



**HAL**  
open science

**Instauration du journal de bord à titre expérimental en  
stages ambulatoires à la faculté de Paris Descartes :  
analyse descriptive au cours du semestre d'hiver  
2012-2013**

Amina Sendjak Harche

► **To cite this version:**

Amina Sendjak Harche. Instauration du journal de bord à titre expérimental en stages ambulatoires à la faculté de Paris Descartes : analyse descriptive au cours du semestre d'hiver 2012-2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01120045

**HAL Id: dumas-01120045**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01120045>**

Submitted on 24 Feb 2015

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N° 165

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Instauration du journal de bord à titre expérimental en stages  
ambulatoires à la faculté de Paris Descartes : analyse descriptive au  
cours du semestre d'hiver 2012-2013

Présentée et soutenue publiquement  
le 17 octobre 2014

Par

**Sendjak Harche, Amina**  
Née le 06 octobre 1974 à Alger

Codirigée par : Madame le Professeur Noël, Frédérique *PA-MG Paris 5*

Monsieur le Docteur Lorenzo, Alain *PA-MG Paris 5*

Jury :

M. Le Professeur Jaury, Philippe *PU-MG Paris 5* ..... Président

M. Le Docteur Sourzac, Robert *MCA Paris 5*

M. Le Docteur Benoit, Jean-Michel *maitre de stage Paris 5*



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

## **Remerciements :**

Au président de jury et tuteur, le Professeur Philippe JAURY, pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse et pour votre accompagnement tout au long des années d'internat et même au-delà.

A ma directrice de thèse et membre de jury, le Professeur Frédérique NOEL, pour ton soutien, tes précieux conseils, tes encouragements et ta grande disponibilité. Je te suis infiniment reconnaissante.

A mon co-directeur de thèse et membre de jury, le Professeur Alain LORENZO, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse, pour ton aide et pour avoir accepté de juger ce travail.

A mon maître de stage et membre de jury, le Docteur Jean Michel BENOIT, pour ta bienveillance et pour m'avoir fait partager l'amour de ce métier.

Je te remercie d'avoir accepté sans hésitation d'être membre du jury de thèse.

Au membre de jury, le Docteur Robert SOURZAC, pour vos conseils et vos remarques pertinentes lors de l'évaluation de ma fiche de thèse et pour bien vouloir juger ce travail.

A ma maman pour tout ce que tu as fait jusqu'ici et pour tes conseils avisés lors de la relecture de cette thèse.

A mon papa, pour ton soutien inconditionnel tout au long de mes études.

A mon mari Kamel, pour ton amour, ta confiance et ta patience durant toutes ces années.

A mes deux princesses, Mayssa et Rym, pour tout le bonheur que vous m'apportez.

A mes sœurs pour leur contribution à la réalisation de ce travail.

A Mani et Baba, j'espère que vous serez fiers de moi de là où vous êtes.

A ma famille, mes amis et tous ceux que je n'ai pas cités.

## **Tables des matières :**

<b>I.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
1-	<b>Organisation de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale.....</b>	<b>7</b>
2-	<b>Les stages ambulatoires :.....</b>	<b>8</b>
2-1	<b>Le stage de niveau 1 .....</b>	<b>8</b>
2-2	<b>Le stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisé (SASPAS).....</b>	<b>9</b>
3-	<b>Validation du DES de médecine générale au sein du DMG de Paris Descartes.....</b>	<b>10</b>
3-1	<b>La validation des stages : ambulatoire et hospitalier.....</b>	<b>11</b>
3-2	<b>L'enseignement facultaire.....</b>	<b>12</b>
3-3	<b>Le tutorat.....</b>	<b>13</b>
3-4	<b>Le portfolio.....</b>	<b>14</b>
	- Le récit de situation complexe authentique (RSCA)	
	- Les autres traces écrites	
3-5	<b>Le JDB dans d'autres départements.....</b>	<b>15</b>
4-	<b>Le journal de bord (JDB) à Paris Descartes</b>	
4-1	<b>Définition.....</b>	<b>17</b>
4-2	<b>Contenu du journal de bord.....</b>	<b>17</b>
4-3	<b>Les familles de situations.....</b>	<b>18</b>
4-4	<b>Le rôle du maitre de stage des universités (MSU).....</b>	<b>19</b>
4-5	<b>Le rôle du tuteur.....</b>	<b>20</b>
<b>II.</b>	<b>Contexte de l'étude.....</b>	<b>21</b>
1-	<b>Présentation.....</b>	<b>21</b>
2-	<b>Matériel et méthode.....</b>	<b>22</b>
3-	<b>Résultats et analyse.....</b>	<b>23</b>
3-1	<b>Répartition des JDB : niveau1 et SASPAS.....</b>	<b>23</b>

3-2 Sexe ratio.....	23
3-3 Nombre de situations cliniques par JDB.....	24
3-4 Forme.....	24
3-5 Classement des situations par items.....	24
3-6 Répartition selon les neuf items.....	25
3-7 Analyse des situations de l'item A.....	27
3-7-1 Contexte clinique.....	28
3-7-2 Description des apprentissages.....	29
3-7-3 Supervision du MSU.....	30
3-7-4 Références bibliographiques.....	31
4-Discussion.....	31
5-Propositions d'amélioration.....	42
<b>III. Conclusion.....</b>	<b>44</b>
<b>Figures.....</b>	<b>45</b>
- La maquette du D.E.S de Médecine Générale	
- La marguerite des compétences	
<b>Bibliographie.....</b>	<b>46</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>48</b>

## **Abréviations**

Afssaps : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ARP : apprentissage par résolution de problèmes

CNGE : collège national des généralistes enseignants

DES : diplôme d'études spécialisées

DMG : département de médecine générale

FCV : frottis cervico-vaginal

GEP : groupe d'échange de pratiques

HAS : haute autorité de santé

IMG : interne en médecine générale

JDB : journal de bord

MSU : maître de stage des universités

PMI : protection maternelle et infantile

RSCA : récit de situation complexe authentique

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée

TDR : test de diagnostic rapide

## **I. Introduction**

La formation pratique de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale prévoit un stage obligatoire chez le praticien (stage ambulatoire niveau 1) et un deuxième stage en ambulatoire (facultatif) : le stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée (SASPAS), selon le projet professionnel de l'interne.

Ces stages permettent aux internes d'être mis en situation dans ce qui sera leur pratique future et c'est aussi l'occasion d'être évalué dans leurs compétences en médecine générale.

Bien que les méthodes d'évaluation soient diverses, la finalité de celles-ci est de permettre aux départements de médecine générale de certifier de l'aptitude de l'étudiant à exercer la médecine générale.

Des supports de ces évaluations sont proposés pour les stages hospitaliers ou ambulatoires.

La démarche adoptée alors au sein du département de médecine générale de Paris Descartes implique une production de traces écrites par l'interne à type de RSCA et d'une autre trace dont la forme est large.

Ces différents travaux ne reflètent que partiellement la richesse des échanges au cours des stages hospitaliers et ambulatoires.

Pour ces derniers une expérimentation a été débutée le semestre d'hiver 2012-2013 : un journal de bord au cours des stages ambulatoires niveau 1 et 2 est expérimenté comme support pédagogique.

Ce journal de bord doit formaliser le déroulement de la supervision directe et indirecte par le maître de stage des universités (MSU). Il doit aussi permettre une lecture aisée des situations rencontrées grâce à un classement par familles de situation.

Ses objectifs ont été définis par le référentiel du CNGE comme « ... étant le recueil le plus exhaustif possible des consultations effectuées par l'étudiant... ».

Le but de ce travail est donc de faire une première analyse de l'utilisation du JDB par les internes en stage ambulatoire du semestre novembre 2012-avril 2013 et d'optimiser son utilisation, afin qu'il puisse à moyen terme compléter voire remplacer le RSCA pendant le stage ambulatoire.



## **1- Organisation de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de médecine générale :**

Après la parution des derniers décrets, la formation pratique des internes de médecine générale se décline comme suit : (figure 1)

- Le stage de médecine adulte (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie) et le stage de médecine d'urgence se déroulent **obligatoirement** en milieu hospitalier.
- Le stage en pédiatrie et/ou en gynécologie ou encore pôle mère/enfant, comme le semestre libre se déroulent soit en ambulatoire soit en milieu hospitalier.
- Le semestre ambulatoire de médecine générale s'effectue auprès d'un praticien agréé maître de stage des universités (MSU).
- Un semestre peut être effectué en médecine générale sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS).
- Un semestre libre varie avec le projet professionnel de l'interne de médecine générale. Il est effectué en dernière année d'internat, soit de nouveau en SASPAS (en fonction des possibilités locales d'organiser ce type de stage), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur du D.E.S. Cette structure agréée ne l'est pas obligatoirement pour la médecine générale.

A noter que les six semestres de stages doivent être agréés pour la discipline.

Les semestres au titre de la médecine d'adultes, d'urgence, en médecine générale auprès d'un MSU et le semestre pôle mère/enfant constituent le socle de la maquette du D.E.S de médecine générale. Ces quatre semestres sont obligatoires pour tous les internes de médecine générale.

Sur ces six semestres, l'un d'entre eux doit être réalisé au CHU. Toutefois, compte tenu des contraintes locales et d'un projet professionnel particulier, il est possible que le directeur de l'UFR et le coordonnateur du D.E.S dispensent de cette obligation.

