un Seroplex en cas de dépression.

C'est plutôt aider l'interne, il est bon dans la dépression mais peut être que dans répondre gentiment aux gens et dire bonjour aux gens et le raccompagner à la porte quand il va partir du cabinet, ça, il ne sait peut-être pas le faire et peut être que....

I : D'accord. Et l'interne aurait son mot à dire dans les objectifs ?

E : Oui je pense que les objectifs doivent être posés pour que l'interne y participe.

I : Comment doit participer l'interne ?

E : Je pense qu'en fin d'externat dire que moi je sais faire ça mais moins faire ça. Après peut être qu'il faut des choses fixes aussi. Je pense qu'il faut des objectifs fixes et d'autres à moduler en fonction de chacun.

I : Donc des objectifs communs pour tout le monde et des objectifs en plus, définis par l'interne et le médecin ?

D'accord et donc justement dans les compétences qui font partie des objectifs tu avais donc d'un côté le relationnel... tu avais les connaissances et les gestes techniques est ce qu'il y a d'autres choses que tu voudrais intégrer dedans...

Ou plutôt je reformule ma question qu'est-ce que tu mettrais en plus ?

E : Moi, si c'était moi, je prendrai une demi-journée avec l'interne et je lui poserai...

Je lui dis qu'est-ce que tu attends de ton stage ?

Qu'est-ce que tu sais très bien faire ?

Qu'est-ce que...euh.

Et ça dès le début et une autre demi-journée au bout de deux mois, de 3 mois pour refaire un petit peu le point.

Je lui poserais des questions sur quoi il pense être devenu bon ou qu'est-ce qu'il sait plus faire maintenant ?

Qu'est-ce qu'il lui manque ?

Qu'est-ce qu'il voudrait que l'on améliore pour les mois qui restent du stage ?

I : Hum hum

E : Voilà c'est plus constructif que de dire voilà on a deux objectifs que l'on a posé le premier jour du stage et puis on va voir au bout de 6 mois comment tu as évolué.

Je pense qu'il faut une à deux évaluations intermédiaires qui nous permettent de nous positionner et voilà ou même que le médecin me dise : voilà ben là tu as bien progressé.

Là je pense que tu sais bien faire, là je pense que vis-à-vis de ce point-là tu n'as pas progressé.

Je pense qu'il faut plus que l'on travaille ça.

I : D'accord.

E : Je ne sais pas, par exemple l'annonce d'une mauvaise nouvelle, je pense que l'on sait tous le faire mais peut-être qu'il y a des petites astuces qu'un médecin avec 20 ans d'expérience sait mieux faire que nous.

Et je pense qu'au bout de deux mois il sera capable de dire que là tu le fais bien, euh... que ton comportement n'est pas adapté, voilà des petites remarques qui font avancer les choses.

I : D'accord

E : Mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire de définir les objectifs en début de semestre et laisser couler pendant.....

C'est aberrant ?

Moi je ne pense qu'il faut quelque chose de souple, de flexible, mais pas être psychorigide. Peut-être dire ben voilà il y a 10 objectifs ; soit tu sais les faire, soit tu ne sais pas les faire. Je pense notamment euh par exemple, enfin c'est pas euh..... le stage de gynécologie ou par exemple dans la grille d'évaluation, on avait savoir gérer une IVG ou moi personnellement si je travaille en cabinet jamais je ferai d'IVG.

Fin voilà il y a des choses qui ne m'intéressent pas spécialement. Après je t'avoue que je ne connais plus par cœur les objectifs du stage chez le med gé. Mais je me souviens que le dernier jour de mon stage, le prat il a pris la grille et bon il a rempli un petit peu en 3 minutes, il a coché, je crois qu'il y a ABC et il a pris A et B et il a coché de façon aléatoire, il a dit on a passé un bon 3 mois et ça te donne des bons points.

I : Hum ce n'était pas objectif donc.

E : Pas vraiment non.

I : Donc pour toi il faudrait le faire 3 fois avec des demi-journées, et dedans, des éléments que tu rajoutes au fur et à mesure, que tu modifies, que tu modifies.

Est ce qu'il y d'autres choses que tu voudrais mettre dedans en termes de compétence, la gestion du cabinet, le matériel, l'administratif ?

E : Alors moi je ne pense pas qu'il faut évaluer la paperasse, la gestion du cabinet parce que je pense que ça ne ferait pas de moi un meilleur médecin si je sais faire de la paperasse.

Je pense qu'il faut que l'on sache le faire mais on n'est pas censé être évalué dessus. Parce que c'est ce qui va nous permettre de manger tous les jours mais .....euh .....mais pour moi ça ne me fera pas meilleur médecin. Ce n'est pas parce que je sais gagner 10 000 euros à la fin du mois, que je sais payer mes charges et gérer mon cabinet avec une SCM, une SCI, peu importe, ... que ça fera de moi un bon médecin vis-à-vis de mes patients.

Je ne pense pas que mes patients attendent de moi une bonne gestion du cabinet. Ça c'est important pour moi. Mais je ne pense pas que c'est une compétence à évaluer. Je ne pense pas que le maître de stage doit dire toi tu as bien fait ton stage car tu sais utiliser hello doc. Je ne suis pas persuadé que c'est quelque chose à évaluer.

Le matos c'est pareil ça coule de source. Si on veut, il faut un bon stéthoscope, un bon ordinateur qui fonctionne mais ce n'est pas une compétence à aller chercher ou à évaluer.

I : Tout à l'heure tu me parlais dans les connaissances le fait de se mettre à jour.....

E : Oui je pense que c'est important. ....

I : Comment est-ce que tu veux évaluer ça ?

E : Pour pouvoir évaluer ça, il faut déjà que le maître de stage soit à jour. Parce que je suis persuadé que la plupart des maîtres de stage ne sont pas à jour et parfois on peut être surpris par leur prise en charge assez ancienne on va dire pour ne pas dire mauvaise, mais oui je pense que c'est très important qu'un interne soit à jour et sache un peu ce qui se fait. En fait aujourd'hui les patients savent ce qui est nécessaire de faire et des fois on est assez surpris. Après comment l'évaluer..... Le fait de s'abonner à des revues médicales ; les congrès, être au courant qu'il y a des congrès ; les recommandations...

I : Et ça tu l'évalues comment ?

E : Si le médecin est à jour je pense qu'il peut te poser deux petites questions pour te mettre en difficulté et je pense que c'est à travers des situations cliniques qui vont se présenter au cabinet par exemple, le calendrier vaccinal par exemple.

I : Bon, est ce qu'il y a d'autres points que tu voudrais développer ?

E : Sur les compétences ?

I : Sur les compétences...

E : Non.

I : Parfait.

## ENTRETIEN 5

I : Merci donc de me recevoir dans le cadre de ma thèse dont le sujet porte sur la grille d'évaluations du stage en ambulatoire.

Alors déjà qu'est-ce que tu penses ou plutôt qu'est-ce que doit contenir cette évaluation ?

E : Euh, les compétences cliniques que l'on doit avoir en médecine générale, la tenue du dossier et peut être tout ce qui est paperasserie et peut être les documents en médecine générale.

I : D'accord, au niveau des compétences cliniques qu'est-ce que tu peux dire, qu'est-ce que tu veux inclure dedans ?

E : Euh ben l'examen clinique en médecine générale, savoir reconnaître les pathologies aiguës, savoir reconnaître les pathologies chroniques, l'urgence, voilà...

I : Et l'examen clinique en lui-même il comprend quoi ? Qu'est-ce que tu prendrais en compte dedans ?

E : Les constantes, l'auscultation, la palpation abdominale et après t'orienter en fonction de la demande, demande dermatologique ou autre chose, gynécologique ...

I : Très bien

E : Et la pédiatrie aussi.

I : Et la pédiatrie ?

E : L'examen pédiatrique, savoir examiner un enfant.

I : Qui pour toi, il comprendrait quoi de plus ou de différent ?

E : Il n'y a pas grand-chose de différent c'est juste adapté à l'âge...

Si, savoir évaluer le développement de l'enfant, que l'on ne peut pas faire chez l'adulte et l'alimentation...

I : Ok, et au niveau de la médecine d'urgence ? Qu'est-ce que tu entends par là ?

E : En médecine générale ?

I : Hum hum...

E : Savoir reconnaître une pathologie aiguë qui dépasse nos compétences, qui nécessite d'être prise en charge en urgence par exemple une douleur thoracique qui fait penser à un infarctus, on doit savoir le reconnaître et orienter le patient aux urgences.

I : D'accord qu'est-ce que tu peux inclure d'autre dans ces compétences cliniques.

E : Ouais la prévention, c'est la prescription d'un examen paraclinique. Après c'est vrai... dans l'examen paraclinique il y a aussi l'interrogatoire et dans l'interrogatoire il y a la prévention.

I : Et alors au niveau de la prévention qu'est-ce que l'on doit savoir maîtriser en médecine générale ou du moins quand on est interne ?

E : Déjà les indications en fonction des examens, orienter son examen clinique en fonction du patient, par exemple en fonction de ses antécédents familiaux etc.

Savoir prescrire des examens biologiques nécessaires au suivi particulier de ce patient. Et essayer l'apprentissage du .... Par exemple dans le cancer du sein la palpation mammaire, savoir expliquer ce geste. C'est vraiment des informations, des examens paracliniques et un suivi régulier du patient.

I : Après il y a également dans l'examen clinique, l'auscultation, la palpation... évidemment l'interrogatoire. Il y a une façon peut-être de parler au patient qui faut évaluer... ?

E : Evaluer la façon dont tu parles au patient c'est ça ?

I : Tout à fait.

E : Euh je pense que oui. Après je pense qu'il faut s'adapter au patient, après est ce que ça s'apprend ou est-ce que ça vient au fur et à mesure avec l'expérience..... Qu'on arrive un peu à analyser le patient et à s'adapter à lui, pour lui parler, qu'il y ait une réception des deux côtés je ne sais pas si on peut réellement l'apprendre ou si c'est l'expérience. Après oui il y a des techniques de communication que l'on peut apprendre mais ça reste patient dépendant.

I : Au niveau de la tenue du dossier maintenant qu'est-ce que tu entends par là ?

E : Savoir gérer le dossier médical, avoir un dossier bien tenu avec les antécédents des patients, notamment tout ce qui est prévention, par exemple noter si c'est un patient diabétique par exemple l'HBA1C qui a été faite tous les 3 mois, noter à chaque fois qu'il y a une consultation le motif de la consultation pour rien oublier et avoir un vrai suivi de notre patient, par exemple le traitement à domicile, s'il a un traitement X.

Je pense qu'une bonne tenue du dossier c'est hyper important et on ne nous l'apprend peut-être pas assez.

I : Pour la gestion du matériel, l'informatique, le logiciel, tu penses que ça peut être intéressant d'évaluer ce genre de chose ?

E : Je pense que l'on doit apprendre à gérer l'informatique, ... le logiciel informatique, mais en général, le problème est que chaque médecin à un logiciel différent. Du coup on a beau apprendre sur un...si on change de médecin c'est différent d'un médecin à l'autre. S'il y avait un logiciel universel ce serait parfait mais...

I : Ce n'est pas le cas.

E : Non

I : D'accord. Et au niveau de la paperasse tu me disais tout à l'heure...

E : Ben c'est une partie que l'on apprend pas du tout et c'est une partie très difficile à gérer après il y a des papiers que l'on utilise tous les jours en médecine générale c'est-à-dire l'arrêt de travail, l'accident de travail, ce genre de chose... arrêt maladie.

Il y a aussi tout ce qui est carte vitale et le côté comment gérer son cabinet tel que l'URSSAF.

Si on a un cabinet de groupe comment gérer avec ses associés. En fait on n'apprend pas du tout à comment gérer un cabinet.

I : Et ça tu penses qu'il faudrait l'inclure dans la grille ?

E : Oui, parce que je pense que quand on va commencer soit à remplacer, soit à s'installer c'est une des choses qui va nous bloquer le plus.

