



HAL
open science

Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités

Cécile Chambefort, Séverine Sarfati

► To cite this version:

Cécile Chambefort, Séverine Sarfati. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités. Médecine humaine et pathologie. 2008. dumas-01044854

HAL Id: dumas-01044854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01044854>

Submitted on 24 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2008

N° 5026

**LE STAGE CHEZ LE PRATICIEN DE
PREMIER NIVEAU EN TROISIEME
CYCLE DE MEDECINE GENERALE A
GRENOBLE :
ENTRE ATTENTES ET REALITES**

**THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Cécile CHAMBEFORT
Née le 05 mars 1979 à Monaco
Séverine SARFATI
Née le 27 mars 1978 à Annemasse

**THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
LE 26 JUIN 2008**

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Jean-Luc DEBRU

Membres du jury : M. le Professeur Jacques LEBEAU

M. le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

M. le Professeur associé Gérard ESTURILLO

* La faculté de médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs



A NOTRE JURY DE THESE

Mr le Professeur Debru, président du jury : Merci d'avoir permis l'essor de la Médecine Générale à Grenoble et d'en avoir fait une discipline à part entière. Merci aussi pour toutes ces années de travail en commun, vous avez toujours su nous écouter et apporter des réponses claires et justifiées à toutes nos requêtes et nous vous en sommes reconnaissantes.

Mr le Professeur Esturillo, directeur de thèse : Merci Gérard de nous avoir dirigées sur cette thèse. Merci pour ta compréhension des internes et pour rester toujours de notre côté, parfois contre vents et marées, et merci de ne pas laisser tomber le département de médecine générale. Plus particulièrement, merci pour toutes ces discussions interminables sur la médecine générale et pour tout ce que tu nous as appris.

Mr le Professeur Lebeau : Merci pour votre travail au sein de la faculté, pour nos échanges à la CTE et pour votre disponibilité et votre bonne humeur constante.

Mr le Professeur Benhamou : Merci de nous avoir fait l'amitié de vous joindre à ce jury de thèse « au pied levé » et d'en être ainsi le « deus ex machina »! *Ca vaut bien une vocalise de Rachmaninov !*

DEDICACES PERSONNELLES DE CECILE

Merci au Professeur Romanet dont le dévouement a toujours été pour moi un exemple et dont le nom rimera à tout jamais avec « pédagogie », j'aurais tant aimé que vous fassiez parti de ce jury

Merci à Thérèse sans qui la fac ne serait et ne sera pas la même, merci d'avoir toujours été là avec nous et pour nous, et merci pour tous ces moments partagés. La porte de ma maison vous sera toujours ouverte.

Merci à Olivier et Dania pour votre accompagnement tout au long de ces années, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné l'opportunité d'y croire aussi, merci pour tout ce que vous m'avez fait découvrir et qui a empli ma vie et mon cœur de souvenirs extraordinaires, et merci Marmule pour ton aide inestimable sur cette thèse.

Merci à Séverine, fidèle amie depuis 10 ans bientôt, pour tous ces moments partagés, pour tout ce travail accompli, et pour supporter encore mes mauvaises humeurs et mes exigences.

Merci à Lolo et à Alex pour ces 3 années d'internat qui n'auraient pas été les mêmes sans vous.

Merci aux isnariens passés et à venir qui peut être un jour liront ces pages, votre travail est inestimable et cette thèse vous doit beaucoup, vous resterez tous à jamais dans mon cœur.

Merci à tous ces généralistes, maîtres de stage ou non qui m'ont fait aimé et choisir cette voie, qui m'ont appris à y trouver ma place.

Enfin, et surtout

Merci à mes parents Agnès et Roger, à Michel et Geneviève, et au reste de ma famille pour être là, tout simplement...

Merci à Rodolphe enfin, le soleil de ma vie qu'il éclaire à chaque instant, mon havre de paix, le sel de mon existence, mon indispensable....Je t'aime.

DEDICACES PERSONNELLES DE SEVERINE

Merci à Philippe (Levy) et Daniel (Ouvrard), mes premiers maîtres de stage, de m'avoir donné le goût de la Médecine Générale par votre confiance et votre enthousiasme communicatifs ! Je vous garde dans mon cœur.

Merci à ceux, médecins généralistes, qui m'ont permis de raccrocher à la médecine, quand j'avais perdu la foi.

Merci à Cécile d'avoir été présente dans les moments difficiles de ma vie quand d'autres se sont éloignés ! Et merci à toi encore, de m'avoir fait confiance pour la thèse ; sans toi, qui sait, je serais encore en train de chercher mon sujet !!!! Je te souhaite « bon vent » avec Rodolphe même si tu t'es établie sur des terres peu maritimes...

Merci à la Marmulonnaire, qui est un vrai foyer de cœur ! Merci à Olivier qui a été d'un inestimable soutien au cours de cette thèse, mais plus encore pour le tronc solide qu'il a su être dans les épreuves de ma vie. Merci à Dania d'être présente pour partager les bons comme les mauvais moments ! Merci à vous deux pour votre investissement constant pour notre belle spécialité ! Je vous souhaite à vous et votre famille tout le bonheur du monde !

Merci aux amis, passés, présents et futurs : sans vous, la vie n'aurait pas le même piquant !

Merci à mon frangin et à sa petite famille qui savent être là quand ça compte et qui me font partager des bonheurs (ma petite Pénélope) que j'ignore encore...

Merci à mon père (*pas celui qui « êtes aux Cieux »*) qui m'a avoué, alors que j'entrais dans ma quatrième année de médecine, qu'il aurait aimé être médecin. J'espère avoir comblé, en partie, tes rêves et soulagé tes frustrations.

Merci à ma mère, pour son soutien et sa confiance inébranlable en toutes occasions et malgré mes contradictions. Je t'ai confié un jour que (sic) « j'en ai marre de la médecine, y'a que des gens malades ! ». Ce qui t'a beaucoup amusée...

Enfin, merci à mon homme, Thomas, dont l'Amour me porte et qui me pousse à croire au meilleur de moi-même et à m'assurer que je n'usurpe pas ma place ! Pour le bonheur quotidien de t'avoir à mes côtés dans la vie et en ce jour de doctorat où une page se tourne...pour tout ce que tu as changé en moi et autour de moi, ... MERCI!

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	5
I.1. Le contexte local : interrogations et objectifs de l'étude	5
I.2. Le contexte national actuel : la validation du troisième cycle et la certification	8
2.1. Introduction	8
2.2. La certification	8
2.2.1. Définitions	8
2.2.2. La certification : une exigence sociale	9
2.2.3. La certification : un gage de qualité	10
2.2.4. La certification : point de départ aux EPP*	10
2.3. Mise en place de la certification	11
2.3.1. Les référentiels métiers : WONCA* et CNGE*	11
2.3.2. Les compétences	13
2.4. Les outils d'évaluation	14
2.5. Orientation	15
II. MATERIEL ET METHODES	16
II.1. Méthode de réalisation des questionnaires	16
II.2. Description du questionnaire	16
II.3. Méthodes de sélection	17
3.1. Définition de l'échantillon	17
3.2. Choix de l'anonymat	18
II.4. Méthodes d'envoi et de recueil des questionnaires	18
II.5. Méthode de traitement et d'analyse des réponses	18
5.1. Traitement des réponses	18
5.2. Exploitation des données	19
5.2.1. Questions à choix multiples	19
5.2.2. Les réponses « réelles » des internes	19
5.3. L'analyse statistique	20
5.3.1. Les méthodes statistiques utilisées	21
5.3.1.1. Comparaison entre une variable continue et une variable nominale	21
5.3.1.2. Comparaison entre deux variables continues	21
5.3.1.3. Comparaison entre deux variables nominales	21
5.3.2. Particularités statistiques en fonction des items	22
III. RESULTATS	24
III.1. Aspect humain	24
1.1. Nombre de répondants	24
1.2. Sexe des répondants	24
1.3. Age des répondants	24
1.4. Données concernant les internes	24
1.5. Nombre de Maîtres De Stage	25
1.6. Motivations des Internes et des Maîtres de stage	25
1.6.1. Informations sur les choix de stage pour les internes	25
1.6.2. Motivations des maîtres de stage	26

III.2. Formation des Maîtres de stage	27
III.3. Caractéristiques des lieux d'exercices	28
3.1. Localisation du cabinet	28
3.2. Type d'UPL	29
3.3. Mode d'exercice	30
3.4. Emploi du temps	31
III.4. Logistique	31
4.1. Informatisation et secrétariat	31
4.2. Distance domicile - lieu de stage	32
4.3. Avantages en nature	32
III.5. Activités au cabinet et hors cabinet	32
5.1. Stage sécurité sociale	32
5.2. Autres activités	32
5.3. Participation à la permanence des soins	33
III.6. Formation Médicale Continue	34
III.7. Nombre de Consultations	35
7.1. En phase passive	35
7.2. En phase semi active	36
7.3. En phase active	37
III.8. Répartition des phases	38
8.1. Durée de la phase passive	38
8.2. Durée de la phase semi active	38
8.3. Durée de la phase active	39
8.4. Graphiques résumés	40
8.5. Prédominance de phase	41
8.6. Satisfaction des internes sur la répartition des phases	42
III.9. Supervision	43
9.1. Phase passive	43
9.2. Phase semi active	44
9.3. Phase active	45
III.10. Compétences	47
10.1. Corrélation supervision différée simple et compétences acquises	47
10.1.1. En phase passive	47
10.1.2. En phase semi active	47
10.1.3. En phase active	48
10.2. Corrélation supervision directe et compétences acquises	49
10.2.1. En phase passive	49
10.2.2. En phase semi active	51
10.2.3. En phase active	52
10.3. Corrélation nombre de consultations et nombre de compétences acquises	52
10.3.1. En phase passive	52
10.3.2. En phase semi active	53
10.3.3. En phase active	53
10.4. Corrélation répartition des différentes phases et compétences acquises	55
10.4.1. Phase passive	55
10.4.2. Phase semi active	56
10.4.3. En phase active	57
10.5. Corrélation déroulement des phases et compétences acquises	58
III.11. Carnet d'objectifs	58

IV. INTERPRETATION	59
IV.1. Aspects humains	59
1.1. Caractéristiques de la population répondante	59
1.2. Nombre de Maîtres de stage	59
1.3. Nombre d'années d'exercice avant la maîtrise de stage	60
1.4. Motivations des IMG	60
1.5. Motivations des maîtres de stage	60
IV.2. Formation des maîtres de stage	60
IV.3. Caractéristiques des lieux d'exercice	61
3.1. Localisation du cabinet	61
3.2. Type d'UPL	61
3.3. Mode d'exercice	62
3.4. Emploi du temps	62
IV.4. Logistique	62
4.1. Informatisation	62
4.2. Distance au domicile des lieux de stage	63
4.3. Avantages en nature	63
IV.5. Activités au cabinet et hors cabinet	63
5.1. Le stage dans les Centres Primaires d'Assurance Maladie	63
5.2. Autres activités	63
5.3. Participation à la permanence des soins (PDS)	64
5.4. Formation Médicale Continue (FMC)	64
IV.6. Nombre de Consultations	64
6.1. En phase passive	64
6.2. En phase semi active	65
6.3. En phase active	65
IV.7. Répartition des phases sur un semestre	66
7.1. Durée de la phase passive	66
7.2. Durée de la phase semi-active	66
7.3. Durée de la phase active	67
IV.8. Supervision	67
8.1. En phase passive	67
8.2. En phase semi active	68
8.3. En phase active	69
IV.9. Les compétences	70
9.1. Les souhaits et la réalité	70
9.2. Influence de la supervision différée simple sur les compétences acquises	70
9.2.1. En phase passive	70
9.2.2. En phase semi active	71
9.2.3. En phase active	71
9.3. Influence de la supervision directe sur les compétences acquises	71
9.3.1. En phase passive	71
9.3.2. En phase semi active	72
9.3.3. En phase active	72
9.4. Influence du nombre de consultations sur les compétences acquises	72
9.4.1. En phase passive	72
9.4.2. En phase semi active	72
9.4.3. En phase active	73
9.5. Influence de la répartition des différentes phases sur les compétences acquises	73
9.5.1. En phase passive	73
9.5.2. En phase semi active	74

9.5.3. En phase active	74
9.6. Comparaison entre les compétences acquises et le déroulement des différentes phases	74
IV.10. Carnet d'objectifs	75
V. DISCUSSION	76
V.1. Biais de méthodologie, d'interprétation et de conception	76
1.1. Faiblesses de l'échantillon	76
1.2. La question de l'anonymat	77
1.3. Facteurs de confusion	78
1.4. Erreurs de conception	79
V.2. Discussion	80
2.1. Les compétences	80
2.2. La répartition des phases	83
2.3. Le nombre de consultations	84
2.4. La supervision	86
2.5. La localisation du cabinet	89
2.6. Le type d'UPL	89
2.7. Le mode d'exercice	90
2.8. La logistique	91
2.9. Les activités au cabinet et hors cabinet	91
2.10. La participation à la permanence des soins	92
2.11. La formation des maîtres de stage	92
V.3. Propositions	94
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	106
ANNEXE 1 : LEXIQUE	1
ANNEXE 2 : LES QUESTIONNAIRES	2
ANNEXE 3 : LES COMPETENCES SELON LE CNGE	37

I. INTRODUCTION

I.1. Le contexte local : interrogations et objectifs de l'étude

Internes de Médecine Générale par « choix », et fières de cet état, nous déplorons que certains d'entre nous doutent encore de l'utilité des stages réalisés en soins primaires ambulatoires et ce malgré les actions entreprises par la faculté pour promouvoir la Médecine Générale à Grenoble. Dans les amphithéâtres, lors des choix de stage, on entend encore certains internes se demander ce qu'ils vont trouver dans ces stages, ce à quoi ceux-ci vont leur servir et pourquoi tout le cursus ne se fait pas en milieu hospitalier. Nous regrettons d'autant ces échos qu'à nos yeux, ces stages ont constitué une étape importante, pour ne pas dire une révélation, de notre cursus universitaire.

Nous constatons, par ailleurs, qu'il existe une très grande hétérogénéité dans les appréciations faites par les internes dans les guides de stage d'un semestre à l'autre. Nous nous interrogeons sur les raisons qui influencent l'avis (*la vie ?*) des internes sur ces stages, alors même que nous sommes censés y trouver les mêmes motifs de « satisfaction ».

D'autre part, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y a, à ce jour, aucun « carnet d'objectifs » de stage valide et exhaustif, auquel ni l'interne ni le maître de stage puisse se raccrocher pour comprendre ce que l'un et l'autre ont à attendre de ce stage et comment mettre ce dernier à profit pour acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale.

Que dire encore de la validation du stage chez le praticien à Grenoble ? Est-il nécessaire d'évoquer l'indigence de ces questionnaires de validation en cours à la Faculté qui font notre étonnement et celui des praticiens censés nous évaluer ?

En sus, les décrets régissant le D.E.S.* de Médecine Générale sont multiples, imprécis et incomplets de par les abrogations successives.

A contrario de l'immense majorité des thèses compulsées à la B.I.U.M.* de Paris ayant pour sujet les stages chez le praticien, la notre vise à mieux appréhender l'apport de ces stages dans l'acquisition des compétences spécifiques à l'exercice de la Médecine Générale, et non aux « savoirs » ou « connaissances théoriques » qui tiennent souvent une place prépondérante. Voilà en quoi nous espérons que notre thèse est novatrice.

De plus, nous avons voulu appréhender toutes les facettes de l'organisation de ces stages, décrypter leur fonctionnement et ce en quoi ce fonctionnement est efficient.

Nous voulons, par notre étude, non pas réhabiliter le stage chez le praticien _ il est en place depuis maintenant plus de dix ans _, mais comprendre les interrogations de chacun afin de montrer en quoi il est incontournable dans la formation en Médecine Générale. Nous souhaitons également pouvoir démontrer l'intérêt de multiplier, au cours du cursus, les stages en médecine ambulatoire.

Ainsi, nous avons interrogé les internes aussi bien que les maîtres de stage sur leurs attentes vis-à-vis du stage de premier niveau chez le praticien avant le début du stage (dans un premier questionnaire) et sur leur vécu à la fin du stage (dans un deuxième questionnaire).

L'objet de notre thèse est, en premier lieu, d'identifier les attentes des internes et des maîtres de stage et de faire « l'état des lieux » des stages. Dans un deuxième temps, nous projetons de les confronter, afin de mettre en lumière leurs similitudes et leurs divergences, et d'analyser les facteurs pouvant expliquer d'éventuelles différences de pratique. Nous envisageons également de comparer les résultats de notre étude aux statuts actuels relatifs au stage chez le praticien et au DES* de Médecine Générale (conventions de stage et décrets ministériels). Cette étape nous semble un préalable indispensable à toute étude approfondie sur le stage chez le praticien, car si de grandes variations existent entre les attentes des uns et des autres et la réalité, on « entend » mieux alors le vent d'incompréhension qui semble souffler sur ces stages non hospitaliers.

La finalité de cette étude est de révéler les paramètres permettant, premièrement, l'homogénéisation du stage chez le praticien et, deuxièmement, une acquisition qualitative et quantitative des compétences pour l'étudiant, tout en emportant l'adhésion des internes et des maîtres de stage sur le fond et la forme du stage. Et cela, dans l'optique idéale, qui n'est pas l'objet de notre thèse, d'harmoniser la formation sur le plan national pour proposer à chaque faculté et a fortiori à chaque interne un accès égal à la « certification ».

Les représentants des internes, lors des tables rondes de l'ISNAR-IMG*, ont fait part de leur préférence pour une validation continue des objectifs pédagogiques plutôt que pour un examen final sanctionnant. C'est dans cette optique de validation continue que nous nous proposons de travailler. A travers ce travail de thèse, et notamment par l'entremise d'un questionnaire de compétences adapté des référentiels métiers existants, nous espérons pouvoir proposer des pistes de réflexion pour conduire, dans le futur, à un outil pédagogique utile à l'interne et au maître de stage. Cet outil reflèterait les objectifs du 3^{ème} cycle de Médecine Générale et régirait l'évaluation des stages, s'inscrivant ainsi dans une démarche qualité nécessaire à la certification.

I.2. Le contexte national actuel : la validation du troisième cycle et la certification

2.1. Introduction

Actuellement un interne est jugé compétent pour exercer la médecine générale par le Conseil de l'Ordre à partir du moment où il a validé son D.E.S.* de Médecine générale et sa thèse d'exercice.

Pour valider le DES* de médecine générale à la faculté de Grenoble, il faut :

- la validation des 6 semestres de stage en respectant la maquette avec 4 stages obligatoires
- un mémoire basé sur un travail de recherche sur la médecine générale
- la présence aux cours et aux GAC*

Dans le cadre d'une démarche qualité de la médecine générale, la question se pose de savoir si ce système est complet et adapté. Intervient alors la notion de certification.

2.2. La certification

2.2.1. Définitions

□ La certification en médecine générale

C'est une procédure permettant d'attester des compétences acquises par l'interne tout au long de sa formation initiale, pour exercer le métier de généraliste.

Certifier qu'un médecin généraliste est un professionnel compétent, c'est juger qu'il possède des caractéristiques lui permettant de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il sera confronté dans le contexte de soins primaires ambulatoires.

Le Pr. Claude Attali, Professeur Associé - Médecine Générale, UFR Créteil, responsable de l'évaluation des compétences au CNGE*, écrit à propos de la certification des compétences nécessaires pour exercer la Médecine Générale : « une exigence sociale et un défi pédagogique ! ».

Certifier la compétence est une décision finale qui peut se construire à partir d'un examen terminal ou au contraire, comme le préconise le CNGE*, à partir d'une évaluation continue tout au long des trois années du DES*. Mettre en place une telle procédure nécessite :

- de disposer d'un référentiel métier
- d'outils critériés d'évaluation
- d'évaluateurs formés à ces procédures

Au préalable, il est indispensable d'évaluer le programme de formation avant de s'autoriser à évaluer les individus.

□ L'acquisition des compétences

Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes. (P. Perrenoud).

Développer des compétences c'est apprendre, en le faisant, à faire ce que l'on ne sait pas faire.

La compétence d'un généraliste est la résultante de la mise en jeu concomitante de compétences cognitives, réflexives et professionnelles qui visent à la résolution de problèmes de santé complexes. D'après le Pr. Claude Attali, l'évaluation des compétences d'un généraliste est un exercice difficile qui doit s'attacher autant au résultat de l'action qu'à la démarche ayant aboutie à cette action. Cela peut s'effectuer en recueillant, tout au long du cursus de formation, des informations valides sur ces trois types de compétences puis en croisant les données recueillies.³⁸

2.2.2. La certification : une exigence sociale

Certifier c'est être capable de garantir nos décisions vis-à-vis de la société civile. Autrefois, les compétences du médecin reposaient sur la confiance de la société en l'Université, aux études et au pouvoir institutionnel. Actuellement, ceci est remis en cause et la question de la qualité des soins se pose dans un monde où les procès pour erreurs médicales se font de plus en plus présents. On arrive alors à la nécessité d'une

évaluation des professionnels, de leur formation initiale (certification) et de la formation continue (recertification ?).

La société civile regroupant les patients, parfois réunis en association, la sécurité sociale et les mutuelles, définit les objectifs professionnels à atteindre comme étant la capacité à prendre en charge les besoins de la population en matière de santé.

2.2.3. La certification : un gage de qualité

La certification devient un chemin vers une exigence de qualité. Elle vise à l'amélioration des soins avec un médecin reconnu compétent de façon transparente.

Cette certification serait donc une attestation de qualité.

Ce faisant, en recherchant toujours plus la qualité, elle permet une exigence plus stricte des nécessités de formation initiale. La formation de l'interne s'en trouve donc améliorée.

2.2.4. La certification : point de départ aux EPP*

Les institutionnels font mention de la nécessité de l'accès au soin et la réforme de la loi sur l'assurance maladie en 2004 rend l'Evaluation des Pratiques Professionnelles obligatoire. Celle-ci, associée à une FMC*, assure la pérennité de la certification. C'est une assurance pour la société que le médecin qui continue à se former et s'évaluer, continue par conséquent à offrir un service de qualité.

La certification doit donc être un moyen pour l'interne de médecine générale de se préparer aux EPP* et à la FMC*. Il doit, au sortir de son troisième cycle, avoir acquis les compétences nécessaires pour y participer.

A terme on peut donc voir plusieurs intérêts à la certification :

- Valoriser la profession.
- Augmenter les compétences des internes et des maîtres de stage.
- Améliorer la prise en charge pour la population de façon individuelle et collective.

2.3. Mise en place de la certification

Il faut au préalable à toute mise en place de certification préciser et limiter la liste des compétences que l'interne doit acquérir. Il faut en effet savoir lesquelles doivent être acquises lors du troisième cycle des études de médecine générale et lesquelles peuvent être acquises plus tard. Cette liste doit être unique et nationale afin d'harmoniser la formation de l'interne en prévision d'une certification reconnue nationalement.

Le problème est qu'il existe de nombreux référentiels métiers, mais pas de liste officielle des compétences à acquérir au cours du TCEMG*. Les généralistes enseignants doivent donc se mettre d'accord sur une liste unique des compétences à acquérir au cours du troisième cycle de médecine générale.

2.3.1. Les référentiels métiers : WONCA* et CNGE*

La WONCA Europe a depuis longtemps établi un référentiel métier qui décrit les compétences utiles et nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Elles sont regroupées sous 6 grandes chapitres que l'on peut résumer comme suit.

1. La gestion des soins de santé primaires

- gérer le premier contact avec les patients
- prendre en charge des problèmes non sélectionnés
- coordonner les soins avec les professionnels de santé, afin de fournir des soins efficaces, appropriés, en assurant un rôle de défenseur du patient si nécessaire

2. Les soins centrés sur la personne

- adopter une approche centrée sur la personne en tenant compte du contexte personnel du patient
- créer une relation harmonieuse entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie
- assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient

3. L'aptitude scientifique à la résolution de problèmes

- développer un processus spécifique de prise de décision déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- utiliser le temps comme outil et tolérer l'incertitude
- gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence si nécessaire

4. L'approche globale

- gérer simultanément des plaintes des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient
- promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies
- articuler l'éducation pour la santé, la prévention, les soins, y compris palliatifs et de réhabilitation

5. L'orientation communautaire

- rapprocher les demandes de soins médicaux des individuels avec les besoins de santé publique de la communauté dans laquelle ils vivent, en équilibre avec les ressources disponibles

6. L'adoption d'un modèle holistique

- privilégier un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles

Tous les champs d'activité de la médecine générale sont donc bien pris en compte.

De son côté, le CNGE* a également souvent tenté de définir les compétences que l'interne doit acquérir au cours de sa formation et qui devront donc être évaluées dans un processus de certification.

En 2005, préalablement à leur congrès annuel, ils avaient proposé comme grille de réflexion une liste de onze compétences dont nous nous sommes inspirées pour établir notre grille d'étude. (Annexe n°4)

Ensuite, il existe un référentiel métier du médecin généraliste édité par le Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Il se veut un outil de

dialogue entre la profession et l'université, une aide pour l'enseignement, notamment pour le maître de stage, et un outil de réflexion pour tout généraliste. Malheureusement, ce référentiel qui regroupe trente-et-une fiches techniques pourtant fort à propos est très peu connu et encore moins utilisé. Néanmoins, c'est un outil servant tout à la fois à comprendre, apprendre, évaluer et enrichir les compétences propres au médecin généraliste.

2.3.2. Les compétences

Une fois définie la liste de compétences à acquérir, il est ensuite facile de regrouper ces compétences en trois grands ensembles. On distingue :

□ **Des compétences cognitives :**

- Connaissances scientifiques
- Habiletés cliniques, relationnelles et techniques
- Raisonnement clinique
- Planification des investigations, des thérapeutiques et des soins

□ **Des compétences réflexives**, celles de l'auto-évaluation, de l'autocritique, de l'auto-formation :+++

- Conscience de ses savoirs, de ses limites, de ses actions
- Capacité à douter, à critiquer, à rechercher, à juger, à corriger ses actions et son travail
- Capacité à résumer, à simplifier, à synthétiser

□ **Des compétences professionnelles :**

- Capacité à travailler en équipe, à collaborer, à coordonner
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques
- Capacité à gérer son entreprise et organiser son activité

Il appartient alors aux différents formateurs de permettre à l'interne d'acquérir ces compétences et de les évaluer à la fin du troisième cycle.

2.4. Les outils d'évaluation

Les outils sont nombreux et très différents. Tous n'évaluent pas non plus les mêmes compétences. Certains ont été évalués, d'autres non. Actuellement les facultés sont libres d'utiliser ceux qu'elles veulent. De plus, plusieurs difficultés existent :

- La maîtrise de ces outils par les formateurs n'est pas identique. Il faut donc une formation spécifique des évaluateurs à l'outil.
- L'outil d'évaluation doit être fiable, pertinent et valide.
- Aucun outil ne fonctionnera sans l'adhésion des internes.

Certains outils privilégient la pratique réflexive, permettant à l'interne de déterminer lui-même quelles sont les compétences qu'il a acquises.

Citons par exemple :

- **Récits de situations complexes authentiques** : ils permettent une évaluation des traces d'apprentissage du stage ambulatoire de niveau 1.
- **GAC ou Groupes d'acquisition des compétences** : en exposant à un groupe d'internes un dossier aléatoire.
- **Groupes de pairs** : sur le même principe que les GAC* qui en sont tirés. L'interne participe alors lors de ses stages ambulatoires aux groupes de pairs avec son maître de stage.
- **EPP*** : les **évaluations des pratiques professionnelles** maintenant obligatoires pour les médecins peuvent être appliquées à l'interne. Un maître de stage ou tuteur va permettre à l'interne de se rendre compte des manques tant dans ses compétences professionnelles que cognitives.

D'autres, plus standardisés et évalués, mettent en avant les acquis et surtout les lacunes de l'interne. Ces outils sont utiles s'ils ont pour but de permettre à l'interne d'évaluer ses lacunes tout au long du 3^{ème} cycle (évaluations répétées) et de les corriger. Ils sont parfois utilisés par certaines facultés comme outil de validation finale, notamment à Rouen.

- **ECOS : Examen Clinique Objectif Standardisé** : où on note un étudiant face à une situation clinique standardisée et reproductible ; outil très coûteux à mettre en place.

Enfin citons à part le tutorat et le portfolio qui permettent tous deux la mise en application de ces différents outils.

2.5. Orientation

Tous ces outils ont pour objectifs d'évaluer les compétences acquises par l'interne donc de le certifier.

Les internes semblent s'accorder à demander une certification non sanctionnante. Ils lui préfèrent l'auto-évaluation continue permettant de repérer leurs lacunes tout au long du 3^{ème} cycle pour les aider à s'améliorer.

Il s'agit maintenant de trouver un outil adapté au stage chez le praticien de premier niveau, qui permettra à l'interne de s'auto-évaluer tout au long du semestre, et à la faculté de le valider en fin de semestre.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Méthode de réalisation des questionnaires

Nous avons rédigé quatre questionnaires : deux questionnaires dits de « début de stage » (annexe 2), et deux questionnaires de « fin de stage » (annexe 2). Chacun de ces deux questionnaires est destiné l'un aux internes et l'autre aux maîtres de stage.

Les premiers questionnaires visent à identifier les attentes des internes avant le début du stage et l'exercice idéal qu'aimeraient pouvoir réaliser les maîtres de stage. Les seconds questionnaires ont pour objectif de faire l'état des lieux du stage en fin de semestre du point de vue des internes et des maîtres de stage.

Nous avons essayé d'aborder l'ensemble des questions pertinentes à l'évaluation du « fond » et de la « forme » des stages.

Pour la partie « compétences professionnelles », nous sommes parties du travail collégial autour de la définition de la Médecine Générale réalisé par le CNGE* et par la WONCA*. Nous avons explicité ensuite certains items afin de les rendre plus accessibles.

Une fois les quatre questionnaires terminés, nous avons réalisé une phase de pré-test auprès d'internes du troisième cycle de médecine générale ayant validé ou non leur stage de premier niveau chez le praticien ainsi qu'auprès de praticiens, maîtres de stage ou non. Cette phase nous a amenées à apporter des modifications en vue d'une clarification des questions posées et pour une meilleure analyse des données.

II.2. Description du questionnaire

Chaque questionnaire est construit sur un plan commun. Le premier questionnaire comprend dix pages, le second en compte quatorze pour les internes et onze pour les maîtres de stage.

La première partie recueille les **données personnelles** concernant les répondants.

La seconde partie intitulée « **organisation du stage** » comprend plusieurs sous parties :

- les caractéristiques de l'UPL*: renseignements sur les cabinets, les maîtres de stage et le fonctionnement du stage
- les renseignements logistiques
- l'activité de l'interne au cabinet et hors cabinet et la permanence des soins
- le mode de supervision pour chaque phase passive, semi active et active
- la participation à la Formation Médicale Continue.

Une troisième partie, dans le questionnaire initial, donne des informations sur les **motivations** du choix de stage pour l'interne et de la maîtrise de stage pour le praticien. Dans le questionnaire final, nous interrogeons les maîtres de stage sur la formation donnant lieu à leur agrément.

La partie « **compétences professionnelles** » s'attache à déterminer la place du stage de premier niveau chez le praticien sur les compétences à acquérir. Nous leur demandons, dans le premier questionnaire, de sélectionner les items leur semblant les plus pertinents à acquérir au cours de ce stage. Dans le second, ils doivent différencier les compétences préalablement acquises de celles effectivement acquises au cours du stage. La formulation est strictement identique entre les internes et les maîtres de stage.

Le questionnaire de fin de stage comprend, en outre, des questions de satisfaction et une dernière partie sur les carnets d'objectifs de stage.

II.3. Méthodes de sélection

3.1. Définition de l'échantillon

Les maîtres de stage sélectionnés sont ceux choisis par les internes pour le semestre du 1^{er} novembre 2006 au 30 avril 2007. Ils sont au nombre de cent dix-huit (118) répartis en quarante (40) UPL*.

Les internes sont ceux qui ont réalisé leur stage chez le praticien au cours de ce même semestre. Ils sont quarante (40) au total.