## **2- Les stages ambulatoires :**

### **2-1 Le stage de niveau 1 :**

#### **- Historique :**

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a modifié la loi du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur pour porter la durée du résidanat de 2 ans à 2 ans 1/2, de façon à permettre l'accomplissement par les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale d'un stage de 6 mois à temps plein auprès de médecins généralistes agréés.

Cette loi est alors mise en place avec le décret du 16 mai 1997 qui définit que :

- les médecins généralistes agréés comme maîtres de stage peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de PMI, un service de santé scolaire, ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.
- Le stage en cabinet libéral peut se dérouler auprès de 3 maîtres de stage différents au maximum ; la présence du stagiaire chez chacun d'eux devant être effectuée en mois entiers.

#### **- Déroulement**

L'interne en stage de niveau 1 doit effectuer 9 demi-journées par semaine en stage ambulatoire qui seront réparties selon l'organisation du ou des maîtres de stage.

Des stages de « découverte » dans des centres de soins primaires (PMI, dispensaire ...) peuvent être organisés avec le maître de stage.

Avec la mise en place progressive du stage de 2<sup>e</sup> cycle, il deviendrait un véritable stage de formation en médecine générale ambulatoire, et non plus de découverte.

Il est composé de 3 phases :

- Une phase d'observation des consultations faites par le maître de stage et au cours de laquelle l'interne se familiarise avec son environnement.
- Une phase d'autonomie directe au cours de laquelle l'interne travaille en présence du maître de stage.
- Une phase d'autonomie indirecte plus active où l'interne consulte seul, sous la tutelle du praticien qui doit rester joignable en cas de problème.

Ces stages renforcent la formation pédagogique de l'interne dans le cadre de son métier futur.

Après de longs mois passés à l'hôpital, l'interne de médecine générale est enfin en situation d'exercer son futur métier. C'est là qu'il acquiert une expérience différente mais complémentaire de celle de l'hôpital.

Ainsi, il passe d'un exercice en équipe, avec des plateaux techniques disponibles jour et nuit à une pratique « solitaire » où les moyens techniques limités nécessitent un travail différent et approfondi sur les compétences cliniques à acquérir.

## 2- Le stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée ou SASPAS :

### - Historique:

Ce stage non obligatoire a été créé lors de la mise en place du DES de médecine générale en 2004.

La circulaire du 26 avril 2004 établit les objectifs généraux de ce stage :

- d'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- de se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,
- de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),
- de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,
- d'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins
- de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI...

Pour l'interne en 5e ou 6e semestre, c'est l'opportunité d'affiner ses connaissances et ses compétences dans un cadre proche de sa pratique future.

Cependant il n'est pas accessible à l'ensemble des IMG. À l'échelle nationale environ 30 % d'entre eux ont la chance d'en bénéficier.

### - Déroulement :

Le stage en cabinet ou en groupe de cabinets constitue la forme préférentielle de ce stage. Cependant d'autres lieux de stage peuvent être agréés.

L'interne en SASPAS pratique les soins primaires seul, directement confronté aux réalités de terrain. Cependant, il est en formation, et à ce titre il peut et doit bénéficier d'un encadrement de qualité, directement ou indirectement.

Une révision quotidienne de toutes les consultations lui permet de progresser sur ses prises en charge.

L'interne peut également consacrer un tiers du temps hebdomadaire au sein du secteur de recherche du DMG ou en PMI, ou planning familial...

### **3- Validation du D.E.S de médecine générale au sein du DMG de Paris** **Descartes :**

La validation du D.E.S de médecine générale repose sur des règles diverses en fonction des départements de médecine générale après une évaluation des compétences acquises.

L'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine a établi des règles de validation :

« La commission interrégionale propose la délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat. Elle se fonde sur :

- la validation de l'ensemble de la formation théorique ;
- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées, attestée par un carnet de stage et par les deux fiches prévues à l'article 25 de l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales ;
- un mémoire rédigé et soutenu par l'interne et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Ce mémoire dont le sujet, en rapport avec la spécialité préparée, doit être préalablement approuvé par le coordonnateur local, peut porter sur un thème spécifique de recherche clinique ou fondamentale ou être constitué d'un ensemble de travaux relevant de la pratique de la spécialité envisagée. Avec l'accord du coordonnateur local, la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité ;
- un document de synthèse rédigé par l'interne, portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaires ;
- des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur local et, le cas échéant, des enseignants coordonnateurs locaux d'autres spécialités ;

- l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne, qui contrôle la conformité du cursus de l'interne à la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées concerné. »

Les règles de validation au sein du département de médecine générale de Paris Descartes sont :

- la validation de la maquette des six stages.
- la validation des enseignements obligatoires en particulier les enseignements dirigés tutoriaux et les enseignements au cours des stages ambulatoires.
- l'élaboration d'un portfolio ou e-portfolio contenant :
  - six récits de situations cliniques authentiques (RSCA) validés par le tuteur
  - six traces d'apprentissages (présentation dans le service, recherches bibliographiques...)
- Un travail de recherche en médecine générale ou thèse.

### **3-1 La validation des stages hospitaliers et ambulatoires:**

L'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales définit les règles de validation des stages hospitaliers et ambulatoires comme suit :

« un stage est validé, après avis du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien-maître de stage agréé responsable du stage dans lequel a été affecté l'interne ou le résident, par le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination des études médicales en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche de médecine.

a) A l'issue de chaque stage validant, le responsable du lieu de stage agréé ou le praticien agréé-maître de stage remplit le carnet de validation de stage obtenu par l'interne ou le résident lors de son inscription à l'entrée en troisième cycle des études médicales auprès de l'unité de formation et de recherche dont il dépend. Ce carnet de validation, spécifique à chaque diplôme d'études spécialisées ou diplôme d'études spécialisées complémentaires, doit être validé par le conseil de l'unité de formation et de recherche ;

b) Le responsable médical du lieu de stage agréé ou le praticien-maître de stage agréé renseigne en outre une fiche d'évaluation portant sur ce stage ;

Il transmet copie de la fiche au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales d'origine ;

c) Le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination des études médicales d'origine transmet au coordonnateur local copie de la fiche d'évaluation et de sa décision d'accorder ou non la validation du stage.

Il informe, avant le 15 mars et le 15 septembre de chaque année, selon le semestre en cours, le directeur général de l'agence régionale de santé. »

L'interne est donc évalué régulièrement par le MSU et en fin de stage une fiche d'évaluation est remplie avec la participation de l'interne afin de pointer les compétences acquises et celles en cours d'acquisition.

### **3-2 L'enseignement facultaire :**

L'organisation des études médicales du troisième cycle se fait désormais dans une logique de professionnalisation des futurs médecins.

Cette approche a pour but de certifier que les futurs médecins ont la capacité de résoudre la majorité des situations de santé auxquelles ils risquent d'être confronté et de mobiliser les ressources nécessaires de façon appropriée.

Cette nécessité de certification passe par une définition commune des compétences à acquérir.

Six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes ont été définies et représentées par « la marguerite des compétences » (figure 2)

Bien que les programmes et leur organisation diffèrent, la finalité des enseignements facultaires au sein des différents DMG est de développer une approche « d'apprentissage par compétence ».

L'enseignement lors du DES de médecine générale à Paris Descartes se fait sous différentes formes :

- Les cours théoriques et séminaires dont les choix des thèmes ont été faits en fonction des prévalences en médecine générale, de l'expertise des enseignants de Paris Descartes, de la difficulté à les aborder en stage, tutorat ou RSCA.
- Les enseignements dirigés tutoriaux : 18 séances obligatoires réparties sur les 3 années du DES ; les internes sont affectés à des groupes de 15 à 16 étudiants qui seront identiques tout au long du cursus. Chaque groupe est animé par un binôme d'enseignants. Les thèmes sont autour de l'acquisition des compétences en médecine générale.

- Les modules optionnels : ils sont au nombre de cinq : professionnalisme, communication/relation, actualités, médecine fondée sur des preuves ou EBM, test de lecture.

L'interne doit valider au moins deux modules, soit en produisant une trace écrite illustrant la thématique et/ou assister aux cours théoriques en rapport.

- **L'enseignement au cours des stages ambulatoires :**

Durant les stages ambulatoires, des enseignements théoriques sont organisés afin de compléter les différents apprentissages au cours de ces stages.

Ces enseignements ont pour but également d'aider l'interne à appréhender des situations cliniques complexes et à échanger au sein d'un groupe d'internes tout au long des 6 mois de stage.

Au sein du DMG de Paris Descartes, l'interne en stage de niveau 1 participe obligatoirement à un enseignement le jeudi matin qui comprend :

- des groupes ARP (apprentissage par résolution de problèmes).
- des groupes d'échange de pratique (GEP).
- des groupes de formation à la relation thérapeutique.
- des réunions de synthèse sur le déroulement des stages.
- des séminaires de gestes techniques.

L'interne en SASPAS participe le mardi matin aux groupes d'échange de pratique (GEP).

**3-3 Le tutorat :**

Le tutorat est un enseignement individualisé qui s'appuie sur un lien constant entre l'interne et son tuteur.

Le tuteur accompagne l'interne au cours des 3 années de DES pour vérifier l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

Il peut orienter également son tuteuré dans le choix des différents stages ainsi que des enseignements théoriques en fonction de ses besoins et de ses projets professionnels.