La clinique, on est formé depuis le début mais comment gérer un cabinet, le côté financier, économique on ne sait pas le faire en fait. On apprend quand on démarre, on pourrait l'apprendre un peu avant...

I : Ça marche. Alors au niveau de l'évaluation en elle-même.

Donc là on a parlé de ce qu'elle devait contenir, à quelle fréquence par exemple tu veux avoir cette évaluation ?

E : Je pense que ça pourrait être bien d'en faire une au tout départ, au tout début de stage pour savoir qu'elles sont les compétences qu'on a déjà acquises et celles dont on a besoin d'apprendre.

Au milieu de stage pour faire un petit point, de voir où on en est, dans l'apprentissage.

Et en fin de stage pour faire un bilan, voir si on a pu apprendre tout ce qu'on s'est fixé comme objectif.

I : D'accord et une fois que l'on a parlé de la fréquence, qui doit évaluer ?

E : Le médecin généraliste au début, mais je pense que c'est un travail qui doit être fait à deux.

Le médecin généraliste car il a pu évaluer au cours du stage tes compétences. Et je pense que c'est une évaluation ou on doit discuter avec l'autre.

I : Et pourquoi tu dis au début le médecin généraliste ?

E : Ben par ce que c'est quand même le principal évaluateur, parce que c'est lui qui nous regarde tout au long du stage, qui a l'expérience.

Il sait comment fonctionne un cabinet, comment gérer sa patientèle donc il a forcément plus d'expérience, c'est lui qui va nous évaluer mais après je pense que c'est une discussion et que l'interne a son mot à dire aussi. Parce que c'est lui qui a ressenti son stage et il sait ce qu'il a compris et ce qu'il n'a pas compris.

I : OK, au niveau du stage également, dans « la formation médicale continue », est-ce que par exemple si l'interne a bloqué sur quelque chose, est-ce qu'il doit faire des recherches ? est-ce que cela doit intervenir également dans la note, dans l'évaluation ?

E : Oui je pense que l'on peut évaluer la progression des connaissances de l'interne. Dans tous les cas je pense que ça se ressent au fur et à mesure.

I : Est-ce qu'il y a des sujets que je n'ai pas évoqué et que tu aimerais développer. Ou des choses que tu penses qui seraient nécessaires et que moi je n'ai pas développé ?

E : Non je pense que pour moi ce qui manquait vraiment et ce qu'il m'a manqué dans l'évaluation en médecine générale c'est vraiment ce que je t'ai expliqué tout à l'heure : comment gérer son cabinet, gérer les papiers, le côté médical on l'apprend, le côté communiquer avec le patient on se forme sur le tas si je peux dire ça comme ça, l'informatique on est formé également mais...

I : Et au niveau de la communication avec le patient ? On a vu quand nous étions plus jeunes ; quand nous étions en première année, qu'il y avait la communication verbale et non verbale.

Est-ce que tu penses que la tenue doit être évaluée ?

Est-ce que tu penses qu'il faut tenir compte de tout ça ?

E : Oui, je pense clairement qu'il faut s'adapter au patient et qu'il faut vraiment une position ouverte.

L'interne qui est avachi sur son fauteuil qui n'écoute rien ou qui regarde les mouches quand on lui parle ; forcément je pense que ça doit être évalué parce que c'est une part hyper importante de la consultation, l'interrogatoire c'est hyper important.

I : D'accord, au niveau du choix des thérapeutiques maintenant ? Est-ce que tu aurais des choses à me dire sur ce sujet ?

E : C'est-à-dire ? Qu'est-ce que tu veux dire par le choix des thérapeutiques ?

I : Au niveau des thérapeutiques que l'on va apprendre et que l'on va appliquer, est-ce que justement il n'y aurait pas intérêt à évaluer le choix du traitement que l'on va donner ?

Est-ce que pour toi le choix des thérapeutiques doit être évalué ? et qu'est-ce que tu penses du choix des thérapeutiques ?

E : Je pense que c'est très difficile d'évaluer une prescription thérapeutique ... D'une part parce que chaque médecin n'a pas du tout les mêmes habitudes de prescription thérapeutique si je peux dire ça comme ça.

Du coup évaluer les prescriptions de l'interne qui se calque sur son médecin généraliste aux habitudes de celui-ci... Du coup évaluer ses prescriptions thérapeutiques ça risque d'être compliqué. En ayant fait trois stages chez le médecin généraliste en tant qu'interne et d'autres pendant mon externat. Chaque médecin généraliste a ses habitudes, ses traitements de références et pas un seul a les mêmes.

Après on a les nouveaux médecins qui suivent les recommandations à la lettre, les anciens médecins ; qui ont leurs expériences, leurs habitudes qui sont déjà fixés, du coup qui dérivent un peu.



Evaluer l'interne au milieu de tout ça, je trouve ça compliqué.

I : Ça marche.

Au niveau de l'éducation, tout à l'heure on a parlé de l'éducation du patient, il y a plusieurs choses que toi tu veux intégrer dans l'éducation par exemple ?

Qu'est-ce que pour toi l'éducation du patient ?

E : Pour moi l'éducation c'est sur tellement de choses, l'éducation par rapport à son traitement, l'éducation par rapport à la prévention, tout ce qui est cancer, l'éducation des parents concernant la consultation pédiatrique, l'éducation par rapport à l'hygiène de vie, l'alimentation.

I : D'accord et au niveau des maladies, quand tu reçois un patient, forcément tu t'orientes plus ou moins vers telle ou telle pathologie, en fonction de la prévalence ; en fonction de l'incidence, tout ça doit également être intégré dans la grille ?

E : C'est à dire, savoir poser un diagnostic ?

I : Savoir, oui c'est ça.

E : Oui je pense que ça fait partie des compétences que l'on doit acquérir, savoir en fonction des symptômes penser au diagnostic le plus probable avant de penser à la maladie de médecine interne très rare. En médecine générale je pense qu'il faut savoir partir vers les maladies les plus fréquentes et savoir réévaluer à plusieurs reprises pour diagnostiquer une maladie plus rare.

I : D'accord.

Ok donc on a vu l'évaluation, la manière dont on doit être évaluer d'une part avec le praticien et avec l'interne et après on rassemble les deux. On a vu la fréquence.

Une dernière chose que j'aimerais voir et qui n'est pas moins intéressante, c'est le parcours de soins du patient.

Euh savoir entre guillemets donner son parcours, savoir vers qui l'orienter en fait, c'est-à-dire que si tu vois un patient, qui par exemple pose tel ou tel problème au niveau du dos est ce que là en tant qu'interne on doit être capable de savoir l'orienter vers un kiné ou vers une école du dos ?

Est-ce que pour toi il y a un intérêt non seulement à maîtriser ça et également à l'évaluer ?

E : Oui je pense que c'est une compétence hyper importante en médecine générale, puisque l'on est au centre du parcours de soins, qu'il faut savoir orienter notre patient quand nos compétences sont plus ou moins limitées.

Si on se sent dépassé par une situation ou si on a besoin d'un avis d'un spécialiste je pense qu'il faut savoir orienter notre patient vers un de nos confrère et après travailler avec nos confrères, infirmiers, kiné, on a vraiment le choix, bien sûr on soigne notre patient dans la globalité, on va pas l'orienter pour le moindre truc mais après on est vraiment au centre du parcours de soins et je pense que c'est notre rôle d'orienter le patient vers des spécialistes et vers nos confrères.

I : D'accord bien je te remercie

E : Mais de rien.

## ENTRETIEN 6

I : Parfait, merci de me recevoir.

Euh... Je tiens à rappeler le sujet de ma thèse : la grille d'évaluation du stage en ambulatoire est-elle adaptée pour un apprentissage par compétence ? Il y a deux choses déjà que j'aimerais aborder dans cette question, ...dans cet interview.

C'est d'un côté la question des compétences et de l'autre l'évaluation.

D'abord le mot compétence qu'est-ce que ça peut évoquer ?

E : Compétence qu'est-ce que ça peut évoquer.... euh

I : Quelles sont les compétences sur lesquelles tu voudrais être évalué ?

E : L'aptitude à savoir traiter, à savoir tout traiter, en fait euh...que ce soit par médoc ou juste par la parole, refuser un traitement ou bien dire que ce n'est pas nécessaire. Après compétence, savoir gérer l'urgence, ne pas vouloir trop en faire en tant que médecin généraliste.

I : Alors quand est-ce que tu penses devoir laisser à tes collègues spécialistes... ?

E : Ben disons que dès que l'on sent que le patient à domicile va avoir du mal à prendre ses traitements, ou il commence à défaillir, ou ça peut aller très vite, la pathologie peut flamber à la maison...

I : D'accord...

E : On se trouve avec une impossibilité à boire de l'eau parce qu'il est trop mal, cloué au lit et qu'il ne peut plus se déplacer, ce genre de chose...

I : D'accord, au niveau des médicaments que tu disais également, cette aptitude. Qu'est-ce que tout savoir traiter ? ... Ce que l'on est capable de faire ? Ce que les spécialistes font ?

E : Ben disons qu'à la fin de mon stage chez le généraliste j'aimerais déjà savoir, ... connaître trois quatre fois plus de médocs que maintenant parce que je connais les médocs hospitaliers mais en médecine générale ils prescrivent énormément de choses que nous, on ne connaît pas du tout quoi... si tu vois ce que je veux dire.

I : Hum hum

E : Tous les sirops pour la toux, moi mis à part le sirop EUCALYPTOL je..... bon euh.

I : Hum hum

E : Les petites gouttes dans le nez, enfin il y a tellement de variante que moi j'aimerais élargir mes compétences.

I : Donc d'un côté les aptitudes face aux médicaments, savoir traiter ou du moins pouvoir faire ce que l'on peut.

Au niveau de l'entretien, par rapport à ce que tu disais il y a deux minutes c'était savoir refuser un traitement ?

Tu peux développer un peu plus ce point ?

E : Ben disons, ... soit essayer de le dire, soit essayer de refuser un traitement ou bien si on voit que c'est impossible de refuser le traitement, donner un traitement mais comme un placebo ou bien quelque chose qui contenterait le patient, sans forcément traiter le problème médical ou psychologique sous-jacent tu vois... genre une sorte de placebo bleu, noir...

I : D'accord ensuite tu as les compétences de la partie médicale, paramédicale, administrative, et tout ce qui est geste également. Qu'est-ce que tu devrais maîtriser dans tout ça ?

E : Qu'est-ce que je devrais maîtriser....

Alors je ne sais pas, moi en tant que médecin généraliste je pense qu'il n'y a pas beaucoup de geste à faire à part si on se spécialise dans la gynéco. Dans ce cas-là, il y a des prélèvements, des frottis, des stérilets à poser, je ne connais pas du tout cette partie-là donc euh.... Donc je ne le ferai pas euh.... Après au niveau des gestes, je ne sais pas euh les ponctions articulaires on peut en faire, ce n'est pas trop compliqué à priori. J'en ai déjà fait ici. C'est tout ce que je vois comme geste après....

I : Après même les gestes...

E : Les vaccins j'en ai déjà fait quelques-uns, mais je ne sais pas tout faire le test de la tuberculose. Là avec le truc en sous cutané, après en geste je ne sais pas, les sutures on sait déjà faire, il n'y a pas de soucis là-dessus...

I : L'otoscopie après....

E : Ouais l'otoscopie, ouais voilà ici c'est vrai l'otoscopie on n'en fait pas des masses .... L'otoscopie ouais.

I : D'accord tu me disais il y a quelques secondes la gestion du cabinet...

E : Ouais je dirai toute la paperasse administrative.

I : Qu'est-ce que tu entends par là ? Qu'est-ce que tu voudrais que l'on t'enseigne ?

E : Ben déjà le stage chez le généraliste ce n'est pas fait pour ça. C'est le SASPAS qui est fait pour ça il me semble. Donc pour moi chez le Med gé, ...gérer les bons de transport, faire des ordonnances correctes, après gérer un cabinet c'est les objectifs du stage.