Nous avons réalisé notre étude à l'échelon local et non national.

3.2. Choix de l'anonymat

Certains maîtres de stage envisageant notre questionnaire comme une évaluation de leur exercice et les internes craignant les répercussions de leurs réponses sur leur validation, notre choix s'est porté, à regret, sur l'anonymat.

II.4. Méthodes d'envoi et de recueil des questionnaires

N'ayant pu obtenir les adresses mail des praticiens concernés, nous avons opté pour l'envoi par courrier directement à leur cabinet.

Pour les internes, nous avons distribué les questionnaires « début de stage » à ceux présents le jour du choix de stage en octobre 2006 (avant le début du stage). La remise du questionnaire final s'est faite au choix de stage suivant, courant avril 2008 (peu avant la fin du stage), certains partant en disponibilité ou à l'étranger. Quant aux absents lors du choix, nous leur avons adressé par courrier via la fac, qui ne pouvait nous communiquer les adresses des étudiants.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre expliquant l'objectif de notre thèse et d'une enveloppe timbrée pour le retour des questionnaires remplis, libellée à l'adresse de Mlle Chambefort pour les maîtres de stage et à celle de Mlle Sarfati pour les internes. Nous avons effectué deux relances par mail pour les internes et les maîtres de stage. Aucune relance téléphonique n'a été pratiquée.

II.5. Méthode de traitement et d'analyse des réponses

5.1. Traitement des réponses

Après avoir dépouillé les questionnaires, nous avons rentré de manière uniformisée les données au sein d'un tableur Excel, les données des maîtres de stage étant traitées par Mlle Chambefort et celles des internes par Mlle Sarfati.

Nous avons supprimé les réponses mal formulées, inadaptées à la question, incomplètes ou manquantes (oubli volontaire ou non, impossible à savoir).

Nous avons fait une deuxième lecture ensemble de nos quatre tableurs.

Dans un second temps, nous avons transféré les données d'Excel sur le logiciel Statview qui s'avérait plus pratique en vue des analyses statistiques.

5.2. Exploitation des données

5.2.1. Questions à choix multiples

Dans l'ensemble, les questions posées nécessitent une réponse unique. Nous le spécifions en gras à chaque fois : « **cocher une seule case** » ou « **une seule réponse possible** ».

Seul dans le premier questionnaire, chapitre « organisation du stage », l'interne ou le maître de stage a le choix entre « **une ou plusieurs réponses** », précisé en caractères gras, pour les items suivants:

- le secteur d'activité
- le type de structure
- les modifications possibles de l'emploi du temps pour les maîtres de stage

Ceci implique que le nombre de réponses obtenues soit supérieur ou égal au nombre de répondants « physiques ».

Certaines questions appellent des réponses ouvertes :

- le type de Formation Médicale Continue
- le type d'activité préférentielle du maîtres de stage souhaitée par l'interne
- le type d'activité réalisée hors cabinet

5.2.2. Les réponses « réelles » des internes

Dans le questionnaire final, les internes évoquent la réalité de leur stage pour chacun des maîtres de stage constituant leur UPL. Ils ont donc une réponse à donner pour chaque maître de stage.

Pour les items concernés, nous obtenons donc autant de réponses qu'il y a de maîtres de stage par internes répondants.

Les items concernés sont :

- le secteur
- le mode d'exercice
- secrétariat et informatique
- la distance domicile - cabinet
- la logistique
- la répartition des phases
- le nombre de consultations et de visites
- la permanence des soins
- l'activité indépendante du cabinet
- la supervision
- la Formation Médicale Continue

En effet, les réponses à ces items peuvent varier, dans une même UPL, pour chaque maître de stage.

5.3. L'analyse statistique

Nous comparons pour chaque item :

- les attentes des internes et celles des maîtres de stage
- les attentes des internes et la réalité
- les attentes des maîtres de stage et la réalité
- la réalité des internes et celle des maîtres de stage

D'autre part, nous cherchons une influence sur les compétences acquises au cours du stage :

- de la supervision : en comparant le nombre de compétences acquises quand la supervision est réalisée et quand elle ne l'est pas
 - du nombre de consultations
 - de la répartition des différentes phases

Ces trois corrélations sont choisies à partir de la réflexion initiale que nous avons menée avant de démarrer cette étude.

5.3.1. Les méthodes statistiques utilisées

5.3.1.1. Comparaison entre une variable continue et une variable nominale

Lorsque l'on compare une variable continue et une variable nominale, deux préalables sont nécessaires :

- 1) vérification de la normalité représenté par le box plot (ou graphe en boîte)
- 2) si la loi normale est respectée, vérification de l'homogénéité des variances par un test d'égalité des variances. Si $p < 0.05$ (IC 95%), il n'y pas d'homogénéité.

Les tests statistiques utilisés sont :

- le test d'Anova** : si loi normale et homogénéité des variances sont respectées
- le test de Mann Whitney** (test non paramétrique) si l'une ou l'autre des deux lois pré-citées n'est pas vérifiée

5.3.1.2. Comparaison entre deux variables continues

Dans cette configuration, on est obligé de réaliser un « compactage » de ces deux variables continues dans Statview pour créer une variable commune nominale et une variable continue.

Puis on applique les tests cités dans le paragraphe précédent.

5.3.1.3. Comparaison entre deux variables nominales

On réalise des tableaux de contingence.

Entre deux variables nominales, on est censé pouvoir appliquer le test du Chi² ; or, du fait de l'anonymat des réponses, on n'a pas de données appariées.

On regroupe donc les réponses des maîtres de stage et des internes sous une même variable (la variable étant la réponse obtenue) et on crée « artificiellement » une variable appariée qui est le répondant = catégorie interne ou catégorie maître de stage.

Les tests de contingence alors utilisés sont :

- Lorsque les valeurs attendues sont < 5 , **le test de Fisher.**
- si les valeurs attendues sont > 5 , **le test du Chi 2.**

5.3.2. Particularités statistiques en fonction des items

Type d'exercice

On ne peut réaliser de test statistique car il y a trop de valeurs inférieures à 5 et trop de valeurs attendues inférieures à 5.

Emploi du temps

Les réponses « autres » et « indifférent » ne pouvant apparaître dans les réponses réelles de internes, nous les supprimons des réponses du premier questionnaire internes, cela représentant uniquement trois réponses.

Répartition des différentes phases

Nous remplaçons les réponses exprimées en nombre de jours, par des pourcentages. Cela permet d'homogénéiser l'échelle, certaines réponses n'arrivant pas au total attendu de 180 jours (équivalent à un semestre).

Supervision

Lorsque des réponses sont données en terme de fréquence de supervision, nous considérons que la supervision est effectuée ou souhaitée (dans la première partie de la question), même si la case n'est pas cochée.

Pour les analyses statistiques nous utilisons les réponses nominales « supervision réalisée » ou « supervision non réalisée » et non les valeurs chiffrées. L'unité « nombre de fois par jour » n'ayant pas été interprétée de la même façon par tous les répondants

Compétences

Pour analyser la partie compétences, nous regroupons nos items en trois parties:

- Compétences cognitives : 1ABCDE, 2ABC, 5ABC, 6B, 7ABC, 8AB et 9AB
- Compétences réflexives : 2D, 11ABC
- Compétences professionnelles : 2E, 3AB, 4ABC, 6AC, 10ABCDE, 12ABC

Nous obtenons une note en additionnant toutes les compétences considérées comme acquises et en les ramenant à 10 par une simple règle de trois.

On n'étudie pas la relation entre supervision différée en groupe et compétences acquises du fait du peu de réponses réelles de cette supervision.

Pour la comparaison entre le nombre de consultations et le nombre de compétences acquises, le compactage est impossible. On crée donc une variable nominale : « nombre de consultations \leq ou égal à x » ou « nombre de consultations $>$ à x » correspondant à la variable continue initiale « Nombre de consultation ». On compare ensuite cette variable nominale à la note obtenue des compétences par un test d'Anova ou de Mann Whitney.

III. RESULTATS

III.1. Aspect humain

1.1. Nombre de répondants

	1er questionnaire		2 ^{ème} questionnaire	
Internes (IMG)	24 /40	60%	26 /40	65%
Maîtres de stage (MDS)	59 /118	50%	57 /118	48,3%

1.2. Sexe des répondants

	MDS 1 ^{er} questionnaire		MDS 2 ^{ème} questionnaire		IMG 1 ^{er} questionnaire		IMG 2 ^{ème} questionnaire	
Femmes	15	25.4%	16	29.6%	14	58.3%	16	61.5%
Hommes	44	74.6%	38	70.4%	10	41.7%	10	38.5%
Total	59		54		24		26	

1.3. Age des répondants

	MDS 1 ^{er} questionnaire	MDS 2 ^{ème} questionnaire	IMG 1 ^{er} questionnaire	IMG 2 ^{ème} questionnaire
Moyenne (ans)	50,5	49,3	26,5	26,7
Écart type	6,9	7,1	1,5	1
Minimum	34	34	25	25
Maximum	64	65	33	29

p d'Anova = 0.5335 donc on ne peut montrer de différence significative dans l'âge des répondants internes entre les deux questionnaires.

p d'Anova = 0.3975 donc on ne peut montrer de différence significative dans l'âge des répondants maîtres de stage entre les deux questionnaires.

1.4. Données concernant les internes

	3 ^{ème} semestre	4 ^{ème} semestre	5 ^{ème} semestre	célibataire	concubin	marié	enfant
Nb IMG 1 ^{er} questionnaire	22/24	2/24	0/24	9	8	5	1
Nb IMG 2 ^{ème} questionnaire	21/25	3/25	2/25	10	9	7	2

1.5. Nombre de Maîtres De Stage

	UPL à 2 MDS		UPL à 3 MDS		UPL à 4 MDS	
Souhait IMG	25 %	6/24	67 %	16/24	8 %	2/24
Souhait MDS	8.8 %	5/57	84.2 %	48/57	7 %	4/57
Réalité IMG	11.5 %	3/26	84.6 %	22/26	3.9 %	1/26
Réalité MDS	3.5 %	2/57	86 %	49/57	10,5 %	6/57

Souhait des IMG versus souhait des MDS :

p de Mann Whitney = 0,3258 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

Souhait des IMG versus réalité:

p de Mann Whitney = 0,5866 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

Comparaison entre la satisfaction et le nombre réel de MDS :

p de Mann Whitney = 0,1252 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

1.6. Motivations des Internes et des Maîtres de stage

1.6.1. Informations sur les choix de stage pour les internes

Le jour du choix, le stage chez le praticien :

- a été imposé à 2 internes
- a été volontairement choisi par 22 internes

Raisons invoquées par ordre de priorité (de 1 à 5) au choix de stage

	Choix n°1	Choix n°2	Choix n°3	Choix n°4	Choix n°5	Non cité
Rapprochement géographique	10	2	6	1	3	1
Connaissance des MDS	0	0	2	3	3	15
Activité préférentielle des MDS	9	4	3	4	2	1
Horaires de stage	3	8	6	4	1	1
Conseil des amis	1	6	0	1	5	10
Guide de stage	1	4	7	2	2	6
Rang de classement	0	3	2	2	3	13
Informatisation	0	2	0	4	4	13
autre	1	0	0	0	0	22

1.6.2. Motivations des maîtres de stage

« Motivation » des maîtres de stage

	Choix n°1	Choix n°2	Choix n°3	Choix n°4	Choix n°5	Non cité
Intérêt pédagogique	44	10	3	0	1	1
Raisons pécuniaires	1	0	3	3	17	35
Dégager du temps pour soi	0	0	6	12	11	30
Dégager du temps pour le cabinet	2	0	13	10	12	22
Valorisation vis-à-vis de la patientèle	5	3	9	7	8	27
Intérêt pour améliorer sa pratique	26	24	2	0	0	7
Autres	15	1	3	1	0	39

Nombre d'années d'exercice avant d'être maître de stage

Nombre d'années d'exercice avant de devenir maîtres de stage, selon les maîtres de stage :

	Moyenne en ans	Ecart type	Max	Min
Idéal MDS	4,8	1,7	10	2
Réel MDS	13,8	7,5	34	2

46 maîtres de stage sur 59 jugent que le nombre d'années d'exercice est un critère pertinent pour l'agrément à la maîtrise de stage.

1 maître de stage a commencé au bout de 2 ans d'exercice et 5 autres au terme de 3 ans.

Les différents praticiens sont maîtres de stage depuis 6,8 ans en moyenne (écart type = 4,6) avec des variations allant de 6 mois à 25 ans.

III.2. Formation des Maîtres de stage

Les souhaits :

21 maîtres de stage sur 57 (36,8%) répondent qu'une formation validante doit être proposée par la faculté pour l'agrément à la maîtrise de stage.

En pratique :

	Formation par la faculté pour agrément		Formation suffisante		Retour des évaluations de stage par l'interne	
OUI	42,1%	24/57	81,25%	26/32	98%	50/51
NON	57,9%	33/57	18,75%	6/32	2%	1/51

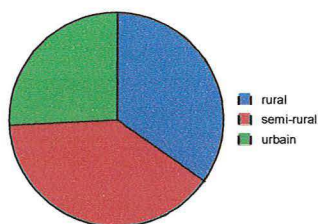
Formations facultaires régulières à la maîtrise de stage :

	OUI, suffisante		OUI, insuffisante		NON, inutile		NON, non proposée	
Avis MDS	25,5%	13/51	11,8%	6/51	35,3%	18/51	27,4%	14/51

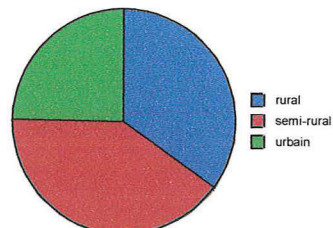
III.3. Caractéristiques des lieux d'exercices

3.1. Localisation du cabinet

Secteur UPL souhaité par les IMG



Secteur UPL souhaité par les MDS



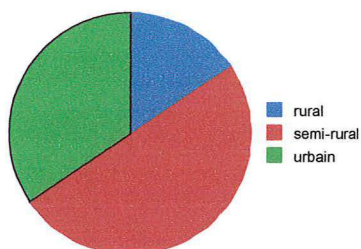
Secteur UPL souhaité par les IMG

	Nombre	Pourcentage
rural	15	34,9
semi-rural	17	39,5
urbain	11	25,6
Total	43	100

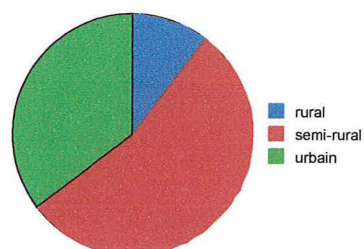
Secteur UPL souhaité par les MDS

	Nombre	Pourcentage
rural	27	35
semi-rural	31	40,3
urbain	19	24,7
Total	77	100

Secteur UPL réel des IMG



Secteur UPL réel des MDS



Secteur UPL réel des IMG

	Nombre	Pourcentage
rural	11	15,7
semi-rural	35	50
urbain	24	34,3
Total	70	100

Secteur UPL réel des MDS

	Nombre	Pourcentage
rural	6	10,5
semi-rural	31	54,4
urbain	20	35,1
Total	57	100

Attentes des IMG versus attentes des MDS :

$p(\text{Chi}^2) = 0,9935$ donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

Attentes des IMG versus réalité :

$p(\text{Chi}^2) = 0,0627$ donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

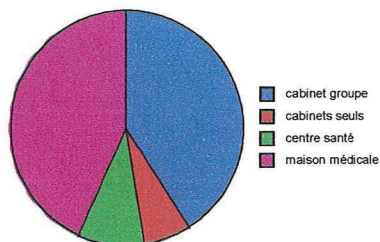
Attentes des MDS versus réalité :

$p(\text{Chi}^2) = 0,0049$ donc il y a bien une **différence significative**.

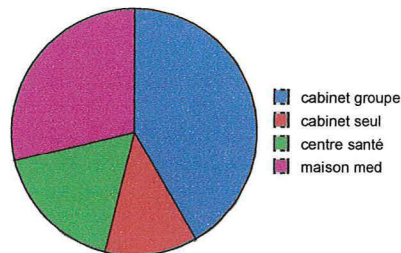
3.2. Type d'UPL

Attentes :

Type UPL souhaité par les IMG



Type UPL souhaité par les MDS



Type UPL souhaité par les IMG

Type UPL	Nombre	Pourcentage
cabinet groupe	18	40,9
cabinets seuls	3	6,8
centre santé	4	9,1
maison médicale	19	43,2
Total	44	100

Type UPL souhaité par les MDS

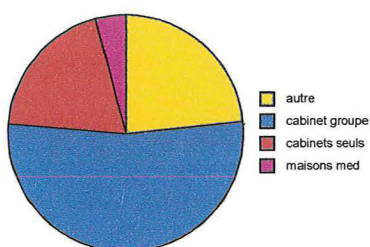
Type UPL	Nombre	Pourcentage
cabinet groupe	31	41,9
cabinet seul	9	12,1
centre santé	13	17,6
maison med	21	28,4
Total	74	100

Attentes des IMG versus attentes des MDS :

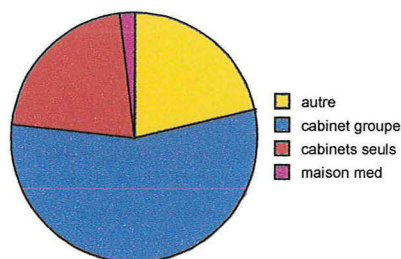
En comparant les attentes pour chaque type de cabinet souhaité, il apparaît une différence significative avec $p(\chi^2) = 0,002$ concernant les maisons médicales.

Réalité :

Type UPL réel des IMG



Type UPL réel des MDS



Type UPL réel des IMG

Type UPL	Nombre	Pourcentage
autre	6	23,077
cabinet groupe	14	53,846
cabinets seuls	5	19,231
maisons med	1	3,846
Total	26	100,000

Type UPL réel des MDS

Type UPL	Nombre	Pourcentage
autre	12	21,4
cabinet groupe	31	55,4
cabinets seuls	12	21,4
maison med	1	1,8
Total	56	100

Réalité des IMG versus réalité des MDS pour chacun des types de stage :

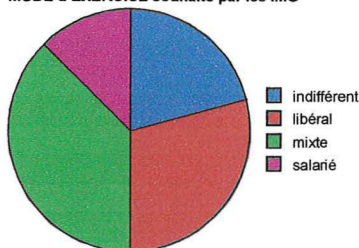
On ne peut mettre en évidence de différence significative.

Attentes des IMG vs réalité : comparaison statistique impossible du fait du nombre trop faible ou nul de répondants pour les types d'UPL « maisons médicales » et « centre de santé » dans le questionnaire final et de la possibilité de donner des réponses multiples dans le questionnaire initial.

3.3. Mode d'exercice

Attentes :

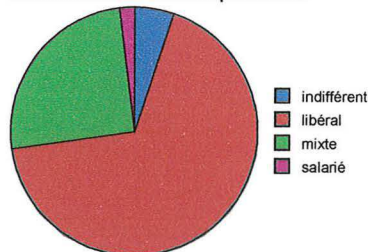
MODE d'EXERCICE souhaité par les IMG



MODE d'EXERCICE souhaité par les IMG

	Nombre	Pourcentage
indifférent	5	20,8
libéral	7	29,2
mixte	9	37,5
salarié	3	12,5
Total	24	100

MODE d'EXERCICE souhaité par les MDS



MODE d'EXERCICE souhaité par les MDS

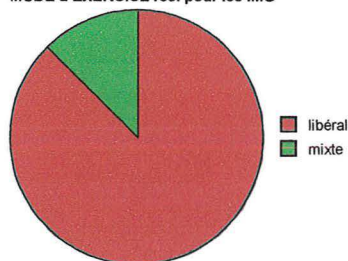
	Nombre	Pourcentage
indifférent	3	5,1
libéral	40	67,8
mixte	15	25,4
salarié	1	1,7
Total	59	100

Attente des IMG vs attentes des MDS :

Les tests ne nous permettent pas d'établir de lien statistique.

Réalité :

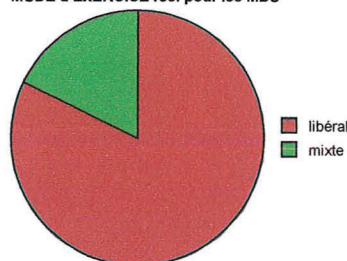
MODE d'EXERCICE réel pour les IMG



MODE d'EXERCICE réel pour les IMG

	Nombre	Pourcentage
libéral	63	87,5
mixte	9	12,5
Total	72	100

MODE d'EXERCICE réel pour les MDS



MODE d'EXERCICE réel des MDS

	Nombre	Pourcentage
libéral	47	82,5
mixte	10	17,5
Total	57	100

Attente des IMG versus réalité :

On ne considère que la différence entre les exercices mixtes et libéraux seules réponses « réelles » obtenues.

p de Fisher = 0.0004 donc il y a une **différence significative**.

3.4. Emploi du temps

Type de répartition

	Répartition discontinue		Répartition continue	
Souhait IMG	83.3%	20/24	8.3%	1/24
Souhait MDS	84.7%	50/59	0%	0/59
Réalité IMG	92.3%	24/26	3.8%	1/26
Réalité MDS	98.2%	55/57	0%	0/57

La répartition discontinue :

Les tableaux suivants correspondent uniquement aux réponses données pour une répartition discontinue :

	Intérêt Pédagogique		Pratique pour le patient		Pratique pour l'interne	
Avis IMG	90,9%	20/22	90,9%	20/22	100	22/22
Avis MDS	92.5%	49/53	100%	55/55	94,5%	52/55

Type emploi du temps plébiscité après réalisation du stage

	Nombre	Pourcentage
continue	2	8,3
discontinue	18	75
par semaine	4	16,7
Total	24	100

Modifications possibles de l'emploi du temps selon les mds :

Pour les Maîtres de stage, 13/55 pourraient réaliser une répartition par semaine si on les y obligeait, 9/55 seulement par mois consécutifs, 44/55 discontinue.

III.4. Logistique

4.1. Informatisation et secrétariat

	Informatisation		Secrétariat		Avec et sans secrétariat	
Souhait IMG	95.8%	23/24	37.5%	9/24	58.3%	14/24
Souhait MDS	91.5%	54/59	6.8%	4/59	77.8%	46/59
Réalité IMG	90.8%	69//76	67.1%	51/76		
Réalité MDS	98.2%	56/57	71.9%	41/57		

Souhait des IMG versus réalité quant à l'informatisation :

p de Fisher = 0,194 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

4.2. Distance domicile - lieu de stage

	Distance moyenne en km	Ecart type	Distance max en km	Distance moyenne en min	Ecart type	Distance max en min
Souhait IMG	31.3 km	12.8	60	31.8min	10.2	60
Réalité IMG	19.6 km	17.3	70	22.9min	12	60

4.3. Avantages en nature

	Logement sur place	Défraiement déplacement	Défraiement nourriture	Véhicule pour visites	Trousse d'urgence
Souhait IMG	34.8%	95.8%	66.7%	45.8%	100%
<i>nombre</i>	8/23	23/24	16/24	11/24	24/24
Souhait MDS	38.6%	35.7%	30.4%	29.8%	92.7%
<i>nombre</i>	22/57	20/56	17/56	17/57	51/55
Réalité IMG	0%	9.2%	44.7%	17.1%	15.8%
<i>nombre</i>	0/76	7/76	34/76	13/76	12/76
Réalité MDS	7.1%	15.8%	38.6%	19.3%	50.9%
<i>nombre</i>	4/56	9/57	22/57	11/57	29/57

III.5. Activités au cabinet et hors cabinet

5.1. Stage sécurité sociale

	Souhait IMG		Souhait MDS		Réalité IMG		Réalité MDS	
Stage sécu	83.3%	20/24	87.7%	50/57	12%	3/25	32.1%	18/56

Durée du stage sécu

En pratique selon les internes, le stage sécu a duré en moyenne 7,7heures (écart type = 0,577) allant de 7 à 8 heures.

En pratique, selon les Maîtres de stage, le stage Sécurité Sociale a duré en moyenne 8.6 heures (écart type = 4.205) allant de 2 à 20 heures.

5.2. Autres activités

L'activité indépendante du cabinet a été, selon les internes :

	Nombre	Pourcentage
encouragée	32	48,5
impossible	3	4,5
non réalisée	4	6,1
possible	27	40,9
Total	66	100

Activités préférentielles du MDS souhaitées par les internes :

gynécologie	16
pédiatrie	15
médecine du sport	12
soins palliatifs	8
comptabilité	3
gériatrie	3
radiologie	1
biologie	1
médecine manuelle	1
dermatologie	1
psychiatrie	1
régulation/SAMU	1

Activités auxquelles l'interne a participé au cours du stage :

GYNECOLOGIE	4	PLANNING	6
PEDIATRIE/PMI	10	CARDIOLOGIE	2
PRISON	1	RHUMATOLOGIE	1
ORL	4	ORTHOPHONISTE	4
KINESITHERAPIE	8	NEUROLOGIE	1
DERMATOLOGIE	10	POMPIERS	1
ALLERGOLOGIE	1	SAMU	2
INFIRMIERS	3	SPECIALISTE	24
PHARMACIE	2	HAD	1
LABORATOIRES	1	URGENCES	1
ONCOLOGIE	1	PODOLOGIE	1

5.3. Participation à la permanence des soins

	Proposée par le MDS	Réalisée sur volontariat	Imposée avec le MDS	Imposée sans le MDS	Pas de participation
Souhait IMG	10	9	1	0	3
Souhait MDS	31	14	4	0	8
Réalité IMG	1	1	0	0	22
Réalité MDS	5	2	0	0	47

III.6. Formation Médicale Continue

23 internes sur 24 souhaitent participer à une FMC.

Types de FMC évoquées par les internes :

Groupe de pairs	12
FMC officielle	5
congrès MG	4
EPU	1
Présentation labos	1

Types de FMC proposées par les MDS :

Groupe de pairs	11
FMC officielle	19
LABO	3
SEMINAIRE	1
EPU	4
FPC	1

Les internes ont-ils participé à une FMC ?

Réalisation d'une FMC

	Nombre	Pourcentage
NON	40	55,6
OUI	32	44,4
Total	72	100

Raisons de l'absence de participation à une FMC

Réponse des IMG

	Nombre	Pourcentage
pas de FMC	5	15,6
pas envie	3	9,4
pas invité	24	75
Total	32	100

Réponse des MDS

	Nombre	Pourcentage
autre	1	5
pas de FMC	5	25
pas invité	10	50
pas volonté interne	4	20
Total	20	100

III.7. Nombre de Consultations

7.1. En phase passive

	Moyenne	Écart type	Nombre min.	Nombre max.
Souhait IMG	23.6	5.9	10	30
Souhait MDS	18.9	5.8	0	30
Réalité IMG	21.7	8.2	0	40
Réalité MDS	20.5	8.2	0	40

A/ Souhait des IMG versus souhait des MDS:

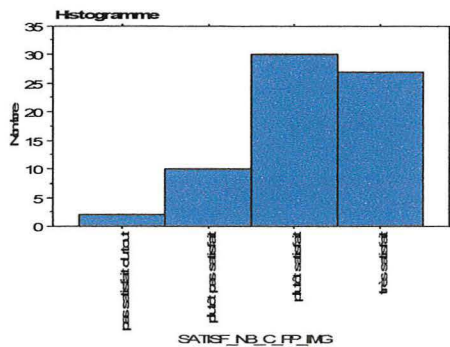
p de Mann Whitney = 0,0035 donc il y a une **différence significative**.

B/ Souhait des IMG vs réalité

p de Mann Whitney = 0,2449 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ Satisfaction des IMG sur le nombre de Consultations réalisées :

p d'Anova = 0,7284 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.



SATISFACTION des IMG sur le nombre de consultations réalisées en PP

	Nombre	Pourcentage
pas satisfait du tout	2	2,9
plutôt pas satisfait	10	14,5
plutôt satisfait	30	43,5
très satisfait	27	39,1
Total	69	100

D/ Nombre de Consultations souhaité avant le stage versus le nombre idéal de Consultations retenu après le stage par les IMG pour la phase passive :

	Moyenne	Écart type	Nombre min.	Nombre max.
Souhait initial	23.6	5.9	10	30
Souhait final	20,9	5,9	10	35

p de Mann Whitney = 0,1246 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

7.2. En phase semi active

	Moyenne	Écart type	Nombre min	Nombre max
Souhait IMG	20.7	4.3	15	30
Souhait MDS	18	5.8	5	30
Réalité IMG	20.3	8.3	0	40
Réalité MDS	18.4	7.8	4	40

A/ Souhait des IMG versus souhait des MDS :

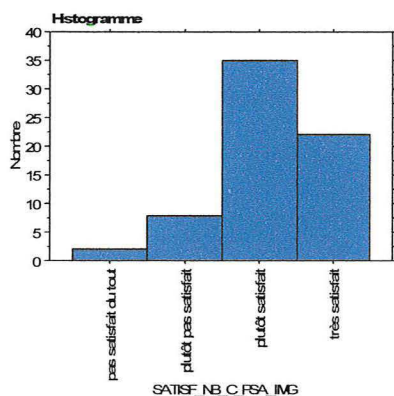
p de Mann Whitney = 0,0581 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ Souhait des IMG versus réalité :

p de Mann Whitney = 0,692 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ Satisfaction des IMG sur le nombre de Consultations réalisées :

p d'Anova = 0,8476 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.



Distribution en fréquence pour Satisf_NB_C_FSA_IMG

	Nombre	Pourcentage
pas satisfait du tout	2	2,985
plutôt pas satisfait	8	11,940
plutôt satisfait	35	52,239
très satisfait	22	32,836
Total	67	100,000

D/ Nombre de Consultations souhaité avant le stage et le nombre de Consultations idéal retenu après le stage par les internes en PSA :

	Moyenne	Écart type	Nombre min.	Nombre max.
Souhait initial	20.7	4.3	15	30
Souhait final	20,7	4,3	15	30

On ne peut mettre en évidence de différence significative.

7.3. En phase active

	Moyenne	Ecart type	Nombre min	Nombre max
Souhait IMG	17.8	4.1	10	25
Souhait MDS	13	5.3	3	23
Réalité IMG	14.5	7.5	0	35
Réalité MDS	14.4	6.8	3	30

A/ Souhait des IMG versus souhait des MDS:

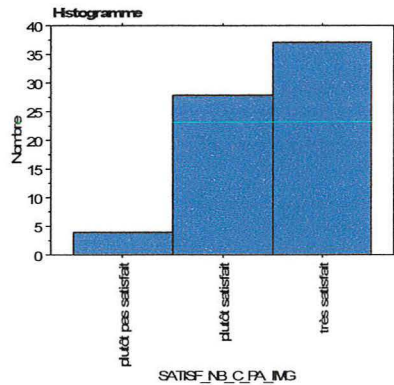
p de Mann Whitney = 0,0007 donc il y a une **différence significative**.

B/ Souhait des IMG versus réalité :

p de Mann Whitney = 0,0298 donc il y a une **différence significative**.

C/ Satisfaction des IMG sur le nombre de Consultations réalisées :

p d'Anova = 0,0118 donc il existe une **différence significative**.