Ce suivi se fera à l'occasion d'entretiens semestriels ainsi que lors des réunions de groupe.

Ces entretiens ont pour but également d'aider l'interne pour la production de travaux écrits à type de RSCA ou d'autres traces.

### **3-4 Le portfolio :**

Le portfolio ou le e-portfolio est un support numérique permettant de regrouper les traces d'apprentissage (RSCA, JDB...), le diagnostic des compétences acquises, les fiches de stage, les rencontres tutoriels, le projet de thèse.

Il permet une meilleure interaction entre l'interne et son tuteur et constitue un outil d'auto-évaluation et de progression pour le tuteuré.

#### **- le récit de situation complexe authentique (RSCA) :**

Il s'agit d'un travail d'écriture basé sur une expérience vécue pendant le stage hospitalier ou ambulatoire et dont la rédaction suit un plan précis : description de la situation complexe, les questions posées, les modes de résolution envisagés, les solutions apportées et une synthèse des compétences développées au cours de cette situation.

Un RSCA doit être rédigé par semestre soit six à l'issue des 3 ans du DES.

L'interne en stage ambulatoire doit donc rédiger un RSCA avec la collaboration de son MSU qui sera validé par le tuteur.

#### **- les autres traces écrites :**

La validation de chaque stage est soumise à la production d'une 2ème trace écrite en dehors du RSCA.

Tout document validé par le tuteur et répondant aux critères définis par le département (contexte, réflexivité, pertinence, et analyse critique) peut constituer une trace d'apprentissage : compte rendu d'hospitalisation rédigé par l'interne, lettre de demande d'avis spécialisé, divers documents rédigés par l'interne (article, présentation à des staffs..).

### **En conclusion :**

Tous ces travaux facultaires ont pour but de renseigner les différents apprentissages et permettre une évaluation du niveau de compétence de l'interne.

Mais ceux-ci ne reflètent que partiellement la richesse des échanges avec le MSU en stage à fortiori en stage ambulatoire.

Ils ne permettent pas une bonne visibilité des expériences vécues dans ce stage et l'apport de la supervision du MSU.



Le DMG de Paris Descartes a donc réfléchi à une nouvelle trace qui permet de répondre à ces attentes et ainsi valoriser le stage ambulatoire de niveau 1 et le SASPAS.

Le journal de bord (JDB) déjà expérimenté dans d'autres départements semblait être le plus adapté.

### **3-5 Le JDB dans d'autres départements de médecine générale :**

Selon les départements de médecine générale, différentes dénominations sont données à cet outil.

Chaque département a adapté les objectifs et le contenu de cette trace d'apprentissage à ses besoins:

#### **- Paris Ile de France Ouest (PIFO) :**

Le carnet de bord en stage ambulatoire est présenté comme un recueil le plus exhaustif possible des consultations effectuées par l'étudiant, qui doit préciser les problématiques et les solutions immédiatement apportées.

Il est validé par le tuteur et/ou par la commission d'évaluation.

#### **- Paris Sud :**

Durant le SASPAS, l'interne doit noter dans un carnet de bord tous les actes qu'il effectue seul.

Dans ce carnet il doit noter pour chaque acte posant un problème (qu'il soit d'ordre médical, administratif, relationnel, etc.) :

- un bref résumé de l'histoire clinique et le motif de la consultation ;
- les problèmes rencontrés ;
- ce qu'il a dit ou fait ;
- une annotation après le débriefing avec le maître de stage.

Ce carnet de bord constitue une trace d'apprentissages et doit être conservé dans le portfolio de l'interne.

#### **- Lyon :**

Il est demandé à l'interne la réalisation d'un journal de stage par semestre réalisé (donc 6 durant le cursus).

Il s'agit d'un recueil des faits importants d'ordre professionnel qui se déroulent durant la «traversée» du stage (qu'ils soient cliniques, relationnels, médicamenteux...).

L'objectif est de raconter les expériences vécues en stage, en y ajoutant une part de réflexion.

Le but est aussi de faire ressortir les spécificités pédagogiques de chaque stage et les progrès acquis au fur et à mesure que le cursus avance.

A partir d'une situation rencontrée en stage, l'interne doit faire un résumé:

#### Description:

- Expliquer pourquoi il a choisi cette situation
- Identifier ce qu'il peut/doit apprendre à partir de cette expérience clinique et préciser les ressources mobilisées et celles à mobiliser pour pouvoir effectuer ces apprentissages.

#### Apprentissages

- Expliquer quelles leçons en tirer pour sa pratique future.

#### Synthèse

Ces situations peuvent être en lien avec:

- des situations biomédicales
- des prescriptions médicamenteuses
- des incidents iatrogènes
- le relationnel avec le patient, la famille, le personnel médical et paramédical, les co-internes...

Une demi-page en moyenne est attendue pour ce type de traces d'apprentissage

#### - Créteil Paris Est :

le JDB cristolien est celui qui se rapproche le plus du JDB de Paris Descartes.

Néanmoins, il présente quelques différences:

- Il contient 10 items soit un item supplémentaire "évaluation par le senior de la capacité à communiquer avec le patient selon les critères de la grille Calgary simplifiée"
- Il doit comporter au minimum 40 items (situations)
- Chaque situation travaillée ne peut renseigner que sur 1 voire 2 items différents.
- Chaque item doit être traité sauf exception en une page au maximum dactylographié police 11, interligne simple.
- Les items sont cotés P Pertinent, A améliorable, I insuffisant pour guider l'interne dans son écriture et le tuteur ou MSU dans son évaluation.
- Il doit rendre compte de la chronologie du stage, être renseigné toutes les semaines d'activité par ce qui paraît remarquable et ayant nécessité un apprentissage de la part de l'interne.
- Il récapitule pour chaque item les dates des situations pour lesquelles les items ont été travaillés.
- Il est également obligatoire pendant le stage hospitalier et doit contenir minimum 19 situations.

## **4- Le journal de bord (JDB) à Paris Descartes :**

### **4-1 Définition :**

Depuis novembre 2012, un journal de bord a été instauré par le DMG de Paris Descartes en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS.

L'analogie est faite avec « le journal de bord des marins » où sont consignés chronologiquement les différents événements concernant la navigation, la conduite des machines, les écueils rencontrés ou évités, et les solutions apportées etc...

Le livre de bord permet aux inspecteurs ou experts de retracer, à la suite de problèmes, le déroulement des opérations. Juridiquement, il fait foi jusqu'à preuve du contraire.

Le journal de bord de l'interne en stage est donc un recueil d'évènements marquants ou significatifs ou critiques « incidents critiques » vécus par l'interne (et/ou le MSU).

Il est recommandé de rédiger régulièrement, souvent à un rythme quotidien en partant des situations cliniques auxquelles l'interne est confronté, les différents problèmes qui se sont posés, les questions à résoudre, les recherches nécessaires pour répondre aux questions et aux problèmes et surtout une synthèse qui renseigne sur l'acquisition de nouvelles connaissances et/ou compétences.

Cela peut être un outil de développement personnel à condition qu'il soit rempli régulièrement et qu'il fasse tout aussi régulièrement l'objet d'auto et d'hétéro évaluation.

### **4-2 Le contenu du JDB de l'interne :**

Le JDB doit comporter, à partir de situations réelles de soins, les éléments cliniques, relationnels, médicamenteux, administratifs, techniques, pédagogiques, qui ont posé problèmes ainsi que les solutions apportées.

Il faut donc retrouver bien décrites et datées si possible, des situations prévalentes en soins primaires qui auraient posé problème à l'interne.

Ces situations consignées peuvent être source de réflexion ou d'échange avec le MSU.

A partir de ces situations l'interne doit se fixer un objectif d'apprentissage et le réaliser avec l'aide de son MSU.

Le JDB doit informer sur la continuité de ces apprentissages et la façon dont ils évoluent.

Il a donc été présenté en début de semestre d'hiver 2012 aux internes et MSU lors des réunions d'information sous une forme de tableau Excel avec 4 colonnes : la date de

l'évènement, la description de la situation vécue, la supervision du MSU et le ou les apprentissages acquis.

La dernière colonne vu/acquis est facultative mais a pour but d'apprécier la progression des apprentissages de l'interne.

A noter qu'il a été préalablement testé auprès d'internes volontaires pendant le semestre d'été 2011-2012

Le journal de bord 2012-2013 (Excel)

Date	Situation vécue	Supervision	Apprentissage	Vu/Acquis
MSU				

### **4-3 Les familles de situations :**

Le JDB a pour objectif de balayer les situations cliniques les plus fréquentes en médecine ambulatoire comme le prévoit « le Référentiel métiers et compétences » en médecine générale et d'illustrer tous les champs de la médecine générale.

Il était donc indispensable de lister les situations cliniques auxquelles l'interne doit être confronté durant son stage ambulatoire.

Les situations cliniques ont été déclinées en neuf familles de situations.

**A : Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage :** situations biomédicales inédites et solutions rapportées comportant le niveau de preuve, avec une synthèse concise qui renseigne sur l'amélioration des connaissances ;

**B : Prescriptions médicamenteuses nouvelles :** en DCI, avec les indications et des contre-indications et effets iatrogènes les plus fréquents et/ou les plus graves

**C : Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés :** dont la responsabilité est analysée, dont les rapports bénéfices risques sont évalués.