Après bien sûr, j'aimerais bien commencer à comprendre tous les petits rouages administratifs, location de l'appareil à carte vitale, euh ect... se fournir en ordonnance, je pense que quand tu t'installes, tu es confronté à tout ça d'un coup et que là... et je pense... je ne sais pas si c'est un stage avisé pour apprendre ça... le stage SASPAS dans les derniers semestres, je pense que c'est plus de la gestion administrative plus ..... au cabinet et après la partie médicale passe vraiment.

Après au bout du 6 ème semestre tu es médecin, tu sais déjà tout faire sauf cette partie administrative donc voilà.

I : Et après, tu as une relation médecin-patient, comment est-ce que tu la définirais ?

E : Euh... ouf ben on est plus disons que, ... par rapport à l'hôpital on est plus intime avec le patient, ..... Le patient qui vient nous voir et pas un autre... euh en plus de ça... euh ben je sais pas si on fait du domicile mais on rentre encore plus dans l'intimité du patient mais sinon bah après euh c'est du feeling, c'est là l'empathie.

I : Qu'est-ce que tu entends sous le terme empathie ?

E : Ben se mettre à la place du patient euh, ben, le comprendre, ne pas rester borner sur ses opinions. Allez un peu dans son sens même pour pas le braquer ; en fait si on va un peu dans son sens on le dirige. Voilà.

I : D'accord. Pour résumer les compétences que l'on vient d'aborder.

Donc tu avais le médical, avec le traitement ect. Tu avais également la communication dont fait partie également l'empathie, la relation médecin malade, les différents gestes que l'on a énumérés et la gestion du cabinet que tu aimerais voir, mais après au moment du SASPAS.

E : Après là pour ma formation, je ne me vois pas gérer de la paperasse, c'est vraiment quelque chose de secondaire.

I : D'accord, au niveau de l'évaluation parce que c'est ça que je vais traiter maintenant ; comment est-ce que tu imagines cette évaluation de stage ?

E : Ben déjà je ne connais pas les modalités d'évaluation du stage en ambulatoire chez le prat.

I : Ouais.

E : Mais toi tu dois les connaître...

I : Oui.

E : C'est évalué sur mes compétences sociales, c'est genre la relation médecin patient, sur le diagnostic et sur les traitements et aussi sur les suivis. Je ne reçois pas le courrier à mon nom mais quand même en tant qu'interne chez le Med gé on ouvrira le courrier avec nos biologies de patient ou même des mails.

I : Comment est-ce que l'on va t'évaluer sur le suivi ?

E : Eh bien s'il y a un contrôle de kaliémie, le labo nous envoie un mail et que si la kaliémie est à 6 ben là on appelle le patient et on lui dit de prendre deux cuillères de KAYEXALATE...

Disons que si on réagit vite, on ne réagit pas deux trois jours après. Ce sont des choses relativement importantes.

I : Ok après il y a également la notion de diagnostic, qu'est-ce que tu entends par « évaluation des compétences du diagnostic » ?

E : Ben...

I : Est-ce que c'est vraiment que tu as le droit à l'erreur ou est-ce que tu dois à chaque fois taper juste et avoir le bon diagnostic ?

E : Non mais disons que le truc c'est que quand on est médecin généraliste, il faut avoir un diagnostic pour tout, parce que le patient est hyper demandeur.

Bien sûr si c'est une pathologie hyper rare, le médecin généraliste, il va dire : « bon je ne sais pas. » Mais si c'est un rhume banal ou il faut vraiment poser un diagnostic. Aux urgences on est confronté à des diagnostics, des douleurs thoraciques atypiques, conclure douleurs thoraciques atypiques, je ne pense pas que le patient soit satisfait de ce diagnostic. Voilà ...Un rhume, une trachéite, une bronchite, une pneumonie ça aussi.

Je ne sais pas comment on est évalué... en pourcentage de bon diagnostic ? Je ne pense pas du tout que ce soit comme ça, mais je ne sais pas quand on travaille avec, mais on travaille ensemble et il nous demande d'abord notre diagnostic et après on en discute si c'est la bonne chose ou pas.

I : Donc ça c'est les compétences, ensuite comment est-ce que tu penses être évalué, bien sûr tu vas être évalué sur les compétences. Ça c'est clair, euh comment ça va être fait ? Par un logiciel ?

E : Comment le médecin va noter en fait ?

I : Comment ou sur quoi il va t'évaluer, ... tes compétences ?

E : De manière tout à fait empirique par rapport à son vécu avec moi...

I : Hum hum

E : Et pour moi les grilles avec les notations c'est... enfin moi je verrai plutôt quelque chose comme ça comment il est... Amabilité, 0,10 et euh mais genre une note pour chaque caractéristique et ça sera vraiment le bilan des deux mois et non pas les deux dernières semaines.

C'est vraiment sur la globalité du stage et pourquoi pas un onglet avec amélioration pendant le stage.

I : D'accord, est ce que tu n'imaginerais pas une grille, ou tu serais obligé de ... de le faire plusieurs fois au milieu, à la fin...

Que le médecin soit obligé de te noter genre toutes les semaines est les deux dernières, l'évaluation finale.

E : Ouais pourquoi pas oui.

Après c'est vrai qu'avoir par exemple une notation globale sur les premières semaines et les deux dernières pour voir l'évolution de tes compétences.

Mais bon ça voudrait dire, que la note de la fin ne pourra pas être diminuée sinon ça voudrait dire qu'il y a eu un problème entre le médecin et l'interne.

I : Alors pour l'évaluation, est-ce que tu penses que le médecin doit intervenir ou est-ce que vous la faite chacun de votre côté et puis après vous rassemblez, comment est-ce que tu imagines ça justement ? Qu'est-ce qui serait le mieux ?

E : Il y a une étape d'auto évaluation dans l'évaluation actuelle ?

I : A l'heure actuelle oui, mais toi qu'est-ce que tu aimerais que l'on crée ? Qu'est ce qui serait le mieux ?

E : Ben je n'aime pas trop l'auto évaluation, je connais déjà mes points faibles et mes points forts et je n'ai pas envie de me noter sur mes points faibles ni de me noter sur mes points forts.

Tu vois parce que déjà est-ce que je suis excellent sur mes points fort ? Voilà, pour moi l'évaluation c'est déjà plus le généraliste seul qui doit faire l'évaluation. Moi l'auto évaluation je n'apprécie pas trop et qui je suis pour m'évaluer.

Je serai donc pour qu'il le fasse tout seul dans un premier temps et que pourquoi pas dans un deuxième temps qu'il reprenne une feuille vierge et qu'on la fasse à deux pour voir un petit peu si les notes changent.

Alors après ce que j'aimerais bien, c'est qu'il fasse... C'est que les 3 médecins se réunissent entre eux et qu'ils notent, qu'ils discutent de l'interne et qu'ils voient s'il a été pareil ou s'il avait le même comportement. Donc une note par praticien et une note globale des trois praticiens, une sorte de moyenne quoi, enfin pas une moyenne car ils en discutent un peu entre eux, donc pas une moyenne.

I : Ok et alors au niveau de la fréquence, on dit au début et à la fin c'est ça ?

E : Si on part dans le schéma ou on est noté au début pour voir vraiment notre aptitude de base et ensuite notre aptitude finale, donc pourquoi pas au début et à la fin, ouais ça serait pas mal.

I : Ok donc ça, ça permettra de voir la progression...

Est-ce que tu vois des choses dont on n'a pas encore parlées ?

E : Non pas vraiment.

I : Parfait merci beaucoup,

## ENTRETIEN 7

I : Bon, et bien merci de me recevoir pour ma thèse qui concerne les compétences de l'interne en médecine générale.

Pour toi, quelles sont les compétences nécessaires pour un interne en médecine générale ?

E : Les compétences euh je n'ai pas compris là, je ne comprends pas.

I : Quelles sont pour toi les compétences qui sont nécessaires à évaluer pour un interne de médecine générale.

E : Pour moi qu'elles sont les compétences qui sont utiles à mon évaluation ?

I : C'est ça.

E : Euh .... Alors bonne question. Déjà qu'est-ce qu'une compétence..... Moi je pense que la première chose qu'un interne devrait acquérir et donc sur laquelle il faudrait se baser pour l'évaluation ça serai déjà...euh ca concerne pour moi à ce qui s'attache à l'émotion tu vois euh...la compétence émotionnelle, de gérer son émotion, moi j'appelle ça l'intelligence émotionnelle, ça me paraît important dans l'évaluation des internes.

Je ne suis pas certain que ce soit pris en compte actuellement..... peut-être si en médecine gé mais ça ne fait pas partie de l'évaluation. Mais quand même, en médecine gé on s'attarde sur cet aspect-là. Euh.....pour notre éducation, pour notre formation.

Après si tu prends l'hôpital, cette compétence n'est pas du tout du tout explorée. A mon avis...Ouais pour moi c'est la compétence principale,... ce serait celle-là.

Développer son intelligence émotionnelle, apprendre à gérer son émotion au quotidien.

I : Ok

E : Alors après quelles sont les compétences ? ..... Alors après on peut lister les compétences. Euh..... moi, pour moi une des compétences essentielles à avoir, c'est savoir gérer l'urgence.

I : Oui, tu peux me développer un peu plus ?

E : Alors savoir gérer l'urgence pour moi c'est euh. Ce n'est pas tant sur le côté médical, ce n'est pas tant sur les connaissances médicales, c'est apprendre à devenir autonome face à l'urgence.

I : Hum hum

E : Tu vois. Euh... moi j'ai trop souvent été évalué même parfois un peu chahuté par les encadrants. Je pense notamment une fois à l'hôpital en gériatrie ou euh on m'a évalué sur savoir gérer un événement aigu.

Donc là je vais prendre l'exemple, c'était une dame qui était âgée, qui avait presque 80 ans et qui présentait...euh ... qui avait hospitalisée pour une anémie..... Donc en fait c'est moi qui l'avais dans mes lits et je la suivais. Et un matin elle avait perdu un peu d'hémoglobine. Elle n'était pas en dessous de 10, .... Elle avait perdu un peu d'hémoglobine... et je fais mon tour et c'était un service où il y avait beaucoup, beaucoup d'activités. Je n'arrivais pas à finir mon tour, ça partait dans tous les sens, en plus on était tout seul, pas du tout encadré et cette dame on me dit, ..... Les aides-soignants me disent qu'il y a du sang dans les selles, donc je vais constater, sauf que je fais plein de choses en même temps donc je ne vais pas constater tout de suite.

Je regarde le bilan du matin, elle a perdu un peu d'hémoglobine, je me dis il y a peut être un saignement... Mais les choses avancent, midi se rapproche et je n'avais pas encore alerté ma chef sur cette problématique. Et il s'est avéré qu'elle a saigné, qu'elle a vomit du sang et là ma chef m'a pris, donc moi je lui ai raconté la situation en lui disant voilà il y a ça, il y a ça donc elle m'a demandé ce que je dois faire, dans sa tête c'était l'urgence. Il fallait que je lui dise aller il faut y aller, il faut faire une fibro ceci cela.

Et donc moi j'avais passé ma matinée si tu veux à dire à ma chef, il faut que l'on aille la voir ensemble cette patiente, j'avais essayé de la mobiliser en fait, j'avais quand même été la voir la dame, elle ne m'avait pas dit qu'elle avait vomit du sang, au début j'avais été la voir, elle avait des constantes correctes.

Et donc elle m'a..... Clairement elle m'a dit que j'étais nul, que j'étais dangereux, clairement elle m'a dit que j'étais incompetent. Alors que j'avais eu plein de stages avant où tout se passait bien...

Mais elle dans sa tête, la compétence c'était : j'ai une dame qui saigne, j'aurai dû faire un acte urgent c'est-à-dire solutionner la problématique en faisant la fibro ou en appelant directement sans passer par elle un gastro pour faire la fibro.