Distribution en fréquence pour SATISF_NB_C_PA_IMG

	Nombre	Pourcentage
plutôt pas satisfait	4	5,797
plutôt satisfait	28	40,580
très satisfait	37	53,623
Total	69	100,000

D/ Nombre de Consultation souhaité avant le stage versus nombre de Consultation idéal retenu après le stage par les IMG en Phase Active

	Moyenne	Écart type	Nombre min.	Nombre max.
Souhait initial	17.8	4.1	10	25
Souhait final	16,8	5,4	8	33

p de Mann Whitney = 0,3374 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

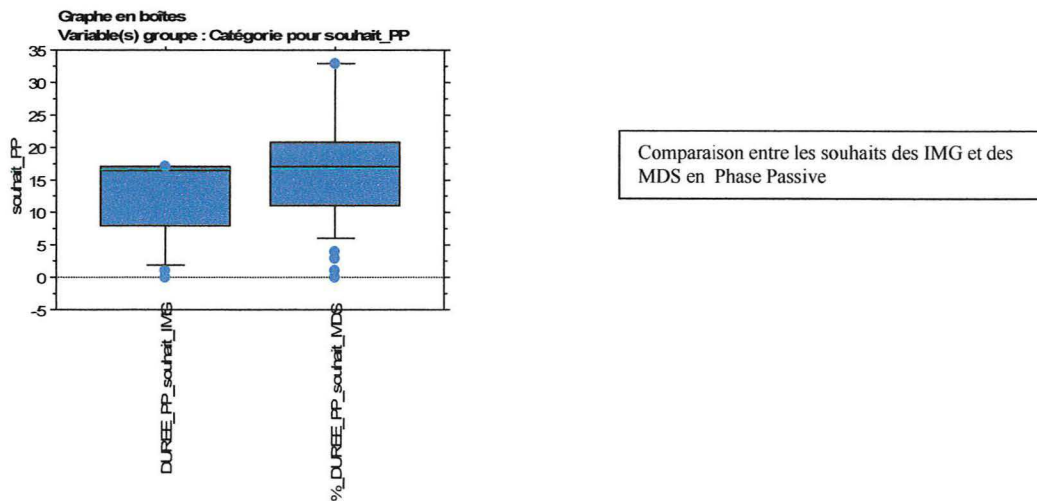
III.8. Répartition des phases

8.1. Durée de la phase passive

PP	Moyenne en %	Moyenne en jours	Écart type	Min.	Max.
Souhait IMG	12.3%	22	6.1	0%	16%
Souhait MDS	17.3%	31	9.2	0%	33%
Réalité IMG	14.4%	26	13.1	0%	67%
Réalité MDS	18.2%	33	13.8	0%	66%

A/ Souhais des IMG versus souhait des MDS

p de Mann Whitney = 0,0318. Il y a donc une **différence significative**.



B/ Réalité des IMG versus réalité des MDS

p d'Anova = 0,1516 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ Souhais versus réalité des IMG

p de Mann Whitney=0,686 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

D/ Souhais versus réalité des MDS

p de Mann Whitney=0,8734 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

8.2. Durée de la phase semi active

PSA	Moyenne en %	Moyenne en jours	Écart type	Min.	Max.
Souhait IMG	32.3%	58	17.9	3%	67%
Souhait MDS	37.5%	67.5	17.5	8%	83%
Réalité IMG	34.7%	62.5	28.1	0%	100%
Réalité MDS	38.6%	69.5	20.1	8%	99%

A/ Souhaits des IMG versus souhait des MDS

p d'Anova = 0,2337 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ Réalité des internes versus réalité des MDS

p de Mann Whitney=0,2434 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ Souhaits versus réalité des IMG

p de Mann Whitney = 0,9357 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

D/ Souhaits versus réalité des MDS

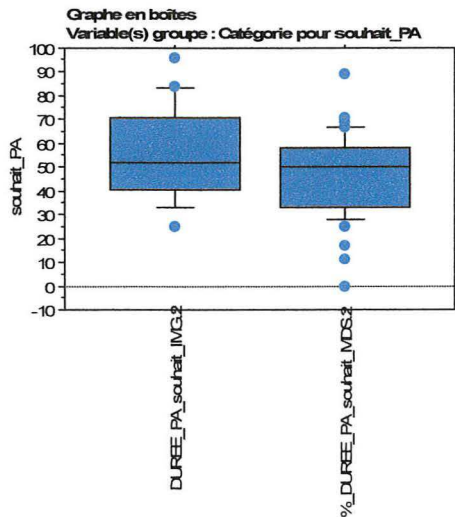
p de Mann Whitney=0,6749 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

8.3. Durée de la phase active

PA	Moyenne en %	Moyenne en jours	Écart type	Min.	Max.
Souhait IMG	55.4%	100	19	25%	96%
Souhait MDS	45%	81	17.7	0%	89%
Réalité IMG	50.9%	92	28.1	0%	100%
Réalité MDS	43.1%	77.5	19.8	0%	80%

A/ Souhaits des IMG versus souhaits des MDS

p d'Anova = 0,0229 donc il existe une **différence significative**.



Comparaison entre les souhaits des IMG et ceux des MDS en Phase Active

B/ Réalité des IMG versus réalité MDS

p de Mann Whitney = 0,1798 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ Souhaits des IMG versus réalité

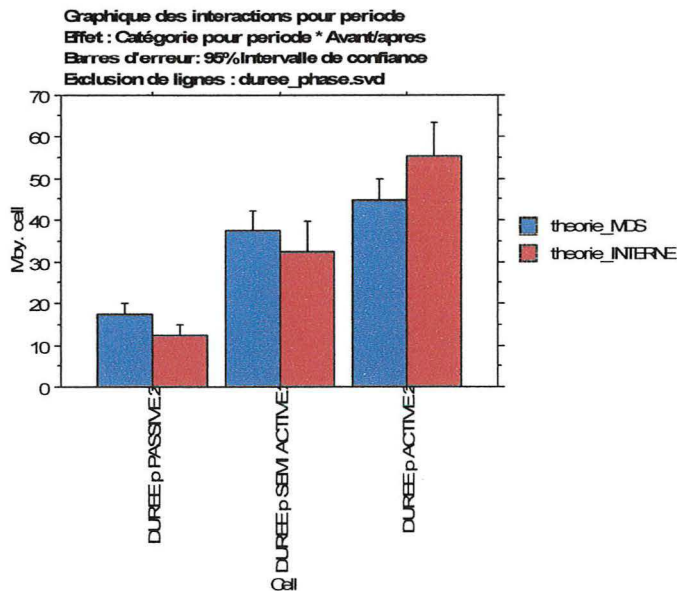
p de Mann Whitney = 0,3447 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

D/ Souhaits des MDS versus réalité

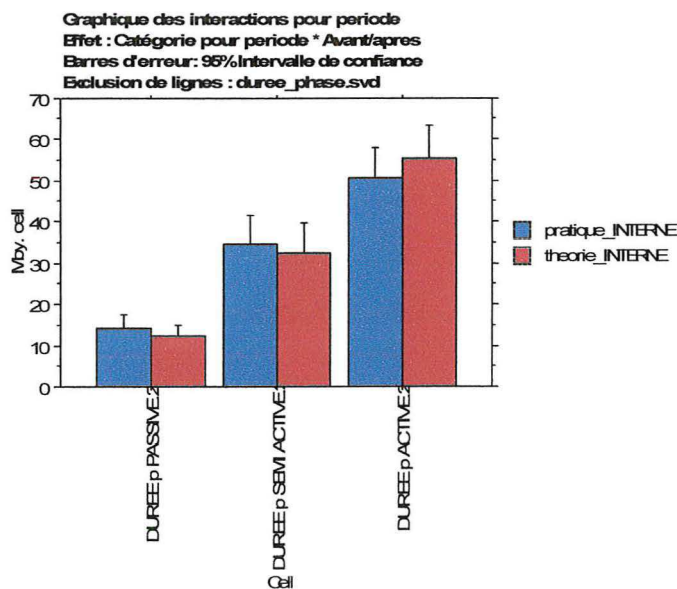
p d'Anova = 0,6133 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

8.4. Graphiques résumés

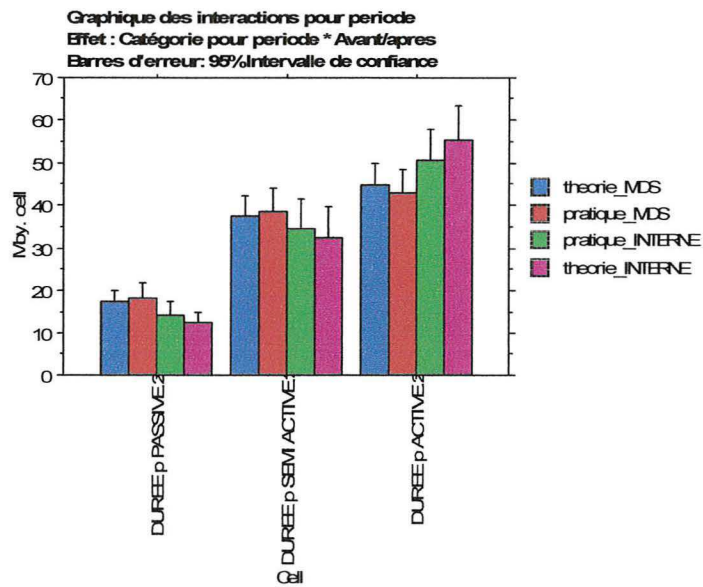
A/ Comparaison entre le souhait des internes et le souhait des MDS sur la durée des différentes phases



B/ Comparaison entre le souhait des internes et la réalité concernant la durée des différentes phases



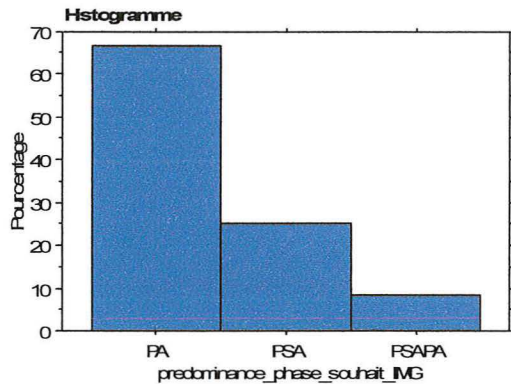
C/ Graphique résumé pour les différentes phases



8.5. Prédominance de phase

A partir des réponses obtenues sur la répartition des phases, nous avons pu mettre en évidence une phase prédominante dans le souhait de chacun

A/ Souhait des IMG



Prédominance de phase souhaitée par l'IMG

	Nombre	Pourcentage
PA	16	66,7
PSA	6	25
PSAPA	2	8,3
Total	24	100

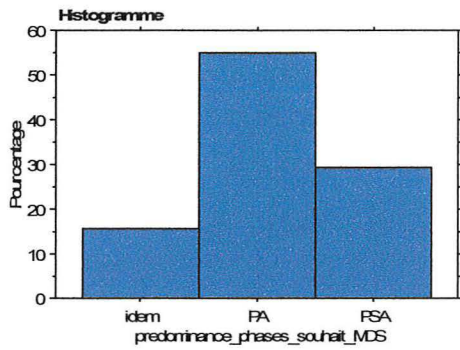
Légende :

PSAPA = phase active de durée équivalente à la phase semi active, prédominant sur la phase passive

PA = phase active prédominante

PSA = phase semi active prédominante

B/ Souhait des MDS



Predominance de phase souhaitée par le MDS

	Nombre	Pourcentage
idem	8	15,7
PA	28	54,9
PSA	15	29,4
Total	51	100,000

Légende :

idem = phase active = phase semi active = phase passive

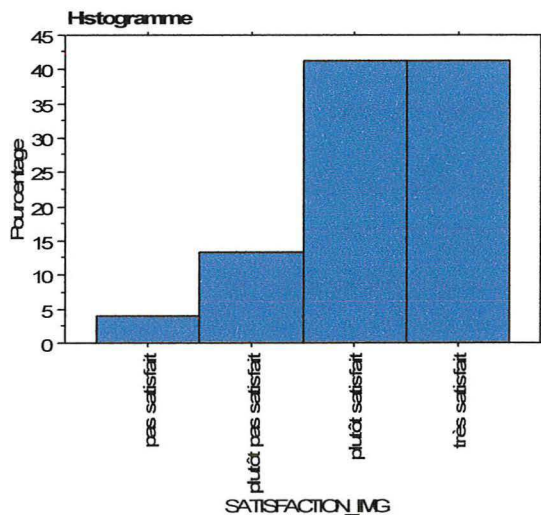
PA = phase active prédominante

PSA = phase semi active prédominante

8.6. Satisfaction des internes sur la répartition des phases

Distribution en fréquence pour SATISFACTION_IMG

	Nombre	Pourcentage
pas satisfait	3	4
plutôt pas satisfait	10	13,3
plutôt satisfait	31	41,3
très satisfait	31	41,3
Total	75	100



III.9. Supervision

9.1. Phase passive

Fréquence de la supervision en PP (*en nombre de fois par semaine*)

Supervision directe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	3,3	3,5	3,25	3,25
Ecart type	2,051	5,358	6,64	6,44
minimum	0	0	0	1
maximum	5	30	30	35

Supervision différée simple	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	1,4	1,4	0,44	0,85
Ecart type	1,89	2,788	0,66	0,88
minimum	0	0	0	0
maximum	5	15	3	4

Supervision différée groupe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	0,4	0,05	0,05	0,09
Ecart type	0,589	0,226	0,23	0,36
minimum	0	0	0	0
maximum	2	1	1	2

Réalisation de la supervision en PP

Supervision PP	directe		différée simple		différée groupe	
Souhait IMG	75 %	18/24	37.5 %	9/24	33.3 %	8/24
Souhait MDS	86.4 %	51/59	35.6 %	21/59	8.5 %	5/59
Réalité IMG	87.7 %	50/57	40.4 %	23/57	5.3 %	3/57
Réalité MDS	84.2 %	48/57	49.1 %	28/57	10.5 %	6/57

A/ Souhait des IMG versus souhait des MDS

- Supervision directe :
p de Fisher = 0,2146 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.
- Supervision différée simple :
p chi2 = 0,8698 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher=0,008 donc il y a une **différence significative**.

B/ Souhait des IMG versus réalité

- Supervision directe :
p de Fisher = 0,1897 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

- Supervision différée simple :
p chi2 = 0,8106 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher = 0,002 donc il y a une **différence significative**.

C/ Souhait des MDS versus réalité

- Supervision directe :
p chi2 = 0,7342 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée simple :
p chi2 = 0,1403 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher = 0,76 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

NB on ne peut mettre de différence significative entre les réponses réelles des IMG et celles des MDS

9.2. Phase semi active

Fréquence de la supervision en PSA (en nombre de fois par semaine)

Supervision directe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	2,725	3,33	3,36	1,98
Ecart type	2,37	6,94	6,7	2,65
minimum	0	0	0	0
maximum	5	40	30	15

Supervision différée simple	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	2,55	2,79	0,59	1,47
Ecart type	2,241	3,92	1,08	3,09
minimum	0	0	0	0
maximum	5	20	7	20

Supervision différée groupe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	0,45	0,077	0,05	0,22
Ecart type	0,83	0,27	0,22	0,81
minimum	0	0	0	0
maximum	3	1	1	5

Réalisation de la supervision en PSA

Supervision PSA	directe		différée simple		différée groupe	
Souhait IMG	54.2 %	13/24	62.5 %	15/24	29.2 %	7/24
Souhait MDS	72.9 %	43/59	66.1 %	39/59	8.5 %	5/59
Réalité IMG	82.8 %	48/58	41.4 %	24/58	5.2 %	3/58
Réalité MDS	82.5 %	47/57	59.6 %	34/57	19.3 %	11/57

A/ Souhait des IMG versus souhait des MDS

- Supervision directe :
p chi² = 0,0989 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.
- Supervision up différée simple :
p chi² = 0,7550 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher = 0,0334 donc il y a une **différence significative**.

B/ Souhait des IMG versus réalité

- Supervision directe :
p chi² = 0,007 donc il y a une **différence significative**
- Supervision différée simple :
p chi² = 0,0814 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher = 0,0056 donc il y a une **différence significative**.

C/ Souhait des MDS versus réalité

- Supervision directe :
p chi² = 0,2164 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée simple :
p chi² = 0,4719 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée en groupe :
p chi² = 0,091 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

NB : la réalité décrite par les 2 parties approche d'une différence significative avec p chi² = 0,0501.

9.3. Phase active

Fréquence de la supervision en PA (en nombre de fois par semaine)

Supervision directe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	2,975	3,56	2,74	1,73
Ecart type	2,331	10,98	6,45	2,73
minimum	0	0	0	0
maximum	5	60	30	15

Supervision différée simple	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	2,167	3	0,89	1,4
Ecart type	2,266	3,12	1,09	1,73
minimum	0	0	0	0
maximum	5	20	5	10

Supervision différée groupe	Souhait des IMG	Souhait des MDS	Réalité selon IMG	Réalité selon MDS
Moyenne	1,2	0,62	0,05	0,21
Ecart type	1,61	1,21	0,21	0,83
minimum	0	0	0	0
maximum	5	5	1	5

Réalisation de la supervision en PA

Supervision PA	directe		différée simple		différée groupe	
Souhait IMG	66.7%	16/24	54.2%	13/24	54.2%	13/24
Souhait MDS	42.4 %	25/59	86.4 %	51/59	32.2%	19/59
Réalité IMG	67.2 %	45/67	59.7 %	40/67	4.5%	3/67
Réalité MDS	64.9 %	37/57	68.4 %	39/57	17.5 %	10/57

A/ Souhait des IMG vs souhait des MDS

- Supervision directe :
p chi2= 0,044 donc il y a une **différence significative**
- Supervision différée simple :
p chi2 = 0,0015 donc il y a une **différence significative**
- Supervision différée en groupe :
p chi2 = 0,064 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ Souhait des IMG versus réalité

- Supervision directe :
p chi2 = 0,9645 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée simple :
p chi2 = 0,637 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative
- Supervision différée en groupe :
p de Fisher <0,0001 donc il y a une **différence significative**

C/ Souhait des MDS versus réalité

- Supervision directe :
p chi2 = 0,015 donc il y a une **différence significative**
- Supervision différée simple :
p chi2= 0,02 donc il y a une **différence significative**
- Supervision différée en groupe :
P chi2 = 0,068 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

NB : on ne peut mettre en évidence de différence significative entre les réalités décrites par les 2 parties.

III.10. Compétences

Compétences	Cognitives	Réflexives	Professionnelles	Totales
Souhait IMG	45%	38,3%	50,7%	46,6%
Compétences acquises avant le stage	44,2%	32,7%	14,6%	30,8%
Compétences acquises au cours du stage selon l'IMG	44,2%	33,7%	54,4%	47,4%
Total compétences acquises en fin du stage	88,4%	66,4%	69%	78,2%
Souhait MDS	58,8%	40,3%	44,7%	51,2%
Compétences acquises au cours du stage selon le MDS	57,4%	43,3%	50,3%	53,1%

10.1. Corrélation supervision différée simple et compétences acquises

10.1.1. En phase passive

A/ la note totale

p de Mann Whitney= 0,469 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney=0,454 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ la note réflexive

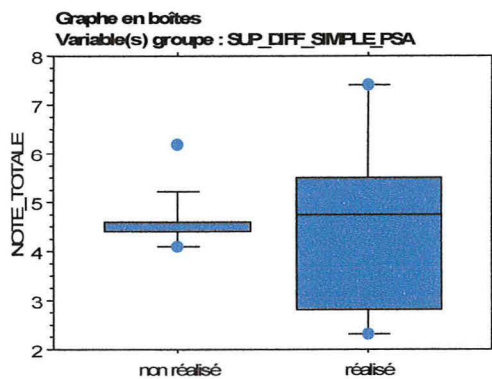
p de Mann Whitney=0,354 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney=0,358 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

10.1.2. En phase semi active

A/ la note totale

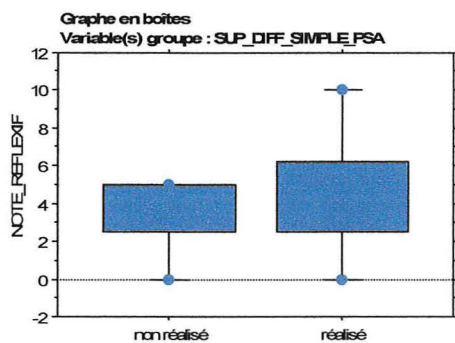


p de Mann Whitney=0,699 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ la note cognitive

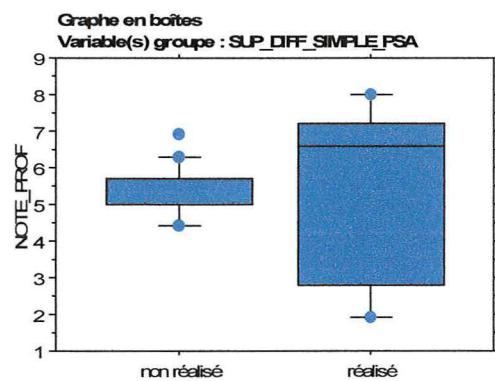
p de Mann Whitney=0,088 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

C/ la note réflexive



p de Mann Whitney=0,3199 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

D/ la note professionnelle



p de Mann Whitney=0,070 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

10.1.3. En phase active

A/ la note totale

p de Mann Whitney=0,262 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney=0,451 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

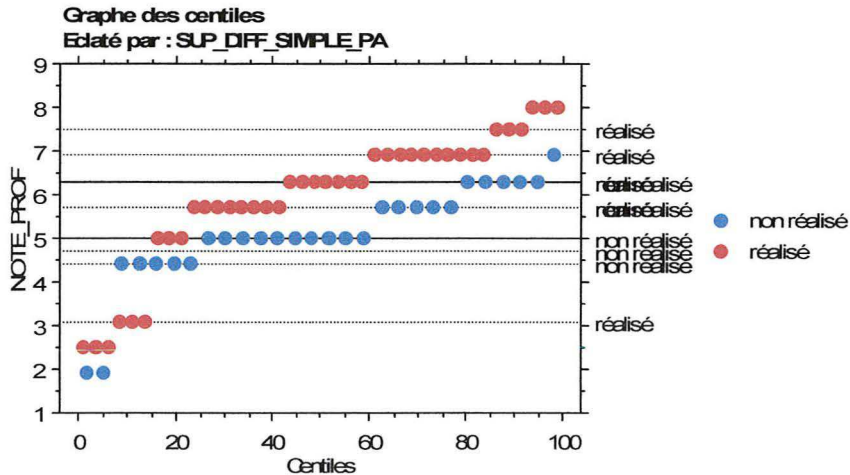
C/ la note réflexive

p de Mann Whitney=0,847 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney=0,0013 donc il y a une **différence significative**

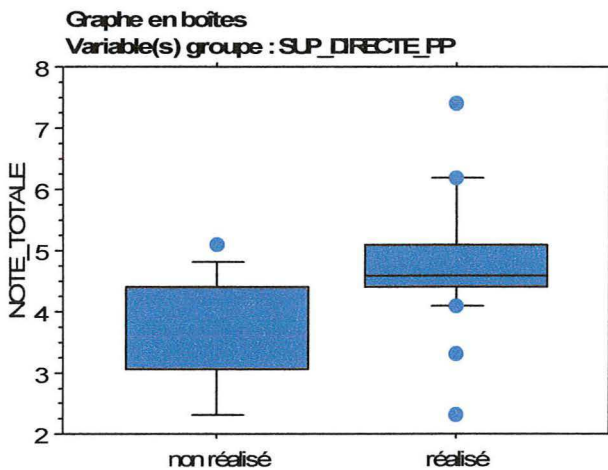
Graphes éclatés représentant la note professionnelle des internes en fonction de la réalisation ou de la non réalisation de la supervision différée simple en phase active



10.2. Corrélation supervision directe et compétences acquises

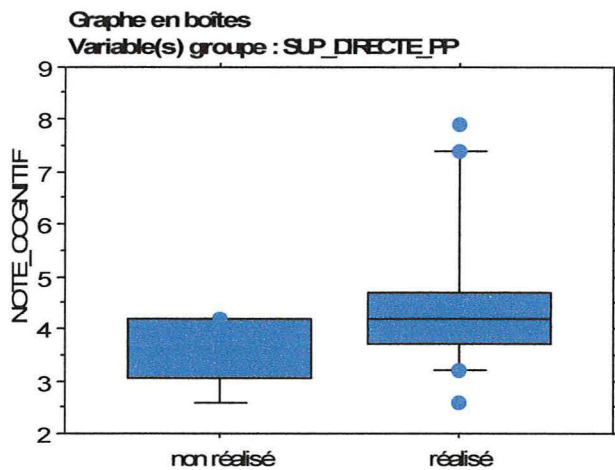
10.2.1. En phase passive

A/ la note totale



p de Mann Whitney =0,0072 donc il y a une **différence significative**

B/ la note cognitive

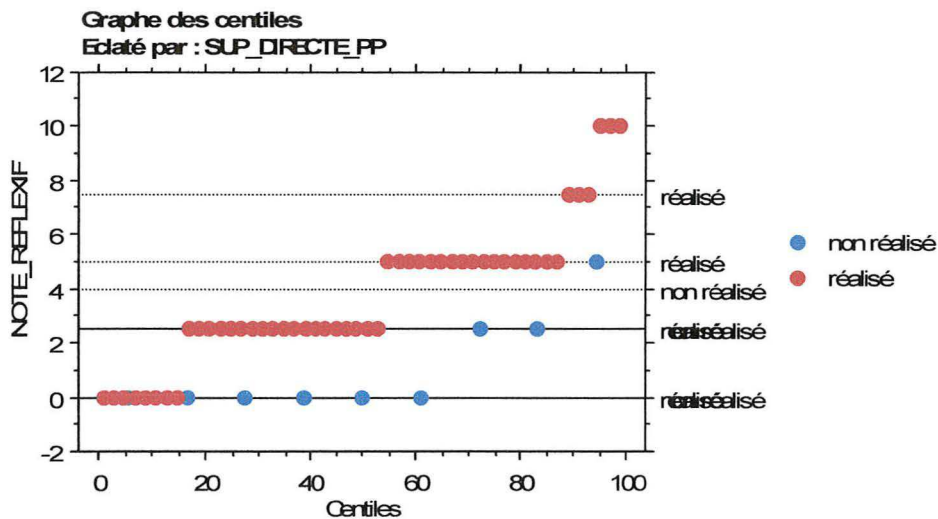


p de Mann Whitney = 0,0839 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,0059 donc il y a une **différence significative**.

Graphique éclaté représentant la note réflexive des internes en fonction de la réalisation ou de la non réalisation de la supervision directe en phase passive

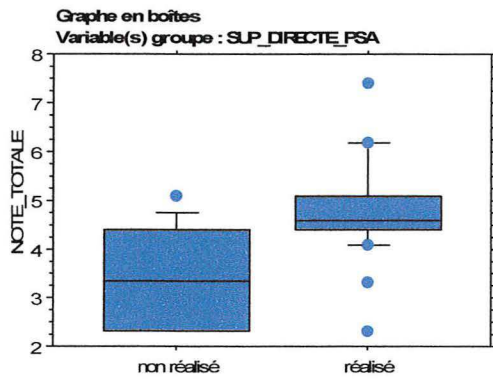


D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,2336 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

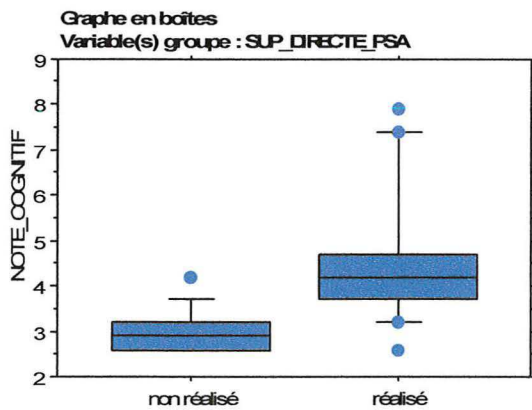
10.2.2. En phase semi active

A/ la note totale



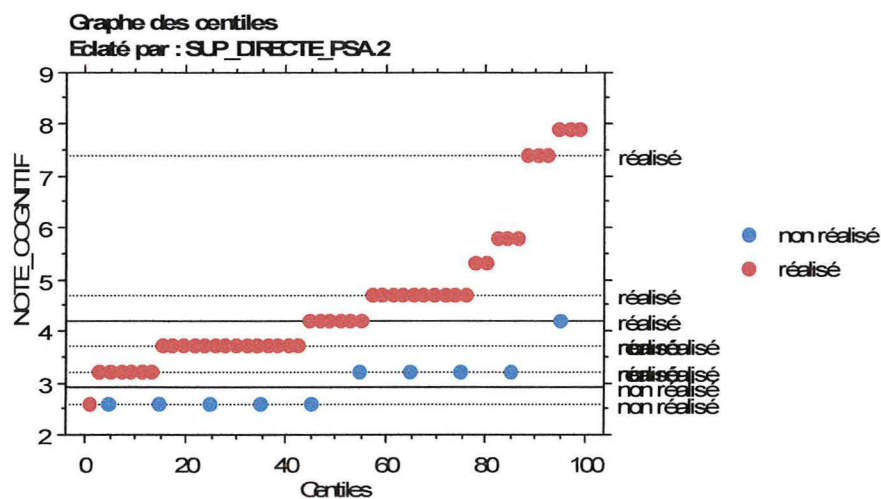
p de Mann Whitney=0,0019 donc il y a une **différence significative**.

B/ la note cognitive



p de Mann Whitney <0,001 donc il y a une **différence significative**.

Graphe éclaté représentant la note cognitive des internes en fonction de la réalisation ou de la non réalisation de la supervision directe en phase semi active



C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,9918 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,7187 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

10.2.3. En phase active

A/ la note totale

p d'Anova = 0,784 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney = 0,2035 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,9217 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,3223 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

10.3. Corrélation nombre de consultations et nombre de compétences acquises

10.3.1. En phase passive

A/ la note totale

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

B/ la note cognitive

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

C/ la note réflexive

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

D/ la note professionnelle

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

10.3.2. En phase semi active

A/ la note totale

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

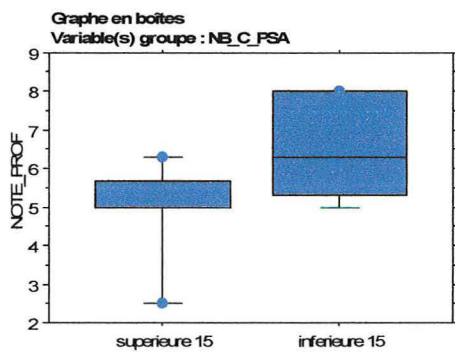
B/ la note cognitive

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

C/ la note réflexive

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C, ni pour 30C.

D/ la note professionnelle



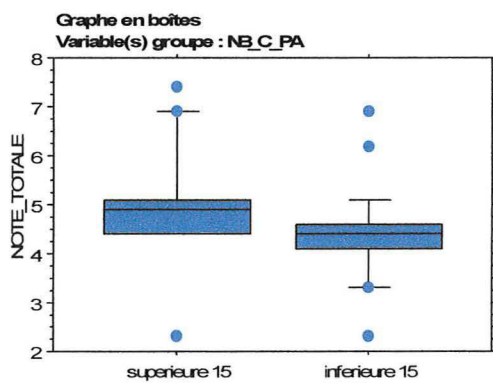
p de Mann Whitney = 0,0464 donc il y a une **différence significative**.

NB : p toujours significatif pour $c < 20$.

10.3.3. En phase active

Nous n'avons testé que 15 et 20 car quasiment aucun n'interne n'arrivait à 30C/ jour.

A/ la note totale



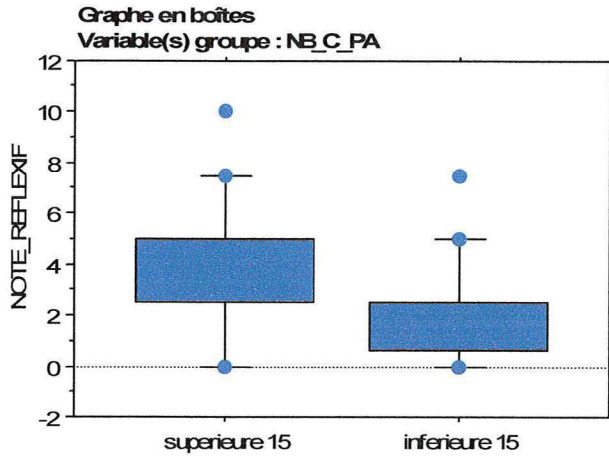
p de Mann Whitney = 0,0041 donc il y a une **différence significative**.

C'est toujours significatif pour un seuil à 20C. On ne peut mettre en évidence cette significativité à 10C.