**D : Relation avec le patient et son entourage :** dont les genèses et conséquences sont bien analysées, avec élaboration d'alternatives relationnelles

**E : Procédures médico-administratives :** en lien direct avec la pratique, listant les étapes à effectuer, et décrivant les avantages et les inconvénients pour le patient

**F : Situations de soins non programmés vous ayant posé problème :**

**G : Pratique de gestes techniques utiles en soins primaires :**

**H : Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la prise de décision :** dont la sélection est de bon niveau de preuve, et dont le résumé est concis et pertinent

**I : Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision :** ayant favorisé la prise en charge d'un patient, dont les solutions proposées sont pertinentes.

A noter que depuis le semestre d'hiver 2013-2014, le DMG de Paris Descartes a préféré le terme « items » pour désigner ces 9 familles et pour éviter toute confusion avec la nouvelle redéfinition en 11 familles de situations qui a vu le jour début 2013 par un groupe d'enseignants experts des différents départements de médecine générale.

L'item I « Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision » a également été supprimé mais ce n'était pas le cas au moment de l'analyse de nos données.

#### **4-4 Le rôle du MSU (maitre de stage des universités) dans l'élaboration du journal de bord :**

La participation du MSU est indispensable car c'est le seul enseignant qui est en lien direct avec l'activité clinique de l'interne.

Le MSU doit favoriser la rédaction régulière du journal de bord puis en vérifier l'authenticité. Il doit également évaluer régulièrement le contenu et la qualité des apprentissages réalisés.

La logique constructiviste de l'apprentissage postule que c'est l'interne qui doit traiter activement des données afin d'acquérir de nouvelles connaissances.

Dans ce modèle, la compétence est comprise comme la capacité d'utiliser, de combiner des ressources internes (savoirs, savoir-faire) et externes pour régler au mieux les problèmes auxquels il est confronté.

Il ne s'agit donc pas pour le MSU de dispenser des connaissances ou de donner des recettes, même si elles lui paraissent pertinentes, mais tout au contraire de mettre l'étudiant en situation de soins, puis de l'aider à se construire en l'amenant à repérer ce qui pose réellement problème, puis en l'incitant à aller chercher des données valides, capables de répondre à ces problèmes.

C'est également l'occasion pour lui d'échanger sur les attitudes de chacun et de se remettre en cause.

#### **4-5 Le rôle du tuteur :**

Du fait de sa vision extérieure, il aide l'interne à remplir ses obligations universitaires en évaluant cette trace d'apprentissage.

Son rôle d'accompagnateur et d'évaluateur ne lui permet pas de vérifier l'authenticité et la pertinence des situations cliniques du JDB.

Il peut éventuellement rentrer en contact avec le MSU quand il estime que le JDB est incomplet ou que la réflexion n'est pas aboutie.

Il est donc indispensable que le JDB ne soit présenté au tuteur que lorsque le MSU estime cette trace finalisée.

## **II. Contexte de l'étude :**

### **1- Présentation :**

Le journal de bord de l'interne a été rendu obligatoire par le DMG de Paris Descartes au cours du semestre d'hiver 2012- 2013 pour les deux stages ambulatoires de niveau 1 et en SASPAS.

Cette expérimentation a d'abord été réalisée durant le semestre d'été 2011-2012 auprès d'internes volontaires qui avaient le choix entre la réalisation d'un RSCA ou du JDB pour valider leur stage ambulatoire.

Le DMG a donc décidé de renouveler l'expérience et de la généraliser à tous les internes en stages ambulatoires qui n'étaient pas exemptés de la réalisation concomitante d'un RSCA.

Il a été présenté lors des réunions en début de semestre aux internes et MSU sous forme Excel avec 4 colonnes où l'interne devait renseigner pour chaque situation clinique : le contexte clinique, les apprentissages, la supervision du MSU et les sources bibliographiques.

Une 5ème colonne destinée au MSU pour le suivi des acquis de l'interne a été rajoutée mais reste facultative.

Les internes devaient produire au moins 30 situations cliniques par JDB en abordant si possible tous les items.

Il était recommandé de rédiger régulièrement, à un rythme quotidien et de réaliser un suivi hebdomadaire par le MSU.

Les MSU ont eu pour consignes d'accompagner l'interne dans la production de cette trace et veiller à la régularité de l'écriture.

Le journal de bord a pour but de répondre aux 7 objectifs fixés par le DMG Paris Descartes :

- 1- Balayer les situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ambulatoire au travers des 9 familles de situations (items).
- 2- Mettre en évidence les différents apprentissages et le retour d'expériences acquises au cours du stage ambulatoire.
- 3- Construire un support de discussion entre l'interne et son MSU et un outil d'évaluation de la progression de l'interne.
- 4- Permettre une bonne visibilité des compétences acquises.
- 5- Valoriser le stage ambulatoire de médecine générale.
- 6- Garantir un retour facultaire de l'enseignement au cours du stage ambulatoire.

7- Constituer une trace d'apprentissage pouvant servir à la validation au jury de DES.

Nous utiliserons le terme « items » pour désigner les familles de situations afin d'éviter toute confusion.

## **2- Matériel et méthode :**

Cette étude descriptive a pour but d'analyser les JDB des internes en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS pour le semestre d'hiver 2012-2013.

Un premier courriel a été envoyé à tous les internes le 30 mai 2013 et a permis de recueillir

46 JDB puis un rappel en novembre 2013 a permis d'obtenir au total 53 JDB sur les 60 attendus.

Les JDB ont été analysés afin de savoir s'ils répondaient aux 2 premiers objectifs prédéfinis :

1- Balayer les situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ambulatoire au travers des 9 items :

Par une analyse descriptive de tous les JDB

2- Mettre en évidence les différents apprentissages et le retour d'expériences acquises au cours du stage ambulatoire :

Nous avons choisi d'analyser les situations cliniques du 1<sup>er</sup> item ou l'item A

« Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage »

Les situations cliniques de l'item A ont été évaluées selon 4 critères :

- le contexte clinique
- les apprentissages
- la supervision
- la bibliographie

Les situations de l'item A ont été évaluées de façon subjective par 2 investigateurs (interne et directeur de thèse) avec consensus en cas de désaccord.

Le but étant de savoir si la lecture de la situation clinique permet de rendre visible le contexte, les apprentissages, ainsi que la supervision et les sources bibliographiques.

L'analyse des JDB s'est effectuée de novembre à janvier 2014.

Nous avons utilisé pour cette étude le logiciel Excel 2007 pour l'analyse des données.



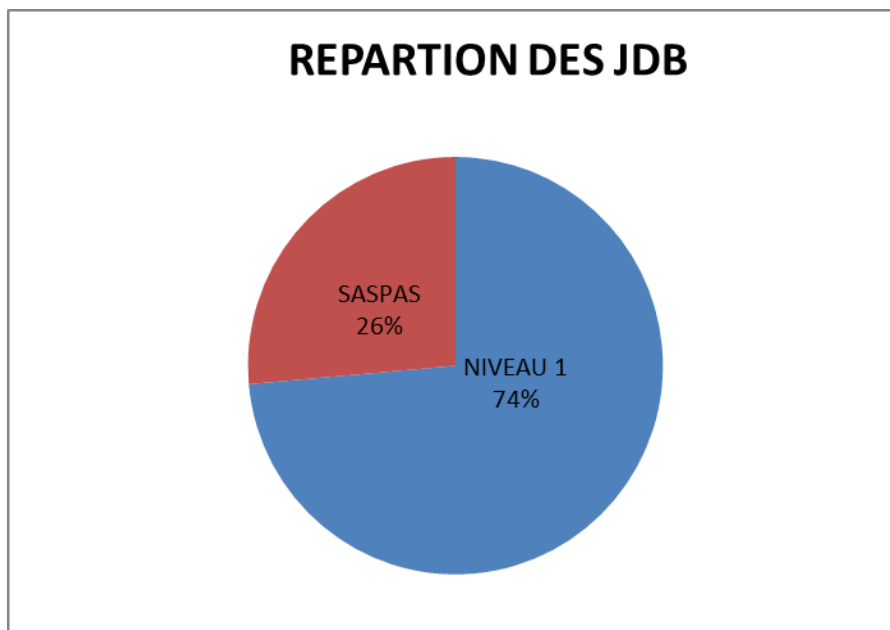
### 3- Résultats et analyse :

#### 3-1 Répartition des JDB :

Nous avons récolté 53 JDB sur les 60 attendus soit un taux de 88,3% de participation

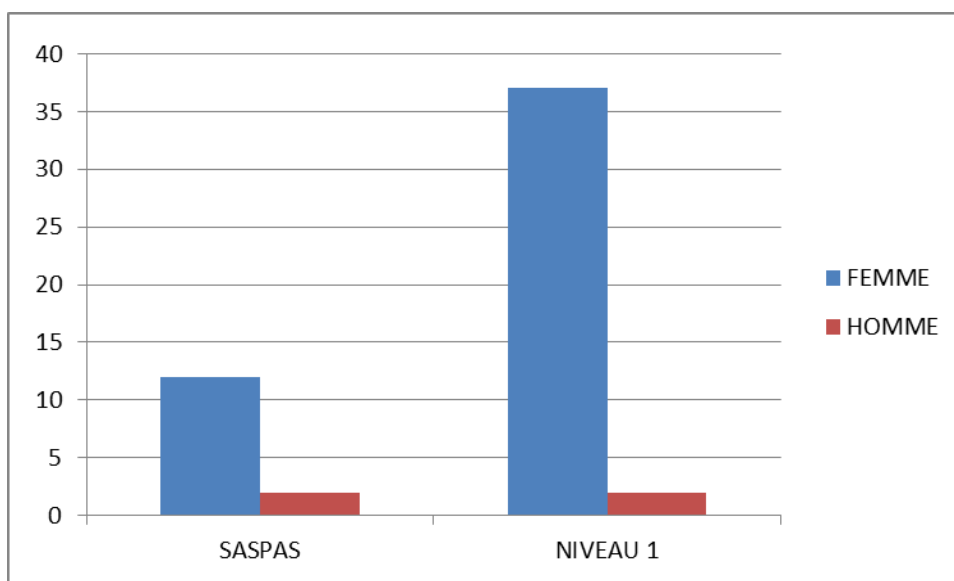
14 en SASPAS soit un taux de participation de 87,5%

39 de niveau 1 soit un taux de participation de 88,6%



#### 3-2 Sexe ratio :

Au total nous avons 49 femmes et 4 hommes



### **3-3 Le nombre de situations cliniques par JDB :**

Les JDB devaient contenir au moins 30 situations cliniques pour pouvoir être validés.