Donc c'est là où je ne suis pas d'accord avec l'évaluation ; sur les compétences des méd gé, j'entends bien ne prenant pas en compte les autres spécialités. Par exemple pour un gastro, sa compétence c'est de réaliser la fibro, mais nous notre compétence elle n'est pas... euh devoir gérer l'urgence mais pas de solutionner la problématique.

Après tout dépend lesquelles, il y a certaines compétences que tu dois savoir gérer. Le massage cardiaque par exemple, donc je pense qu'il faudrait peut-être sur un brainstorming définir quelles sont les compétences urgentes en termes de soins, de technicité.

Après le reste de ces compétences là pour le médecin généraliste et donc pour l'interne de médecine générale c'est de savoir mobiliser ou en tout cas savoir se mobiliser et passer en priorité les choses urgentes.

En tout cas savoir reconnaître l'urgence tu vois.

L'identifier et pas se dire : ben ça on verra la semaine prochaine. Parce que ça après dans ton cabinet c'est l'essentiel. Tu es sous pression par des gens qui t'appellent toutes les 5 minutes, les bilans qui te tombent dessus parce que les bilans arrivent à 16h, tout te tombe sur la tronche et là tu te dis il faut ..... il y a des choses plus urgentes que d'autres.

I : D'accord.

E : Voilà pour l'urgence, après le savoir-vivre, le savoir-être avec les euh...

I : Hum hum.

E : Avec les gens, comment se comporter.

I : D'accord.

E : Parce que moi je n'ai jamais eu trop de problèmes, mais j'ai déjà vu des internes, des externes avoir clairement des problèmes de communication. .... Je ne sais si c'est dans le cadre du côté émotionnel ou..... Tu ne prends pas en compte les émotions, tu n'es pas très intelligent sur le plan émotionnel justement. Tu deviens antipathique à la fin et du coup est-ce que c'est ça qui donne des problèmes de communication.

Moi ça ne me concerne pas directement parce que je n'ai pas ce problème là, mais voilà je pense que c'est une compétence à acquérir. Savoir se comporter, adopter des codes.

Finalement adapter la communication, par exemple tu ne communique pas de la même façon avec par exemple un lascar de banlieue, tu ne vas pas avoir le même comportement avec lui qu'avec euh... la petite bourgeoise... ahahahah

I : Je vois un peu le genre.

E : Qui n'a pas la même éducation...

I : C'est savoir s'adapter en fait...

E : Voilà tout est fait sur le plan de la communication s'avoir s'adapter, avec le type de patient que tu as en face de toi et ce n'est pas évident parfois ça.

I : Hum hum

E : Je pense que c'est le rôle de l'encadrant de.... D'évaluer ça et de cibler cette problématique pour former l'interne et après euh...

I : Mais tu as des gestes techniques que tu voudrais évaluer, ce genre de chose ?

E : Ben c'est difficile de euh, c'est difficile pour moi d'évaluer des gestes techniques parce qu'admettons que tu mettes des gestes techniques dans une grille d'évaluation ça veut dire que tu dois avoir ces compétences là pour passer à l'étape supérieure. Donc dedans tu mettrais savoir faire un électrocardiogramme, faire des EFR, faire un frottis, faire... mettre... poser un implant, euh qu'est-ce que ça peut être d'autre..... Euh poser un stérilet, un DIU..... Enfin voilà, grosso modo c'est ça la technicité en termes de geste. Sauf que si plus tard tu ne veux pas faire de gyneco..... à quoi cela te sert d'avoir cette compétence.

Il y a un truc que l'on oublie en médecine générale c'est que l'on est à la base du constructivisme.

I : C'est-à-dire ?

E : Pour moi le constructivisme c'est tu te formes. Ça aussi c'est une compétence. Il faut que l'interne intègre qu'il est là pour se... la médecine générale c'est large, tu peux faire beaucoup de choses donc tu ne peux pas tout faire. Donc tu vas faire ce qui t'intéresse. Et donc tu vas construire les compétences que tu veux acquérir pour ta pratique future. Et donc si tu, si tu pars de là il faut que ta grille soit adaptée, il faut que l'évaluation soit adaptée à ça aussi.

Donc pour moi un des aspects intéressants aussi c'est d'intégrer, de prendre en compte ce constructivisme, imposer des gestes techniques en médecine générale je ne vois pas l'intérêt. Parce que tu peux dire ben non je ne ferai pas d'EFR, pas d'ECG, donc il y en a qui vont faire beaucoup de gestes techniques, il y en a qui vont faire plus du psychologique.

Il y a des choses de bases qu'il faut que tu aies. Tu ne peux pas passer à côté en médecine générale, faire un frottis par exemple, même si tu ne veux pas en faire il faut que tu aies appris à le faire, par contre le DIU ce n'est jamais urgent d'en poser un. Tu vois, ça peut toujours attendre.

Après ce qui est important dans l'apprentissage des gestes techniques c'est cette compétence du constructivisme, c'est aller chercher et se mobiliser en se disant j'ai besoin de cette compétence, je vais la rechercher pour euh euh pour en faire l'acquisition.

Plus tard dans ton cabinet c'est cette idée là que tu dois acquérir dans ta formation. Il faut que tes encadrants te transmettent ça, cela veut dire il faut qu'ils t'apprennent à t'autoformer. Et pas attendre que l'on te donne tout dans les mains.

Et donc avoir cette grille d'évaluation qui est basée sur : il faut évaluer ça, ça, ça... Ben finalement je ne sais pas comment t'expliquer, mais euh ça n'a aucun sens car euh ça doit être modulable pour l'interne.

I : Depuis tout à l'heure, je te coupe, mais tu me parles de grille d'évaluation et tu me la critiques, qu'est-ce que tu voudrais mettre à la place.

E : De la grille ?

I : Tu me dis : ça ne va pas, ça doit être modulable.

E : Euh...

I : Quelle est pour toi le mode d'évaluation que tu voudrais avoir ?

Ben pas forcément une grille, mais après..... Tu es obligé d'avoir une grille..... tu es obligé parce qu'il y a des compétences minimales à acquérir.

I : Hum hum

E : Moi je suis curieux de nature donc j'aime bien acquérir des compétences..... je cherche à avoir toutes les compétences possibles. Je n'aime pas que l'on me dise que t'es pas très bon dans tel domaine. Plus tard tu ne feras pas ceci, cela, ben je vais tout faire pour le faire ; parce que ça me saoule que l'on me critique dans ce sens-là. Et puis je suis très curieux donc voilà. Après je pense qu'il y a certains critères minimaux à reconnaître, une urgence, savoir écouter le patient, acquérir de l'empathie, ça me paraît essentiel, acquérir de l'intelligence émotionnelle, pour moi c'est la clef de tout.

C'est la clef de son bien-être, de la bonne prise en charge pour les patients.

Voilà je pense qu'il faudrait des critères minimaux dans cette grille, pour se baser sur une évaluation car évaluer c'est comparer. Donc tu es obligé de comparer les gens entre eux ... cette personne-là n'est pas dans les clous, elle n'a pas acquis les compétences minimales... donc voilà tu es obligé d'avoir une grille.

Mais il devrait y avoir des critères secondaires modulables. Par exemple si on parle de la technicité, peut-être y avoir des gestes minimums à acquérir, euh, essayer de trouver lesquels.

Euh faire un massage cardiaque pour moi c'est euh essentiel, après il n'y en a pas beaucoup d'essentiel, faire un frottis ce n'est jamais urgent quoi mais bon, ce n'est pas quelque chose de très compliqué.... S'il y a quelqu'un qui te casse les pieds pour faire un frottis alors que tu ne veux pas, tu auras toujours la compétence pour le faire.

Après non, il n'y a aucun geste technique dans l'absolu. Après je pense que ça peut être très bien de fixer les objectifs au départ avec l'interne, ... dans chaque stage et de dire bon toi pour ta pratique future qu'est-ce que tu voudrais acquérir comme compétence ?

Comme le mec veut faire plus tel domaine, tel domaine et tel domaine... Ben c'est à l'encadrant de s'adapter et de transmettre l'envie d'avoir envie comme ils disent. Non mais c'est ça, l'envie d'apprendre, c'est le rôle de l'encadrant. Du coup si l'encadrant fait son travail, l'interne va s'autoformer et va avoir envie d'acquérir certaines choses dans chaque stage.

Il y a toujours des choses à apprendre dans chaque stage. Donc ces compétences-là doivent être exploitées et euh les objectifs doivent être vérifiés dès le début du stage. Ce qui est fait en médecine générale et pas dans les autres stages malheureusement... Ils doivent être acquis... enfin... euh au départ, par exemple qu'est-ce que tu voudrais acquérir au début ? Ben j'aimerais faire ça, ça, ça. Que ce soit sur le plan suivi psychologique ou autre. Peu importe, toute compétence est bonne à prendre, et après les intégrer dans la grille. Du coup tu fais une grille sur la base du constructivisme. Chaque grille, il y aura une base pour tout le monde mais il y aura des compétences supplémentaires à intégrer et qui dépendent de l'interne.

Donc pourquoi pas dire : il faut que vous ayez intégré 10 compétences en plus des compétences de bases définies au début de stage. Et c'est à nous de définir si c'est compatible avec notre pratique future. Par exemple si un interne de médecine générale dans un stage de cardio veut apprendre à faire de l'écho est-ce que c'est compatible avec sa pratique future ? Après si son projet est bien défini, il veut faire de l'écho dans son cabinet, pourquoi pas après tout. Mais après voilà, c'est à l'encadrant d'orienter aussi...

I : Et comment tu évalues l'interne ?

E : Comment tu l'évalues ? Ben...

I : Parce que tu me dis au début...à la fin,

E : Pour moi évaluer c'est écouter.

La première chose à faire pour un encadrant déjà c'est d'écouter les attentes de l'interne, d'écouter les difficultés de l'interne... Mais ça ne doit pas être une écoute passive, non ce n'est pas j'écoute et je passe à autre chose, non écouter, identifier les problématiques, identifier s'il évolue dans tel ou tel domaine et à partir de là, une fois que tu es en écoute active, que tu as écouté activement ton interne, écouté activement ton patient, tu définis s'il a atteint ses objectifs tu vois ? Donc tu n'es plus dans une logique d'évaluation de fin de stage ou tu vas dire bon est-ce que tu as complété, est-ce que tu as validé ça, ça, ça parce que ben l'interne il... ben on est plus des gamins, ça doit plus être dans l'optique d'une évaluation confraternelle, on est entre collègue, pour moi l'interne c'est un médecin en devenir, ce n'est plus un étudiant, on est quand même mature quoi, on approche passé 25 ans euh..... Quand on est interne, pour moi euh..... Ça ne doit plus être une évaluation à la fin tac, non ça ne doit pas être à l'occasion d'un événement, ça doit être une évaluation progressive, continue au cours du stage d'où l'intérêt d'avoir un tuteur au début du stage qui travaille réellement avec toi et qui euh.

I : C'est-à-dire par exemple tu peux m'exposer un peu ce que tu ...

E : Ben un chef avec lequel tu vas suivre un itinéraire, tu suis un chef et il te transmet son savoir, ses connaissances et ses compétences et pas juste on croise un mec une fois ou deux et à la fin il nous évalue quoi, ce qui est quasiment tout le temps dans les stages.

I : Y compris en médecine générale ?

E : Ben non justement quand tu es en stage en médecine générale en ambulatoire tu n'es pas évalué de cette façon-là.

I : Hum hum.

E : Euh quand tu es en N1, tu vois tous les jours ton chef. Donc il voit très bien comment tu travailles et en plus tu débriefes à chaque patient même si ce n'est pas toi qui les vois, tu débriefes sur la consult et quand tu es en SASPAS, tu es tout seul.

Mais logiquement tu as des débriefs en fin de journée...

Et voilà, c'était progressif et je n'ai pas ressenti le besoin de faire une évaluation même si on a fait une mise au point.