B/ la note cognitive

On ne peut mettre en évidence de différence significative pour une limite placée à 15 consultations en phase passive, pas non plus pour 20C

C/ la note réflexive

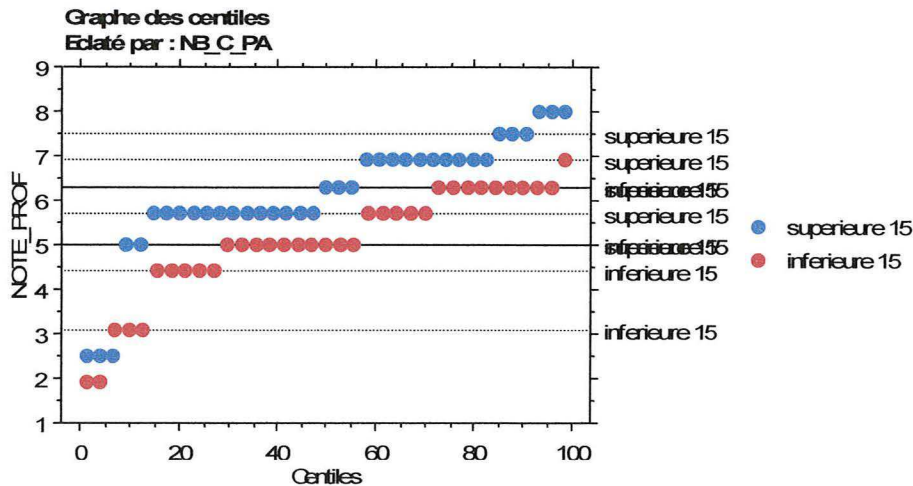


p de Mann Whitney = 0,0398 donc il existe une **différence significative**.
Pour un seuil à 20C p = 0,0082. Par contre, p = 0,8234 pour un seuil à 10C.

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,0003 donc il y a une **différence significative**.
On ne peut plus mettre en évidence de différence significative quand on place le seuil à 20C. Ni à 10C.

Graphe éclaté représentant la note professionnelle des internes pour un nombre de consultations supérieur ou inférieur (ou égal) à 15 en phase active



10.4. Corrélation répartition des différentes phases et compétences acquises

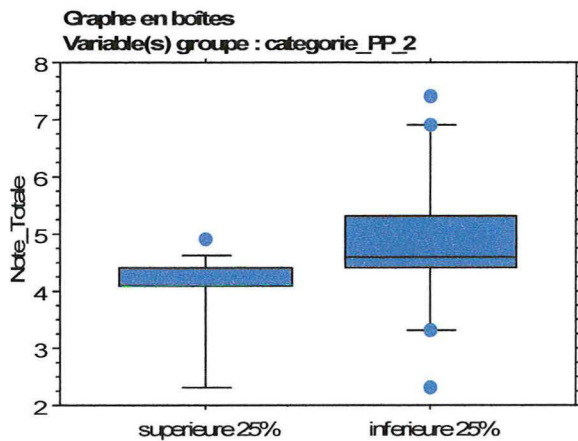
10.4.1. Phase passive

On prend comme **valeur seuil 14,4%** du temps ce qui correspond à la réalité décrite par les internes.

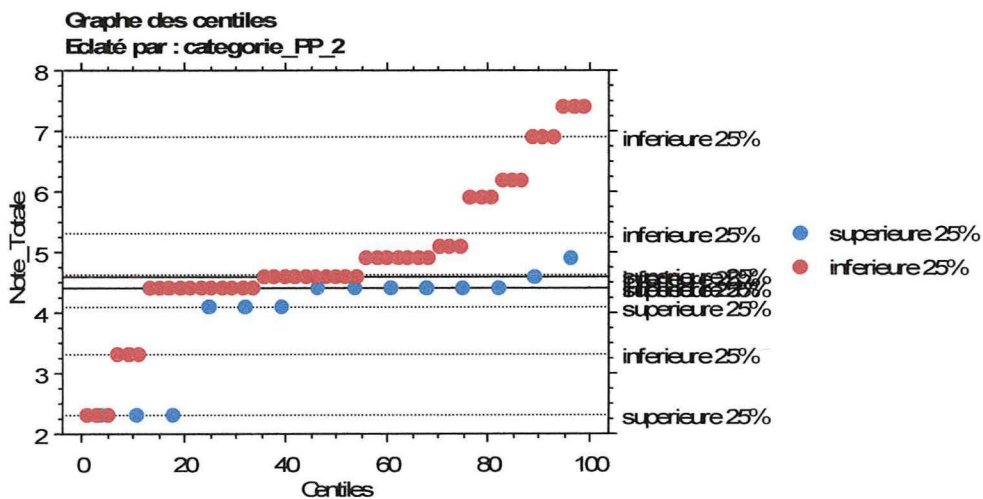
A/ la note totale :

p de Mann Whitney = 0,0805 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

Il existe une **significativité à 25%** avec $p = 0,001$.



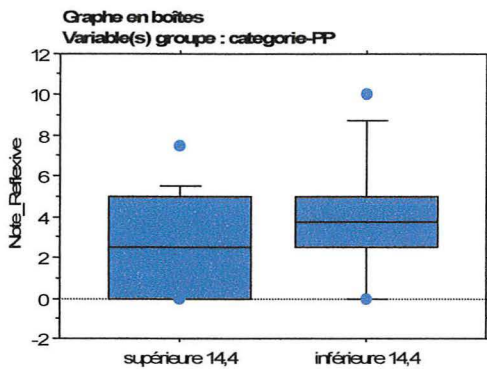
Graphe éclaté représentant la note totale des internes pour une phase passive supérieure ou inférieure (ou égale) à 25% de la durée du stage



B/ la note cognitive

p de Mann Whitney = 0,978 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

C/ la note réflexive



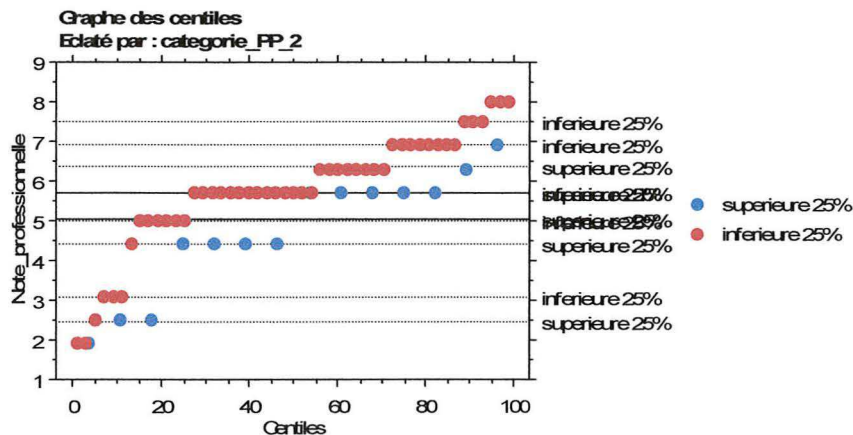
p de Mann Whitney = 0,0186 donc il y a une **différence significative**
 Si on place la barre à 33 %, on ne peut plus mettre en évidence de significativité.

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,956 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

Il existe une **significativité à 25%** avec $p = 0,0197$.

Grphe éclaté représentant la note professionnelle des internes pour une phase passive supérieure ou inférieure (ou égale) à 25% de la durée du stage



10.4.2. Phase semi active

On place la **limite à 34,7%** ce qui correspond à la réalité décrite par les internes.

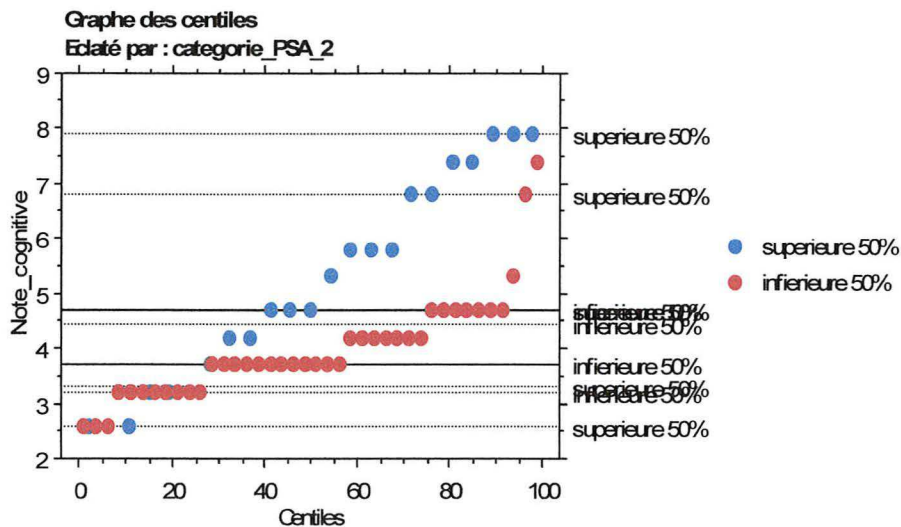
A/ la note totale

p de Mann Whitney = 0,3354 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney = 0,0289 donc il existe une **différence significative**. C'est toujours significatif à 50% avec $p = 0,0196$.

Graphe éclaté représentant la note cognitive des internes pour une phase semi active supérieure ou inférieure (ou égale) à 50% de la durée du stage



C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,7854 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,7323 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

10.4.3. En phase active

On prend comme **seuil 50,9%** ce qui correspond à la réalité décrite par les internes.

A/ la note totale

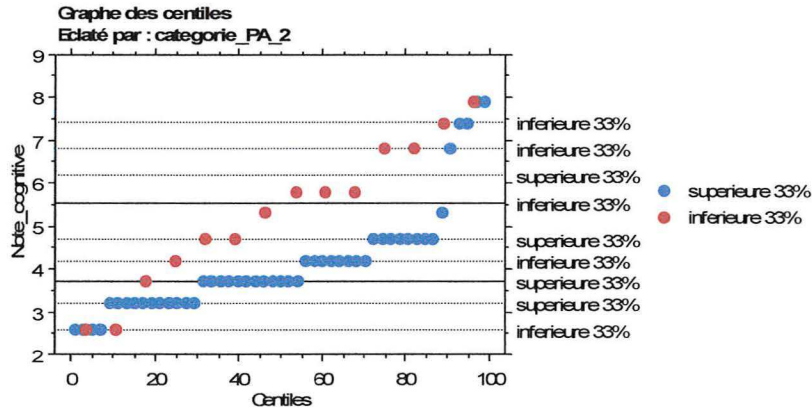
p de Mann Whitney = 0,6992 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney = 0,5458 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

Il y a une **significativité pour un seuil à 33%** avec $p = 0,0135$

Graphe éclaté représentant la note cognitive des internes pour une phase active supérieure ou inférieure (ou égale) à 33% de la durée du stage



C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,3118 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,6279 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

10.5. Corrélation déroulement des phases et compétences acquises

A/ la note totale

p de Mann Whitney = 0,4884 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

B/ la note cognitive

p de Mann Whitney = 0,6064 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

C/ la note réflexive

p de Mann Whitney = 0,3586 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative

D/ la note professionnelle

p de Mann Whitney = 0,2918 donc on ne peut mettre en évidence de différence significative.

III.11. Carnet d'objectifs

	Souhaite un carnet d'objectifs		D'accord avec la forme du carnet actuel		D'accord avec le fond du carnet actuel		D'accord avec notre grille	
IMG	75%	18/24	31.25%	5/16	40%	6/15	77.3%	17/22
MDS	73.2%	41/56	39.4%	13/33	66.7%	20/30	80.8%	38/47

IV. INTERPRETATION

IV.1. Aspects humains

1.1. Caractéristiques de la population répondante

Il y a plus de répondants chez les internes que chez les maîtres de stage. On s'étonne d'ailleurs du faible taux de répondants parmi les maîtres de stage, notamment sur le deuxième questionnaire (48,3%).

Il semble exister, entre les deux populations, une homogénéité dans l'âge et le sexe des répondants entre le questionnaire initial et le questionnaire final.

La proportion d'hommes est plus importante chez les maîtres de stage (74,6 % dans le premier questionnaire et 70,4% dans le second), alors que la gente féminine est plus représentée chez les internes (58,3 % dans le premier questionnaire et 61,5% dans le second) ce qui va dans le sens d'un phénomène déjà constaté sur un plan national : la féminisation de la médecine.

On note une grande dispersion dans l'âge des maîtres de stage, de 34 à 64 ans, avec un écart type élevé (7 en moyenne). L'écart type des internes est proche de 1, le stage chez le praticien de 1^{er} niveau intervenant dans 87,8% des cas en moyenne au 3^{ème} semestre.

Le profil type du maître de stage semblerait correspondre à un homme de 50 ans et celui de l'interne à une femme de 26 ans, non mariée et sans enfants.

1.2. Nombre de Maîtres de stage

Une majorité d'internes (67%) et de maîtres de stage (84,2%) s'accorde sur le fait que le nombre idéal de maîtres de stage est de 3.

La réalité semble conforme à leurs désirs, 84,6% des UPL comptant 3 maîtres de stage (selon les internes).

Cependant, la satisfaction des internes ne semble pas corrélée au nombre de maîtres de stage dans l'UPL.

1.3. Nombre d'années d'exercice avant la maîtrise de stage

50,8% des maîtres de stage considèrent 4,8 ans en moyenne comme étant le nombre idéal d'années d'exercice nécessaires avant de prétendre à la maîtrise de stage, critère considéré comme pertinent par 78% d'entre eux.

On remarque qu'en pratique les répondants ont exercé 13,8 ans en moyenne avant de devenir maître de stage. On s'étonne du fait de la loi qu'un médecin soit devenu maître de stage au terme de 2 années seulement d'exercice.

1.4. Motivations des IMG

Le stage chez le praticien a été majoritairement un choix volontaire de la part des internes (22/24). Ce choix de l'UPL a été motivé par le rapprochement géographique, cité 22 fois en tout et 10 fois comme premier critère de sélection, et par le type d'activité préférentielle des maîtres de stage cité 22 fois et 9 fois comme premier critère. Les horaires de stage ont aussi été cités 22 fois et apparaissent surtout en 2^{ème} critère de choix (8/22).

1.5. Motivations des maîtres de stage

Pour les praticiens, la maîtrise de stage a été motivée par l'intérêt pédagogique pour l'interne cité 58 fois, dont 44 fois comme 1^{er} critère et 10 fois comme 2^{ème} critère, et par l'intérêt personnel pour améliorer sa propre pratique cité 52 fois, dont 26 fois comme 1^{er} critère et 24 fois comme 2^{ème} critère.

IV.2. Formation des maîtres de stage

Seuls 36,8% des maîtres de stage dans le premier questionnaire sont demandeurs d'une formation facultaire validant la maîtrise de stage.

On est surpris par le fait que 57,9% d'entre eux n'aient pas reçu de formation initiale par la faculté.

Alors qu'ils ne sont que 24 à répondre avoir reçu cette formation, ils sont 32 à juger si elle a été ou non suffisante. On ne peut donc pas interpréter cette question.

D'autre part, 62,75% des maîtres de stage (32/51) n'ont pas de formation facultaire régulière pour actualiser leurs compétences à la maîtrise de stage, 56,25% (18/32) d'entre eux la jugeant inutile.

98% des maîtres de stage souhaitent avoir un retour de l'appréciation des internes sur leurs compétences pédagogiques.

IV.3. Caractéristiques des lieux d'exercice

3.1. Localisation du cabinet

C'est le secteur rural / semi rural qui apparaît le plus demandé, internes et maîtres de stage confondus, pour ce premier contact avec la médecine générale. Les internes souhaitent un stage à 74,4% en milieu rural / semi rural contre 25,6% en milieu urbain.

En pratique, c'est toujours le secteur rural /semi rural qui arrive en tête de liste (65,7 % pour les internes et 64,9% pour les maîtres de stage).

3.2. Type d'UPL

La maison médicale (28.4%) n'arrive pas en tête des aspirations des maîtres de stage. Elle apparaît par contre en priorité des velléités des internes (43.2%) ($p=0,002$). Les maîtres de stage lui préfèrent le cabinet de groupe (41.9%), qui apparaît en second choix pour les internes (40.9%). Les cabinets seuls et les centres de santé sont peu plébiscités.

En pratique, le fonctionnement majoritaire des UPL est le cabinet de groupe, à 53.2%.

La maison médicale se place en dernière position (3.9%) des lieux de stages effectifs, en dépit de la forte demande des internes.

3.3. Mode d'exercice

67,8% des maîtres de stage pensent que l'interne doit découvrir l'exercice de la médecine générale en mode libéral. Les internes, quant à eux, sont partagés entre un mode d'exercice mixte (libéral et salarié) (37,5%) et un exercice libéral (29,2%). Le salariat arrive en fin de liste pour les 2 populations interrogées.

Le mode d'exercice rencontré sur les lieux de stage par les internes, libéral à 87.5% et mixte à 12.5%, ne correspond pas à leurs attentes ($p = 0.0004$).

3.4. Emploi du temps

En pratique, l'emploi du temps a été discontinu pour tous les internes à l'exception d'un seul. Cette répartition semble conforme à leurs attentes en la matière et son intérêt semble ne pas être démenti en fin de stage, 75% des internes continuant à penser qu'une répartition discontinue est la forme la plus intéressante. En effet, les internes et les maîtres de stage jugent cette répartition discontinue pertinente d'un point de vue pédagogique, pratique pour le patient et pour l'interne à plus de 90%.

Les maîtres de stage souhaitent à 84.7% et pratiquent à 98.2% une répartition discontinue.

40% des maîtres de stage seulement seraient prêts à modifier leur emploi du temps si on les y obligeait.

IV.4. Logistique

4.1. Informatisation

Les cabinets sont informatisés à plus de 90%, conformément à l'attente de chacun.

4.2. Distance au domicile des lieux de stage

En pratique, la distance moyenne domicile - lieu de stage n'a pas dépassé les revendications des internes.

4.3. Avantages en nature

Par contre, il semble exister une différence entre les avantages attendus par les internes et ceux réellement octroyés par les maîtres de stage, notamment concernant le défraiement du déplacement.

On s'étonne de la différence existant entre les réponses des internes et celles des maîtres de stage sur l'aide à la réalisation d'une trousse d'urgence. 15,8% des internes estiment avoir reçu cette aide alors que les maîtres de stage sont 50,9% à répondre l'avoir fait.

IV.5. Activités au cabinet et hors cabinet

5.1. Le stage dans les Centres Primaires d'Assurance Maladie

Selon les internes, seuls 3 d'entre eux ont réalisé ce stage alors que 83% d'entre eux voulaient en faire un. Leur stage a duré entre 7 et 8 heures.

On s'étonne que, selon les maîtres de stage, les internes soient 18 à y avoir participé, avec des durées allant de 2 à 20 heures.

5.2. Autres activités

L'activité indépendante du cabinet des maîtres de stage a été, selon les internes, possible ou encouragée dans 89,4% des cas.

Dans les activités préférentielles du maîtres de stage souhaitées par les internes, c'est la gynécologie et la pédiatrie qui arrivent dans le peloton de tête, suivies de près par la médecine du sport.

Lors de son stage, l'interne s'est majoritairement rendu chez les spécialistes médicaux (64 fois cités, toutes spécialités confondues). On retrouve une part prépondérante de gynécologie (10 dont planning familial) et de pédiatrie (10).

5.3. Participation à la permanence des soins (PDS)

Peu d'internes ont participé à la PDS (2/24).

Les maîtres de stage souhaiteraient une participation plus active des internes à cette PDS (49/57).

5.4. Formation Médicale Continue (FMC)

Alors qu'ils souhaitaient à 95.8% participer à une FMC, les internes n'ont en réalité été que 44,4% à en bénéficier.

Dans les raisons invoquées par les internes, 75% d'entre eux n'y ont pas été conviés. Selon, les maîtres de stage, 50% des internes n'y ont pas été invité et 25% ont refusé d'y aller.

On est surpris, néanmoins, par le fait que 5 maîtres de stage sur 20 (25%) n'aient pas de FMC !

La forme majoritairement souhaitée par les internes est le groupe de pairs (12/23), alors que les maîtres de stage participent surtout à des sessions de FMC officielles (19/39).

IV.6. Nombre de Consultations

6.1. En phase passive

Les internes veulent assister en moyenne à 4,7 consultations de plus que ne le souhaitent les maîtres de stage, 23.6C contre 18.9C ($p=0.0035$).

On note que le souhait minimum des internes est de 10 consultations, alors que le chiffre minimal pour les maîtres de stage est de 0 consultations.

Il y a une grande dispersion dans les réponses réelles des internes (écart type 8.2), allant de 0 à 40C/jour.

Le degré de satisfaction des internes ne semble pas lié au nombre de consultations.

A la fin du stage, les internes estiment le nombre idéal de consultations à 20,9 en moyenne, sans différence significative avec ce qu'ils estimaient idéal avant le stage.

6.2. En phase semi active

Le nombre de consultations souhaité par les internes et les maîtres de stage est proche, 20.7 pour les internes et 18 pour les maîtres de stage; proche aussi du nombre de C réel : 20.3 selon les internes et 18,4 selon les maîtres de stage.

La dispersion réelle (écart type = 8.3) est plus importante que celle souhaitée (écart type = 4.3). On s'étonne des chiffres allant de 0 à 40C/jour dans la réalité.

La satisfaction des internes ne semble pas liée au nombre de consultations.

Entre leur souhait initial et leur idéal en fin de stage, les internes ont donné les mêmes réponses. (20,7 C en moyenne).

6.3. En phase active

Les internes veulent en moyenne 4,8 consultations de plus que les maîtres de stage : 17.8 contre 13 (p= 0.0007).

On s'étonne toujours de la dispersion importante dans les réponses réelles (écart type 7.5), les chiffres allant de 0 à 35C.

En dépit d'une différence significative mathématique (p = 0.0298), on voit que les moyennes des consultations attendues et des consultations réelles sont en fait très proches (17.8 contre 14.5). Il n'y a en pratique que 3,3 C d'écart en moyenne. Ceci est négligeable sur une journée, mais peut paraître important au regard des textes de loi.

Pour cette phase, les internes ayant eu un nombre élevé de consultations sont plus satisfaits que ceux ayant eu un nombre plus faible de consultations.

Le nombre de consultations idéal en fin de stage reste proche du nombre de consultations idéal déterminé avant le stage (16,8 contre 17,8).

IV.7. Répartition des phases sur un semestre

7.1. Durée de la phase passive

Les souhaits des internes (12.3%) et ceux des maîtres de stage (17.3%) pour cette phase sont relativement proches. Il existe certes une différence mathématique significative ($p=0.0318$), mais celle-ci correspond à une différence effective de 5% (soit 9 jours sur les 180 jours que compte le stage). On peut par conséquent la considérer comme négligeable.

Les réalités décrites par les internes (14,4%) et les maîtres de stage (18,2%) semblent correspondre.

Le fort écart type (13,1 pour les internes et 13,8 pour les maîtres de stage) dans les réponses réelles nous indique cependant une grande disparité dans les expériences de chacun. On s'étonne que 11 internes (8 internes à 0% et 5 internes à 0,5%) n'aient pas eu de phase passive et que pour 1 interne cette phase ait représenté les 2/3 du stage !

La réalité vécue par les deux parties semble correspondre en moyenne à leurs souhaits.

7.2. Durée de la phase semi-active

Les réponses des internes et des maîtres de stage semblent s'accorder aussi bien sur leurs souhaits (respectivement 32.3% contre 37.5%) que sur la réalité qu'ils décrivent (34.7% contre 38.6%). On ne peut pas non plus montrer de différence entre les souhaits et la réalité.

On s'étonne cependant de la disparité existant dans les attentes et plus marquée encore dans la réalité (Ecart type =28,1 selon les internes). On observe que 9 internes n'ont eu

aucune phase semi active. Et pour deux internes, la phase semi active a représenté la quasi voire la totalité du stage (une réponse à 100% et une réponse à 96%).

7.3. Durée de la phase active

Les internes souhaitent une phase active plus longue de 19 jours (10,4%) que les maîtres de stage : 100 jours contre 81 jours (55,4% contre 45%) ($p = 0.0229$). Cependant, cette différence de 10,4% sur la durée totale du stage ne nous semble pas déterminante en réalité.

Les internes et les maîtres de stage (respectivement 50.9% et 43.1%) semblent s'accorder sur la réalité du stage.

Cette réalité ne s'éloigne pas significativement de leurs attentes aux uns et aux autres.

Il existe cependant une disparité dans les réponses notamment dans la réalité décrite par les internes (écart type =28,1). En effet, 4 internes n'ont pas eu de phase active et 8 ont eu plus de 92% de phase active dont 1 à 100%.

Pour conclure, la «répartition type» selon les internes serait la suivante : la phase passive représenterait 12,3% du stage, la phase semi active 32.3% et la phase active 55.4%.

On retiendra que 2/3 des internes et 54,9% des maîtres de stage souhaitent une phase active prédominante. Aucun interne ne veut de prédominance de la phase passive. Seuls 15,7% des maîtres de stage veulent une répartition identique des trois phases.

Dans l'ensemble, 82,6% des internes sont satisfaits de la répartition qu'ils ont eue.

IV.8. Supervision

8.1. En phase passive

A/ Souhait des internes versus souhait des maîtres de stage

Les internes (75%) et les maîtres de stage (86,4%) plébiscitent une supervision directe. La majorité des internes et des maîtres de stage (62,5% et 64,4%) ne désire pas de supervision différée simple.

Les internes veulent plus que les maîtres de stage (33,3% contre 8,5%) une supervision différée en groupe ($p = 0.008$). On remarque, néanmoins, qu'une majorité d'internes (66,7%) n'en voit pas l'intérêt.

B/ Souhait des internes versus réalité

La supervision directe est majoritairement réalisée à 87,7%, ce qui semble correspondre à leurs souhaits.

La supervision différée simple n'est pas réalisée dans 59,6% des cas, ce qui semble correspondre à leurs souhaits.

94,7% des internes n'ont pas bénéficié de supervision en groupe, ce qui ne satisfait pas l'attente des 33,3% d'internes la désirant ($p = 0.02$).

C/ Souhait des maîtres de stage vs réalité

En pratique, les maîtres de stage semblent réaliser leurs souhaits.

NB : les réponses des internes et des maîtres de stage semblent concorder sur la réalité de la supervision.

8.2. En phase semi active

A/ Souhait des internes vs souhait des maîtres de stage

La supervision directe est souhaitée majoritairement par les deux parties : 54,2% des internes et 72,9% des maîtres de stage.

Seuls 62,5% des internes et 66,1% des maîtres de stage voient l'intérêt d'une supervision différée simple.

Seuls 8,5% des maîtres de stage souhaitent la supervision différée en groupe, les internes sont plus nombreux à la plébisciter ($p = 0.0334$), même si leur pourcentage reste modeste : 29,2%.

B/ Souhait des internes vs réalité

Les internes ont été plus nombreux à bénéficier d'une supervision directe que ceux qui la souhaitaient (82,8% contre 54,2%) ($p = 0.007$).

58,6% des internes n'ont pas eu de supervision différée simple, ce qui semble correspondre à leurs souhaits.

Seuls 5,2% des internes ont bénéficié d'une supervision différée en groupe, bien que 29,2% d'entre eux la souhaitent ($p = 0.0056$).

C/ Souhait des maîtres de stage vs réalité

Les maîtres de stage semblent réaliser dans l'ensemble les souhaits émis.

8.3. En phase active

A/ Souhait des internes vs souhait des maîtres de stage

57,6% des maîtres de stage ne jugent pas la supervision directe nécessaire, alors que les internes la demandent à 66,7% ($p = 0.044$)

86,4% des maîtres de stage souhaitent une supervision différée simple, alors que les internes ne la souhaitent qu'à 54,2% ($p = 0.0015$).

Les internes comme les maîtres de stage souhaitent une supervision différée en groupe plus importante lors de cette phase (54,2% et 32,2%) que lors des phases précédentes, la différence entre ces deux valeurs n'étant pas significative. Lors de cette seule phase active, les internes la plébiscitent même de façon aussi importante que la supervision différée simple.

B/ Souhait des internes vs réalité

La réalité semble conforme au souhait des internes. On retiendra, cependant, que 32,8% des internes n'ont pas bénéficié de supervision directe dans cette phase.

40,3% des internes n'ont pas eu de supervision différée simple, ce qui semble correspondre aussi à leurs attentes.

La supervision différée en groupe n'est pas réalisée pour 95,5% des internes, alors qu'elle est souhaitée par 54,2% d'entre eux. ($p < 0.0001$).

C/ Souhait des maîtres de stage vs réalité

La supervision directe est plus réalisée en pratique que ne le souhaitent les maîtres de stage (64,9% contre 42,4%) ($p= 0.015$).

La supervision différée simple est moins réalisée en pratique que ne le souhaitent les maîtres de stage (68,4% contre 86,4%) ($p= 0.02$)

La supervision différée en groupe est peu souhaitée et peu réalisée.

IV.9. Les compétences

9.1. Les souhaits et la réalité

Les internes souhaitent essentiellement acquérir des compétences professionnelles lors du stage (50.7%), compétences qu'ils ont très peu acquises lors de leurs précédents stages (14.6%). Par contre, ils sont peu intéressés par les compétences réflexives (38.3%) qui pourtant ne sont acquises avant le stage qu'à 32,7%.

Les maîtres de stage souhaitent avant tout transmettre des compétences cognitives à leurs internes (58.8%).

A l'issue de leur stage, les internes ont acquis un nombre de compétences professionnelles (54.4%) plus élevé que celui de compétences cognitives (44.2%) ou réflexives (33.7%), ce qui semble correspondre à leurs souhaits.

Pour les maîtres de stage, ce sont les compétences cognitives qui sont majoritairement acquises par l'interne (57.4%). On s'étonne qu'elles soient surestimées par rapport à l'autoévaluation des internes (44,2%). A l'inverse, les maîtres de stage décrivent un pourcentage de compétences réflexives acquises plus élevé que les internes (43.3% contre 33.7%).

9.2. Influence de la supervision différée simple sur les compétences acquises

9.2.1. En phase passive

On ne peut mettre en évidence une influence de la supervision différée simple sur l'acquisition des compétences lors de la phase passive. On remarque une tendance à obtenir des notes un peu supérieures.

9.2.2. En phase semi active

25% des internes ayant eu une supervision différée simple ont obtenu une note totale supérieure à l'ensemble des internes n'ayant pas eu cette supervision, à l'exception d'un cas isolé.

Il n'y a pas d'effet démontré de la supervision différée simple sur la note cognitive.

Les internes bénéficiant d'une supervision différée simple semblent obtenir une note réflexive plus élevée (p non significatif). En effet, plus de 25% des internes ayant bénéficié de la supervision obtiennent une note entre 6 et 10/10, alors que ceux n'en ayant pas bénéficié plafonnent à une note de 5/10.

La supervision différée simple a tendance à augmenter les compétences professionnelles, avec un score proche de la significativité ($p = 0.070$). 50% des internes en ayant bénéficié obtiennent une note professionnelle supérieure à l'ensemble de ceux n'ayant pas eu cette supervision.

9.2.3. En phase active

On n'a pas pu démontrer d'effet de la supervision différée simple sur les notes totale, cognitive et réflexive.

Par contre, lorsque la supervision différée simple est réalisée, les compétences professionnelles acquises augmentent ($p = 0.0013$) : 5,925/10 de moyenne contre 5,096. Mais surtout lorsque la supervision est réalisée les notes sont décalées vers le haut puisqu'elles vont de 2,5 à 8/10 au lieu de 1,9 à 6,9.

9.3. Influence de la supervision directe sur les compétences acquises

9.3.1. En phase passive

Il semble exister une influence de la supervision directe en phase passive.

75% des internes ayant eu cette supervision obtiennent une note totale plus élevée que 75 % de ceux n'en ayant pas bénéficié ($p = 0.0072$), passant de 3,77 /10 à 4,82 /10 en moyenne avec surtout un maximum à 7,4/10 contre 5,1/10.

La supervision directe semble augmenter la note cognitive (p non significatif): 50% des internes ayant bénéficié de cette supervision obtiennent une note supérieure à l'ensemble des internes n'ayant pas bénéficié, avec une note maximale de 7,9/10 contre 4,2.