En moyenne les JDB contenaient 30,8 situations

	Niveau 1	SASPAS
Moyenne	31,58	28,58
Ecart type	6,87	10,58
Maximum	55	48
Minimum	17	10

#### **Niveau 1**

71,8% (n : 28) contenaient au moins 30 situations

25,6% (n : 10) entre 20 et 29 situations

2,6% (n : 1) moins de 20

#### **SASPAS**

50% (n : 7) contenaient au moins 30 situations

36% (n : 5) entre 20 et 29 situations

14% (n : 2) contenaient moins de 20 situations

### **3-4 La forme :**

Les internes ont reçu le JDB sous forme de tableau Excel mais avaient la liberté d'utiliser un format Word ou autre

26,4% (n : 14) des internes ont gardé la forme initiale en Excel

73,6% (n : 39) des internes ont préféré un format Word

### **3-5 Classement par items :**

Les situations cliniques devaient être classées selon les 9 items.

Dans 36 JDB les situations cliniques étaient classées par items soit 67,9%

-SASPAS : 10 71,4%

-niveau 1 : 26 66,6%

Dans 17 JDB (32%) les situations cliniques n'étaient pas classées en items :

- dans 14 JDB où nous avons pu déduire l'item selon le contexte clinique et les apprentissages visibles.

- dans les 3 JDB restants, nous les avons classés par défaut dans l'item A « Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage » ce qui a représenté 60 situations.

Bien que cela puisse constituer un biais pour notre étude, nous avons préféré ne pas exclure ces 3 JDB pour la 2eme partie de l'étude afin d'être le plus exhaustif possible et évaluer les autres critères prédéfinis.

### **3-6 Répartition selon les neuf items :**

Les situations cliniques devaient être classées selon les 9 items précités

#### Tableau de la répartition des items dans les JDB

item	A	B	C	D	E	F	G	H	I
<b>TOTAL</b>	<b>722</b>	<b>234</b>	<b>96</b>	<b>141</b>	<b>164</b>	<b>129</b>	<b>117</b>	<b>141</b>	<b>143</b>
<b>MOYENNE</b>	<b>13,62</b>	<b>4,41</b>	<b>1,81</b>	<b>2,66</b>	<b>3,09</b>	<b>2,43</b>	<b>2,2</b>	<b>2,66</b>	<b>2,69</b>
<b>ECART TYPE</b>	<b>7,64</b>	<b>2,46</b>	<b>1,62</b>	<b>2,04</b>	<b>2,03</b>	<b>1,94</b>	<b>1,88</b>	<b>2,6</b>	<b>2,62</b>

Dans 9 JDB tous les items n'ont pas été abordés.

Niveau 1 : 6 JDB n'ont pas abordé au moins 1 item

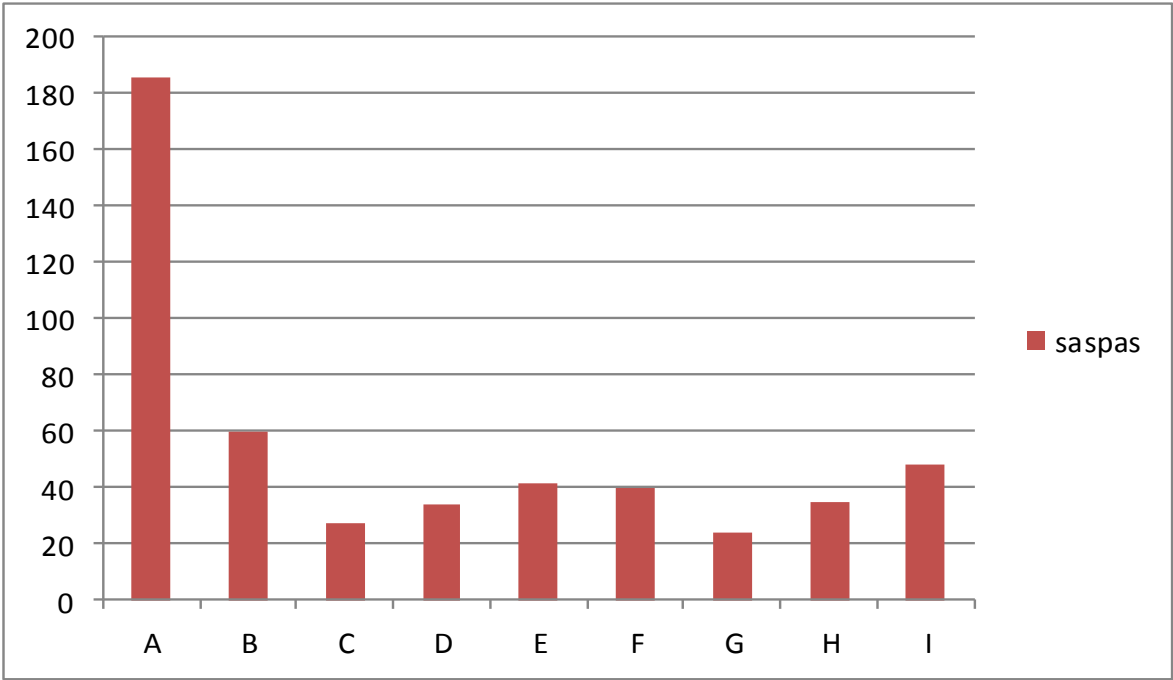
SASPAS : 3 JDB n'ont pas abordé au moins 1 item

Dans 12 JDB, les situations cliniques étaient classées dans 2 ou plusieurs items à la fois

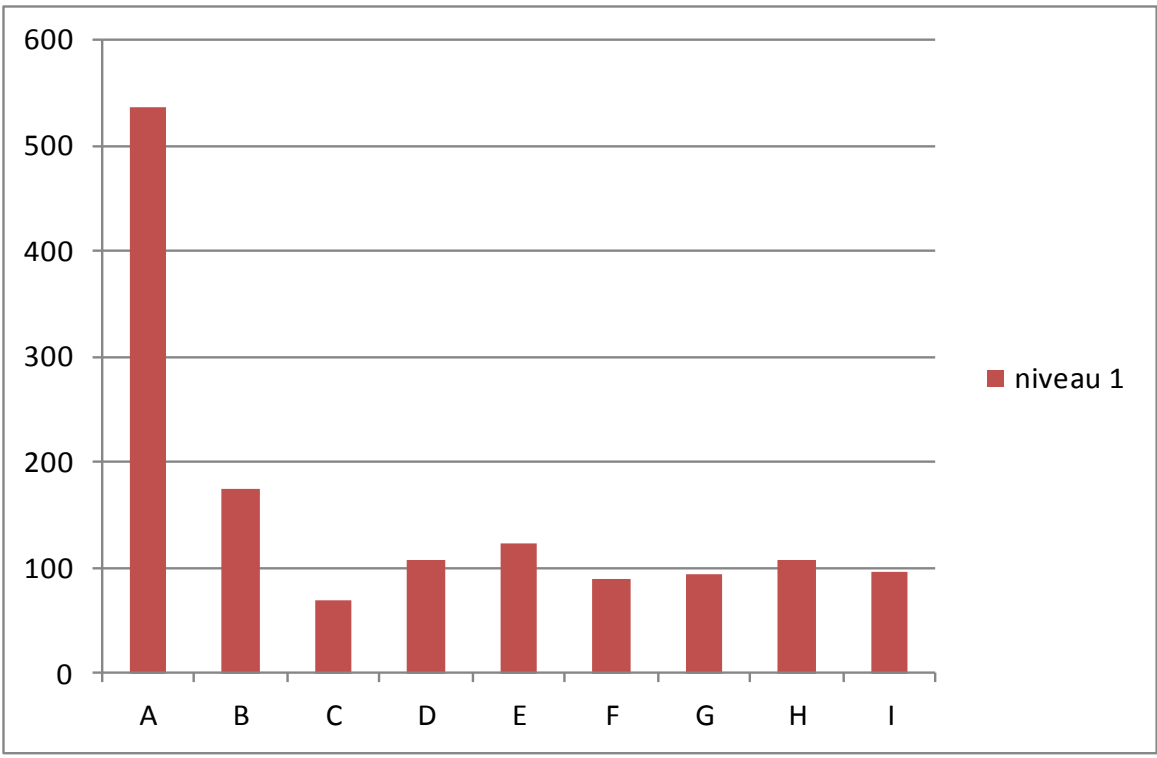
Niveau 1 : 7 JDB avaient 2 ou plusieurs items dans une même situation clinique