Bon ben voilà ce que je pense de toi ect... Euh ça fait toujours plaisir mais ce n'est pas forcément ce que j'attends... c'est que l'on m'énumère mes problèmes ; pas que l'on me dise que tout va bien, il y a forcément des choses qui ne vont pas bien.

Et là où c'est intéressant, où on me l'a dit progressivement et j'ai pu modifier. Et à la fin, tu fais une mise au point : ou alors là tu étais comme ça comme ça rappelle-toi ...

En fait ça doit être un échange.....une occasion de réfléchir, une réflexion, avoir une attitude réflexive, pas juste est-ce que tu as complété ? Est-ce que tu n'as pas complété, notamment la grille ce qui ne va pas.

Ben c'est ce que j'ai validé ? Est-ce que je suis en cours de validation ? Est-ce que je n'ai pas validé ?

Déjà la différence je n'ai pas validé, je suis en cours, je n'ai pas encore validé, est-ce que je le fais tout le temps.

Ben tu vois, savoir gérer l'urgence est-ce que je sais gérer l'urgence tout le temps où je n'ai pas réussi à le faire.

Mais je savais ce que je devais faire, c'est juste que ben j'ai fait une erreur... tu vois ; il y a tellement de variables, tellement de dimensions dans l'évaluation et je ne pense pas qu'avoir une évaluation sous forme de croix, de QCM,.... c'est débile, on fait ça à l'ECN et on reproduit le même schéma pendant l'internat.

On n'est plus sur ce même mode de fonctionnement, alors c'est sûr qu'il faut une base parce que c'est comme ça, parce qu'il y a des lois, parce qu'il y a des compétences à acquérir, on ne peut pas laisser n'importe qui faire de la médecine mais on est là pour discuter, pour échanger, on est là pour juger les gens.

Tu vois dans l'évaluation, pas en médecine générale... avec les praticiens ça va mais avec les médecins à l'hôpital la grille participe à ça. Tu es évalué en étant jugé la plupart du temps. On te juge.

I : Ce n'est pas constructif.

E : Ben non pas du tout parce que si on te dit euh... ben moi j'ai un caractère euh on va peut-être dire un sale caractère, quand on te dit tu es une merde, tu ne sais pas faire ça. Je vais tout faire pour prouver le contraire. Euh par exemple c'est des trucs cons mais euh mais quand j'étais au lycée en seconde. J'ai craqué, j'en avais marre de travailler comme ça et ma prof principale était ma prof d'histoire et euh elle voulait me faire redoubler parce que dans sa matière en histoire géo j'étais très mauvais, je devais avoir 5 ou 6 tu vois. Et euh ça m'a tellement énervé qu'ils m'ont fait passer quand même et l'année suivante en histoire géo j'étais premier de la classe.

Donc moi j'ai ce tempérament là, mais il y en a qui ne sont pas comme ça et qui vont se laisser influencer et euh bon je suis nul et pourquoi faire des efforts.

Surtout ce qui est décourageant dans ce système d'évaluation c'est quand on te dit ..... Quand tu as l'impression de faire des efforts, de faire de ton mieux et que l'on te dit tu n'as pas validé euh...

I : On te casse un coup

E : Ben ouais, tu vois moi j'ai toujours fait de mon mieux euh, j'ai fait une faute, je m'en suis voulu pour la dame que j'ai dit.

Je m'en suis voulu quelque part, je savais que j'aurai dû aller plus rapidement pour donner l'alerte.

Finalement euh elle a dit que je n'étais pas compétent. Mais compétent sur quoi, sur savoir gérer l'urgence, en fait je me suis fait ma propre évaluation. Moi j'ai ce caractère-là.

Je me suis fait ma propre évaluation sur l'urgence.

Mes autres stages se sont toujours bien passés et voilà et là elle me dit ça et là je me dis non ce n'est pas sur l'urgence, c'est sur l'organisation, je ne savais pas m'organiser et c'est là où ma compétence avait dû pécher.

Et je n'avais pas acquis cette compétence d'organisation de gestion du temps et du coup ben à cause de ça, je suis passé à côté d'une urgence. Parce que j'ai tout mis au même niveau, je me suis orienté sur tout alors que j'aurai du tout mettre de côté pour me concentrer sur cette patiente.

I : Après est-ce que perdre un point d'hémoglobine chez une personne âgée c'est choquant ? Est-ce que ça nécessite d'emblée d'appeler le gastro ?... Au moment où elle vomit oui...

Mais avant non ?

E : Nan avant nan, mais je pense que médicalement, je pense que j'étais dans les clous, j'ai fait ce que j'avais à faire. Elle a estimé qu'alors après si on avait été dans l'échange, si elle m'avait dit ben appelle rapidement machin, j'aurais peut-être pris plus positivement mais là c'était... Ça c'était juger.

I : Ok bon parfait. Est-ce que tu vois d'autre chose vis-à-vis de l'évaluation ?

E : Non c'est tout.

I : Je te remercie.

## ENTRETIEN 8

I : Bien, merci de me recevoir pour ma thèse, dont le sujet porte sur l'évaluation des compétences d'un interne en médecine générale.

En gros, il y a deux choses que j'aimerais voir avec toi, d'un côté définir les compétences et de l'autre comment est-ce que tu vois l'évaluation d'un interne en médecine générale chez le médecin généraliste.

E : Alors les compétences, si je voulais les distinguer je mettrais d'un côté les compétences qui se rapportent à la connaissance, à la théorie, le diagnostic, à la démarche du diagnostic, savoir poser un diagnostic et justifier ses examens complémentaires.

Savoir conduire un bon examen clinique, un bon interrogatoire, savoir prendre en considération les antécédents du patient dans le contexte, dans lequel on débarque.

D'autre part les compétences humaines, d'abord l'écoute active ou passive, le fait de prendre en charge le patient dans sa globalité, pas forcément s'intéresser au problème qui l'amène aujourd'hui même s'il faut le placer dans le contexte, l'attitude générale face aux collègues, le praticien du cabinet ou des patients.

I : Comment tu veux l'évaluer cette attitude générale ?

E : Alors c'est forcément subjectif, après est-ce qu'une grille... cela peut être utile ?

Spontanément j'ai plutôt envie de répondre non. Je pense que cela reste subjectif. Rentrer les qualités humaines dans des petites cases ou les coter de 1 à 5 paraît assez compliqué.

Cela devrait être une évaluation libre, sur ce que l'on a ressenti vis-à-vis de son interne. Sur la façon dont le médecin a perçu son interne. Je pense que c'est plus intéressant que le médecin généraliste prenne la plume pour parler de nous.

Après d'une façon plus générale l'évaluation, plutôt que de la faire à la fin, peut-être plus en continue pour casser cette sensation d'être jugé.

Et pourquoi pas un temps initié par l'interne et qui dirait au médecin « ça vous direz que l'on fasse un point ». Qu'est-ce que vous pensez de moi ? Qu'est-ce que vous pensez de ma façon de travailler ? Qu'est-ce que je pourrai améliorer ?

I : Donc si je peux me permettre de te couper, il s'agira d'évaluation ponctuelle et régulière ?

E : Alors la régularité on s'en fiche un peu. Par exemple l'évaluation tous les deux mois n'a pas été respectée pour des soucis des uns et des autres, mais ce côté évaluation tous les deux mois ce n'est pas forcément inintéressant... Euh définir un certain nombre d'évaluation dans le semestre, peut être un minimum...

Voilà pourquoi ne pas se dire qu'il s'agit d'une démarche active de l'interne... Ben voilà qu'est-ce que vous pensez de moi ? De ma façon de travailler ? Est-ce que je fais bien ? Est-ce que je fais mal ?

Que ça aille dans les deux sens... l'évaluation, qu'est-ce qui te plaît, qu'est-ce que tu as aimé.

Euh voilà, après la problématique sera toujours de dire ce que l'on pense...

I : Et tu penses que c'est un problème que l'on doit résoudre ?

E : Ouais ouais

I : C'est-à-dire, comment est-ce que tu vois ça justement ?

E : Comment je vois le problème ?

I : Comment tu voudrais le résoudre ? ... Comment est-ce que tu penses que l'on peut résoudre ce problème ?

E : J'avoue que je sèche un peu... euh cela ne peut se résoudre avec des cases, un algorithme.

Ça reste des rapports humains par définition, ça reste complexe car j'avais un praticien avec un discours un peu libre. J'avais un autre médecin avec qui j'avais l'impression d'être jugé.

J'avais peur des mots que j'employais que ce soit juste avec un patient ou même juste entre nous, c'est vrai que tout dépend de l'interlocuteur.

Mais voilà, ce qui serait intéressant, c'est d'essayer de casser ce côté évaluation... jugement et un peu se sentir comme collaborateur afin d'améliorer sa pratique propre.

I : Au niveau des compétences maintenant.

Si on peut revenir dessus, il y a quelques éléments que j'aimerais voir avec toi : La gestion du cabinet, ce genre de chose. Est-ce que ce sont des compétences que l'on doit évaluer ?

E : Euh moi je trouve ça ridicule de nous évaluer sur des choses que l'on apprend sur le tas, sur le terrain, vraiment là on est sur la notion d'apprentissage, si on veut faire une évaluation dessus alors on nous donne des cours.

Et puis on nous donne des examens dessus. Après dire se sentir à l'aise et dire que l'on a aucun problème technique... ne jamais se retrouver en difficulté face à un problème informatique... Euh non ça c'est quelque chose qui sera utile pour nous, pour notre pratique future mais justement c'est un peu hors de propos.



I : D'accord, au niveau des gestes de base en médecine générale maintenant. Est-ce que tu penses qu'il y a des gestes que l'interne doit maîtriser ? Et sur lesquels il doit être évalué ? Ou pour toi tous ces gestes doivent être maîtrisés avant d'arriver en tant qu'interne et ne doivent donc pas être évalués ?

E : Ben quelque part, on devrait maîtriser tous les gestes de base en médecine générale, après reste à voir ce que l'on entend par gestes de base, gestes courants en médecine générale, après il y a toujours des internes de médecine générale qui ne savent pas vacciner.

Mais là pourquoi pas se poser la question du pourquoi ils arrivent en 7<sup>ème</sup> année et ils ne savent pas faire un vaccin...

C'est bien de refaire le point pour recadrer, réévaluer, mais de là à l'évaluer ce n'est pas forcément indispensable.

Après il faut voir la notion de gestes courants en médecine générale. Par exemple, on a eu une session des gestes en médecine générale sur PRESAGE, super bien faite avec des ponctions de genoux, des infiltrations, après parler de gestes courants en médecine générale...

Moi après j'avais un praticien en médecine générale qui pratiquait la mésothérapie je t'avoue que je ne connaissais pas la mésothérapie avant d'arriver dans son cabinet.

Mais peut-être que les gestes courants en médecine générale il faut les définir et les évaluer.

Être sûr que l'interne les maîtrise, que l'on ne soit pas dans quelque chose de punitif. De l'ordre d'une mauvaise note mais dire il ne les maîtrise pas, il faut que je les reprenne avec lui pour qu'il les maîtrise avant la fin de son semestre.

I : D'accord, après je voudrai voir avec toi les éléments pour l'évaluation des connaissances, comment est-ce que tu voudrais évaluer ces connaissances ?

.....

Imagine, tu es médecin, tu as un interne, tu veux évaluer ses compétences, c'est compliqué, on est d'accord. Mais comment est-ce que tu penses faire pour tâter le terrain et voir ce que cela donne ?

E : Euh il y a différente façon de faire, déjà regarder le dossier, qu'à chaque entretien il puisse dire ben voilà ce patient est diabétique.

Qu'est-ce que tu dois particulièrement surveiller... voilà plutôt quelque chose de global.

Quel diagnostic on peut trouver en termes de fréquence.

Après euh la visite du patient, ne pas être capable de répondre face au patient peut nous mettre en difficulté. Je pense que l'on peut développer ces deux points là.

Après est-ce qu'il faut définir des champs précis pour évaluer ces compétences ? Par exemple le suivi du diabétique, le suivi de l'enfant, définir des grands thèmes...