La supervision directe permet d'obtenir une amélioration des compétences réflexives (p = 0.0059), avec une moyenne passant de 1,1/10 à 3,7/10 et surtout une note maximale atteinte de 10/10 au lieu de 5/10.

Par contre, on ne peut mettre en évidence d'influence sur la note professionnelle.

9.3.2. En phase semi active

La supervision directe en phase semi active augmente la note totale (p = 0.0019), avec une moyenne de 4,9/10 contre 3,4/10. De plus, les notes sont tirées vers le haut, allant jusqu'à 7,4 au lieu de 5,1.

La supervision directe en phase semi active augmente la note cognitive (p < 0.001), avec une moyenne de 4,6/10 contre 3/10. De plus, 75% des internes ayant bénéficié de la supervision directe en phase semi active ont obtenu une note supérieure à 75% de ceux non supervisés, avec une note maximale de 7,9/10 au lieu de 4,2/10.

Par contre, nous n'avons pu montrer d'influence de la supervision directe sur les notes réflexive et professionnelle.

9.3.3. En phase active

La supervision directe lors de la phase active ne semble pas augmenter le nombre des compétences acquises.

9.4. Influence du nombre de consultations sur les compétences acquises

9.4.1. En phase passive

Nous n'avons pu déterminer de relation significative entre un nombre de consultations et les compétences acquises durant la phase passive.

9.4.2. En phase semi active

Nous n'avons pu déterminer de relation significative entre un nombre de consultations et les compétences totales, cognitives ou réflexives.

Par contre, un nombre de consultations inférieur ou égal à 15 permet d'améliorer les compétences professionnelles ($p=0.0464$), avec une moyenne passant de 5,2/10 à 6,7/10. De plus, les notes sont tirées vers le haut, allant de 5 à 8/10 contre 2,5 à 6,3/10 pour plus de 15 C. En outre, 50% des internes ayant eu 15C ou moins ont obtenu une note supérieure à 100% de ceux ayant eu plus de 15C.

9.4.3. En phase active

Pour un nombre de consultations supérieur à 15 (voire > 20), on améliore le score total ($p = 0.0041$), avec une moyenne de 4,95/10 contre 4,42/10 et des notes maximales passant à 7,4/10 au lieu de 6,9/10.

Il ne semble pas y avoir de relation significative entre le nombre de consultations et la note cognitive.

Un nombre de consultations supérieur à 20 augmente les compétences réflexives ($p = 0.0082$), avec une moyenne de 4,64/10 au lieu de 2,7/10 et des notes montant à 10/10 au lieu de 7,5/10. On est toujours significatif pour un nombre de C supérieur à 15 ($p = 0,0398$).

Un nombre de consultations supérieur à 15 augmente la note professionnelle ($p = 0.0003$), avec une moyenne de 6,11/10 contre 5,06/10 et des notes maximales allant de 2,5 à 8/10 contre 1,9 à 6,9/10.

Donc le nombre de consultations joue sur l'acquisition des compétences totales lors de la phase active. Il faut un minimum supérieur à 15 consultations pour que l'interne augmente ses compétences totales, et notamment réflexives et professionnelles.

9.5. Influence de la répartition des différentes phases sur les compétences acquises

9.5.1. En phase passive

Lorsque la phase passive est inférieure à 25 % du temps, la note totale moyenne passe de 3,94/10 à 4,9/10 ($p=0,001$), avec une note maximale passant de 4,9/10 à 7,4/10. De plus,

50% des internes ayant une phase passive inférieure à 25% du temps ont une meilleure note que l'ensemble de ceux ayant une phase passive supérieure à 25% du temps, à l'exception d'un cas.

On ne peut mettre en évidence d'influence de la durée de la phase passive sur la note cognitive.

Lorsque la phase passive est inférieure à 14,4 % du temps, la note réflexive moyenne passe de 2,42/10 à 4,17/10 ($p = 0.0186$), avec une note maximale passant de 7,5 /10 à 10/10.

Lorsque la phase passive est inférieure à 25 % du temps, la note professionnelle moyenne passe de 4,73/10 à 5,75/10 ($p=0,0197$), avec une note maximale passant de 6,9/10 à 8/10.

9.5.2. En phase semi active

On ne peut mettre en évidence d'influence de la durée de la phase semi active sur les notes totale, réflexive et professionnelle.

Lorsque la phase semi active est supérieure à 50% du temps, la note cognitive moyenne passe de 3,99/10 à 7,15/10 ($p= 0.0196$), sans augmentation conséquente de la note maximale (7,9/ 10 au lieu de 7,4/10).

Cette significativité existe toujours pour une Phase Semi Active supérieure à 34,7% du temps ($p=0,0289$).

9.5.3. En phase active

Lorsque la phase active est inférieure à 33% du temps, la note cognitive moyenne passe de 4,16/10 à 5,29/10 ($p = 0.0135$), sans augmentation de la note maximale.

On ne peut mettre en évidence d'influence de la durée de la Phase Active sur les notes totale, réflexive et professionnelle.

C'est donc la phase semi active qui semble être principalement nécessaire à l'acquisition des compétences cognitives.

9.6. Comparaison entre les compétences acquises et le déroulement des différentes phases

On ne peut mettre en évidence d'influence du déroulement des phases sur les compétences acquises.

IV.10. Carnet d'objectifs

Plus de 70% des internes et des maîtres de stage souhaitent avoir un carnet d'objectifs de stage.

Or, la forme et le fond du carnet proposé jusqu'alors n'obtiennent pas l'adhésion massive des internes, et les maîtres de stage s'accordent simplement sur le fond. Notre proposition de grille semble plébiscitée par la majorité (77,3% des internes et 80,8% des maîtres de stage), pouvant apparaître comme une alternative à l'actuel carnet.

V. DISCUSSION

V.1. Biais de méthodologie, d'interprétation et de conception

1.1. Faiblesses de l'échantillon

Nous avons obtenu un certain nombre de conclusions intéressantes, mais nous nous devons d'apposer quelques bémols à cette partition. D'une part, notre échantillon initial est peu étendu et d'autre part, le nombre de répondants est faible. Nous allons tenter d'en expliciter les raisons.

En premier lieu, notre étude ne portait que sur un semestre et sur la seule faculté de Médecine de Grenoble. Nous avons, il est vrai, manqué de temps et de moyens financiers. Cependant, la principale raison est qu'une étude menée sur une plus large population aurait, certes, permis des analyses plus puissantes (donc plus sensibles) mais aurait aussi perdu en spécificité. En effet, du fait de l'absence d'homogénéité entre chaque faculté, une telle étude aurait nécessité un questionnaire différent, adaptable à chaque forme de stage et par conséquent moins spécifique.

Ensuite, notre questionnaire était trop long, trop dense et donc indigeste au point probablement d'en avoir découragé certains, d'autant que nous n'avions pas précisé le temps nécessaire à son remplissage. Sur la forme, les questions étaient parfois mal formulées, peu explicites malgré les modifications apportées suite aux pré-tests. Sur le fond, il nous aurait fallu préciser les objectifs de notre thèse. Il conviendrait également de mieux expliciter l'intérêt de ces questionnaires pour améliorer la qualité de la formation et, au besoin, de joindre une lettre écrite du doyen pour accréditer la thèse et inciter le plus grand nombre à répondre.

D'autre part, le renvoi par courrier nécessitait peut-être plus de temps qu'une réponse par e-mail ; il aurait probablement été plus judicieux d'utiliser les deux méthodes. Nous avons, de plus, effectué trop peu de relances, relances qui auraient

peut-être motivé quelques indécis. En sus, nous déplorons des « perdus de vue » chez les internes partis en disponibilité ou à l'étranger le semestre suivant.

Enfin, sur les raisons propres aux répondants, nous regrettons le manque d'investissement, aussi bien des internes que des maîtres de stage, dans la formation en Médecine Générale.

On sait la répulsion des médecins libéraux vis-à-vis de toute forme d'évaluation et leur frilosité à l'égard des EPP*. Nous regrettons que cela touche aussi nos maîtres de stage, alors qu'ils sont censés nous y sensibiliser.

On peut formuler une dernière hypothèse concernant les internes. Peut-être redoutent-ils d'apporter des critiques négatives à un stage que leur seul maître de stage (et non une tierce personne) valide et/ou pensent-ils que leur avis ne modifiera pas le comportement de la faculté ou des maîtres de stage ?

Nous avons donc pu mettre en lumière les nombreuses faiblesses de cet échantillon. Il en est certaines que nous aurions pu éviter et d'autres, ayant trait à une dimension humaine multifactorielle, que cette simple étude ne saurait appréhender.

1.2. La question de l'anonymat

Dans l'interprétation de nos résultats, nous devons tenir compte de plusieurs biais qui pourraient modifier considérablement les conclusions de cette étude.

Le biais principal de sélection est celui de l'anonymat : on ne peut déterminer si les répondants aux premiers et deuxièmes questionnaires sont les mêmes, ni si les répondants internes sont issus des mêmes UPL que les répondants maîtres de stage. Il en découle deux implications majeures :

- L'anonymat nous enlève tout appariement entre deux réponses pour un même item. Or, toutes nos analyses comparent les attentes initiales à la réalité, réalités parfois divergentes entre internes et maîtres de stage répondants. Les résultats obtenus sont donc des résultats statistiques où n'intervient pas l'aspect interpersonnel, aspect qui aurait permis de réaliser une analyse plus détaillée et de savoir si les groupes de

répondants étaient les mêmes. Notre crainte est donc que les deux populations soient diamétralement opposées : les internes les moins satisfaits de leur stage et les maîtres de stage les plus « performants ». Cette tendance, si elle s'avérait, serait en outre majorée par le fait qu'il n'y ait que 50% de répondants en moyenne.

- Concernant les compétences, nous n'avons pu prendre en compte que les autoévaluations des internes sans pouvoir les corrélérer à l'évaluation correspondante de leurs maîtres de stage. Or, on peut voir sur les résultats globaux que les évaluations peuvent différer entre les internes et les maîtres de stage. Les résultats pourraient donc être différents si on prenait les réponses des maîtres de stage. Cependant, c'est un choix délibéré de notre part de ne nous attacher qu'à l'autoévaluation. Nous considérons en effet que le processus final d'évaluation de l'interne (et donc de certification) doit placer l'interne au centre de sa formation et donc se baser principalement sur l'autoévaluation.

Cependant, ce choix de l'anonymat a été longuement pesé. Nous pensons en effet que si le questionnaire était nominatif, les réponses seraient faussées. Le fait que les maîtres de stage soient les évaluateurs des internes qu'ils ont en charge nous incite à craindre que les étudiants n'osent pas donner un avis impartial et en particulier négatif sur leur stage. D'autre part, les réflexions faites à la remise des questionnaires par certains maîtres de stage nous poussent à croire que, se sentant évalués, ils auraient certainement été moins objectifs sur leurs pratiques réelles en stage.

Nous aurions peut-être pu éviter cela, en partie, en « anonymisant » les données recueillies après les avoir appariées.

1.3. Facteurs de confusion

On aurait pu analyser plus finement nos résultats en fonction des caractéristiques des répondants, comme l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation ou d'exercice en tant que maîtres de stage, le lieu d'exercice... Or le logiciel Statview ne permet pas d'envisager une troisième variable sauf en cas de possibilité de réalisation du test d'Anova. De plus, vu la faiblesse de notre échantillon, on aurait encore perdu en puissance.

1.4. Erreurs de conception

Il existe un biais dans la formulation de certaines questions nous empêchant de traiter certaines données chiffrées, notamment la fréquence de la supervision. En effet, le « nombre de fois par semaine » demandé n'a pas pu être compris de la même façon par tous, au vu de la grande disparité des réponses. C'est pourquoi nous nous sommes contentées d'une analyse qualitative uniquement (supervision réalisée ou non). En vue d'une prochaine étude sur le sujet, il conviendra de rechercher une unité de mesure claire et reproductible.

Un autre biais émaille notre étude, un biais de terminologie. Constatant des différences importantes entre les attentes des internes et des maîtres de stage sur la supervision ou la répartition des phases, nous nous sommes demandées si le concept de « supervision » ou de « phase » avait été bien compris de tous les internes. On avait pourtant précisé leurs définitions dans chaque questionnaire.

Parlons également du terme « maisons médicales » que tous (nous y compris) ont confondu avec le terme « maisons de santé ». La confusion étant fréquente chez les médecins et n'ayant pas fait l'objet de remarque de la part des répondants lors du retour des questionnaires, nous remplacerons par la suite ce terme par celui plus approprié de « maisons de santé* » par opposition à « cabinets de groupe ».

Enfin, on peut citer une dernière erreur indépendante de notre volonté : au moment de la rédaction du questionnaire, il existait un carnet d'objectif informatique qui avait motivé nos questions finales. Lors du semestre étudié, ce carnet a été entièrement abandonné. Mais nous avons pu remarquer que nombre d'internes et de maîtres de stage pourtant déjà en fonction auparavant ne le connaissaient pas ! En effet, la faculté semble tâtonner à mettre en place un carnet d'objectifs pédagogiques et à le divulguer. C'est pourquoi nous n'avons pu analyser précisément ces données.

En conclusion, en surmontant ces biais, nous aurions pu rendre l'étude plus précise et surtout nous assurer de l'homogénéité des répondants. En effet, les résultats de cette thèse bien qu'imprécis, n'en restent pas moins valides, sauf si les deux populations de répondants sont opposées.

V.2. Discussion

2.1. Les compétences

Selon nous, le stage chez le praticien de premier niveau devrait privilégier l'acquisition des compétences réflexives et professionnelles.

Nous avons pu montrer que les internes veulent acquérir, en premier lieu, des compétences professionnelles, celles-ci étant peu acquises auparavant. Ceci s'explique par le fait que tous les stages précédents sont effectués en milieu hospitalier et que nombre de ces compétences sont spécifiques à la Médecine Générale et surtout à l'exercice libéral.

On constate, de plus, que ce sont ces compétences recherchées par les internes, qui sont majoritairement acquises au cours du semestre.

Même si c'est bien le rôle d'un stage chez le praticien de permettre l'acquisition des compétences professionnelles, nous pensons que ce stage de premier niveau devrait également valoriser les compétences réflexives.

Or, celles-ci sont peu plébiscitées par les internes alors qu'elles sont faiblement acquises avant le stage. En fin de stage, les compétences réflexives restent minoritaires dans l'autoévaluation des internes aussi bien que dans l'évaluation des maîtres de stage, même si ces derniers les « surestiment » en moyenne.

Nous pensons que les internes n'ont pas conscience de l'importance d'une attitude réflexive envers leurs savoirs. La faculté organise pourtant une partie de l'enseignement afin de développer cette aptitude (GAC* en 3^{ème} cycle et APP* en 2^{ème} cycle) mais les importantes variations existant entre les formateurs ne permettent pas d'en tirer partie de manière égalitaire. Certains maîtres de stage, bien sensibilisés à l'attitude réflexive, permettent la démarche de remise en question de l'interne en ne répondant pas de primo à ses interrogations, quand d'autres ont tendance à garder une attitude d'enseignant transmetteur d'un savoir « supérieur ». Or il faut passer d'une pédagogie de 2^{ème} cycle de transmission des connaissances à une pédagogie de 3^{ème}

cycle de transmission des compétences par une démarche réflexive active des internes dans leur propre formation.

Lors d'un congrès du 14 janvier 2006 de l'ISNAR-IMG et de sa table ronde sur la certification, les internes se sont prononcés pour un processus de certification passant par l'autoévaluation. Mais toute autoévaluation nécessite la maîtrise des compétences réflexives. De plus, cette aptitude réflexive sera également indispensable à l'interne dans sa vie professionnelle future dans le cadre de l'obligation légale des EPP*.

Il faut apporter plusieurs bémols à ces constatations. Tout d'abord, le nombre de compétences réflexives dans notre grille est minime par rapport aux autres (4 items contre 16 pour les compétences professionnelles et 19 pour les compétences cognitives). De plus, certaines formulations concernent plus le praticien installé que l'étudiant au cabinet (item 11.B « FMC » et 11.C « EPP »). C'est l'inconvénient d'avoir choisi comme grille d'évaluation de départ un référentiel métier. Bien qu'elle ait semblé pertinente aux internes et aux maîtres de stage pour l'évaluation des compétences en fin de troisième cycle, il aurait fallu l'adapter aux internes, par exemple, en remplaçant les notions de FMC par des notions de GAC et de formations réflexives facultaires.

Une thèse très intéressante, celle d'Alain Zorzi⁴⁸, s'est attachée à définir un outil pédagogique : une grille d'autoévaluation. Elle a été conçue pour être utilisée par l'interne tout au long de son stage pour lui permettre d'identifier et de se fixer des objectifs de formation mais aussi de se situer dans ses acquisitions. Elle cherche à l'initier à la démarche évaluative, base même de la démarche qualité. Le corps de cette grille, construit après revue de la littérature, avec analyse de référentiels-métiers et d'exemples issus de facultés de médecine, définit des objectifs professionnels devenant des critères de compétences. Sa présentation est inspirée des manuels d'accréditation des établissements et d'évaluation des pratiques professionnelles élaborés par l'ANAES (NDLR : la thèse a été écrite en 2001). Ce travail a permis de constituer un manuel de stage.

Enfin, la surestimation apparente des maîtres de stage est peut être due au biais lié à l'anonymat et donc au fait que les deux populations diffèrent, sans que l'on puisse l'affirmer.

Quant aux compétences cognitives, elles sont moins plébiscitées par les internes mais correspondent à l'attente principale des maîtres de stage.

Nous retrouvons ici encore la notion que certains maîtres de stage se voient toujours comme des enseignants transmetteurs d'un savoir « supérieur ». La faculté est peut être en cause dans cet état de fait, car, jusqu'à présent, elle ne proposait que des carnets d'objectifs mettant en évidence des compétences cognitives (ex : savoir prendre la tension, réaliser un ECG, savoir recueillir des antécédents, etc.). Elle semble cependant en avoir pris conscience en supprimant le carnet de bord informatique au cours de ce semestre. La démarche actuelle tend à définir quels sont les véritables objectifs pédagogiques de ce 3^{ème} cycle.

Le Conseil de l'Ordre a sans doute également sa part de responsabilité. Lorsqu'il est intervenu sur la formation médicale, il relatait que « si tout le monde s'accord[ait] à reconnaître que la compétence en médecine ne [pouvait] se réduire à une parfaite maîtrise des connaissances, celle-ci [restait] indispensable et [restait] l'un des aspects de la compétence le plus facile à cerner et à évaluer »*. Mais nous restons persuadées qu'il ne faut pas céder à la facilité en ne prenant en compte que ces compétences cognitives, certes plus facilement évaluables.

En pratique, ces compétences cognitives arrivent en tête de l'évaluation des internes par les maîtres de stage et se trouvent surestimées par rapport à l'autoévaluation des internes. Peut être les maîtres de stage n'ont-ils pas pris en compte, d'une part, les pré requis des internes, d'où la nécessité d'une évaluation initiale. D'autre part, souhaitant majoritairement transmettre ces compétences, les maîtres de stage y sont peut être plus attentifs dans l'évaluation. Ou bien les internes doutent-ils encore de leurs aptitudes purement cognitives ?

S'il est important que ces compétences cognitives soient acquises en fin de troisième cycle, car nécessaires à toute pratique médicale, nous pensons que le deuxième cycle et les différents stages, y compris hospitaliers, du troisième cycle permettent de les acquérir. Le stage chez le praticien devrait donc, comme nous l'avions présumé, plus se focaliser sur les compétences professionnelles et réflexives.

2.2. La répartition des phases

Au départ, nous pensions que chaque phase, passive, semi active et active, avait une importance dans l'acquisition des compétences et que la répartition pouvait s'équilibrer dans le stage et s'homogénéiser d'un stage à l'autre.

L'art.4 du décret n°97-495 du 16 mai 1997 précise « *le stage en cabinet libéral comporte une phase d'observation au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement, une phase semi-active au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence du maître de stage, et une phase active au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin* » sans précision de durée ni de modalité de déroulement de ces phases.

Or, la première constatation que nous pouvons faire est que, non seulement, ces phases sont déséquilibrées, mais qu'en plus, elles sont parfois totalement absentes. Certains internes ont donc connu une phase passive quasi exclusive quand d'autres étaient immédiatement plongés en phase active. Il est probable que certains maîtres de stage craignent de laisser leurs patients aux seules mains de l'interne qui découvre la Médecine Générale. Cependant, au bout de deux mois de supervision efficace en phase passive et de sept années d'étude (!), l'interne, d'habitude autonome en milieu hospitalier, devrait pouvoir se débrouiller, ce d'autant plus que le maître de stage est censé ne pas se trouver bien loin ! D'un autre côté, on peut se demander si certains praticiens ne prennent pas les internes pour des remplaçants à moindre coût.

Nous constatons ensuite que les internes souhaitent par rapport aux maîtres de stage un rallongement de la phase active aux dépens des deux autres phases.

Afin de déterminer une répartition idéale de chaque phase, nous nous sommes attachées à évaluer leur influence sur l'acquisition des compétences. Nous avons pu dégager certains résultats.

Les internes ayant bénéficié d'une phase passive inférieure ou égale à 25% du semestre, ont vu leurs compétences totales et professionnelles augmenter. Et ceux ayant

eu une phase passive inférieure ou égale à 14,4% du temps (durée moyenne réelle rapportée par les internes), ont également amélioré leurs compétences réflexives. Pour les autres phases, nous n'avons pu montrer, qu'une influence sur les compétences cognitives : une phase semi active strictement supérieure à 34,7% du temps avec une phase active inférieure ou égale à 33% du temps les améliore.

Sur ces seuls points significatifs, il a été impossible de déterminer une répartition qui améliorerait l'ensemble des compétences. Nous pouvons dire est que la phase semi active semble être déterminante sur l'acquisition des compétences cognitives. Or, nous avons vu que ce n'est pas la principale compétence que l'on souhaiterait développer lors de ce stage. De plus, une phase passive courte, permet d'augmenter les compétences totales, réflexives et professionnelles, rejoignant ainsi le souhait des internes.

Les biais méthodologiques que nous avons déjà détaillés peuvent expliquer en partie notre impossibilité à conclure. D'autre part, si les réponses ne mettent pas en lumière de répartition idéale, c'est peut être aussi parce que celle-ci n'existe pas ! Ces phases doivent en effet être adaptées et adaptables au besoin de l'interne dans un déroulement alterné au cours du semestre, ce qui nécessite encore une fois de faire le point préalablement et tout au long du stage sur ses acquis. Cette variabilité individuelle est en outre « légitimée » par une zone d'ombre légale, les textes de loi n'apportant en effet aucune précision sur la durée des trois phases.

Nous restons cependant persuadées que l'interne doit connaître les trois phases au cours de son semestre, bien que l'on ne puisse dire dans quelle proportion et ce, entre autres choses, afin de garantir à l'interne un stage dans lequel il ne soit ni un « remplaçant bon marché » ni un « super externe ».

2.3. Le nombre de consultations

Conséquence attendue de la variabilité de répartition des phases, il existe une grande disparité dans le nombre de consultations vécues par les internes. Etant donné que la faculté ne donne pas de cadre à l'organisation propre du stage, donc aucune indication sur le nombre de consultations devant être réalisées, chaque maître de stage fait comme il l'entend.

Nous pensions trouver une influence du nombre de consultations sur les compétences acquises. Nous préjugions qu'une consultation par demi heure soit 15 patients par jour (pour une journée de 8h) était une bonne moyenne.

Nous avons pu, en pratique, mettre en évidence, en phase semi active, qu'un nombre de consultations inférieur ou égal à 15 améliore les compétences professionnelles. En revanche, en phase active, un nombre de consultations strictement supérieur à 15 améliore la note totale et notamment les compétences réflexives et professionnelles.

On peut s'étonner de ces résultats, résultats auxquels nous n'avons pu trouver aucune explication logique. De plus, le degré de satisfaction des internes n'a pas semblé lié au nombre de consultations réalisées. C'est probablement plutôt par la multiplication des problématiques rencontrées additionnée à une supervision satisfaisante, que l'on peut augmenter les compétences de l'interne.

Nous n'avons pas pu déterminer d'influence du nombre de consultations sur les autres types de compétences au cours des différentes phases. Ceci ne signifie pas pour autant que ce lien n'existe pas. On peut malgré tout supposer que le nombre de consultations n'influe pas sur les compétences cognitives du fait qu'elles sont déjà acquises en grand nombre avant le stage et peuvent s'acquérir dans d'autres lieux de stage.

Il faut signaler que le décret 97-495¹ stipule que « le nombre d'actes par jour ne doit pas excéder trois lors de la phase active ». Or avec l'apparition du DES de Médecine Générale, de nouveaux arrêtés et décrets sont entrés en jeu, n'évoquant plus ce point. Malgré cela, il semblerait que le décret 97-495 doive encore s'appliquer. Le chiffre de « 3 » qu'il mentionne ne correspond ni aux attentes des internes et des maîtres de stage, ni à un nombre de consultations valide d'un point de vue pédagogique d'après notre étude.

En conclusion, dans l'optique d'une certification, le nombre de consultations dans chaque phase ne saurait être aussi disparate. Mais, au vu de notre seule étude, nous ne pouvons déterminer un chiffre idéal de consultations par phase.

2.4. La supervision

La supervision était, dans nos hypothèses initiales, la clef de voûte de tout stage chez le praticien, bien qu'elle soit inégalement appliquée par les maîtres de stage. Nous pensions notamment que la supervision différée simple avait une place prépondérante dans l'acquisition des compétences.

Nous avons été surprises par un certain nombre de points éloignés de nos présupposés.

Nous avons déploré l'absence de souhait et de réalisation de supervision différée simple en phase passive pour certains internes ou maîtres de stage.

Comment peut-on ne pas vouloir de supervision différée simple dans cette phase ? Cela équivaut à ne pas vouloir parler à froid de ce qui a été vu lors des consultations. On s'interroge alors sur le moyen pour l'interne de développer un sens critique, nécessaire à toute autoévaluation. Nous espérons que cela n'est dû qu'à une très mauvaise compréhension du terme de supervision différée ! Mais si on peut l'accepter d'un interne avant son stage, on ne peut le tolérer de la part d'un maître de stage censé développer l'esprit critique de son interne.

Malgré cela, nous n'avons pu montrer d'influence de la supervision différée simple sur l'acquisition des compétences en phase passive mais simplement une tendance à obtenir des notes supérieures. Outre les biais méthodologiques décrits, il faut s'interroger sur la façon dont cette supervision différée simple est réalisée. Il ne s'agit pas de relire les dossiers de consultation mais bien d'interroger l'interne sur les raisons qui poussent le maître de stage à choisir une attitude plutôt qu'une autre.

Peut être la supervision différée simple a-t-elle, aux yeux des internes et des maîtres de stage, plus d'importance lors des phases semi active et active ?

Là encore, nous avons constaté l'absence de souhait et de réalisation par certains maîtres de stage de la supervision différée simple en phases semi active et active.

Pourtant, cette fois, nous avons pu mettre en évidence une influence de la supervision différée simple en phase active sur la note professionnelle, note qui tend également à augmenter lorsque cette supervision est réalisée en phase semi active. On peut supposer que les étudiants, majoritairement intéressés par cette forme de compétences, mettent à profit le temps de la supervision pour les acquérir.

Nous sommes cependant surprises de ces résultats car nous attendions une amélioration des compétences réflexives. Celles-ci ont tout de même tendance à augmenter grâce à la supervision différée simple en phase semi active mais nos résultats ne sont pas significatifs. Pour autant, on ne peut affirmer que l'influence de la supervision différée simple sur les compétences réflexives n'existe pas. En effet, la faiblesse de l'échantillon et le faible pourcentage de compétences réflexives proposées dans notre grille peuvent être en cause dans cette absence de significativité.

Nous avons, en outre, été surprises par l'absence de volonté et de réalisation de supervision directe en phase semi active et en phase active.

Or, le propre de ces phases est de mettre l'interne en situation. Il est nécessaire que le maître de stage puisse intervenir à tout moment pour apporter des remarques et des réponses à l'interne. Cela permet de mettre en lumière certaines pratiques propres à la médecine générale, de pointer du doigt certaines insuffisances de l'interne ou bien de répondre immédiatement à un problème soulevé par ce dernier.

D'ailleurs, nous avons pu montrer que cette supervision directe en phase semi active améliore à la fois les compétences totales et cognitives.

De plus, sans que nous nous y attendions, nous avons démontré l'intérêt de cette supervision directe en phase passive. En effet, lorsqu'elle est réalisée, les notes totales et réflexives augmentent de façon significative et la note cognitive tend à augmenter. Si l'amélioration des compétences cognitives ne nous surprend pas, nous ne nous attendions pas à son implication dans les compétences réflexives.

Mais, en y réfléchissant, notre étonnement peut quand même souffrir une explication. L'interne, en phase passive d'observation, s'il a une interaction post-consultation avec son maître de stage, peut développer une attitude critique envers ce qu'il a vu. Le terme

de phase « passive » apparaît alors comme un terme impropre. On pourrait lui préférer, comme cela a déjà été proposé, le terme de phase de « recueil d'évènements critiques ». Il semble en effet qu'il s'agisse d'une observation active et non passive.

Ainsi, ce ne serait pas la durée de la phase passive qui primerait dans l'acquisition des compétences, mais bien la qualité de la supervision et notamment la supervision directe.

L'influence de la supervision différée en groupe n'a pas pu être étudiée du fait de l'absence quasi-totale de réalisation. Le concept de supervision en groupe est probablement mal compris ou peut être difficilement applicable, du fait de l'éloignement des maîtres de stage au sein d'une UPL* et de l'interne à son domicile.

Cette supervision différée en groupe pourrait être facilement remplacée par une participation active des internes aux groupes de pairs de leurs maîtres de stage, alternative intéressante qui est déjà mise en œuvre par certains praticiens en SAPSAS*. Il faudrait donc inciter les maîtres de stage participant à des groupes de pairs, à y convier leurs internes. Ce d'autant plus que le groupe de pairs propose une formation de type réflexif, aptitude qu'on a vu manquer cruellement aux deux tiers des internes, et augmente aussi, d'après la thèse d'Anne-Christine Porrachia, les compétences cognitives des participants.

En outre, cette participation active des internes à la FMC* de leur maîtres de stage permettrait de sensibiliser ces jeunes médecins en formation à leur obligation future de FMC*.

En résumé, il y a donc un intérêt à la supervision directe en phase passive et ce de façon significative sur la note totale et notamment réflexive, ce qui place l'interne dans une observation active et non plus passive. Nous avons pu mettre également en évidence une action de la supervision directe sur les compétences cognitives en phase semi active.

Par contre, pour la supervision différée simple, nous n'avons pu mettre en évidence qu'une action sur les compétences professionnelles en phase active, sans pouvoir

préciser son influence sur d'autres compétences notamment réflexives dans les différentes phases.

2.5. La localisation du cabinet

A l'heure où de nombreuses démarches sont entreprises par la faculté pour faciliter l'accès des étudiants au secteur rural, on pouvait craindre un mécontentement des internes souvent jugés « casaniers ». En fait, notre étude montre que le secteur rural et semi rural est le plus plébiscité. Malgré cela, le rapprochement géographique prime dans les critères de choix d'un stage. Ainsi, on pourrait privilégier dans l'agrément des lieux de stage, des cabinets en secteur rural et semi rural mais dans un périmètre proche d'une des quatre grandes villes du secteur : Grenoble, Voiron, Chambéry et Annecy.

Ceci est à rapprocher de la thèse de N.Baude et A.Flacher³⁷, étude nationale, dans laquelle il apparaît que les internes désirent plutôt s'installer en rural / semi rural à 51,2%, contre 42,1% en urbain / péri urbain.

Les internes ne sont donc pas hostiles aux actions de la faculté, qui a une responsabilité dans la démographie médicale future et se doit de repeupler les campagnes. En revanche, ils ne veulent pas que cette formation se fasse aux dépens de leur vie personnelle avec un allongement de la durée des trajets.

Il faut cependant pondérer ces réflexions par le fait que notre région ne comporte pas ou peu de zones de désert médical. On peut donc se demander si on obtiendrait les mêmes résultats dans une région fortement dépeuplée.