SASPAS : 5 JDB avaient 2 ou plusieurs items dans une même situation clinique

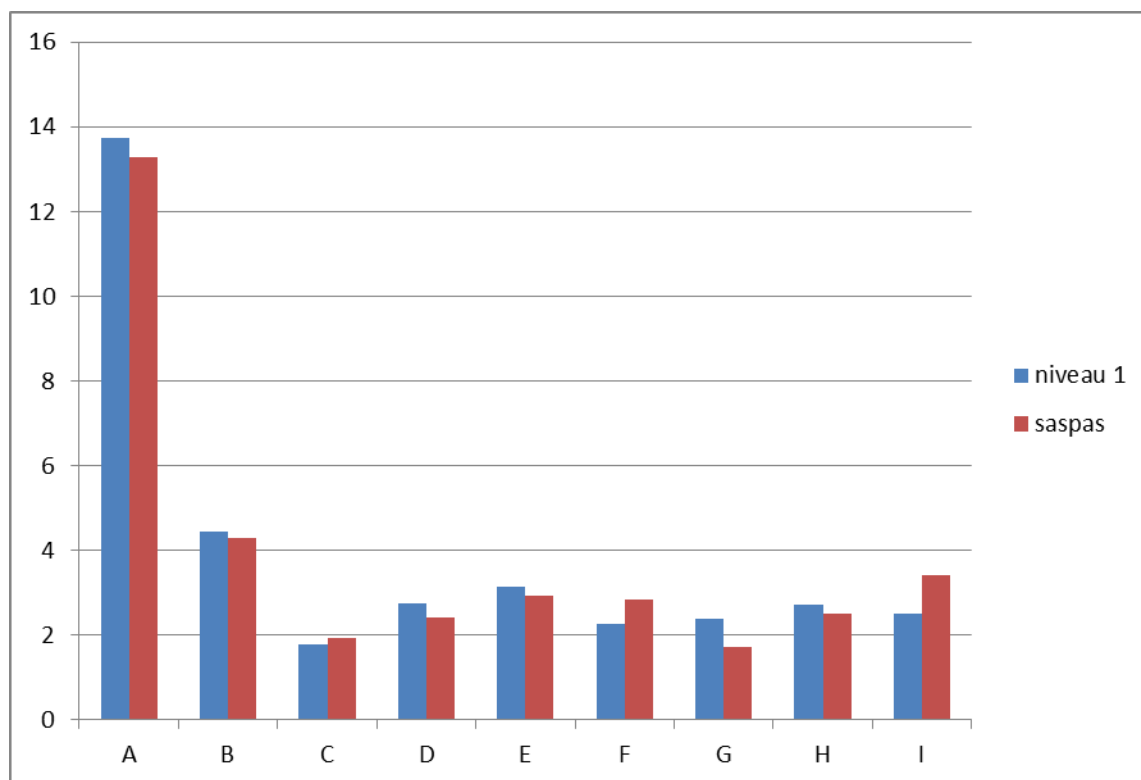
Répartition des items dans les JDB SASPAS



Répartition des items dans les JDB niveau 1



## Comparaison niveau 1 /SASPAS des moyennes des items par JDB



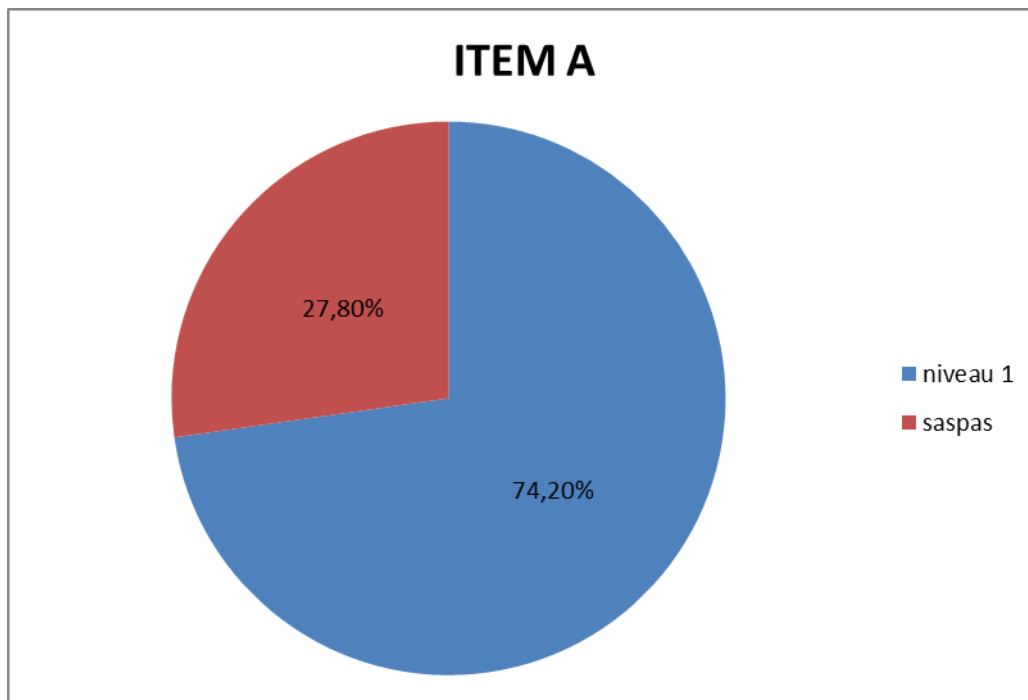
### **3-7- Analyse des situations de l'item A :**

Nous avons analysé toutes les situations cliniques de l'item A des 53 JDB soit 722 situations

	Total	Niveau 1	SASPAS
ITEM A	722	536 (74.2%)	186 (27.8%)
Moyenne par JDB	13,62	13,74	13,28
Ecart type	7,64	8,31	5,59

En moyenne les JDB contenaient 13.62 situations de l'item A.

Il n'existait pas de différence entre les SASPAS et les internes de niveau 1 mais la répartition était plus homogène chez les SASPAS.



Les situations cliniques ont été analysées de façon binaire

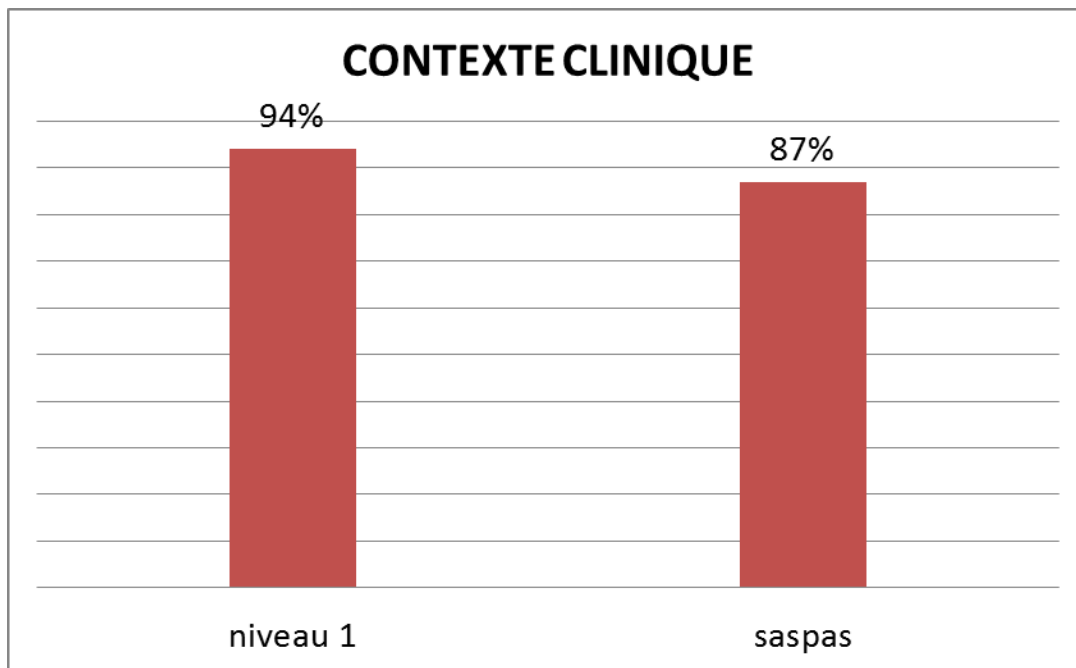
L'analyse s'est basée sur 4 critères :