I : Euh hum et ce serait quoi pour toi les grands thèmes ?

E : Ben le suivi de l'enfant, le suivi de l'adolescent, ensuite euh euh suivi de grossesse.

Voilà des choses que l'on suit régulièrement.

Après euh au niveau cardio vasculaire, est ce qu'il ne faudrait pas définir des sous-titres à ce niveau-là, le suivi d'un traitement anti-hypertenseur, voilà.....

Définir des grands thèmes et sur lesquels tu pourras évaluer l'interne tout en sachant que ce ne serait pas une évaluation brute ; mais cela serait d'être égal à égal et de dire tiens cela pourrait être bien de l'améliorer.

C'est ça, avec après pourquoi pas mettre des sous items et mettre un curseur plutôt que 1 2 3 4 5 des chiffres ou finalement c'est une note.

Mettre plutôt un curseur, je trouve que c'est intéressant, ça met un challenge sans pour autant avoir une notion sanctionnante!

I : Alors tes compétences tu les mettrais dans une sorte de grille ? Tu les mettrais les unes en dessous des autres ? Ou est-ce que tu voudrais mettre des commentaires, je ne sais pas..... Comment est-ce que toi tu ferais, maintenant que tu as définis tes compétences ? Comment est-ce que tu veux rassembler ça et faire une évaluation ?

E : Ben pourquoi pas un constat, comme un constat automobile avec d'un côté le praticien et de l'autre l'interne.

I : Hum hum

E : Et une mise en commun, comme ça on voit le ressenti du médecin et celui de l'interne et on voit ce que l'on peut en dégager par exemple lors d'un échange, d'une collaboration.

C'est vrai que lors des autres stages on est comme des collaborateurs. C'est vrai que moi j'ai eu un a priori négatif car j'avais l'impression d'être jugé en permanence.

I : Hum hum, alors le constat on est d'accord, d'un côté l'interne de l'autre le médecin. Chacun le fait dans son coin et on rassemble ou ils le font ensemble ? Comment est-ce que tu vois ça toi ?

E : Ben ?

I : Tu dirais à l'interne tu fais ça tranquillement chez toi et on en reparle ?

E : Chacun dans son coin puis une fiche commune et... euh... et puis du coup la fiche commune je l'imagine avec une partie à droite et une partie à gauche et une partie en bas pour le curseur.

Si l'interne s'est mis un curseur à 70 % de bonne maîtrise des connaissances gynécologiques alors que le praticien lui a mis 50% et puis en rediscuter ensuite.

Je pense que cela peut être sympa.

Et puis à la fin le curseur final peut être de 50%, de 70% ou même de 60%.

I : Étant donné que l'on à 3 praticiens, il faudrait faire ça à chaque fois ?

E : Ben pourquoi pas.

I : Et alors comment est-ce que tu vas rassembler les 3 ?

E : Je pense que là c'est une autre problématique, parce que si on est face à un praticien qui prescrit systématiquement des antibiotiques par rapport à un autre médecin qui est quasi anti-médicaments et donc on ne fonctionne pas de la même façon.

Je ne pense pas que l'on puisse harmoniser tout ça. Et est-ce que l'on a besoin d'harmoniser ? .... Je pense que c'est important que tout le monde garde son indépendance... Après il est possible que certain médecin garde une certaine influence et je pense que ça peut être pas mal que chacun se fasse son avis. Après je ne vois pas trop l'intérêt d'avoir cette discussion...

I : Bien j'aimerais revenir sur un bon examen clinique, qu'est-ce qu'un bon examen clinique ?

E : Euh ben je ne sais pas quoi répondre...

I : Qu'est-ce que tu mettrais dans un bon examen clinique ?

E : Ben déjà que l'examen clinique soit bien ciblé sur la pathologie ou sur les symptômes pour lesquels le patient vient consulter.

C'est sûr que si le patient vient pour suspicion de méningite je ne vais pas avoir le même examen clinique que si c'est pour une angine.

Bon après c'est vrai que moi je prenais systématiquement la tension de mes patients et on m'a fait remarquer que ce n'était pas toujours nécessaire, il faut toujours travailler en fonction du contexte.

Après prendre la tension du patient c'est une satisfaction pour le patient.

Mais savoir prendre une tension, savoir examiner le patient en fonction du motif de consultation est important. Enfin voilà en gros.

I : Bon parfait et bien je te remercie.

E : De rien.

## ENTRETIEN 9

I : Bien merci de me recevoir pour la réalisation de ma thèse, portant sur l'évaluation des internes en médecine générale.

Pour toi qu'est-ce qu'une bonne évaluation ?

E : Bon ok alors déjà pour être bien évalué il faudrait que le maître de stage soit présent et pas juger par le travail accompli à la fin de la journée par exemple.

C'est bien de laisser beaucoup d'autonomie mais finalement quand on n'est pas chapoté finalement on ne peut pas évaluer lorsque le patient n'est plus là.

On ne peut pas évaluer le soir même, dans 48 heures ce qui s'est passé.

Donc ce que je pense que c'est bien d'être évalué au temps « t » et se faire arrêter dans notre prise en charge et pas le jour d'après. Évaluer ce qui ne sera pas fidèle à ce que l'on a fait.

Donc je pense qu'il faut que le maître de stage soit avec nous, dans un coin de la pièce. Mais il doit regarder tout ce que l'on fait.

Les questions que l'on pose et que l'on ne pose pas et ne pas s'en rendre compte au soir comme en SASPAS ou on voit ce qui nous à gêné.

Et en fait non, ce n'est qu'une partie de ce qui n'a pas été car on pense bien faire, mais ce n'est pas bien fait et on ne le sait pas. Donc voilà ça c'est ce que je pense être la base.

Bon pour être bien évalué, bon les critères que l'on a par le DMG c'est bien ; mais déjà il y a beaucoup de critère que l'on ne comprend pas.

I : Alors qu'elles sont pour toi les compétences que tu voudrais donc évaluer ?

E : Ben déjà en médecine générale il y a le relationnel, se présenter parce que c'est une question d'éducation mais euh..... J'ai beaucoup d'amis avec qui j'ai fait des consultations interne - externe et je sais qu'il y en a, qui ne se présente pas.

Ben déjà c'est la base et la relation avec le patient commence par ça. Ensuite il faut que l'évaluateur soit là. Donc être évalué sur le relationnel et sur l'examen clinique parce qu'un examen clinique en médecine générale ça peut être différent de celui que l'on fait aux urgences.

On n'est pas dans le détail.

Je pense qu'il faut réévaluer l'examen clinique... il y a beaucoup de signes que l'on ne connaît pas.

Enfin je trouve. Des signes que j'ai appris en stage chez le prat où il m'a expliqué des choses que je n'ai jamais vu avant. Et donc je pense que pour l'examen clinique il faudrait le revoir. Parce que l'on a tendance à ne pas être systématique surtout quand on voit des patients pour la première fois où il faut tout refaire je pense.

I : Alors qu'est-ce que tu mettrais dans ton examen clinique ?

E : Alors l'examen clinique, ... L'ORL parce qu'on ne nous l'apprend pas assez à fond. A la limite le prat repasse revoir les tympans parce que même moi je ne suis pas bon en ORL.

Voir des otites à PRESAGE c'est bien, mais ce n'est pas comme dans la vraie vie. Chez un patient qui bouge et tout c'est quand même compliqué.

Je pense qu'il faudrait que l'on soit plus évalué sur l'ORL, en plus on en voit plein en médecine générale.

Euh l'examen des seins, l'examen gynécologique que l'on ne fait jamais aux urgences à part si on va en gynéco, en médecine générale on y est souvent confronté, revoir l'examen clinique en général je pense que ça ne fait pas de mal.

Après les diabétiques quelque chose que je n'ai jamais fait chez le part, le mono-filament et je pense que c'est quelque chose que l'on ne fait jamais aux urgences parce que l'on n'a pas le temps et ce n'est pas vraiment ce que l'on cherche... voilà faire des trucs comme ça...bon un ECG c'est un peu discutable... Le streptotest là c'est pareil, si personne ne nous le montre on n'en fera jamais, les réflexes ouais aussi...

Le téléphone sonne...

Ouais donc euh .....être évalué sur le relationnel c'est très important, l'examen clinique, le revoir ça ne fait pas de mal.

Après il faut être évalué sur les petits traitements symptomatiques que l'on ne nous apprend jamais finalement à mon avis. C'est utile psychologiquement et si on ne nous apprend pas, c'est qu'il y a une raison qui est qu'il n'y a pas d'efficacité prouvée mais euh aujourd'hui les patients veulent sortir avec une ordonnance...

Les traitements comme ça on ne nous les apprend pas. Même les traitements utiles on ne nous les apprend pas forcément, je pense par exemple aux anti inflammatoires, « ANTADIS » et tout pour les douleurs de règles.... Dans le livre de gynéco, il n'en parle pas donc je pense que c'est le boulot du prat.

Voilà il y a beaucoup de problèmes en médecine générale qui ne sont pas dans les livres.

Bon je n'ai pas beaucoup d'exemple mais .....ah aussi les tendinites où on ne sait pas vraiment quoi faire.

Les syndromes que l'on n'a jamais entendus....

Bon après cela dépend de la pratique du médecin généraliste où l'on est et là c'est comme la pratique des antibiotiques.

Donc le relationnel, le diagnostic, les petits traitements euh ouais après savoir gérer le cabinet c'est important, les cotations, même en remplacement moi je galère. Et je me demande comment je dois coter l'administratif..... Ça devrait faire partie intégrante de la formation... Ce qui n'est pas toujours fait finalement, on est un peu spectateur au début, on ne comprend pas grand-chose et à force de répéter on commence à piger un peu le truc mais bon on n'a pas de formation administrative.

Déclarer une ALD, on ne sait pas comment faire... sauf si on le voit faire. Mais bon, on va le voir faire deux, trois fois dans un stage et c'est tout.

Déclarer un médecin traitant, faire des ordonnances, ALD, déclaration de grossesse, plein de documents dont on n'a jamais entendu parler et il faudra le faire. D'où l'importance d'être évalué.

Enfin ptet pas évalué mais l'intégrer dans la formation obligatoire et insister dessus.

Savoir créer un réseau quoi, ensuite euh c'est un peu compliqué mais savoir expliquer l'objectif à la fin du stage, de savoir prendre contact avec des spécialistes.

Envoyer des patients, quand est-ce que l'on peut déléguer... savoir déléguer... la relation avec les spécialistes c'est important.

Savoir faire des courriers...

Mais il faut changer l'évaluation actuelle. Nous on doit s'évaluer..... euh il y a des items, on ne sait même pas ce que cela veut dire ou ce qu'ils veulent dire.

J'ai l'impression qu'il faut bac plus 25 pour comprendre... Ou est-ce que ça été fait par un philosophe ? ... On ne comprend pas... ce n'est pas que ce sont des items ou c'est impossible de les atteindre, c'est que..... Moi je ne comprends pas ce qui est évalué...

J'ai vu avec mon maître de stage et lui non plus ne comprend pas. C'est donc pas une évaluation qui sert réellement à grand-chose. On a de la chance ou pas d'être avec un maître de stage qui nous apprend plein de choses...

Et si au final on tombe sur un maître de stage qui ne s'investit pas beaucoup ben ...qui délègue beaucoup donc on ne sait pas quand on fait mal sauf s'il y a un décès. Donc ça c'est un peu dommage... Et c'est encore plus dommage car on a qu'un seul stage chez le prat...

I : Comment est-ce que tu veux évaluer alors maintenant que tu as les paramètres à évaluer ?

Ben moi je pense qu'il faut faire des choses très simples, des objectifs simples.

Bon déjà reformuler les items.

Mettre par exemple juste... examen clinique... être formuler avec des phrases inintelligibles.

I : Déjà est-ce que c'est le prat qui t'évalue ? Est-ce que c'est toi ? C'est une auto, une hétéroévaluation ?