2.6. Le type d'UPL

Le cabinet « idéal » serait un cabinet de groupe ou une maison de santé pluridisciplinaire, à trois maîtres de stage.

En pratique, nous avons eu peu de maisons de santé, mais c'est un concept récent.

Nous pouvons rapprocher notre étude de la thèse nationale de N.Baude et A.Flacher³⁷, où les internes citent en premier lieu le cabinet de groupe (49.3%) et en second, la

maison médicale (en fait maison de santé) (35.8%) comme futur lieu d'exercice souhaité. Il semble donc que, même faible, notre échantillon n'en reste pas moins représentatif.

Quant au nombre de maîtres de stage, la satisfaction des internes n'y semble pas corrélée; on peut supposer qu'elle dépend plutôt de la qualité de leur enseignement.

2.7. Le mode d'exercice

Les maîtres de stage semblent avoir une préférence pour le mode « tout libéral » alors que les internes envisagent plutôt un mode d'exercice mixte (libéral et salarié). A l'instar des maisons de santé, ce mode d'exercice est un phénomène actuel qui a plusieurs raisons d'être: la diversification de son activité libérale à des fins d'autoformation (garder un pied dans un milieu hospitalier à la pointe des connaissances), pour rompre l'isolement ou rompre la monotonie d'un seul exercice en cabinet, pour se spécialiser dans un domaine (vacations hospitalières en consultations VIH, hémato, IVG). De plus, cela permet de pallier une partie des inconvénients de l'exercice libéral, et d'augmenter ainsi la qualité de vie en ayant par exemple la possibilité d'obtenir des congés payés et surtout des congés maladie ou maternité. Ce dernier point est un des écueils de la féminisation de la médecine (et notamment générale), les femmes ne voulant plus privilégier le travail au détriment de la sphère familiale.

Ceci en effet semble très recherché par les internes qui craignent la rémunération à l'acte pure et simple, alors qu'au contraire, les médecins plus anciens la plébiscitent. C'est ce qu'on pourrait appeler un choc générationnel ! Il faut toutefois y apporter un bémol. Sur une population nationale, la thèse de N.Baude et d'A.Flacher³⁷ montre que les internes souhaitent s'installer en libéral (48,5%), l'exercice mixte arrivant en 2^{ème} position (27,7%).

En pratique, la quasi-totalité des lieux de stage proposés fonctionne sur le mode libéral, ceci probablement lié au fait que très peu de médecins installés ont un autre mode d'exercice. Cependant, on ne peut exiger des médecins installés qu'ils soient en conformité avec les souhaits d'étudiants non encore installés et dont l'expérience est à faire.

2.8. La logistique

L'informatisation apparaît comme un critère incontournable, à l'heure des obligations de télétransmission et du dossier médical partagé.

2.9. Les activités au cabinet et hors cabinet

Le « stage sécu » pourtant fortement plébiscité, a été très peu effectif selon les internes.

On peut critiquer ce résultat étant donné la différence des réponses entre les internes et les maîtres de stage.

Or le second cycle et le 3^{ème} cycle de Médecine Générale ne dispensent qu'une très faible information sur le rôle de la CPAM, bien que celle-ci soit au centre du dispositif de santé. Les relations avec les médecins seraient sûrement facilitées si la formation était meilleure. Certaines facultés, telles que celle de Besançon, ont pourtant réussi à le mettre en place.

En ce qui concerne les autres activités, nous avons pu constater que les internes semblaient aller principalement vers des maîtres de stage compétents en gynécologie et pédiatrie, et qu'ils cherchaient en outre, à augmenter leur activité *hors cabinet* dans ces mêmes disciplines au cours du semestre. Ces données semblent rejoindre de nombreuses autres thèses de Médecine Générale, où les résidents citent majoritairement la gynécologie et la pédiatrie comme étant les deux spécialités dans lesquelles ils aimeraient acquérir des compétences. C'est en effet une des conclusions qui apparaît dans les thèses de Céline Dutto-Presutti⁴⁷ et surtout celle de Sophie Darrouzain⁴⁵. Dans cette étude, la gynécologie et la pédiatrie sont citées par les internes dans les domaines cliniques, techniques et thérapeutiques. D'autre part, elle montre que la majorité des objectifs non réalisés sont des objectifs de gynécologie.

Ceci semble refléter une insuffisance de formation. En effet, au cours du troisième cycle, les internes passent soit en gynécologie, soit en pédiatrie (un seul stage dans le pôle mère-enfant).

Quant au deuxième cycle, si la pédiatrie est obligatoire à Grenoble, la gynécologie, elle, ne l'est pas.

2.10. La participation à la permanence des soins

La participation des internes à la permanence des soins a été faible, en dépit du souhait des maîtres de stage. Cette participation n'est pas obligatoire, mais on pourrait l'envisager afin de sensibiliser les futurs médecins à cette organisation compliquée à mettre en œuvre, et de diminuer le ressenti négatif des médecins vis-à-vis de cette permanence des soins, qui plus qu'une obligation est un devoir inscrit dans le code de déontologie!

2.11. La formation des maîtres de stage

Préalable indispensable à la certification des internes, l'homogénéisation de la formation des maîtres de stage a été appréhendée dans cette étude par quelques éléments non exhaustifs : nombre d'années d'exercice, formation facultaire à la maîtrise de stage et formation continue.

Le nombre d'années d'exercice nécessaires à l'agrément apparaît aux yeux des maîtres de stage comme un critère pertinent, avec un idéal à 4,8 années. On peut se demander si les jeunes diplômés qui ont bénéficié d'un voire de deux stages chez le praticien jugeraient encore ce critère comme pertinent.

La loi est restée très précise sur le sujet puisque le décret 2004-67¹³ prévoit « *au moins 3 ans* ». Cependant, une fois que le jeune diplômé a quitté la faculté, celle-ci a du mal à le faire revenir. Or, il est difficile de recruter suffisamment de maîtres de stage pour la formation de tous les étudiants, ce d'autant que la formation en Médecine Générale est désormais obligatoire en deuxième cycle. Par conséquent, perdre de vue les jeunes diplômés ne semble pas forcément judicieux si on veut augmenter le pool de maîtres de stage. Il serait sans doute plus facile de les impliquer dès leur sortie, au sein d'UPL* avec des médecins plus expérimentés afin d'éviter leur « fuite ».

Nous posons la question suivante : une fois que le jeune diplômé a exercé durant trois ans, est-il pour autant capable de devenir maître de stage ?

Nous jugeons nécessaire qu'une formation spécifique lui soit dispensée. Cependant, dans les faits, peu de maîtres de stage la réclament et peu ont reçu une formation facultaire.

Il existe des formations dispensées par le CNGE* et ses délégations locales, et certaines par les syndicats médicaux ; peut-être les maîtres de stage préfèrent-ils ce genre de formation ? Le CNGE* pourrait avoir vocation à former les maîtres de stage, mais la plupart de ces représentants ont une implication syndicale majeure. Or on voit mal un syndicat partie prenante à la formation d'un interne. De plus, cela laisse sur la touche un certain nombre de maîtres de stage non impliqués.

Il nous semble indispensable que ce soit la faculté qui s'investisse dans la validation et l'accréditation des maîtres de stage, en vertu du fait que ceux-ci seront les garants de la formation des internes ! Comment prétendre alors entrer dans un processus de certification, sans répondre à une garantie de formation des maîtres de stage ? En fait, à l'heure où nous rédigeons cette thèse, il n'existe aucune formation organisée par la faculté.

Dans ce processus de certification, nous pensons, en outre, que la FMC* doit être un critère majeur de l'accréditation des maîtres de stage. Or, on ne peut tolérer que 25% des praticiens répondants affirment sans complexe ne pas participer à une FMC*. Celle-ci est pourtant rendue obligatoire par les lois sur l'Assurance Maladie^{D et E}. De plus, cette participation à la FMC* est corroborée par l'UEMO (Union Européenne de Médecine Omnipraticienne) qui la préconise comme l'un des critères qualitatifs à la maîtrise de stage. On ne peut que s'indigner que ce critère n'entre pas actuellement dans l'accréditation. Sachant que les connaissances en médecine sont obsolètes rapidement, on ne peut imaginer que les médecins censés former des étudiants ne suivent pas ce devoir de réactualisation des connaissances. Et ce d'autant plus que les internes souhaitent massivement y participer ! Cela est certes difficile si le praticien participe à des FMC officielles, mais au vu de la diversité des FMC* existante, il serait surprenant que l'interne ne trouve pas le moyen de suivre au moins un de ses maîtres de stage.

V.3. Propositions

A l'issue de ce travail, nous pouvons dégager un certain nombre de propositions en vue d'accréditer et de compléter nos hypothèses de départ.

□ Tout d'abord, il nous apparaît primordial de compléter notre thèse par une étude non anonyme, sur un échantillon plus important, et avec une grille d'évaluation des compétences adaptée afin de préciser :

- l'influence de chaque type de supervision sur l'acquisition des compétences et notamment préciser le rôle de la supervision différée simple sur les compétences réflexives

- l'influence de la répartition des phases sur l'acquisition des compétences ; ce critère est apparu peu pertinent au terme de cette étude car nous n'avons pas réussi à trouver de cohérence dans nos résultats donc il nous a été impossible de formuler une quelconque hypothèse. Prolonger les investigations dans cette voie nous permettrait de répondre à cette question. Maintenant, on ne serait pas surpris si la même tendance apparaissait d'une étude plus large car l'interne étant au cœur de la formation, c'est la formation qui doit s'adapter aux besoins de l'interne et non l'inverse !

- l'influence du nombre de consultations sur l'acquisition des compétences. Dans l'optique d'une certification, le nombre de consultations dans chaque phase ne saurait être aussi disparate entre chaque lieu de stage. On pourrait proposer la moyenne de 15 consultations que l'on avait présumée et que l'on a retrouvée dans nos analyses en PSA et PA pour la tester à la lumière d'une analyse plus fine.

- Idéalement cette étude devrait être une étude analytique, testant des hypothèses bien précises et essayant d'éliminer les facteurs de confusion possibles.

□ A la lumière d'une telle étude, on pourrait envisager d'établir un carnet d'objectifs de stage chez le praticien de premier niveau. Ce carnet devrait expliciter les définitions des différentes phases et des différents modes de supervision. Il pourrait

donner un nombre moyen idéal de consultations par phase et une proportion de déroulement des différentes phases. Il comprendrait en outre une grille d'objectifs pédagogiques en rapport avec un troisième cycle qui pourrait être l'adaptation du référentiel métier de la WONCA*. Ce carnet d'objectifs servirait à guider l'interne dans son autoévaluation et le maître de stage dans son rôle pédagogique. Ce carnet rempli tout au long du stage en autoévaluation tutorée permettrait une validation de l'interne, et donc entrerait dans un processus de certification. Il pourrait également servir de base à l'évaluation des lieux de stage, préalable indispensable à l'évaluation des compétences de l'étudiant.

□ Ensuite, constatant que les compétences propres à l'art du médecin généraliste, notamment professionnelles et réflexives, sont loin d'être acquises à la fin de ce stage de premier niveau, il nous semble nécessaire de multiplier les stages en soins primaires au cours du 3^{ème} cycle et donc d'imposer le SASPAS*. Ce semestre permettrait à l'interne de compléter ces compétences professionnelles, toujours dans une démarche réflexive grâce à la supervision réalisée.

De même, il est nécessaire de développer le stage chez le praticien existant dans le deuxième cycle et de multiplier également le contact des externes avec la médecine générale, afin de sensibiliser l'étudiant, avant son entrée dans le 3^{ème} cycle, aux caractéristiques propres à l'exercice en soins primaires ambulatoires et notamment aux compétences réflexives et professionnelles.

Tout ceci ne reflète que l'impérieuse nécessité de mettre en place la filière universitaire de Médecine Générale, comme le soulignent N.Baude et A.Flacher³⁷ dans la discussion de leur thèse, « *afin de créer des structures pluridisciplinaires qui correspondent à de véritables services universitaires de médecine générale ambulatoire* ».

□ D'autre part, constatant les différences d'évaluation des internes et des maîtres de stage, et la surestimation de l'évaluation des compétences cognitives, nous pouvons gager que les maîtres de stage ne connaissent pas les acquis et les lacunes de leurs étudiants. Il serait donc nécessaire de multiplier, au cours du stage, les bilans de compétences des internes. Ceci permettrait au maître de stage et à l'interne de s'adapter régulièrement aux besoins de ce dernier dans le but de tirer le meilleur parti du stage.

□ Au vu de la forte demande des internes d'acquérir des compétences en gynécologie et pédiatrie et de l'insuffisance de formation en 3^{ème} cycle (et 2^{ème} cycle) et même si les textes de loi dans ce domaine ne permettent pas dans leur forme actuelle d'imposer à la faculté une formation des étudiants dans les deux spécialités, il faudrait pourtant favoriser les stages dans ces deux spécialités en 2^{ème} et 3^{ème} cycle et ne pas les regrouper au sein d'un même pôle dans le 3^{ème} cycle.

Or, du fait de l'augmentation des effectifs étudiants et du faible pourcentage de stages d'accueil hospitaliers en gynécologie et en pédiatrie, et en raison des difficultés d'accueil du milieu hospitalier, nous proposons de permettre aux étudiants de 3^{ème} comme de 2^{ème} cycle, d'effectuer cette formation auprès de structures libérales ou d'organismes, tels que crèche, PMI, planning familial, spécialistes libéraux (avant qu'ils ne disparaissent). Ce d'autant plus que l'arrêté du 29 septembre 2004⁵ relate que le maître de stage peut encadrer l'interne dans n'importe quelle structure de soins primaires.

□ **Propositions de « lois »**

Depuis l'avènement du DES de Médecine Générale, il existe de nombreuses imprécisions au niveau des textes de lois. En dehors de deux décrets sortis en 2004 censés compléter les décrets de 1997 relatifs au résidanat, il est impossible de savoir quels décrets doivent s'appliquer.

- Le Décret n°97-1213² relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés stipule que « *le nombre de maîtres de stage ne [puisse] excéder trois* ». Par contre, le Décret 2004-67¹³ relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ne mentionne plus de nombre de maîtres de stage minimum ou maximum, il dit juste que « *ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens* ». Doit-on alors considérer que le décret 97-1213 ne s'applique plus sur ce point et que l'on peut admettre un nombre de maîtres de stage variable ?

- Le Décret 97-1213² stipule que « *lorsque le stage en cabinet libéral se déroule auprès de plusieurs maîtres de stage, la durée de présence du stagiaire auprès de chacun d'eux s'effectue par mois entiers* »

Cependant, l'emploi du temps discontinu est à la fois plébiscité, réalisé et approuvé en terme de pertinence pédagogique et d'aspect pratique à la faculté de Grenoble. De plus,

une majorité des maîtres de stage dépendant de l'Université de Grenoble ne semble pas pouvoir réaliser cette répartition, même s'il est vrai que, certaines facultés, comme celle de Nancy, ont réussi à mettre en place cette répartition continue.

Par conséquent, et compte tenu des difficultés de recrutement des maîtres de stage, il paraîtrait judicieux, si cela se confirmait sur un échantillon plus large, d'appeler à une modification des textes de loi au profit d'un texte permettant plus de libertés.

□ **Propositions concernant l'organisation des stages**

Même si ça n'était pas l'objet premier de notre thèse, nous avons pu dégager certaines idées importantes dans un but d'homogénéisation des stages, tout en respectant les attentes des internes et des maîtres de stage. Les points soulevés ci-après répondent en outre aux impératifs actuels en terme de démographie médicale et aux exigences propres aux soins primaires ambulatoires.

- continuer à valoriser le secteur rural ou semi rural

- développer les ouvertures de stage dans les maisons de santé.

Sachant que ces structures sont encore peu développées, ce serait difficile à mettre en place actuellement. Les incitations financières pour créer des maisons de santé semblent mal connues du public. Par conséquent, on ne voit pas le nombre de ces structures augmenter de façon suffisamment importante pour accueillir les UPL. Il faudrait une politique plus dirigiste de la part des collectivités locales, qui prendrait l'initiative de la construction de ces structures et recruteraient ensuite des médecins. Ce serait ensuite à la faculté de privilégier ces praticiens dans le choix des maîtres de stage.

En outre, cela pourrait permettre de motiver les étudiants à s'installer en zone rurale, car bien que ce soit leur aspiration, ceci ne se concrétise quasi jamais en pratique. Or les maisons de santé permettent de rompre l'isolement des professionnels de santé dans un milieu éloigné de toute structure hospitalière, isolement qui est un des motifs de non installation en zone rurale.

- encourager l'interne à passer du temps dans les structures de CPAM

- encourager la participation de l'interne à la permanence de soins

□ **Proposition sur la formation des maîtres de stage**

Du point de vue de la formation des MDS, il nous semble nécessaire d'imposer la participation active à une FMC et la formation facultaire à la maîtrise de stage comme critères inaliénables d'agrément. Or, la formation facultaire n'est pas au point au jour d'aujourd'hui. Elle est seulement en train d'être mise en œuvre.

CONCLUSION

Partant du constat qu'il existait une grande hétérogénéité dans les appréciations des stages ambulatoires d'un semestre à l'autre, nous avons voulu en appréhender les raisons. Nous avons, en outre, déploré que certains internes de Médecine Générale doutent encore de l'utilité des stages en soins primaires ambulatoires et ce malgré l'investissement de la faculté dans la formation en Médecine Générale à Grenoble. Nous avons donc voulu montrer en quoi ces stages étaient incontournables.

L'objet de notre thèse était d'identifier les attentes des internes et des maîtres de stage vis-à-vis du stage chez le praticien de premier niveau et de réaliser «l'état des lieux» de ces stages, afin de mettre en lumière leurs similitudes et leurs divergences. La finalité était l'homogénéisation des stages, dans le but de garantir aux internes une acquisition qualitative et quantitative des compétences attendues en troisième cycle, tout en emportant leur adhésion et celle de leurs maîtres de stage.

Nous espérons ainsi participer aux travaux préexistants sur l'élaboration d'un outil pédagogique idéal pour l'évaluation des stages et des internes, évaluation s'inscrivant dans une démarche qualité nécessaire à la certification.

Pour y parvenir, nous avons réalisé une étude descriptive anonyme à la faculté de Médecine de Grenoble auprès des internes et des maîtres de stage engagés dans le



stage chez le praticien de premier niveau lors du semestre du 1^{er} novembre 2006 au 30 avril 2007. Nous les avons interrogés sur leurs attentes avant le début du stage (dans un premier questionnaire) et sur leur vécu à la fin du stage (dans un deuxième questionnaire).

Par cette étude, nous avons pu confirmer ou infirmer certaines de nos hypothèses initiales.

- Selon nous, le stage chez le praticien de premier niveau devait privilégier l'acquisition des compétences réflexives et professionnelles, compétences dont nous avons pu montrer qu'elles étaient peu acquises au préalable, contrairement aux compétences cognitives.

Nous avons pu mettre en exergue que les compétences réflexives ne sont ni recherchées par la majorité des internes ni majoritairement acquises au cours du stage chez le praticien et ce malgré les efforts entrepris par la faculté pour développer la démarche réflexive de l'interne dans ses apprentissages. Plus surprenant encore, ces compétences réflexives ne sont pas non plus attendues par les maîtres de stage. Il faut cependant pondérer ces conclusions par le faible pourcentage de compétences réflexives incluses dans notre grille.

En revanche, les compétences professionnelles sont fortement plébiscitées par les internes et majoritairement acquises au cours de ce stage. Ces compétences, le plus souvent spécifiques à l'exercice libéral de la médecine, ne peuvent en effet être acquises lors des stages hospitaliers, quasi exclusifs dans le cursus de l'étudiant.

L'acquisition des compétences cognitives, que nous jugeons être plutôt l'objet du second cycle, apparaît en deuxième position des souhaits et de la réalité des internes, mais sont en première place dans l'évaluation initiale et finale des maîtres de stage. La plupart des praticiens restent donc dans une optique de transmission de connaissances.

- Nous supposons que la supervision était nécessaire à l'acquisition des compétences et en particulier, nous souhaitons montrer le rôle de la supervision différée dans l'acquisition de compétences réflexives.

Nous avons montré que la supervision est réalisée de façon très disparate par les maîtres de stage. Fait surprenant de prime abord, la supervision directe a, semble-t-il, un intérêt dans l'acquisition des compétences réflexives en phase passive, en plaçant l'interne dans une observation active et non passive. On a pu également mettre en évidence une influence de cette supervision directe sur les compétences cognitives en phase semi active.

Contrairement à nos présupposés, nous n'avons pu observer un rôle de la supervision différée simple que dans les compétences professionnelles en phase active. Au vu des biais méthodologiques énumérés ci-après, nous ne pouvons pour autant en conclure à l'inutilité de cette supervision différée simple sur les autres compétences et dans les autres phases.

Quant à la supervision différée en groupe, peu plébiscitée, elle n'a quasi jamais été réalisée.

- Nous pensions que chaque phase, passive, semi active et active, avait une importance dans l'acquisition des compétences et que leur répartition pouvait s'homogénéiser.

A l'instar de la supervision, la répartition des phases s'est avérée très inégale entre les différents stages. Il nous a été impossible de déterminer une répartition cohérente qui améliorerait l'ensemble des compétences. On note simplement que les internes souhaitent une prépondérance de la phase active et que la phase semi active semble être déterminante sur l'acquisition des compétences cognitives.

Dans le cadre d'une certification, nous estimions qu'une certaine homogénéité s'imposait, mais le critère de répartition des phases semble, au vu de cette seule étude, peu pertinent. Il apparaît plus légitime que la répartition des phases soit adaptable à chaque interne.

- Il nous semblait important d'investiguer le nombre de consultations et leur rôle sur l'acquisition des compétences. Nous pensions qu'une consultation par demi heure soit environ quinze consultations par jour était une bonne moyenne.

Cette fois encore, nous avons constaté une disparité importante dans le vécu de chaque interne, essentiellement liée aux variations de la répartition des phases.

Néanmoins, nous avons pu mettre en évidence qu'un nombre de consultations strictement supérieur à quinze en phase active et inférieur (ou égal) à quinze en phase semi active permettait une acquisition optimale des compétences, notamment réflexives (phase active) et professionnelles (phases semi-active et active).

Quant à l'organisation des stages, qui n'était pourtant pas notre objectif premier, nous avons pu mettre en avant un certain nombre d'aspects à privilégier, tout en restant conformes aux souhaits des internes et des maîtres de stage et en tenant compte des impératifs actuels en terme de démographie médicale et des exigences propres aux soins primaires ambulatoires:

- continuer à valoriser le secteur rural ou semi rural
- augmenter le nombre d'UPL au sein de maisons de santé pluridisciplinaires
- encourager l'interne à passer du temps dans les structures de CPAM
- encourager la participation de l'interne à la permanence de soins

Du point de vue de la formation des maîtres de stage, il nous semble nécessaire d'imposer comme critères inaliénables d'agrément, la participation active à une FMC, inégalement réalisée, et la formation facultaire à la maîtrise de stage, bien que celle-ci semble difficile à mettre en place.

Ces deux derniers points sont des préalables incontournables à la certification de l'interne. Il faut, en effet, certifier les lieux de stage et les maîtres de stage avant de songer à certifier l'interne.

Plusieurs biais viennent cependant émailler notre étude.

Tout d'abord, les faiblesses de l'échantillon minorent la puissance statistique de nos analyses et par conséquent, ne permettent pas d'obtenir tous les résultats escomptés.

D'autre part, le biais de sélection découlant de l'anonymat nous oblige à pondérer les réponses obtenues. En effet, nous ignorons si les populations mises en regard sont les mêmes.

Ensuite, les terminologies diversement appréciées par chacun sont, sans doute, source d'erreurs d'interprétation des réponses, limitant ainsi l'exploitation de certaines données quantitatives. Elles limitent, en outre, la portée de certains résultats.

Enfin, notre volonté de décrire tous les aspects du stage, est à l'origine d'un questionnaire trop long. Il aurait fallu sélectionner les points essentiels afin d'augmenter le nombre de répondants et de permettre la discussion de tous les items.

A la lumière des réflexions issues de notre étude, nous avons pu émettre quelques propositions.

Tout d'abord, il nous apparaît primordial de compléter notre thèse par une étude non anonyme, sur un échantillon plus important, afin de préciser l'influence de chaque type de supervision, de chaque phase et du nombre de consultations sur l'acquisition des compétences réflexives, professionnelles et cognitives, en adaptant au préalable à l'interne les items du référentiel métier de la WONCA. A la lumière d'une telle étude, on pourrait envisager d'établir un carnet d'objectifs de stage chez le praticien de premier niveau.

Ensuite, il nous semble nécessaire, pour permettre à l'interne d'acquérir l'ensemble des compétences requises en Médecine Générale, de multiplier les stages en soins primaires au cours du troisième cycle et donc d'imposer le SASPAS.

Il serait également nécessaire de développer le stage chez le praticien existant en DCEM afin de sensibiliser l'étudiant, avant son entrée dans le troisième cycle, aux caractéristiques propres à l'exercice en soins primaires ambulatoires.

De même, les occasions de pratiquer des actes de gynécologie ou de pédiatrie semblant très recherchées, il faudrait favoriser, en deuxième et troisième cycles, les stages dans ces deux spécialités, si besoin dans des structures de ville.

De plus, afin de pallier l'inexistence de la supervision différée en groupe, on pourrait encourager les internes à la pratique réflexive par une participation active aux groupes de pairs de leurs maîtres de stage.

En dernier lieu, il faudrait demander un assouplissement et une plus grande lisibilité des textes de lois régissant le DES de Médecine Générale.

Pour conclure, nous sommes bien conscientes que notre étude, limitée à la seule faculté de Grenoble, ne saurait être transposée sous cette forme à d'autres centres universitaires, d'autant que les facultés disposent, à l'heure actuelle, d'une grande autonomie quant à l'organisation du stage de premier niveau chez le praticien.

Nous formulons cependant le vœu que ce travail de thèse puisse tout au moins participer à l'évaluation de ce stage à la faculté de Grenoble, voire constituer un des fers de lance de projets plus ambitieux, nécessaires à l'élaboration d'un outil pédagogique pour l'évaluation du troisième cycle de Médecine Générale.

THESE SOUTENUE PAR : Mlle SARFATI Séverine et Mlle CHAMBEFORT Cécile

TITRE : « LE STAGE CHEZ LE PRATICIEN DE PREMIER NIVEAU EN
TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE A GRENOBLE : ENTRE
ATTENTES ET REALITES »

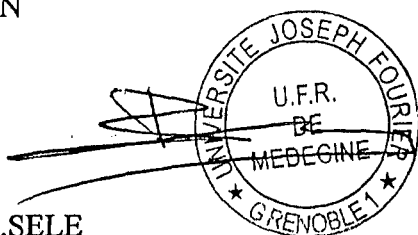
CONCLUSION : cf. document joint

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 16 juin 2006

LE DOYEN

Mr le Pr B.SELE



LE PRESIDENT DE THESE

Mr le Pr J.M. DEBRU

7.06.2008

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Mr le Pr J.M. DEBRU.

BIBLIOGRAPHIE

- A. Loi d'orientation 68-978 du 12 novembre 1968 : LOI DITE EDGAR FAURE D'ORIENTATION DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
Publiée au Journal officiel "Lois et Décrets" du 13 novembre 1968 page 10579
Modifiée par ordonnance 96-345 du 24 avril 1996
- B. Loi ordinaire 82-1098 du 23 décembre 1982 : RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES Texte totalement abrogé
Publiée au Journal officiel "Lois et Décrets" du 26 décembre 1982 page 3861
- C. Loi ordinaire 84-52 du 26 janvier 1984 :LOI DITE SAVARY SUR L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR Texte totalement abrogé
Publiée au Journal officiel "Lois et Décrets" du 27 janvier 1984 page 431
- D. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1): chapitre 2 « formation médicale continue ». Publié(e) au JORF du 5 mars 2002 page 4118
- E. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie concernant la mise en place des EPP. Publié(e) au JORF le 17 août 2004.
1. Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 : Décret relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. Texte totalement abrogé. Publié(e) au JORF n°115 du 18 mai 1997 page 7538
 2. Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. Publié(e) au JORF n° 300 du 27 décembre 1997 page 18919
 3. Décret en Conseil d'Etat 97-1214 du 24 décembre 1997 : modifiant le décret 88-321 du 07-04-1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF du 27 décembre 1997 page 18920
 4. Décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie. JORF n° 262 du 11 novembre 1999 page 16804
 5. Arrêté du 22 septembre 2004, relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. Publié(e) au JORF du 14 octobre 2004
 6. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF n° 250 du 27 octobre 2001
 7. Décret en Conseil d'Etat 88-321 du 07 avril 1988 modifié : fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF du 08 avril 1988 page 4650

8. Décret en Conseil d'Etat 90-41 du 09 janvier 1990 : modifiant le décret 88-321 du 07-04-1988 modifié fixant l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales. Publié(e) au Journal officiel "Lois et Décrets" du 13 janvier 1990 page 544
9. Décret en Conseil d'Etat 91-1135 du 28 octobre 1991 : modifiant le décret 88-321 du 07-04-1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF du 01 novembre 1991 page 14361
10. Décret en Conseil d'Etat 97-494 du 16 mai 1997 : modifiant le décret 88-321 du 07-04-1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF du 18 mai 1997 page 7537
11. Décret no 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n° 22 du 26 janvier 2001 page 1371
12. Décret no 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie, texte abrogé
13. Décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié(e) au JORF du 18 janvier 2004 page 1394
14. Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 : relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés
15. Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 relative à diverses mesures de simplification en matière de sécurité sociale. Publié(e) au JORF du 19 juillet 2005
16. Règlement interne de l'université Pierre et Marie Curie Paris : documents relatifs au stage chez le praticien, objectifs généraux du troisième cycle de médecine générale, grille de validation du stage chez le praticien.
17. Vade-mecum de la formation spécifique en médecin générale, diplôme d'études spécialisées en médecine générale. Université Catholique de Louvain ; Dr Pestiaux
18. 3^{ème} cycle de médecine générale – Résidanat – Année universitaire 2005-2006. Université de la Méditerranée Aix Marseille 2. Faculté de médecine. MAJ 08/11/05
19. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien : rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du conseil national de l'ordre des médecins du 5 juin 1999. Dr F-Xavier Mercat (rapporteur), Dr Louis-Jean Calloc'h, Dr Vladimir Guiheuneuf, Dr Jacques Sauquet, Dr Jean Toulouse.
20. Place et rôle des Maîtres de stage dans la formation. Contribution Richard Etienne Université Paul Vaméry Montpellier 3. Journée d'étude du Vendredi 7 février 2003 au centre IUFM de Villeneuve d'Ascq.

21. Convention de stage relative à l'affectation d'un résident de médecine générale auprès d'un médecin praticien agréé. Université Joseph Fourier, Grenoble. Faculté de médecine.
22. Livret du résident Université Paris 13, Faculté de médecine, Département de médecine générale.
23. Fonctions du maître de stage en médecine générale. Université Paris 7 Denis Diderot. UFR Bichat Lariboisière.
24. Guide pédagogique de la maîtrise de stage à Lariboisière Saint Louis. Commission de médecine générale Pr. Jean François Bergmann.
25. Charte des maîtres de stage. Faculté de médecine Lariboisière Saint Louis.
26. Apprentissage en direct : les stages de médecine de l'université de Genève. Primary Care 2003 ; 3 :228. Charles Antoine Courcoux.
http://www.unige.ch/presse/archives/unes/2003/20030106stag_med_1.html
27. Guide pédagogique à l'usage des Maîtres de stage en médecine générale. Centre universitaire de médecine générale de l'Université Catholique de Louvain. 2002. C. Minguet, D. Pestiaux, D. Vanthyune. <http://www.cumg.net>
28. Fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage par l'interne en DES de médecine générale. Université Kremlin Bicêtre
29. Fiche d'évaluation du stage de l'interne en DES de médecine générale en stage chez le praticien. Université Kremlin Bicêtre.
30. Le troisième cycle de médecine générale dans les universités françaises, guide pour l'évaluation interne. 30 mai 1997. CNE : Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel.
<http://www.cne.mesr.fr>
31. Curriculum des études médicales Année 2005-2006. Troisième cycle de médecine générale. Université de Limoges. Faculté de médecine.
32. Convention cadre de stage en médecine générale. Centre universitaire de médecine générale de l'Université catholique de Louvain.
33. Convention cadre de stage en médecine générale. Troisième cycle de formation en médecine générale à l'Université de Luxembourg. Contrat visé par le collège médical : lettre du 29 novembre 2004, N°3-041124.
34. Etude descriptive de la contribution du stage à la formation professionnelle initiale des archivistes au Québec de 1983 à 1994. Jean Yves Rousseau. Archives, Volume 29, numéro 3 et 4, 1997-1998.
35. 3^{ème} forum international francophone de pédagogie médicale : nouvelles tendances en pédagogie médicale. 3 et 4 juin 2004. Québec.