- le contexte clinique
- les apprentissages
- la supervision
- la bibliographie

#### **3-7-1 Le contexte clinique :**

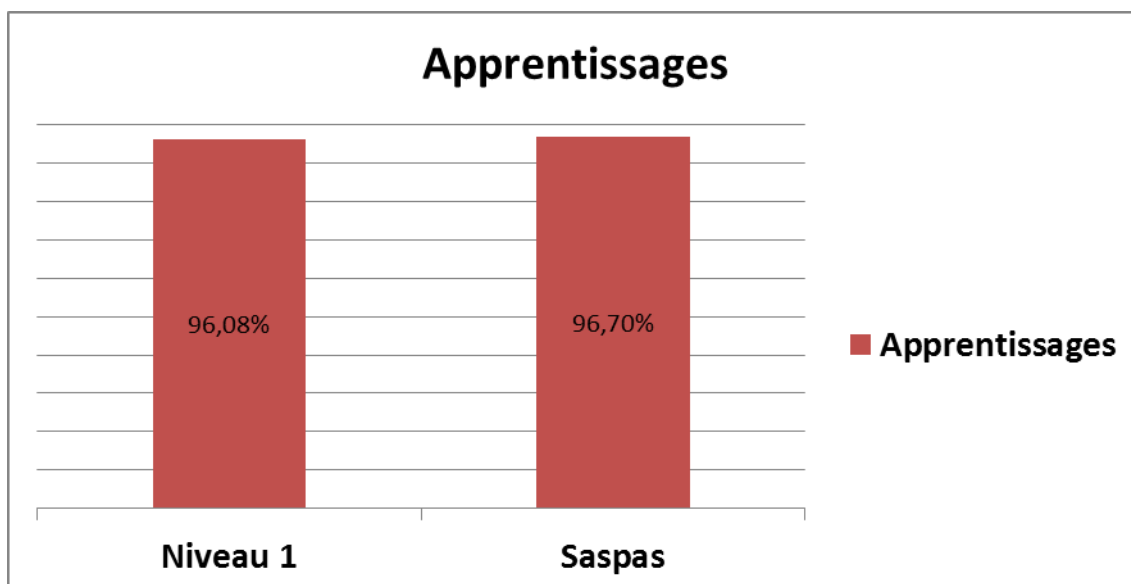
Pour que le contexte clinique soit lisible, il devait faire apparaître au moins l'âge du patient, le sexe et le motif de consultation.

Au total le contexte clinique était visible dans 92,5% des situations



### 3-7-2 Description des apprentissages :

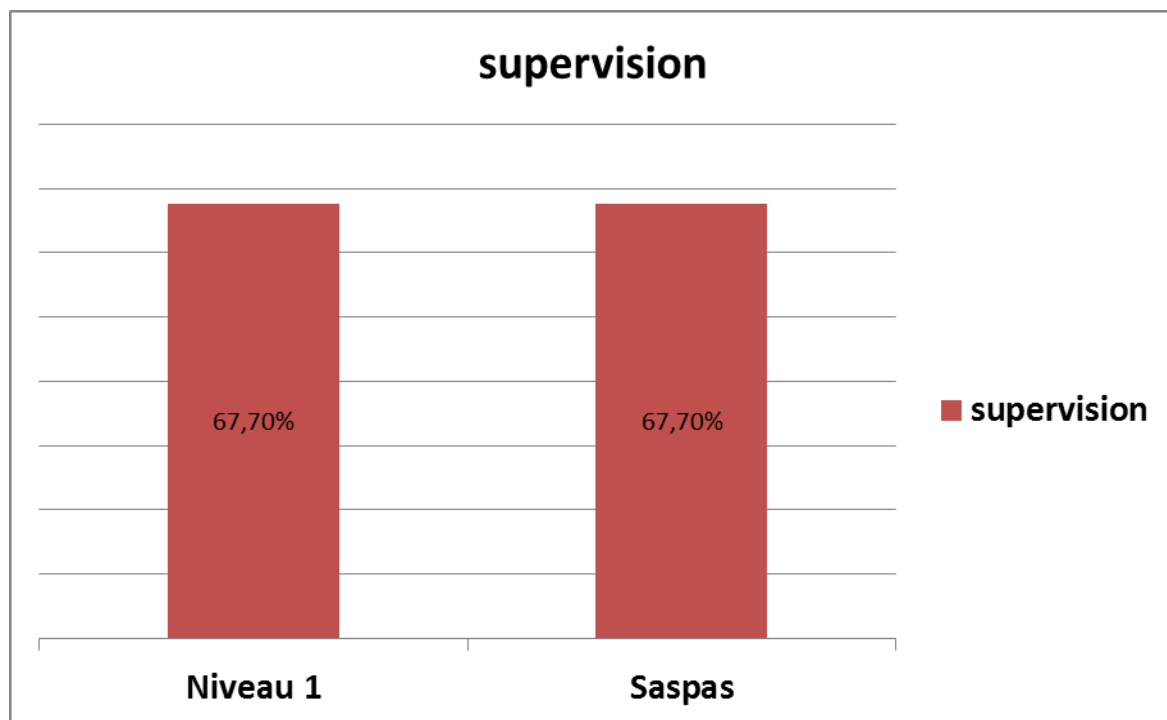
Dans 696 situations cliniques soit 96,2% les apprentissages étaient cités par l'interne.



### 3-7-3 La supervision du MSU :

La supervision était visible dans 489 situations cliniques soit 67,7%

(Soit dans la colonne dédiée à la supervision ou bien déduite à partir du récit de la situation clinique).



A noter que la case vu/acquis réservée au MSU, mais qui était facultative, n'a été mentionnée que dans 4 JDB soit 7,5%, tous de niveau 1 et de façon partielle.

#### Répartition de la supervision :

**Niveau 1 :** en moyenne 71,5% de supervision par JDB

- 14 JDB avaient 100% de supervision
- 12 JDB avaient entre 60-99% de supervision
- 9 JDB avaient entre de 30-59% de supervision
- 4 JDB avaient moins de 30% de supervision

**SASPAS :** en moyenne 67,27% de supervision par JDB

- 5 JDB avaient 100% de supervision
- 3 JDB avaient entre 60-99% de supervision

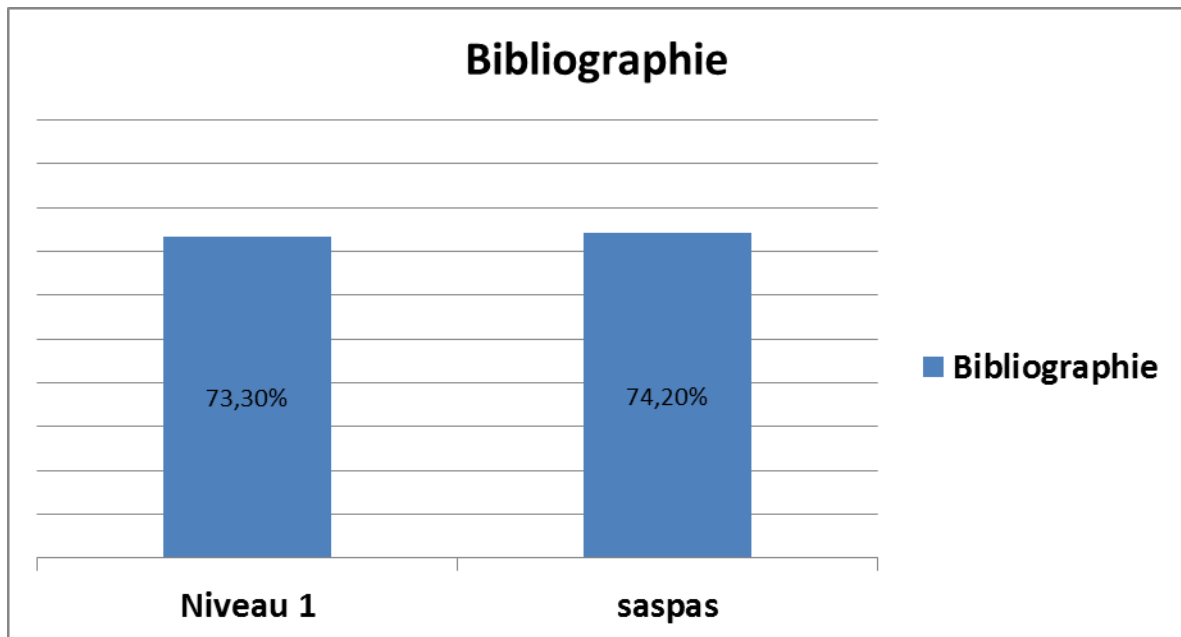


4 JDB avaient entre 30-59% de supervision

2 JDB avaient moins de 30% de supervision

### **3-7-4 Les références bibliographiques :**

Les références bibliographiques étaient cités dans 531 situations cliniques soit 73,5%



## **4- Discussion :**

Le JDB a été d'abord testé pendant le semestre d'été en stage ambulatoire niveau 1 et SASPAS auprès d'internes volontaires puis instauré en novembre 2012 pour tous les internes en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS.

Cette étude descriptive a pour but de faire un premier bilan de son utilisation comme nouvelle trace d'apprentissage.

### **4-1- 1ere partie : Analyse descriptive des 53 JDB :**

#### **4-1-1 Taux de participation :**

Le taux de participation de 88,3% était élevé chez les internes en niveau 1 et en SASPAS, probablement du fait que le JDB soit obligatoire pour valider le stage ambulatoire

Seulement 7 internes n'ont pas rendu leur JDB à temps.

#### **4-1-2 Nombre de situations par JDB :**

Le JDB devait contenir au moins 30 situations cliniques pour pouvoir refléter le travail de l'interne durant les 6 mois de stage.

En moyenne les JDB contenaient 31,58 situations chez les internes de niveau 1.

Les SASPAS malgré leur bon taux de participation ont eu plus de difficultés à produire un nombre suffisant de situations cliniques, 28,58 situations en moyenne mais avec à grand écart type.

Cela peut être lié au fait que les plus anciennes promotions sont moins entraînées à la production de traces d'apprentissage et qu'elles n'ont pas bénéficié des nouveaux enseignements instaurés au sein du département.