E : Je pense que l'autoévaluation avec hétéroévaluation c'est pas mal...

Après ce qui ne serait pas mal, c'est de demander au patient : qu'est-ce que vous pensez de l'entretien que j'ai eu avec vous ? Ouais pourquoi pas interroger le patient quand l'interne n'est pas là, car peut-être qu'il serait intimidé... Ouais ptet avoir l'avis du patient... je pense que cela peut être bien Qu'est-ce qu'il a bien fait ? Qu'est-ce qu'il n'a pas bien fait ? Est-ce qu'il l'a mis à l'aise ?

Parfois il faut dénuder le patient... Il y a des manières de le dire et il n'y a que le patient qui peut dire si c'est mal fait ou pas. Donc je pense que cela ne peut pas être mal d'avoir un petit volet avec le ressenti des patients.

Ok voilà, ensuite l'évaluation début, milieu et fin de stage je pense que c'est pas mal.

Au bout de 1 semaine, le médecin généraliste qui dit : bon ben voilà clairement là ça ne va pas, là ça peut être bien...

Donc garder des évaluations progressives je pense que ça peut être bien ; parce que l'on peut s'améliorer pour la suite.

Ensuite des évaluations progressives je pense que ça peut être bien. Après le format papier, il n'y a pas trop de solution et dans tous les cas mettre des choses simples... Vaccination : acquis, pas acquis....

Acquis et pas acquis, pas de note, pas de lettre...

Ouais les notes entre 14, 13 ça ne sert à rien mais oui, non, intermédiaire. Être simple par exemple, faire un vaccin, oui, non ou peut s'améliorer car n'a pas désinfecté...

En gros les choses simples on va comprendre, pas dire les choses de manière alambiqué...

Voir même mettre simplement oui ou non c'est même mieux.

Ouais donc évaluer différent secteur, le relationnel, des gestes pratiques parce qu'il y en a pas mal qui sont possible de faire en médecine générale, donc des gestes essentiels tel que la vaccination. Parce que moi, j'ai encore vu récemment des étudiants qui faisaient des vaccinations dans l'avant-bras...donc voilà.

Ensuite l'examen du nourrisson par exemple, je pense que c'est très important... Voilà ensuite je n'ai pas vraiment d'idée mais des choses simples et inintelligibles. L'examen d'un nouveau-né c'est simple : soit tu sais le faire, soit tu ne sais pas le faire, retirer des fils, ensuite ..... ouais ben déclarer une ALD, à la fin du stage demander si l'interne sait déclarer une ALD : oui, non.

Et c'est non seulement important mais c'est clair aussi. Et pas mettre : « Est à l'aise avec l'administratif » car cela veut tout et rien dire.

Donc vraiment être bien formé dans certaines choses et pas un peu partout et nulle part à la fois.

Et donc ce qui peut être bien c'est d'avoir un plan défini avec des points à montrer et à apprendre à l'interne.

Enfin je pense également à quelque chose, c'est que si le prat est dans une maison médicale avec d'autres médecins qui n'ont pas d'interne.... de passer chez les autres, une ou deux fois permettant d'avoir un autre regard.

I : Et vu que tu as plusieurs maîtres de stage, tu veux faire une évaluation pour tous ou pour chacun d'eux ?

Euh une évaluation seule c'est impossible et en même temps c'est bien, parce que ça permet d'avoir différents points de vue mais l'interne doit être au courant de son évaluation.

Enfin voilà mon type d'évaluation.... Euh bon voilà je n'ai pas plus de chose à dire....

Donc rester simple et avoir une évaluation objective avec oui ou non.

I : Parfait, je te remercie.

E : Mais de rien.

## ENTRETIEN 10

I : Bien, merci de me recevoir dans le cadre de ma thèse qui est sur l'évaluation des internes en médecine générale pendant le stage en ambulatoire.

Alors quelle serait l'évaluation idéale pour toi ?

E : Alors déjà une évaluation continue, au moins sur plusieurs jours, des choses à savoir en médecine ambulatoire c'est pouvoir examiner et gérer une consultation seul!

Donc au moins sur toute la durée d'une consultation, voire plusieurs consultations. Si c'est mieux... à la fois évaluer les compétences sociales, les compétences médicales, les compétences pratiques aussi, peut-être évaluer le ressenti du patient aussi. Notamment sur la confiance que l'on peut dégager, la crédibilité.

La façon d'évaluer, euh les petites cases à évaluer. Est-ce qu'il sait faire ça ou ça ? Je ne pense pas que ce soit ultra pertinent.



Comme on est des adultes, pas faire ça, tu sais faire ça, tu sais faire... c'est discuter de l'évaluation et faire au cas par cas.

Je ne suis pas du tout pour la grille d'évaluation actuelle.

Compétence sociale, est-ce qu'il dit bonjour... ce n'est pas pertinent du tout. De même que donner une note n'est pas pertinent du tout. Juste il faut discuter, mais même l'évaluation je ne pense pas que c'est quelque chose qui doit se faire à la fin. Au moins commencer au début pour en discuter au fur et à mesure. Pouvoir améliorer les choses et non pas juste sur une consultation à la fin dire ce qui a été et ce qui n'a pas été. Donc peut-être faire une évaluation au début pour voir ou on en est, et voir ce qui est à améliorer à la fin.

Donner une note à la fin cela n'a aucun sens. Euh il faut prendre le ressenti que l'on a pendant la consultation. C'est le ressenti du patient, le ressenti que l'on a, à être à l'aise ou pas et euh le ressenti du prat que l'on a.

Alors après, évaluer... il faut être dans la pièce aussi alors cela fausse un peu la consultation mais euh...

I : Mais alors à ce moment-là, comment tu peux avoir une reproductibilité ?

E : Ben c'est ça le souci, c'est qu'il n'y a pas une méthode absolue pour évaluer correctement un interne. Il faudrait former les prat pour pouvoir les évaluer mais euh..., plus on va chercher à être reproductible plus ça va être difficile d'être pertinent.

C'est plus à chaque praticien au début de faire, euh de mettre en place un barème avec l'étudiant, dire ça il faut que tu améliores, ça il faut que tu améliores. Trouver un certain nombre de point en accord avec l'interne et le but de l'évaluation c'est qu'il arrive à s'améliorer sur ces points.

I : Donc en fait tu voudrais mettre des points obligatoires par interne et des points interne-dépendants ?

E : Alors des points obligatoires oui par exemple bien parler aux patients ça c'est obligatoire pour tout le monde, les compétences médicales, ça tu les sais où tu ne les sais pas euh...

C'est bien pour tout le monde euh, les capacités relationnelles, euh la science... en gros cela passe par énormément de choses et donc obtenir quelque chose de modulable.

Donc avoir des points libres... bon c'est chiant à faire. Il faut plus de temps et pas juste cocher à la fin avec le prat. Mais c'est plus pertinent et même si ce n'est pas noté, il faut au moins en discuter. C'est plus pertinent d'en parler avec le prat que de faire deux cent cinquante points ou il y a trois pages de cases que personne ne lit et qui ne représentent rien.

Acquis, non acquis ça ne représente rien. Tu vois c'est plus pertinent si le prat dit il s'agit d'un étudiant qui est en train de s'améliorer, qui avait des lacunes et il a progressé là-dessus. Même si pour la fac c'est moins pertinent parce que ça rentre moins dans des cases. Pour l'étudiant le but c'est que cela soit pertinent et même si cela est moins reproductible pour tout le monde....

Et cela dépend aussi de la volonté des prat en ville de se former à cela et à s'impliquer.

I : Donc tu serais plus orienté vers un commentaire que sur une note ?

E : Ah oui plus sur un commentaire, complètement même... euh une note ce n'est pas pertinent, j'ai eu 14 tu as eu 16 cela ne veut rien dire tu vois ?

I : Et alors dans les compétences, tu mettrais quoi toi ?

E : Les compétences à avoir..... Ben médicale, bon on est censé avoir les mêmes car les compétences théoriques, il y a l'ECN qui les valide c'est plus ta compétence à connaître tes lacunes et à rebondir dessus. On ne va pas faire passer des examens en médecine générale...

Savoir ses lacunes et faire des recherches, ... tes compétences relationnelles. Et après si tu veux évaluer tes compétences relationnelles et même s'il y en a énormément, tu ne peux pas toutes les citer. Ça va de même avec la confiance du patient, expliquer un traitement cela peut permettre de rassurer un patient, de savoir mettre fin à une consultation et je pense que naturellement un prat va être capable de te dire ben là-dessus tu as des problèmes, car ça va lui sauter directement au visage et donc de le corriger en lui disant ben ça tu ne le fais pas bien, tu devrais faire ça....

Bon après il y a les compétences pratiques, c'est assez difficile d'évaluer les compétences pratiques.

Cela dépend du prat. Il faudrait que chaque prat ait son barème. Ben je ne sais pas moi, je fais des infiltrations de genoux donc l'interne doit savoir faire des infiltrations de genoux, euh moi je fais de la proctologie, moi je fais de la gynéco, moi je fais de la traumatologie c'est presque euh...

Et donc que chaque praticien dise euh.... En gros, une espèce de barème pour tout le monde et que chaque praticien puisse dire moi j'aurai dans mon barème de la gynéco et de l'addictologie. Et donc on reconnaîtra plus le fait que chaque praticien ait une spécialité pour quelque chose et cela nous permettrait de développer telle ou telle compétence, telle que la traumatologie. Là c'est pareil tu dois savoir en amont sur quoi tu vas être évalué...

Par exemple tu peux faire une évaluation traumatologie standard mais euh mais si ton prat ne le fait pas tu ne peux pas beaucoup évoluer. Si ton prat fait peu de gériatrie, c'est pareil. C'est compliqué s'il ne fait pas de suture, euh en gros s'il ne fait pas de geste.

Donc avoir une évaluation modulable dont le prat déciderait qu'elles sont les compétences. Bon après il ne faut pas que ce soit lui-même qui décide de tout, sinon cela risque d'être compliqué. Mais sélectionner des modules, traumatologie, pédiatrie, alors après je pense que la pédiatrie, tout le monde le fait mais la psy ils n'en font pas tous, l'addictologie n'en parlons pas, j'avais un prat qui n'en faisait pas du tout et à l'inverse j'avais des pots qui en faisaient beaucoup.

I : Et donc en gros en sélectionnant les modules, chaque prat aura sa spécificité sur chaque module.

Bien et donc tout à l'heure tu parlais du ressenti du patient...

E : Ben c'est compliqué mais faire noter les étudiants par les patients c'est compliqué de le faire... après un prat qui connaît bien ses patients sait comment le patient réagit. Que ce soit avec l'étudiant ou avec lui ; voir si les patients sont autant en confiance, et ça peut être un truc général parce que de façon globale est-ce que vous pensez que l'étudiant est en confiance ? Est-ce qu'il sait rassurer un patient ? Est-ce qu'il sait faire prendre la mesure de la maladie au patient... hum.

Je pense que c'est intéressant car il y a plein de choses que l'on pense savoir faire et au final ce n'est pas ça.

Et ça il n'y a que le prat qui peut le faire.

I : Tu me parles d'une évaluation continue et là tu me parles d'une évaluation ponctuelle déguisée... Est-ce que tu l'évaluerais au début ?

E : Ben je pense qu'il faut faire un point et en fonction...euh. En fait si lui il a son barème, il va pouvoir évaluer l'étudiant sur par exemple la traumatologie, lui laisser par exemple une consultation, le mettre un peu dans le bain. Il n'y a pas besoin de deux jours mais juste un peu le jauger et voir avec lui pour en discuter. Juste lui dire au bout de deux mois sur le plan relationnel ce n'est pas bien et régulièrement faire des points avec lui, discuter...

Et si l'étudiant connaît son barème, il est important d'en discuter. Ce n'est pas au dernier jour d'en discuter et je pense que si c'est le prat qui choisit l'évaluation ; ça le motivera d'autant plus à avoir une bonne évaluation, parce que les grilles de la fac sont imposées...