36. Revue du Praticien Médecine Générale n°774/775 5 juin 2007 page 633 faut-il réformer l'internat de médecine générale ? Odile Angot chargée de mission formation de l'interne à l'ISNAR-IMG
37. Thèse pour le doctorat en médecine générale d'Alexandre Flacher et de Nicolas Baude: «Exercice médicale des futurs médecins généralistes : désirs et attentes des internes» Faculté de médecine Grenoble 2007
38. Revue du Praticien Médecine Générale N°716/717 16 janvier 2006 page 5 « certifier la compétence à exercer la médecine générale » Claude Attali PA-MG faculté de médecine de Créteil, responsable de l'évaluation des compétences pour le CNGE.
39. Revue du Praticien Médecine Générale N°716/717 16 janvier 2006 page 53 à 55 « la validation du DES à Rouen » par Philippe Nguyen-Thanh MCA-MG à Rouen.
40. Proposition de l'ISNAR-IMG : « la certification : quelle validation pour le troisième cycle de Médecin générale »
41. L'obligation de formation médicale continue : historique état des lieux et perspectives. Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/obligation_fmc/diapos_fmcp.pdf
42. Thèse pour le doctorat en médecine générale de RICHARD André « Evaluation du nouveau stage chez le praticien : point de vue des résidents stagiaires de la faculté Xavier Bichat » 1999, Faculté de médecine Paris 7.
43. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Vanessa TALHOUARN « Evaluation du nouveau stage chez le praticien : point de vue des maîtres de stage de la faculté Xavier Bichat et état des lieux dans les facultés françaises » 2000, Faculté de médecine Bichat, Paris 7.
44. Thèse pour le doctorat en médecine générale de François-Xavier GANDON « Stage de 6 mois chez le praticien à la faculté de Broussais – Hôtel Dieu : historique, mise en place, évaluation, prospective » 1998, Faculté de médecine Broussais, Paris 5.
45. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Sophie DARROUZAIN « Evaluation du stage du troisième cycle de médecine générale au cabinet du médecin généraliste » (étude à partir carnets de stage et de questionnaires d'évaluation), 2001 Faculté de médecine de BESANCON
46. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Jean-Luc GUERRERO : « Mise en place et recueil de l'évaluation du stage chez le praticien au cours du 3ème cycle de médecine générale, à la faculté de Marseille » 1999, Faculté de médecine de Marseille.
47. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Céline DUTTO-PRESUTTI : « Maîtrise de stage en médecine générale : le rapport de stage est-il un outil d'évaluation ? Etude à partir de 293 rapports de stage chez le praticien à la faculté de médecine de Marseille de novembre 1999 à avril 2002 », 2003, Faculté de médecine de Marseille.

48. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Alain ZORZI : « Démarche évaluative au cours du stage chez le praticien : validation d'une grille d'auto-évaluation et d'optimisation de la relation pédagogique entre le maître de stage et le résident » 2001, Faculté de médecine de Toulouse III.
49. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Alexandre LORILLOUX : « Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X.BICHAT » 2005, Faculté de médecine Bichat, Paris 7.
50. Thèse pour le doctorat en médecine générale de Arnaud MENUELLE « Analyse descriptive de 63 rapports de stage chez le praticien de l'UFR COCHIN-PORT ROYAL (PARIS V) de novembre 1997 à avril 2000 au cours du troisième cycle de médecine générale. Proposition d'un questionnaire pour contribuer à son évaluation » 2001, Faculté de médecine Cochin, Paris 5.
51. Rôle du Conseil de l'Ordre dans l'évaluation des pratiques et des connaissances médicales. Auteur Glorion B. Responsabilité 2001 ; 1 :27-28.
52. Pour un référentiel métier du médecin généraliste : rénover l'enseignement de la médecine générale. Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants
53. Les compétences du médecin généraliste. Groupe de travail certification du CNGE. La revue Exercer. Septembre 2005 N°74-94

ANNEXE 1 : LEXIQUE

BIUM : Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES de MG : Diplôme d'Enseignement Supérieur de Médecine Générale

EPP : Evaluation de Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GAC : Groupes d'Acquisition des Compétences

IMG : Interne de Médecine Générale.

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) : lieu physique de regroupement, pour des professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, para-médicales voire sociales) qui offre des soins courants, en journée, à la population.

MDS : Maître de Stage

PDS : Permanence Des Soins

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

TCEMG : Troisième Cycle des Etudes de Médecine Générale

UPL : Unité Pédagogique Locale

WONCA : World Organization of National Colleges and Academies

ANNEXE 2 : LES QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE DESTINE A L'INTERNE EN MEDECINE GENERALE EN DEBUT DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

A/ Renseignements personnels

Sexe : Féminin Masculin

Age : ans

Statut : Célibataire Concubinage Pacsé(e) / Marié(e)

Enfants à charge : OUI NON

Voiture personnelle à disposition : OUI NON

Semestre en cours : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème} (entourez la bonne réponse)

Pour l'ensemble de ce questionnaire, veuillez remplir les items en fonction de ce que vous souhaitez ou de ce que vous imaginez rencontrer dans votre stage chez le praticien.

B/ Organisation du stage

1/ Caractéristiques administratives des Maîtres De Stage

1.a) Quel nombre de maîtres de stage vous semble « idéal » à proposer pour un stage: (entourez le chiffre correspondant)

1 2 3 4 5 6
 7

Autre : (précisez)

1.b) Nombre de lieux de stage :

Un stage avec plusieurs praticiens doit-il selon vous se dérouler :

(une seule réponse)

dans un seul et même cabinet où les maîtres de stage sont associés

dans des cabinets différents, indépendants

peu m'importe!

1.c) Emploi du temps :

Dans l'hypothèse où vous avez plusieurs maîtres de stage, votre emploi du temps

devrait il être réparti: (une seule réponse)

- de façon **continue** par **mois entier(s) consécutif(s)** entre chaque maître de stage (ex : si 3 MDS, 2 mois consécutifs avec chacun d'entre eux)
 - de façon **discontinue** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins
 - ça m'est égal!
 - autre proposition :
-

1.d) Secteur d'activité : *pensez-vous qu'il est intéressant pour votre formation de découvrir la médecine générale en zone :*

(cochez une ou plusieurs cases):

- Rurale Semi-rurale Urbaine
- Indifférent (*si vous pensez que le lieu n'a pas d'importance dans la formation*)
- autre (précisez) :

Précisez les raisons de votre choix :

.....
.....
.....

1.e) Mode d'exercice : *pensez vous qu'il est préférable d'appréhender l'exercice de la médecine générale en mode :*

(une seule réponse)

- Libéral Salarié Mixte Indifférent

Pourquoi ce(s) choix ?

.....

1.d) Début d'exercice : *précisez en entourant LE chiffre correspondant au nombre d'années d'exercice que vous jugez nécessaire avant qu'un praticien devienne maître de stage :*

1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans 6 ans
7 ans

Autre : (précisez)

2/ Renseignements sur les cabinets

Quelles modalités d'exercice vous semblent idéales pour votre formation ?

2.a) type de structure

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cabinet de groupe (associés) | <input type="checkbox"/> Cabinet seul |
| <input type="checkbox"/> Maison médicale (médecin, kiné, IDE) | <input type="checkbox"/> Centre de santé |
| <input type="checkbox"/> Indifférent | <input type="checkbox"/> Autre : |

2.b) organisation
(une seule réponse)

- Secrétariat Pas de secrétariat « il faut connaître les 2 : avec et sans »
 ça n'a pas d'importance !

2.c) logistique
(une seule réponse)

- Informatisation Pas d'informatisation Indifférent

2.d) distance acceptable du lieu de stage à votre domicile en temps et en kilométrage:

Au maximum :minutes
..... km

3/ Renseignements logistiques :

Répondez en fonction de ce que vous aimeriez trouver sur votre lieu de stage.

- 3.a) Logement sur place : OUI NON
3.b) Défraiement/ déplacement : OUI NON
3.c) Défraiement/ Nourriture : OUI NON
3.d) Prêt d'une voiture pour les visites à domicile : OUI NON
- Si OUI, assurance spéciale pour le praticien : OUI NON
- Si NON, financement d'une assurance particulière pour le véhicule de l'interne :

OUI NON

- 3.e) Aide à la réalisation d'une trousse d'urgence : OUI NON

4/ Activité de l'interne au cabinet

Rappel :

- la phase dite passive est une phase d'observation seule où le stagiaire se familiarise avec son environnement.

- La phase dite **semi-active** est une phase où l'étudiant peut effectuer des actes en présence du maître de stage.
- La phase dite **active** est une phase où l'étudiant est autonome, peut accomplir seul des actes, le maître de stage n'étant pas présent dans la pièce pendant la durée de la consultation.

4.a) Préciser la durée des différentes phases d'exercice que vous aimeriez avoir dans l'idéal sur l'ensemble du semestre (180jours) :

Phase passive : jours

Phase semi-active : jours

Phase active : jours

4.b) Déroulement du stage :

(cochez la case correspondante)

*Pensez-vous que ces différentes phases doivent se succéder de façon systématique de la phase passive vers l'autonomie (**progression continue**), ou qu'il est souhaitable de pouvoir revenir à l'une de ses étapes à tout moment du stage (**déroulement alterné**), à l'appréciation de l'interne et/ou du maître de stage :*

progression continue

déroulement alterné

Pourquoi ?.....

4.c) Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de consultations par jour auxquelles vous aimeriez participer (hors gardes) ou que vous souhaiteriez ne pas dépasser :

Phase passive :consultations / jour

Phase semi-active :consultations / jour

Phase active :consultations / jour

4.d) Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de visites au domicile du patient par semaine auxquelles vous aimeriez participer (hors gardes) :

Phase passive :visites / semaine

Phase semi-active :visites / semaine

Phase active :visites / semaine

4.e) Pendant la phase active, le maître de stage devrait-il pouvoir consulter en même temps que vous dans une autre pièce ?

OUI

NON

Pourquoi ?.....
.....
.....

4.f) Participation à la permanence des soins :

Pensez vous que celle-ci doit être :

(une seule réponse)

- Proposée par le maître de stage avec accord de l'interne
- Réalisée sur volontariat de l'interne
- Imposée avec le maître de stage
- Imposée à la place du maître de stage
- Pas de participation à la permanence des soins

Préciser les modalités des gardes auxquelles vous souhaiteriez participer au cours de votre cursus. Ex de modalités : gardes tournantes, maison médicalisée, régulation SAMU...

.....
.....
.....
.....

5/ Mode de supervision

Rappel :

- **Supervision directe : le Maître de Stage (MDS) est présent sur place ou joignable au téléphone pour répondre à vos questions pendant ou après chaque consultation**
- **Supervision différée simple : le MDS reprend un ou plusieurs dossiers avec vous à la fin des consultations, et discute des problématiques, des options prises, des références...**
- **Supervision différée en groupe : réunion de travail en groupe avec les différents médecins d'un cabinet ou avec les différents MDS**

Pour les trois questions suivantes, **cochez une à trois cases** selon le(s) mode(s) de supervisions qui vous semble(nt) le(s) plus intéressant(s) pour chaque phase, **puis veuillez préciser** la fréquence hebdomadaire que vous souhaiteriez avoir pour chacun des modes de supervision cochés.

5.1. PHASE PASSIVE

5.1.a) Pendant la phase passive vous souhaiteriez bénéficier d'une supervision :

- Directe Différée simple Différée en groupe

5.1.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.2. PHASE SEMI-ACTIVE

5.2.a) Pendant la phase semi active vous souhaiteriez bénéficier d'une supervision :

- Directe Différée simple Différée en groupe

5.2.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.3. PHASE ACTIVE

5.3.a) Pendant la phase active vous souhaiteriez bénéficier d'une supervision :

- Directe Différée simple Différée en groupe

5.3.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

6/ Autres activités de l'interne :

6.a) activité indépendante du cabinet :

Souhaitez vous que l(es) activité(s) hors du cabinet soi(en)t : (*exemples d'activités: consultations chez un spécialiste, para médicaux, PMI, Planning Familial...*)

Cochez une seule case.

- Impossible
 Possible, modulable, adaptée à chaque interne
 Encouragée, à l'initiative de l'interne seul
 Organisée par la faculté

Quel(s) type(s) d'activité(s) estimez-vous utiles à votre formation ?

.....
.....
.....
.....

6.b) Activité préférentielle du maître de stage:

Précisez dans quel(s) domaine(s) d'activité* vous souhaiteriez que votre maître de stage ait des compétences particulières au sein de son activité de médecine générale :

.....
.....

(* par exemple: gynécologie, pédiatrie, médecine du sport, soins palliatifs, gériatrie...)

6.c) Stage dans une structure de la Sécurité Sociale :

Au cours du semestre, pensez vous qu'il vous serait profitable de voir comment fonctionne la « Sécu »?

OUI NON

Quel temps en heures devrait on accorder à ce stage sur un semestre :

.....heures

7/ Participation à la Formation Médicale Continue(FMC)**

(**exemples : session FMC officielle, groupe de pairs...)

7.a) Souhaitez-vous participer à l'activité de Formation Médicale Continue de vos maîtres de stage :

OUI NON

7.b) *Si oui, préciser quelle(s) activité(s) en FMC:*

.....
.....
.....

C/ Informations sur le choix de ce stage

NOTA BENE :les données suivantes ne seront en aucun cas communiquées aux maîtres de stage, le questionnaire étant anonyme...

C1. Le jour du choix, le stage chez le praticien :

- vous a été imposé.
 vous l'avez volontairement choisi.

C2. Raison(s) prioritaire(s) au choix de stage:

Numérotez de 1 à 5 par ordre d'importance (1 = prioritaire, 5 = moins important) les 5 raisons que vous jugez prioritaires dans le choix de votre stage

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rapprochement géographique
amis | <input type="checkbox"/> Conseil des
amis |
| <input type="checkbox"/> Connaissance des maîtres de stage | <input type="checkbox"/> Guide de stage |
| <input type="checkbox"/> Type d'activité préférentielle des maîtres de stage
classement | <input type="checkbox"/> Rang de |
| <input type="checkbox"/> Horaires de stage, samedis travaillés, etc | <input type="checkbox"/> Informatisation |
| <input type="checkbox"/> Autres
préciser : | |

D/ Compétences professionnelles

Adaptées des compétences issues d'un travail collégial sur le thème de la définition de la Médecine Générale réalisé par le CNGE* et par la WONCA** , organisation à laquelle le CNGE participe.

***CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants**

****WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Doctors
ou World Organization of Family Doctors**

Pour chacun des items suivants, veuillez attribuer un chiffre de 0 à 4 (cf. échelle ci-dessous) en fonction des compétences professionnelles que vous souhaiteriez acquérir lors de votre stage et qui vous semblent correspondre à ce que l'on peut attendre des objectifs d'un 3^{ème} cycle de Médecine Générale.

1 = primordial, c'est bien le rôle du 1^{er} stage chez le praticien de nous le faire acquérir

2 = important, mais ce n'est pas le propos du 1^{er} stage chez le praticien, pourra s'acquérir ultérieurement au cours d'un 2^{ème} stage chez le praticien, par exemple

3 = important, mais peut s'acquérir dans d'autres lieux de stage

4 = ce n'est pas l'objectif d'un 3^{ème} cycle de médecine générale

0 = inutile

1. Prendre en charge un problème de santé de premiers recours

- recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du patient et/ou de son entourage
- examiner de manière pertinente la personne
- synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic
- élaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte, la communiquer et l'argumenter
- prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique avec le patient

2. Communiquer en établissant et en entretenant une relation avec le patient et/ ou son entourage

- manifester une écoute active et empathique
- maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale (le contact physique, l'agencement des chaises...)

- adapter la communication aux possibilités de compréhension du patient
- prendre en compte ses propres émotions et celles du patient
- décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie

3. travailler en équipe au sein du système de santé et de la société

- coordonner (initiation et suivi) la prise en charge autour du patient, dans le parcours de soins et les différents réseaux (avec les paramédicaux, les spécialistes, les familles, réseaux alcoologie, HAD...)
- respecter la loi et le code de déontologie

4. Assurer la continuité de la prise en charge des patients

- collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur
- organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
- organiser ses absences (vacances, formation, autres activités)

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte

- fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
- utiliser un processus spécifique de décision conditionnée par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins primaires
- prendre en compte le fonctionnement du système de soin, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement (différence de prise en charge selon les secteurs d'activité par exemple)

6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence

- connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
- gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
- constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

- expliquer un diagnostic au patient
- sensibiliser le patient à la prévention primaire et secondaire
- accompagner le patient dans sa démarche

8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

- pratiquer des actes de prévention et de dépistage (exemple : FCV, IDR...pose d'un stérilet ou implant)
- pratiquer des actes diagnostic et thérapeutique (Exemple : ECG, audiogramme, injection insuline, dextro, androcur...)

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique

- repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité, en identifiant les comportements à risques, les antécédents, les facteurs de risques et les tranches d'âge concernées
- mettre en route des actions de prévention individuelle et collective (exemple participation à l'ODLC)

10. Se préparer à son exercice professionnel

- organiser le temps de travail
- adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
- actualiser l'outil de travail : dossier médical informatique, matériel
- gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçant, assistant, étudiant
- respecter les obligations comptables et fiscales (tenue de la comptabilité et télétransmission)

11. Actualiser et développer ses compétences

- adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche

- maintenir et améliorer ses compétences par une FMC validée (*séminaires, tests de lecture Prescrire, congrès, groupe de pairs...*)
- évaluer ses pratiques professionnelles (participer aux Evaluations des Pratiques Professionnelles)

12. Prendre en compte l'orientation communautaire

- Avoir des notions sur l'économie de santé actuelle
- Connaître le coût des prescriptions
- Intégrer ces informations dans le processus décisionnel

MERCI MERCI MERCI d'avoir pris de votre temps pour répondre à ce questionnaire un peu long , on en convient, mais qui, on l'espère fera avancer notre formation en Médecine Générale!!!!

**QUESTIONNAIRE DESTINE A L'INTERNE EN MEDECINE GENERALE
EN FIN DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN**

A/ Renseignements personnels

Sexe : Féminin Masculin

Age : ans

Statut : Célibataire Concubinage Pacsé(e) / Marié(e)

Enfants à charge : OUI NON

Voiture personnelle à disposition : OUI NON

Semestre en cours : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème} (entourez la bonne réponse)

Pour l'ensemble de ce questionnaire, veuillez remplir les items en fonction de ce que vous ont proposé vos maîtres de stage lors de ce semestre. *Ce questionnaire est bien entendu anonyme et aucune des réponses ne sera communiquée.*

Pour les questions formulées sous forme de tableau, merci de toujours faire correspondre les intitulés MDS1, MDS2... à la même personne. Ceci est nécessaire à l'interprétation des résultats.

B/ Organisation du stage

1/ Caractéristiques administratives des Maîtres De Stage

1.a) Nombre de maîtres de stage au sein de votre UPL :
(entourez le chiffre correspondant)

1 2 3 4 5 6
 7

En êtes-vous satisfait?

OUI NON, trop nombreux NON, pas assez nombreux

1.b) Emploi du temps : votre formation s'est-elle déroulée :
(une seule réponse)

de façon continue par mois entiers consécutifs entre chaque maître de stage (ex : si 3 maîtres de stage, 2 mois consécutifs avec chacun d'entre eux)

de façon **discontinue** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins

par semaines (une ou deux semaines d'affilée chez un médecin puis changement de médecin)

autre

proposition :

1.c) Jugez-vous votre emploi du temps :

(Cocher une case par ligne)

- **pertinent** d'un point de vue pédagogique : OUI NON

- **pratique** du point de vue de l'organisation pour le(s) cabinet(s) et les patients : OUI NON

- **pratique pour l'interne** d'un point de vue logistique: OUI NON

1.d) si vous aviez eu la possibilité de choisir votre emploi du temps pour ce stage, préféreriez-vous que votre stage se soit déroulé :

de façon **continue** par **mois entiers consécutifs** entre chaque maître de stage (ex : si 3 maîtres de stage, 2 mois consécutifs avec chacun d'entre eux)

de façon **discontinue** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins

par semaines (une ou deux semaines d'affilée chez un médecin puis changement de médecin)

autre

proposition :

1.e) Secteur d'activité (**mettre une croix** dans les cases correspondantes)

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Rurale					
Semi-rurale					
Urbaine					

1.f) Mode d'exercice (**une seule croix par colonne**)

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Libéral					
Salarié					
Mixte (préciser les types d'activité mixte)					

1.g) L'expérience de votre stage vous a-t-elle donné l'envie de devenir un jour maître de stage?

OUI

NON

2/ Renseignements sur les cabinets

2.a) type de structure : dans quelle(s) structure(s) votre stage s'est-il déroulé ?
(une seule réponse possible)

- Cabinet de groupe (associés) Groupe de cabinets individuels
(plusieurs cabinets où le médecin exerce seul)
- Maison médicale (médecin, kiné, IDE) Centre de santé
- Autre :

2.b) L'expérience de ce stage vous a-t-elle donné ou confirmé l'envie de vous installer en médecine générale?

- OUI NON

2.c) Logistique (mettre une croix si OUI) :

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Secrétariat					
Informatisation					
Distance / votre domicile habituel	.....km.....min	.....km.....min	.....km.....min	.....km.....min	.....km.....min

3/ Renseignements logistiques :

Pendant le stage, on vous a proposé (mettre une croix si OUI) :

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Logement sur place					
Défraiment du déplacement					
Nourriture offerte, proposée					
Prêt voiture pour visites :					
Si oui, assurance particulière pour le médecin ?					
Si non, assurance spéciale pour votre voiture ?					
Aide à la réalisation d'une trousse d'urgence					

4/ Activité de l'interne au cabinet

Rappel :

- la phase dite passive est une phase d'observation seule où le stagiaire se familiarise avec son environnement.
- La phase dite semi-active est une phase où l'étudiant peut effectuer des actes en présence du maître de stage.
- La phase dite active est une phase où l'étudiant est autonome, peut accomplir seul des actes, le maître de stage n'étant pas présent dans la pièce pendant la durée de la consultation.

4.1) Préciser pour chaque maître de stage, la durée de chaque phase (en jours) dans le 1^{er} tableau.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Phase passive	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs
Phase semi-active	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs
Phase active	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs	.....jrs

Dans ce deuxième tableau, préciser par une croix dans l'une des 4 cases (**1 case par colonne**) votre satisfaction vis-à-vis de cette répartition des différentes phases.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

4.2) Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de consultations par jour auxquelles vous avez participé (hors gardes) et votre satisfaction en cochant **une case par colonne**.

PHASE PASSIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de consult /jour</i>	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

PHASE SEMI-ACTIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de consult /jour</i>	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j

Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

PHASE ACTIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de consult /jour</i>	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j	.....cs/j
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

A l'issue du stage, quel nombre de consultations par jour estimez-vous idéal ?

Phase passive : cs /jour

Phase semi-active :cs /jour

Phase active : cs /jour

4.3) Déroulement du stage : (cochez les cases correspondantes)

Dans le tableau ci-dessous, préciser, pour chaque maître de stage, la façon dont votre stage s'est déroulé et votre satisfaction.

Rappel :

- **progression continue** : le déroulement du stage s'est fait de manière progressive vers l'autonomie (phase passive → semi-active → active).
- **déroulement alterné** : le stage vous a permis de revenir à votre demande ou à celle de votre maître de stage à l'une des 3 phases à n'importe quel moment du stage.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Progression continue					
Déroulement alterné					
	↓	↓	↓	↓	↓
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

4.4) Pendant la phase active, le maître de stage a-t-il consulté en même temps que vous?
(mettre une croix)

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
OUI, le médecin consulte en même temps					

Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....

4.5) La question des visites

Préciser pour chaque phase, le nombre de visites en moyenne que vous avez effectué (1ère ligne), votre satisfaction (cocher une des 4 cases suivantes) et si le maître de stage (MDS) vous a accompagné (barrer la mention inutile).

PHASE PASSIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de visites /jour</i>	..... /j	...../j	..... /j	...../j	..... /j
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Le MDS vous a-t-il accompagné(e)?	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

PHASE SEMI-ACTIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de visites /jour</i>	..... /j	...../j	..... /j	...../j	..... /j
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Le MDS vous a-t-il accompagné(e)?	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

PHASE ACTIVE

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
<i>Nb de visites /jour</i>	..... /j	...../j	..... /j	...../j	..... /j
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					
////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Le MDS vous a-t-il accompagné(e)?	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

4.6) Participation à la permanence des soins

Mettre une seule croix par colonne.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
1. Proposée par le maître de stage					
2. Réalisée sur volontariat de l'interne					
3. Imposée avec le maître de stage					
4. Imposée à la place du maître de stage					
5. Pas de participation à la permanence de soins					

Mettre une croix en fonction de votre satisfaction vis-à-vis de votre participation à la permanence des soins.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

5/ Mode de supervision

Rappel :

- **Supervision directe** : le Maître De Stage (MDS) est présent sur place ou joignable au téléphone pour répondre à vos questions pendant ou après chaque consultation
- **Supervision différée simple** : le MDS reprend un ou plusieurs dossiers avec vous à la fin des consultations, et discute des problématiques, des options prises, des références...
- **Supervision différée en groupe** : réunion de travail en groupe avec les différents médecins d'un cabinet ou avec les différents MDS

Vous avez bénéficié au cours de votre stage, d'une supervision directe et/ou différée simple et/ou en groupe qui a pu varier en fonction de chaque phase. Quelle en était leur fréquence hebdomadaire (1^{er} tableau)? Avez-vous été satisfait de cette prise en charge (2^{ème} tableau) ?

Ne remplir que les cases qui concernent (la ou) les supervisions réalisées +++ .

Pendant la **phase passive**, vous avez bénéficié de supervision(s) à la fréquence suivante:

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Directe	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée simple	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée en groupe	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
	⇓	⇓	⇓	⇓	⇓
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

Pendant la **phase semi-active** vous avez bénéficié d'une supervision :

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Directe	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée simple	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée en groupe	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
	⇓	⇓	⇓	⇓	⇓
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

Pendant la **phase active** vous avez bénéficié d'une supervision :

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Directe	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée simple	..... /sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
Différée en groupe	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem	...../sem
	⇓	⇓	⇓	⇓	⇓
Très satisfait					
Plutôt satisfait					
Plutôt pas satisfait					
Pas satisfait du tout					

6/ Autres activités de l'interne :

6.a) Votre participation à une activité indépendante du cabinet pendant votre stage a-t-elle été :

Cocher **une seule case** par colonne.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Impossible , incompatible avec l'emploi du temps					
Possible, adaptée à vos besoins					
Encouragée par le médecin, à votre initiative					
Non réalisée car pas de demande de votre part					
Non adaptée à vos besoins					

(exemples d'activités: consultations chez un spécialiste, para médicaux, PMI, Planning Familial...)

6.b) Stage dans une structure de la Sécurité Sociale :

OUI

NON

Si oui, quel temps en heures :.....heures

7/ Participation à la Formation Médicale Continue(FMC)**

Préciser dans la première ligne du tableau si **OUI ou NON** vous avez participé à l'activité de Formation Médicale Continue de vos maîtres de stage.

Si **NON**, cocher dans la deuxième partie du tableau l'une des 3 propositions.

	MDS 1	MDS 2	MDS 3	MDS 4	MDS 5
Participation à la FMC					
Si NON, c'est parce que :	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////
1) votre MDS n'a pas de FMC régulière					
2) vous ne vouliez pas y participer					
3) vous n'y avez pas été invité					

Si OUI, préciser quelle(s) forme(s) de
FMC:.....

.....
.....
.....

C/ Compétences professionnelles

Les items suivants traitent des compétences du Médecin généraliste et sont inspirés d'un travail collégial sur le thème de la définition de la Médecine Générale réalisé par le CNGE* et par la WONCA**, organisation à laquelle le CNGE participe.

*CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

**WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Doctors
ou World Organization of Family Doctors

Numéroter toutes les cases suivantes de 1 à 3 selon que:

<p>1 = la compétence a été acquise pendant votre stage chez le praticien 2 = la compétence était déjà acquise avant votre stage chez le praticien 3 = la compétence n'est pas encore acquise</p>

1. Prendre en charge un problème de santé de premiers recours

- recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du patient et/ou de son entourage
- examiner de manière pertinente la personne
- synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic
- élaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte, la communiquer et l'argumenter
- prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique avec le patient

2. Communiquer en établissant et en entretenant une relation avec le patient et/ou son entourage

- manifester une écoute active et empathique
- maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale (le contact physique, l'agencement des chaises...)

- adapter la communication aux possibilités de compréhension du patient
- prendre en compte ses propres émotions et celles du patient
- décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie

3. travailler en équipe au sein du système de santé et de la société

- coordonner (initiation et suivi) la prise en charge autour du patient, dans le parcours de soins et les différents réseaux (avec les paramédicaux, les spécialistes, les familles, réseaux alcoologie, HAD...)
- respecter la loi et le code de déontologie

4. Assurer la continuité de la prise en charge des patients

- collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur
- organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
- organiser ses absences (vacances, formation, autres activités)

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte

- fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
- utiliser un processus spécifique de décision conditionnée par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins primaires
- prendre en compte le fonctionnement du système de soin, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement (différence de prise en charge selon les secteurs d'activité par exemple)

6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence

- connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
- gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
- constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

- expliquer un diagnostic au patient
- sensibiliser le patient à la prévention primaire et secondaire
- accompagner le patient dans sa démarche

8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

- pratiquer des actes de prévention et de dépistage (exemple : FCV, IDR...pose d'un stérilet ou implant)
- pratiquer des actes diagnostic et thérapeutique (Exemple : ECG, audiogramme, injection insuline, dextro, androcur...)

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique

- repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité, en identifiant les comportements à risques, les antécédents, les facteurs de risques et les tranches d'âge concernées
- mettre en route des actions de prévention individuelle et collective (exemple participation à l'ODLC)

10. Se préparer à son exercice professionnel

- organiser le temps de travail
- adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
- actualiser l'outil de travail : dossier médical informatique, matériel
- gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçant, assistant, étudiant
- respecter les obligations comptables et fiscales (tenue de la comptabilité et télétransmission)

11. Actualiser et développer ses compétences

- adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche

- maintenir et améliorer ses compétences par une FMC validée (*séminaires, tests de lecture Prescrire, congrès, groupe de pairs...*)
- évaluer ses pratiques professionnelles (participer aux Evaluations des Pratiques Professionnelles)

12. Prendre en compte l'orientation communautaire

- Avoir des notions sur l'économie de santé actuelle
- Connaître le coût des prescriptions
- Intégrer ces informations dans le processus décisionnel

D/ Et pour finir... (un dernier effort)

1.) Pensez-vous qu'il faille définir un contrat d'objectifs pédagogiques avec vos Maîtres de stage en début de stage ?

- OUI NON

Pourquoi ?.....

2) Pensez-vous que le carnet d'objectifs proposé par la faculté (sur le web) soit adapté à votre formation ?

Concernant la forme : (une seule réponse)

- OUI : le support multimédia (autoévaluation avec %) est simple d'utilisation et convivial
- NON : le support multimédia est peu pratique pour le suivi d'acquisition des compétences

Concernant le fond : (une seule réponse)

- OUI : les objectifs retenus par la faculté sont pertinents et adaptés à un 3^{ème} cycle de médecine générale
- NON : les objectifs ne sont pas conformes à ceux attendus en 3^{ème} cycle

3) Pensez-vous qu'une grille telle que celle proposée par les items ci-dessus (cf. compétences professionnelles) pourrait être adaptée à l'évaluation de nos acquisitions au cours du stage ?

- OUI NON
 Pourquoi ?

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MAITRES DE STAGE
EN DEBUT DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN**

A/ Renseignements personnels

Sexe : masculin féminin

Age : ans

Vos réponses seront formulées en fonction de ce que vous souhaiteriez apporter à un interne dans un exercice idéal pour sa formation, et non en fonction de ce que vous avez actuellement les moyens de faire. Répondez, autant que faire se peut, sans tenir compte de votre expérience de MDS ni de ce qui vous semble a priori non réalisable...

B/ Organisation du stage

1/ Caractéristiques administratives des Maîtres De Stage (MDS) :

1.a) Nombre de Maîtres de stage « idéal » à proposer pour un stage UPL:
(entourez le chiffre correspondant)

1 2 3 4 5 6
 7

Autre : (précisez)

1.b) Nombre de lieux de stage :

Un stage avec plusieurs praticiens devrait-il, selon vous, se dérouler :

(**une seule réponse**)

dans un seul et même cabinet où les maîtres de stage sont associés (cabinet de groupe)

dans des cabinets différents, indépendants

peu importe

1.c) L'emploi du temps de l'interne formé par plusieurs MDS devrait il être réparti idéalement :

(**une seule réponse**)

de façon continue par **mois entiers consécutifs** entre chaque maître de stage (ex : si 3 MDS, 2 mois consécutifs dans chaque lieu de stage)

de façon **discontinue** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins

pas d'importance

2.b) organisation
(une seule réponse)

- Secrétariat Pas de secrétariat « il faut connaître les 2 : avec et sans »
 ça n'a pas d'importance !

2.c) logistique
(une seule réponse)

- Informatisation Pas d'informatisation Indifférent

3/ Renseignements logistiques :

Répondre par oui ou non en fonction de ce que vous souhaiteriez pouvoir proposer à votre interne.

- 3.a) Logement sur place : OUI NON
3.b) Défraiement/ déplacement : OUI NON
3.c) Défraiement/ Nourriture : OUI NON
3.d) Prêt d'une voiture pour les visites : OUI NON

- Si NON, financement d'une assurance particulière pour le véhicule de l'interne :

- OUI NON

- Si OUI, assurance spéciale pour votre voiture : OUI NON

- 3.e) Aide à la réalisation d'une trousse d'urgence : OUI NON

4/ Activité de l'interne au cabinet

Rappel :

- la phase dite passive est une phase d'observation seule où le stagiaire se familiarise avec son environnement.
- La phase dite semi-active est une phase où l'étudiant peut effectuer des actes en présence du maître de stage.
- La phase dite active est une phase où l'étudiant est autonome, peut accomplir seul des actes, le maître de stage n'étant pas présent dans la pièce pendant la durée de la consultation.

4.a) Préciser la durée moyenne des différentes phases, en jours, que vous souhaiteriez accorder à l'interne, sur l'ensemble du semestre (180 jours):

Phase passive :jours

Phase semi active :jours

Phase active :jours

4.b) Déroulement du stage :

(cochez la case correspondante)

*Pensez-vous que ces différentes phases doivent se succéder de façon systématique de la phase passive vers l'autonomie (**progression continue**), ou qu'il est souhaitable de pouvoir revenir à l'une de ses étapes à tout moment du stage (**déroulement alterné**), à l'appréciation de l'interne et/ou du MDS :*

progression continue

déroulement alterné

Pourquoi ?.....
.....
.....

4.c) *Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de consultations par jour auxquelles l'interne devrait participer (hors gardes) :*

Phase passive :.....consultations / jour

Phase semi-active :.....consultations / jour

Phase active :consultations / jour

4.d) *Préciser pour la phase active le nombre moyen de visites par semaine auxquelles l'interne devrait participer (hors gardes) :*

Phase passive :.....visites / semaine

Phase semi-active :visites / semaine

Phase active :visites / semaine

4.e) *Pensez-vous qu'il faudrait que vous puissiez consulter en même temps que l'interne dans une autre pièce ?*

OUI

NON

Pourquoi ?.....
.....
.....

4.f) Participation de l'interne à la permanence des soins (PDS).

Pensez vous que celle-ci doit être :

(cochez une seule réponse)

Proposée par le MDS avec l'accord de l'interne

- Réalisée sur volontariat de l'interne
- Imposée avec le MDS
- Imposée à la place du MDS
- Pas de participation à la permanence des soins

Préciser les modalités de la garde que vous pensez idéales pour l'interne à ce stade de son cursus. Ex de modalités : gardes tournantes, maison médicalisée, régulation SAMU...

.....

5/ Mode de supervision

Répondez pour l'ensemble de l'UPL (et non pour votre seule activité).

Pour les trois questions suivantes, **cochez une à trois cases** selon ce qui vous semble correspondre à ce que l'on peut attendre de chaque phase, **puis veuillez préciser** la fréquence hebdomadaire que vous souhaiteriez proposer à l'interne pour chacun des modes de supervision cochés.

Rappel :

- **Supervision directe : le MDS est présent sur place ou joignable au téléphone pour répondre à vos questions pendant ou après chaque consultation**
- **Supervision différée simple : le MDS reprend un ou plusieurs dossiers avec vous à la fin des consultations, une ou plusieurs fois par semaine et discute des problématiques, des options prises, des références...**
- **Supervision différée en groupe : réunion de travail en groupe avec les différents médecins d'un cabinet ou avec les différents MDS**

5.1. PHASE PASSIVE

5.1.a) Pendant la phase passive l'interne devrait bénéficier d'une supervision :

- Directe Différée simple Différée en groupe

5.1.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.2. PHASE SEMI ACTIVE

5.2.a) Pendant la phase semi active l'interne devrait bénéficier d'une supervision :

- Directe
- Différée simple
- Différée en groupe

5.2.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.3. PHASE ACTIVE

5.3.a) Pendant la phase active l'interne devrait bénéficier d'une supervision :

- Directe
- Différée simple
- Différée en groupe

5.4.b) Fréquence hebdomadaire :

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

6/ Autres activités de l'interne :

6.a) Activité indépendante de votre exercice :

Au sein de votre UPL, idéalement l'activité hors du cabinet devrait-elle être :

(exemples d'activités: consultations chez un spécialiste, para médicaux, PMI, ...)

Cochez une seule case.

- Impossible
- Possible, modulable, adaptée à chaque interne
- Encouragée, à l'initiative de l'interne seul
- Organisée par la faculté

Quel(s) type(s) d'activité(s) estimez-vous utiles à la formation de l'interne :

.....

.....

.....

.....

6.b) Activité préférentielle intégrée à votre exercice : *préciser quelles compétences spécifiques* (ou domaines d'activité), en sus de celles de tout généraliste, vous souhaiteriez pouvoir proposer à votre interne :*

.....

.....
.....
** par exemple: gynécologie, pédiatrie, médecine du sport, soins palliatifs, gériatrie...*

6.c) Stage dans une structure de la Sécurité Sociale :

Au cours du semestre, pensez vous qu'il est profitable à l'interne de voir comment fonctionne la Sécu ?

- OUI NON

Quel temps en heures devrait on accorder à ce stage sur un semestre :

.....heures

7/ Participation à la FMC

7.a) Pensez vous qu'il faudrait que l'interne participe à votre activité de Formation Médicale Continue :

- OUI NON

7.b) *Si oui, préciser sous quelle forme* (ex : Session FMC officielle, groupe de pairs...)?

.....
.....
.....

C/ Informations diverses

C.1. Quelles sont les raisons qui vous ont motivé à devenir maître de stage ?

Numérotez de 1 à 5 par ordre de motivation (1 = ce qui m'a le plus motivé, 5 = ce qui n'a eu que peu d'influence sur ma motivation)

- Intérêt pédagogique
 Raisons pécuniaires
 Dégager du temps pour soi
 Dégager du temps pour le cabinet
 Valorisation personnelle vis-à-vis de la clientèle
 Intérêt personnel pour améliorer sa propre pratique
 Autre(s):

préciser.....

.....
.....

C.2 :Pensez-vous qu'une formation validante doit être proposée par la faculté pour l'agrément à la maîtrise de stage ?

- OUI NON

D/ Compétences professionnelles

Adaptées des compétences issues d'un travail collégial sur le thème de la définition de la Médecine Générale réalisé par le CNGE* et par la WONCA** à laquelle le CNGE participe.

*CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

**WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Doctors

Pour chacun des items suivants, veuillez attribuer un chiffre de 0 à 4 (cf. échelle ci-dessous) en fonction des compétences professionnelles que l'interne devrait pouvoir acquérir lors de ce stage et qui vous semblent correspondre à ce que l'on peut attendre des objectifs d'un 3^{ème} cycle de Médecine Générale.

1 = primordial, c'est bien le rôle du 1^{er} stage chez le praticien

2 = important, mais ce n'est pas le propos du 1^{er} stage chez le praticien, pourra s'acquérir ultérieurement au cours d'un 2^{ème} stage chez le praticien, par exemple

3 = important, mais peut s'acquérir dans d'autres lieux de stage

4 = ce n'est pas l'objectif d'un 3^{ème} cycle de Médecine Générale

0 = inutile

1. Prendre en charge un problème de santé de premiers recours

- recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du patient et/ou de son entourage
- examiner de manière pertinente la personne
- synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic
- élaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte la communiquer et l'argumenter
- prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique avec le patient

2. Communiquer en établissant et en entretenant une relation avec le patient et/ou son entourage

- manifester une écoute active et empathique
- maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale (le contact physique, l'agencement des chaises...)
- adapter la communication aux possibilités de compréhension du patient

- prendre en compte ses propres émotions et celles du patient
- décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie

3. travailler en équipe au sein du système de santé et de la société

- coordonner (initiation et suivi) la prise en charge autour du patient, dans le parcours de soins et les différents réseaux (avec les paramédicaux, les spécialistes, les familles, réseaux alcoologie, HAD...)
- respecter la loi et le code de déontologie

4. Assurer la continuité de la prise en charge des patients

- collaborer avec le système de permanence de soin en vigueur
- organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
- organiser ses absences (vacances, formation, autres activités)

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte

- fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
- utiliser un processus spécifique de décision conditionnée par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins primaires
- prendre en compte le fonctionnement du système de soin, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement (différence de prise en charge selon les secteurs d'activité par exemple)

6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence

- connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
- gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
- constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

- expliquer un diagnostic au patient
- sensibiliser le patient à la prévention primaire et secondaire
- accompagner le patient dans sa démarche

8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

- pratiquer des actes de prévention et de dépistage (exemple : FCV, IDR...pose d'un stérilet ou implant)
- pratiquer des actes diagnostic et thérapeutique (Exemple : ECG, audiogramme, injection insuline, dextro, androcur...)

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique

- repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité, en identifiant les comportements à risques, les antécédents, les facteurs de risques et les tranches d'âge concernées
- mettre en route des actions de prévention individuelle et collective (exemple participation à l'ODLC)

10. Se préparer à son exercice professionnel

- organiser le temps de travail
- adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
- actualiser l'outil de travail : dossier médical informatique, matériel
- gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçant, assistant, étudiant
- respecter les obligations comptables et fiscales

11. Actualiser et développer ses compétences

- adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche
- maintenir et améliorer ses compétences par une FMC validée

- évaluer ses pratiques professionnelles (participer aux Evaluations des Pratiques Professionnelles)

12. Prendre en compte l'orientation communautaire

- Avoir des notions sur l'économie de santé actuelle
- Connaître le coût des prescriptions
- Intégrer ces informations dans le processus décisionnel

MERCI d'avoir pris de votre temps pour répondre à ce questionnaire un peu long, on en convient, mais qui, on l'espère, aidera à faire avancer la formation en MG...

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MAITRES DE STAGE
A LA FIN DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN**

A/ Renseignements personnels

Sexe : masculin féminin

Age : ans

Merci de formuler vos réponses en fonction de ce que vous avez proposé à votre interne ce semestre sans tenir compte de ce que vous faisiez lors de semestres précédents. Ce questionnaire reste anonyme et les données que vous y rapportez ne serviront aucunement à une évaluation individuelle.

B/ Organisation du stage

1/ Caractéristiques administratives des Maîtres De Stage (MDS) :

1.a) Nombre de Maîtres de stage au sein de votre UPL (Unité Pédagogique Locale):
(entourer le chiffre correspondant)

1 2 3 4 5

1.b) L'emploi du temps de l'interne se déroule au sein de votre UPL:
(une seule réponse)

- de façon **continue** par mois entiers consécutifs entre chaque maître de stage (ex : si 3 MDS, 2 mois consécutifs dans chaque lieu de stage)
- de façon **discontinue** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins
- par semaines (une ou deux semaines d'affilée chez un médecin puis changement)
- autre proposition :

1.c) L'emploi du temps : jugez-vous l'emploi du temps que vous proposez dans votre UPL :

(cocher une case par ligne)

- pertinent d'un point de vue pédagogique OUI NON

- pratique du point de vue de l'organisation pour le cabinet et les patients OUI NON

- pratique pour l'interne d'un point de vue logistique OUI NON

- autre :

.....

1.d) L'emploi du temps : si la faculté envisageait un changement d'organisation de l'emploi du temps, quel type d'emploi du temps pourriez-vous proposer au sein de votre UPL :

(cocher les réponses qui sont pour vous matériellement réalisables)

- accueil **continu** par mois entiers consécutifs entre chaque maître de stage (ex : si 3 MDS, 2 mois consécutifs dans chaque lieu de stage)
- accueil **discontinu** par demi-journées ou journées réparties sur la semaine entre les différents médecins
- accueil **par semaines** (une ou deux semaines d'affilée chez un médecin puis changement)

1.e) Mode d'exercice : vous exercez actuellement en mode :

(une seule réponse possible, celle de votre exercice, ne pas tenir compte du mode d'exercice des autres médecins de l'UPL)

- Libéral
- Salarié
- Mixte

Merci de préciser les modalités en cas d'activité mixte :

.....
.....
.....

1.f) Secteur d'activité : votre cabinet se situe dans un secteur :

(une seule réponse possible, celle de votre cabinet, ne pas tenir compte de la localisation des autres cabinets de votre UPL):

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

1.g) Début d'exercice : depuis quand exercez-vous la médecine :

.....ans

1.h) Début d'activité en tant que Maître de stage : depuis combien de temps êtes-vous Maître de stage en troisième cycle de médecine générale :

.....ans

2/ Renseignements sur les cabinets

2.a) Type de structure de l'UPL:

(une seule réponse possible)

- Cabinet de groupe (associés)
- Groupes de cabinets individuels (plusieurs cabinets où le médecin exerce seul)
- Maison médicale (médecins, kinés, IDE...)
- Centre de santé
- Autre :

2.b) Organisation de votre cabinet

(une seule réponse possible, ne pas tenir compte des autres médecins de l'UPL)

- Secrétariat
- Pas de secrétariat

2.c) Logistique de votre cabinet

(une seule réponse possible, ne pas tenir compte des autres médecins de l'UPL)

Informatisation

Pas d'informatisation

3/ Renseignements logistiques :

Répondre par oui ou non en fonction de ce que vous avez proposé ce semestre à l'interne. Ne pas tenir compte de ce que font les autres médecins de l'UPL.

3.a) Logement sur place : OUI NON

3.b) Défraiement/ déplacement : OUI NON

3.c) Défraiement/ nourriture : OUI NON

3.d) Prêt d'une voiture pour les visites : OUI NON

- Si NON, financement d'une assurance particulière pour le véhicule de l'interne :

OUI NON

- Si OUI, assurance spéciale pour votre voiture : OUI NON

3.e) Aide à la réalisation d'une trousse d'urgence : OUI NON

4/ Activité de l'interne au cabinet

4.a) Temps de travail : combien de demi-journées l'interne passait-il dans votre cabinet ?

(ne pas tenir compte du temps passé auprès des autres MDS)

..... Demi-journées / semaine

Rappel :

- la phase dite passive est une phase d'observation seule où le stagiaire se familiarise avec son environnement.
- La phase dite semi-active est une phase où l'étudiant peut effectuer des actes en présence du maître de stage.
- La phase dite active est une phase où l'étudiant est autonome, peut accomplir seul des actes, le maître de stage n'étant pas présent dans la pièce pendant la durée de la consultation.

4.b) Durée des différentes phases : lors de ce semestre, l'interne que vous avez reçu dans votre cabinet aura exercé combien de temps dans chaque phase :
(préciser la durée moyenne en jours; ne pas tenir compte de l'activité proposée par les autres médecins de votre UPL)

Phase passive :jours

Phase semi active :jours

Phase active :jours

4.c) Déroulement du stage : ces différentes phases se sont-elles succédées de façon systématique de la phase passive vers l'autonomie (**progression continue**), ou bien avez-vous choisi de revenir, à n'importe quel moment du stage, à votre demande ou à celle de l'interne à l'une des 3 phases (**déroulement alterné**)

(cocher la case correspondante)

progression continue déroulement alterné

Pourquoi ?.....
.....
.....

4.d) Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de consultations par jour auxquelles l'interne a participé **au sein de votre cabinet** (hors gardes) :
(ne pas tenir compte de l'activité proposée par les autres médecins de votre UPL)

Phase passive :consultations / jour

Phase semi-active :consultations / jour

Phase active :consultations / jour

4.f) Préciser, pour chaque phase, le nombre moyen de visites par jour auxquelles l'interne a participé au sein de votre cabinet :
(ne pas tenir compte de l'activité proposée par les autres médecins de votre UPL)

Phase passive :visites/ jour en moyenne

Phase semi active :visites/ jour en moyenne

Phase active :visites / jour en moyenne

4.g) Accompagnez-vous l'interne pour ces visites :
(cocher une réponse par ligne)

- Lors de la phase passive : OUI NON

- Lors de la phase semi active : OUI NON

- Lors de la phase active : OUI NON

4.h) Vous arrivait-il de consulter en même temps que l'interne, dans une autre pièce ?
 OUI NON

Pourquoi ?.....
.....
.....

4.i) Participation de l'interne à la permanence des soins (PDS) : au sein de votre UPL est-ce que l'activité de PDS a été :

(cochez une seule réponse)

Proposée par le MDS avec l'accord de l'interne

Réalisée sur volontariat de l'interne

Imposée avec le MDS

- Imposée à la place du MDS
- Pas de participation à la permanence des soins

Préciser les modalités de la garde que l'interne a réalisé. Ex de modalités : gardes tournantes, maison médicalisée, régulation SAMU...

.....

5/ Mode de supervision

Répondez pour votre cabinet seulement

Pour les trois questions suivantes, **veuillez préciser** pour chaque type de supervision la fréquence hebdomadaire que vous avez proposé à l'interne.

Ne pas tenir compte de ce que font les autres maîtres de stage de l'UPL, en dehors d'une supervision en groupe.

Rappel :

- **Supervision directe : le MDS est présent sur place ou joignable au téléphone pour répondre à vos questions pendant ou après chaque consultation**
- **Supervision différée simple : le MDS reprend un ou plusieurs dossiers avec vous à la fin des consultations, une ou plusieurs fois par semaine et discute des problématiques, des options prises, des références...**
- **Supervision différée en groupe : réunion de travail en groupe avec les différents médecins d'un cabinet ou avec les différents MDS**

5.1. PHASE PASSIVE

Pendant la phase passive l'interne a bénéficié d'une supervision d'un ou plusieurs types, à quelle fréquence hebdomadaire :

(merci de ne remplir que lorsque la supervision a eu lieu)

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.2. PHASE SEMI ACTIVE

Pendant la phase semi active l'interne a bénéficié d'une supervision d'un ou plusieurs types, à quelle fréquence hebdomadaire :

(merci de ne remplir que lorsque la supervision a eu lieu)

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

5.3. PHASE ACTIVE

Pendant la phase active l'interne a bénéficié d'une supervision d'un ou plusieurs types, à quelle fréquence hebdomadaire :

(merci de ne remplir que lorsque la supervision a eu lieu)

Supervision directe :/ semaine

Supervision différée simple :/ semaine

Supervision différée en groupe :/ semaine

6/ Autres activités de l'interne :

6.a) Activité indépendante de votre exercice : au sein de votre UPL, l'activité hors du cabinet a-t-elle été :

(Cocher une seule case)

- Impossible, ce n'est pas compatible avec l'emploi du temps de l'UPL
- Possible, proposée par vos soins pour l'amélioration des compétences de l'interne
- Encouragée, à l'initiative de l'interne seul
- Non réalisée car il n'y avait pas de demande de l'interne.
- Non adaptée aux besoins de l'interne

6.b) A quelle activité l'interne a-t-il participé hors du cabinet (*exemples d'activités: consultations chez un spécialiste, para médicaux, PMI, ...*)

.....

6.c) Stage dans une structure de la Sécurité Sociale : au cours du semestre, l'interne a-t-il été en stage à la sécurité sociale ?

OUI

NON

Si oui, combien d'heures sur le semestre :heures

7/ Participation à la FMC

7.a) Est-ce que l'interne a participé à votre activité de Formation Médicale Continue :

OUI

NON

7.b) Si oui, préciser sous quelle forme (ex : Session FMC officielle, groupe de pairs...) ?

.....

.....

7.c) Si non, pourquoi ?

(une seule réponse)

- Vous n'avez pas de FMC régulière
- L'interne ne voulait pas y participer
- Vous n'avez pas invité l'interne à votre FMC
-

Autre :

....

C/ Informations diverses

1.) Avez-vous reçu une formation par la faculté pour obtenir votre agrément de Maître de stage ?

OUI NON

2.): Pensez-vous que cette formation a été suffisante ?

OUI NON

3.) : Avez-vous des formations régulières, par la faculté, pour actualiser vos compétences de Maîtres de stage ?

- Oui, de façon suffisamment fréquente
 Oui, mais tout à fait insuffisante
 Non, les formations proposées ne me semblent pas utiles
 Non, il n'y a rien de proposé ou vous n'êtes pas au courant

4.) Souhaiteriez-vous avoir plus de retour des appréciations des internes sur vos compétences pédagogiques par le biais de la faculté :

OUI NON

5.) Commentaire personnel concernant l'implication de la faculté vis-à-vis de votre activité de maître de stage :

.....
.....
.....

D/ Compétences professionnelles

Les items suivants traitent des compétences du Médecin généraliste et sont inspirés d'un travail collégial sur le thème de la définition de la Médecine Générale réalisé par le CNGE* et par la WONCA**, organisation à laquelle le CNGE participe.

**CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants*

***WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Doctors*

Numéroter toutes les cases suivantes de 1 à 3 selon que:

- | |
|--|
| <p>1 = la compétence a été acquise pendant le stage chez le praticien
2 = la compétence était déjà acquise avant le stage chez le praticien
3 = la compétence n'est pas acquise en fin de stage</p> |
|--|

(Merci de respecter au maximum la consigne, ceci va nous permettre de déterminer quelles sont les compétences spécifiques au stage chez le praticien)

1. Prendre en charge un problème de santé de premiers recours

- recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du patient et/ou de son entourage

- examiner de manière pertinente la personne
- synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic
- élaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte
la communiquer et l'argumenter
- prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique avec le patient

2. Communiquer en établissant et en entretenant une relation avec le patient et/ou son entourage

- manifester une écoute active et empathique
- maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale (le contact physique, l'agencement des chaises...)
- adapter la communication aux possibilités de compréhension du patient
- prendre en compte ses propres émotions et celles du patient
- décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie

3. travailler en équipe au sein du système de santé et de la société

- coordonner (initiation et suivi) la prise en charge autour du patient, dans le parcours de soins et les différents réseaux (avec les paramédicaux, les spécialistes, les familles, réseaux alcoologie, HAD...)
- respecter la loi et le code de déontologie

4. Assurer la continuité de la prise en charge des patients

- collaborer avec le système de permanence de soin en vigueur
- organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
- organiser ses absences (vacances, formation, autres activités)

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte

- fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
- utiliser un processus spécifique de décision conditionnée par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins primaires
- prendre en compte le fonctionnement du système de soin, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement (différence de prise en charge selon les secteurs d'activité par exemple)

6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence

- connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
- gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
- constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

- expliquer un diagnostic au patient
- sensibiliser le patient à la prévention primaire et secondaire
- accompagner le patient dans sa démarche

8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

- pratiquer des actes de prévention et de dépistage (exemple : FCV, IDR...pose d'un stérilet ou implant)
- pratiquer des actes diagnostic et thérapeutique (Exemple : ECG, audiogramme, injection insuline, dextro, androcur...)

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique

- repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité, en identifiant les comportements à risques, les antécédents, les facteurs de risques et les tranches d'âge concernées
- mettre en route des actions de prévention individuelle et collective (exemple participation à l'ODLC)

10. Se préparer à son exercice professionnel

- organiser le temps de travail
- adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
- actualiser l'outil de travail : dossier médical informatique, matériel
- gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçant, assistant, étudiant
- respecter les obligations comptables et fiscales

11. Actualiser et développer ses compétences

- adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche
- maintenir et améliorer ses compétences par une FMC validée
- évaluer ses pratiques professionnelles (participer aux Evaluations des Pratiques Professionnelles)

12. Prendre en compte l'orientation communautaire

- Avoir des notions sur l'économie de santé actuelle
- Connaître le coût des prescriptions
- Intégrer ces informations dans le processus décisionnel

E/ Contrat pédagogique

1.) Pensez-vous qu'il faille définir un contrat d'objectifs pédagogiques avec l'interne en début de stage ?

OUI

NON

Pourquoi ?.....
.....
.....

2.) Pensez-vous que le contrat d'objectifs proposé par la faculté (contrat proposé sur informatique) est adapté à la formation de l'interne ?

Sur la forme :

OUI : le support multimédia est simple d'utilisation et convivial

NON : le support multimédia est peu pratique pour le suivi de l'acquisition des compétences

Sur le fond :

OUI : les objectifs retenus par la faculté sont pertinents et adaptés à un troisième cycle de médecine générale

NON : les objectifs ne sont pas conformes à ceux attendus pour un troisième cycle de médecine générale

3.) Pensez-vous qu'une grille telle que celle que nous avons proposée ci-dessus est adaptée à l'évaluation des compétences acquises par l'interne au cours du stage chez le praticien ?

OUI

NON

Pourquoi :

.....
.....
.....

MERCI d'avoir pris de votre temps pour répondre à ce questionnaire un peu long, on en convient, mais qui, on l'espère, aidera à faire avancer la formation en Médecine Générale....

ANNEXE 3 : LES COMPETENCES SELON LE CNGE

- 1. Prendre en charge un problème de santé de premiers recours**
 - recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du patient et/ou de son entourage
 - examiner de manière pertinente la personne
 - synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic de situation
 - élaborer une prise en charge globale adaptée au patient et au contexte
 - la communiquer et l'argumenter
 - prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique

- 2. Communiquer en établissant et en entretenant une relation avec le patient et/ou son entourage**
 - manifester une écoute active et empathique
 - maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale
 - adapter la communication aux possibilités de compréhension du patient
 - prendre en compte ses émotions et celles du patient
 - décliner les principes éthiques : respect, humanité, autonomie

- 3. travailler en équipe au sein du système de santé et de la société**
 - coordonner la prise en charge autour du patient,
 - organiser la prise en charge des patients dans les parcours, filières et réseaux appropriés
 - protéger le patient au sein des parcours filières et réseaux
 - respecter la loi et le code de déontologie

- 4. Assurer la continuité de la prise en charge des patients**
 - collaborer avec le système de permanence de soin en vigueur
 - collaborer avec les partenaires médico sociaux
 - organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
 - organiser ses absences (vacances, formation, autres activités)

- 5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science adaptées aux besoins et au contexte**
 - fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
 - utiliser un processus spécifique de décision conditionnée par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins primaires
 - prendre en compte le fonctionnement du système de soin, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement
 - négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée

- 6. Prendre une décision adéquate en situation d'urgence**
 - connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
 - gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
 - répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un de ses patients
 - constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

- 7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie**

- établir un diagnostic éducatif
 - impliquer le patient dans un projet de prise en charge
 - décliner des stratégies éducatives
 - accompagner et motiver le patient dans sa démarche
- 8. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours**
- pratiquer des actes de prévention et de dépistage
 - pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques
- 9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique**
- repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité
 - identifier les comportements à risques et mettre en route des actions de prévention
 - gérer et exploiter les données du dossier médical des sujets
- 10. Se préparer à son exercice professionnel**
- organiser le temps de travail
 - adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
 - actualiser l'outil de travail : dossier médical informatique, matériel
 - gérer les ressources humaines : entretien, secrétariat, remplaçant, assistant, étudiant
 - respecter les obligations comptables et fiscales
- 11. Actualiser et développer ses compétences**
- adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche
 - maintenir et améliorer ses compétences par une FMC validée
 - évaluer ses pratiques professionnelles

SARFATI /CHAMBEFORT Le stage chez le praticien de premier niveau en 3^{ème} cycle de Médecine Générale à la faculté de Grenoble : entre attentes et réalités

THESE de Médecine Générale

Faculté de Grenoble

Année 2008

RESUME Le stage chez le praticien de premier niveau ayant été un moment phare de notre parcours d'internes en médecine générale, nous avons voulu en montrer les différentes facettes et particularités.

Notre thèse est une étude descriptive anonyme réalisée via une enquête par questionnaires auprès des internes et des maîtres de stage engagés dans le stage chez le praticien sur un semestre. Nous les avons interrogés en début et fin de stage pour connaître leurs attentes respectives et faire l'état des lieux des stages afin de confronter ces deux aspects. La finalité était de déterminer les facteurs pouvant permettre l'harmonisation de ces stages.

Par cette étude, nous avons pu mettre en exergue différents points.

- Les compétences réflexives et professionnelles spécifiques à l'exercice libéral de la Médecine Générale sont peu acquises au préalable, contrairement aux compétences cognitives. Seules les compétences professionnelles sont majoritairement plébiscitées et acquises par les internes au cours du stage, alors que les maîtres de stage restent dans une optique de transmission de connaissances.

- Contrairement à nos présupposés et probablement en raison des biais émaillant cette étude, nous n'avons pu mettre en évidence d'influence de la supervision différée simple sur l'acquisition des compétences réflexives. Elle aurait un impact uniquement sur les compétences professionnelles en phase active.

- La supervision directe aurait un intérêt dans l'acquisition des compétences réflexives en phase passive et des compétences cognitives en phase semi active.

- Nous n'avons pas pu déterminer de nombre de consultations seuil ni de répartition de phases idéale pour une acquisition optimale des compétences. Une adaptabilité semblerait plus légitime.

- Nous avons pu, de manière anecdotique, mettre en avant un certain nombre d'aspects à privilégier dans l'organisation des stages ambulatoires et dans la formation des maîtres de stage, préalables indispensables à l'évaluation de l'interne.

Au final, il nous apparaît primordial de compléter notre thèse par une étude non anonyme, sur un échantillon plus important pour envisager d'établir un outil pédagogique efficient pour l'évaluation des stages et des internes, évaluation s'inscrivant dans une démarche qualité nécessaire à la certification. En outre, il nous semble impératif, à la lumière de cette étude, de développer la filière universitaire de Médecine Générale.

MOTS-CLES : stage chez le praticien, étude descriptive anonyme, enquête par questionnaire, attentes, réalité, compétences cognitives, réflexives et professionnelles, supervision directe et différée, objectifs du 3^{ème} cycle de Médecine Générale, outil pédagogique, évaluation des stages et des internes

JURY : Président : Mr le Pr. Jean-Luc DEBRU

Membres : Mr le Pr. Jacques LEBEAU, Mr le Pr. Pierre- Yves BENHAMOU et Mr le Pr. Associé Gérard ESTURILLO

DATE DE LA SOUTENANCE : le 26 juin 2008