I : Donc pas de grille ?

E : Ben tu peux avoir une grille, avoir une trame, un entretien et un commentaire mais euh avoir une grille pour tout le monde non. Et laisser une place aux commentaires. Et aussi faire un débriefing.

Ça n'a pas été le cas pour moi tout le temps, moi ma grille a été vite cochée, toute la colonne, puis signature et hop...

I : Et qui doit évaluer ? Le prat, l'étudiant, les deux ?

E : Là, pareil cela dépend.

Si par exemple on est seul au cabinet c'est le prat qui va évaluer mais si c'est une maison médicale pourquoi pas demander l'avis aux autres collaborateurs. Par exemple savoir demander au podologue d'à côté. Moi je veux ça comme bilan ect et je trouve que cela peut être intéressant.

Pour ceux qui veulent quand tu es seul dans un cabinet ça peut être le prat... et si tu travailles dans une maison médicale pourquoi pas demander l'avis aux autres.

Bref quelque chose de modulable.

Après l'auto évaluation c'est quelque chose que tu dois faire tous les jours et que tu devras faire plus tard également.

Après ce n'est pas chez le prat ou tu évalues les compétences médicales, ce sont des compétences que tu es censé avoir, cela peut être plus organisationnelle, administrative aussi.

I : Qu'est-ce que tu veux dire par là ?

Organisationnelle ben savoir comment fonctionne un cabinet ; comment fonctionne euh.... Savoir remplir un dossier ALD, savoir-faire un arrêt de travail, savoir-faire un certificat ça c'est l'administratif et pour le coup, il n'y a que chez le prat ou tu vas apprendre à faire ça.

I : Ok donc pas de grille mais des commentaires.

E : Oui limite c'est mieux sans grille, bon la fac veut une grille parce qu'il faut un papier à signer mais euh il faut que la grille soit plus un prétexte pour faire un commentaire que de dire je vais en stage pour remplir toute la grille. Le vrai objectif est de parler avec ton prat, parler 20 minutes avec ton prat tu auras plus de retour que de juste remplir la grille comme c'est le cas aujourd'hui. Après l'autoévaluation c'est bien mais tu dois parler avec ton prat.

Tout doit pousser à faire une évaluation par le prat en parlant et comme tu dis, le contrôle continu à sa place.

I : C'est-à-dire ?

Ben tout le temps, c'est tous les jours en fait, alors après le mot tu peux le mettre à la fin, tu peux l'officialiser, le mettre par écrit. Mais tu dois encourager à discuter.

Et pas juste tout garder pour lui et à la fin mettre l'évaluation.

Bon après c'est un peu forcé mais au moins prendre 10 minutes tous les jours pour refaire le point, parler.

Moi j'avais un prat, ... il me disait régulièrement : « Alors les gens que l'on a vu ; qu'est-ce que tu en penses. Ce midi je t'ai laissé faire une consultation seule... comment tu l'as vécue? ». Et ça c'est plus intéressant que l'évaluation pour la fac.

Ouais pour moi c'est le commentaire plus que la grille.

On doit être évalué en tant que collaborateur et pas en tant qu'étudiant, bref en gros en tant que futur médecin.

Alors après je suis d'accord, pour la fac c'est compliqué. Après on peut prendre exemple sur la grille d'externe avec le fait que c'est le commentaire qui est le plus important, voilà c'est un bon étudiant, ponctuel mais bon il y a quelques petites choses qui ne vont pas, manque parfois confiance en lui mais sait travailler.

Tu mets deux phrases, ça ne prendra pas beaucoup plus de temps à faire que cocher des cases mais euh c'est beaucoup plus pertinent.

Après moi je ne suis pas pour l'évaluation avec, il a eu 17 A et 2 B ; A pour acquis, B pour en cours d'acquisition même les compétences sociales, les compétences au cabinet cela ne peut pas être résumer, ça ne peut pas tenir dans des cases. Et au moment où ça ne peut pas tenir dans des cases, ce n'est pas pertinent. Il vaut mieux un commentaire libre en 5 lignes que des cases.

Je suis sûr qu'il y a 90% des gens qui vont te dire que la majeure partie des prat n'ont pas lu la grille et on juste coché les cases. Bref pour moi c'est mieux un commentaire.

I : Ça marche, est-ce qu'il y a d'autre chose que tu voudrais aborder.

E : Non je ne vois pas.

I : Bien parfait merci.

## ENTRETIEN 11

I : Bien, donc merci de me recevoir afin je puisse réaliser ma thèse dont l'objectif est d'améliorer la grille d'évaluation du stage en médecine libérale.

Donc qu'elles sont pour toi donc les compétences nécessaires pour l'interne.

E : Je pense déjà que la première chose est de repérer les urgences pour pouvoir envoyer le patient vers les urgences le plus vite possible.

Je pense que c'est une des compétences les plus importantes à avoir.

Après les compétences de médecine générale que doit avoir un interne c'est de savoir et de connaître toutes les pathologies quel que soit l'organe.

Une compétence importante est aussi de connaître le patient dans sa globalité, ne pas traiter organe par organe et aussi un côté plus psy de la chose. Mais l'accompagner dans les étapes difficiles de sa vie ou de sa maladie ou de ses maladies.

Je pense que l'on est aussi là pour faire de la psychologie.

Ça c'est des compétences importantes à avoir donc euh on en parle souvent mais ce sont des compétences à avoir donc d'avoir vraiment un suivi du patient.

Pour organiser le suivi euh, bien tracer dans le dossier et de connaître toute l'histoire du patient ce qui s'est passé la dernière fois lors de la dernière consultation et puis si on le suit depuis 40 ans, avoir une vision globale de ce qui s'est passé...

Et après oui dans l'aspect psy de la chose toujours connaître son mode de vie, sa famille...

Après quand on connaît la famille, il faut respecter le secret médical. Mais cela nous permet de comprendre beaucoup de choses sur les patients.

...

I : Après est-ce que pour toi au niveau de l'examen clinique ; prise de tension prise de température, est-ce que cela doit intervenir dans la compétence ?

Est-ce que pour toi ce sont des compétences que tu dois évaluer ?

E : Je pense que c'est systématique... à chaque consultation il faut examiner le patient...

I : Mais est-ce que pour toi, c'est une compétence qui doit être évaluée au moment de ton stage ou est-ce que ce sont des choses qui doivent être acquises ?

Ben je pense que cela doit être systématique à chaque consultation après même si c'est censé être acquis euh pour le premier stage chez le prat il faut quand même le faire et il y a des choses que l'on a oublié, la prise de constantes doit être fait à chaque consultation...

I : Pour la gestion informatique maintenant ?

C'est souvent très compliqué et très différent d'un prat à l'autre, je pense que euh... que l'on devrait être mieux formé à la fac et en tout cas cela devrait apparaître dans la grille d'évaluation...

I : Tu m'as parlé de la prise de constante, de l'informatique, de l'examen somatique...

Maintenant est-ce que tu as d'autres compétences à évaluer lorsque tu reçois le patient au cabinet ?

Est-ce qu'il y a d'autre chose de ce genre qui doivent être évalué ou même des compétences comme par exemple comment est-ce que tu reçois le patient, est-ce qu'il y a d'autres compétences qui doivent pour toi être évaluées ou même les relations avec les confrères, la déclaration de l'ALD ?

Est-ce que tout ça doit être évalué ?

E : Ben oui, tout ce que tu as dit doit faire partie de la grille d'évaluation et cela n'en fait pas parti malheureusement...

...

I : Bien... Comment est-ce que tu penses évaluer l'interne maintenant que tu as les compétences. Comment est-ce que tu vas rédiger cette évaluation ?

E : Oui je pense qu'il devrait y avoir une grille avec une note sur 10 pour être plus précis avec un commentaire par les personnes qui évaluent...

I : D'accord est donc dans ces compétences avec cette grille tu vas évaluer combien de fois ?

E : Je pense qu'il faut évaluer tous les deux mois.

I : Tous les deux mois... chaque praticien ? tu veux faire comment.

E : Chaque praticien tous les deux mois et ce serait bien que le praticien puisse communiquer à la fin.

I : Et qui évalue l'interne ?

E : Le prat...

I : Uniquement le prat ?

E : Pour l'instant c'est comme ça mais on peut imaginer une évaluation par un médecin généraliste extérieur sur une consultation...

I : D'accord et à l'heure actuelle c'est un médecin qui t'a évalué ?

E : Euh il y a une partie où j'ai effectué une auto évaluation mais comme je disais la grille est mal faite donc on ne comprend pas trop...

I : Tu as du mal à définir les items ?

E : Les items, il y a des phrases incompréhensibles... où on a dû les relire trois fois avec les deux prats sans jamais les comprendre...

I : D'accord, est-ce que tu as d'autres compétences que tu voudrais rajouter dans tout ce que tu m'as dit.

E : Ben sur l'examen clinique général que l'on fait chez un patient qui vient pour un renouvellement je pense que l'on devait être évalué pour chaque organe un genou, une thyroïde, ... et donc avoir des objectifs pour chaque pathologie... ça serait pas mal.

Mais actuellement la grille est très mal faite et ne correspond pas du tout à nos attentes.

I : Bon d'accord, est-ce que tu as d'autre élément à me dire concernant les compétences.

E : Euh non, je pense avoir tout dit.

I : Parfait. Je te remercie.

E : De rien





**AUTEUR : HERMANT Maxime**

**Date de Soutenance : Jeudi 7 mai 2020**

**Titre de la Thèse : Attentes des étudiants de l'évaluation de stage des internes en ambulatoire.**

**Etude qualitative auprès des étudiants du 3eme cycle de la Faculté de Médecine de Lille.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Pédagogie médicale**

**DES + spécialité : D.E.S de médecine générale**

**Mots-clés : évaluation des attentes, évaluation des compétences, stages, pédagogie médicale.**

**Résumé :**

**Contexte :** L'évaluation du stage en ambulatoire intervient dans la validation du DES de médecine générale. Depuis la réforme de 2017, les étudiants ont la possibilité de réaliser deux stages en ambulatoire permettant de se former au plus proche de la réalité du terrain concernant la médecine ambulatoire. Cette évaluation est importante, car elle permet d'évaluer les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale et permet donc de garantir une bonne prise en charge de la population. Cependant peu d'étude se sont penchées sur les attentes des étudiants en 3eme cycle concernant leur évaluation. Or ils font partie des principaux intéressés vis-à-vis de cette évaluation.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisé sur des entretiens semi dirigés auprès des étudiants du 3eme cycle de médecine générale ayant fait ou non leur stage en médecine de ville. Les entretiens ont été analysé via le logiciel N vivo® permettant de définir des thèmes.

**Résultats :** Onze entretiens ont été réalisé pour cette étude. L'analyse de ceux-ci a permis de définir des notions pouvant figurer dans la future évaluation. Mieux évaluer les gestes médicaux, évaluer la gestion du professionnalisme médical et intégrer des objectifs étudiants dépendants sont des points évoqués par les étudiants. Pour évaluer ces compétences, les réponses ne faisaient pas l'unanimité pour ce qui est de définir la fréquence et la cotation de celles-ci. Cependant la notion de répétition de l'évaluation au cours du stage et le fait de laisser plus de place aux commentaires étaient des notions revenant régulièrement.

**Conclusion :** Notre étude a permis de mettre en évidence deux éléments, d'une part le fait que la dernière grille d'évaluation peut servir de base aux futures évaluations. Celle-ci pourrait intégrer des objectifs plus personnels étudiant dépendant. Il n'est pas certain que tous les étudiants aient intégré la notion de compétences en rendant l'évaluation difficilement compréhensible. Il serait important d'enseigner, dès le début du 3eme cycle, la notion de compétences et d'en définir les niveaux de compétences attendus pour l'exercice de la médecine générale.

**Présidente du jury : Madame le Professeur Florence Richard**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard, Monsieur le Docteur Serge Delattre**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc Bayen**