#### **4-1-3 La forme :**

Bien que le JDB est été présenté sous forme de tableau Excel, les internes ont préféré écrire sous forme Word à 73,6% (n : 39).

C'est la seule trace qui se présente sous forme de tableau et les internes ne semblent pas adhérer à ce type de présentation.

La forme Word semble plus adéquate pour la rédaction des récits de consultation qui peuvent être plus ou moins longs.

#### **4-1-4 Classement des situations cliniques par items :**

Les internes ont eu pour consigne de classer les situations cliniques dans l'un des 9 items.

Les 9 items permettent d'aborder les situations les plus fréquentes en médecine ambulatoire et d'identifier les difficultés rencontrées selon le domaine de compétence.

Près de 68% (n : 36) des internes ont classé les situations cliniques par item.

Les SASPAS étaient légèrement plus nombreux 71,4% (n : 10), ceux-ci sont peut-être plus compétent.

Et 32% (n : 17) n'ont pas classé les situations par item ce qui a rendu difficile l'évaluation et l'appréciation de la diversité des situations abordées.

Cela est peut être lié au manque de compréhension des 9 items ou à une difficulté à classer des situations dans l'item correspondant.

Alors que 22,6% (n : 12) d'entre eux ont réussi à classer les situations dans 2 ou plusieurs items, ce qui laisse penser qu'ils se sont bien appropriés les 9 items.

La lecture des JDB nous a semblé plus aisée quand les situations étaient classées par item car nous avons une vision générale de la diversité des domaines rencontrés durant les 6 mois de stage, et ceci est valable pour tout évaluateur extérieur à fortiori le tuteur qui ne peut juger la pertinence des situations cliniques.

Cela permet également de savoir si l'interne a la capacité d'identifier les champs d'exercice.

#### **4-1-5 Répartition des items dans les JDB :**

Les items n'étaient pas repartis de façon homogène, puisque l'item A était largement dominant à 13,6 situations en moyenne par JDB et c'était comparable chez les SASPAS et les internes de niveau 1.

Ce qui représente un total de 722 situations dans les 53 JDB.

Cela peut facilement s'expliquer par le fait que l'item A « Situations cliniques inédites de soin, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage » représente le principal motif de consultation en médecine de ville ou le plus facile à s'approprier pour les internes et MSU.

Cependant on peut également supposer que les internes qui ont eu des difficultés à appréhender la classification par item, aient préféré classer les situations par défaut dans l'item A.

Pour rappel, durant l'analyse des JDB nous avons également classé 60 situations soit 8,3% dans l'item A par défaut pour 3 JDB où aucune classification n'était proposée.

L'item B « Prescriptions médicamenteuses nouvelles » vient en 2<sup>nd</sup> position à 4,41 situations en moyenne par JDB, ce qui illustre bien les domaines nouveaux pour les internes.

La moyenne des situations par JDB est similaire dans les 2 groupes SASPAS et niveau 1 mais les spécialités choisies n'étaient pas les mêmes dans les 2 groupes : pour les SASPAS c'était plus l'occasion d'introduire un traitement pour une maladie chronique alors que les internes de niveau 1 c'était plus la découverte des traitements symptomatiques de la sphère ORL par exemple «...mon MSU lui prescrit un vasoconstricteur nasal...et un sirop pour sa toux...que j'ai découvert... », « ...intérêt des AINS dans les infections ORL... ».

L'item C « Incidents iatrogènes nouvellement rencontrés » n'était présent en moyenne que dans 1,81 situations par JDB ce qui peut être du, soit à la prévalence peu élevée de cet item ou bien au choix de l'interne ou du MSU de ne pas l'aborder.

Pour ce qui est des items D « Relation avec le patient et son entourage » et E « Procédures médico-administratives », respectivement 2,66 et 3,0 situations en moyenne par JDB et de façon comparable dans les 2 groupes, cela semble assez représentatif.

L'item F « Situations de soins non programmées vous ayant posé problème » est légèrement plus présent dans les JDB des SASPAS avec 2,85 situations en moyenne contre 2,28 chez les internes de niveau 1.

Le travail plus en autonomie peut expliquer cette légère différence.

Néanmoins, bien que les JDB ne soient pas exhaustifs de toutes les consultations, cela peut paraître peu en 6 mois de stage.

Les internes et les MSU n'ont peut-être pas jugé nécessaire de mettre en avant les difficultés à appréhender des situations d'urgence ou non programmées.

L'item G « gestes techniques » n'a quant à lui représenté en moyenne que 2,2 situations par JDB avec une prédominance chez les internes de niveau 1 avec 2,38 situations en moyenne contre 1,71 chez les SASPAS.

L'initiation à la réalisation de gestes techniques pour les internes de niveau 1 peut expliquer cette légère avance.

Les gestes les plus réalisés en stage de niveau 1 sont : vaccins, TDR, FCV...

Nous pouvons également supposer que cette disparité soit liée à l'activité même du MSU.

L'item H « Exemples de l'apport d'articles de la littérature utiles pour réévaluer la prise de décision » est aussi peu présent, 2,66 situations par JDB, de façon comparable dans les deux groupes.

Cela peut surprendre car lors de l'analyse plus détaillée des situations cliniques, les internes ont eu souvent recours à des sources bibliographiques pour leurs prises de décision.

Nous pouvons donc supposer que pour la majorité des internes, cet item n'a pas été bien compris.

Pour ce qui est du dernier item I « Exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision », les internes en SASPAS sont plus nombreux à l'avoir cité, 3.42 situations en moyenne par JDB vs 2.51 pour les internes de niveau 1.

Ceci est probablement lié au fait que les internes en SASPAS sont plus en autonomie avec une supervision indirecte.

En effet cet item ne préjuge pas de la fréquence de la supervision faite par le MSU puisque les internes de niveau 1 sont pour une partie du stage en observation.

#### **4-1-6 Synthèse 1 :**

Une première synthèse permet de conclure que :

- Il y eu une bonne adhésion des internes de niveau 1 et en SASPAS à la production de cette nouvelle trace d'apprentissage, et le caractère validant y a surement contribué.
- 30 situations par JDB semble être une bonne moyenne chez 71.8% des internes de niveau 1 et seulement 50% chez les SASPAS qui ont eu probablement plus de difficultés.
- Le format du JDB en Word a été nettement préféré à la forme Excel.
- Environ 2/3 des internes ont classé les situations dans l'un des 9 items avec une légère avance pour les SASPAS
- Le classement des situations cliniques par item permet de balayer les situations les plus fréquentes en médecine générale ce qui pouvait poser problème dans 1/3 des JDB qui n'ont proposé aucun classement dans leurs JDB.

Nous avons donc déduit les items dans 1/3 des JDB, et classé par défaut dans l'item A toutes les situations de 3 JDB.

Cela peut constituer un biais au niveau de la répartition par item.

Mais le but étant d'avoir une analyse la plus exhaustive possible et d'évaluer le contenu des 53 JDB dans la 2<sup>ème</sup> partie de l'étude.

La répartition des items par JDB était en général similaire dans les 2 groupes.

Une nette prédominance de l'item A « situations cliniques inédites de soins, de prévention, de dépistage et d'éducation, occasion d'un apprentissage » avec une moyenne de 13,62 situations par JDB suivi de l'item B « prescription médicamenteuses nouvelles » à 4.41 situations par JDB en moyenne.

Ceci peut facilement s'expliquer par la prévalence de cet item en médecine ambulatoire mais peut aussi laisser penser que les internes et MSU ont utilisé l'item A par défaut.

Pour ce qui est de l'item B, il représente un domaine nouveau surtout pour les internes de niveau 1.

Les 7 autres items ont été beaucoup moins présents variant de 1.84 à 3.09 situations par JDB.

Pour la plus part, cela est probablement lié à la non compréhension des items.

Il n'existait pas de différence entre les internes de niveau 1 et les SASPAS sauf pour l'item I « exemples de l'apport de la supervision de l'enseignant clinicien utile pour modifier votre décision » où les SASPAS ont été légèrement plus nombreux.

Ce qui est probablement lié au caractère plus autonome du stage SASPAS.

A noter que cet item a été supprimé à partir du semestre hiver 2013-2014.

22,6 % des internes ont classé dans 2 voire plusieurs items une même situation clinique ce qui implique leur bonne maîtrise de cette trace d'apprentissage.

Le choix et la répartition des items sont aussi liés à la qualité de la supervision et l'accompagnement des MSU dans la réalisation du JDB.

Leur maîtrise de cette trace d'apprentissage et leur compréhension des items peut aider à améliorer la qualité du JDB.

## **4-2 2ème partie : Analyse des situations cliniques de l'item A :**

Les situations cliniques de l'item A soit 722 au total ont été analysées de façon binaire selon 4 critères :

Le contexte clinique, les apprentissages, la supervision et les sources bibliographiques.

Niveau 1 : 74.2% (n:536)

SASPAS : 27.8% (n:186)

### **4-2-1 Le contexte clinique :**

Bien que cette analyse ait été faite de façon subjective par moi-même et le directeur de thèse, nous avons prédéfini les éléments essentiels pour valider le contexte clinique à savoir le sexe du patient, l'âge et le ou les motifs de consultation.

Ce qui a été le cas dans 92.5% des situations (n: 668), avec une prédominance chez les internes de niveau 1 à 94 % vs 87% chez les SASPAS.

Le style narratif n'était pas indispensable mais il nous a paru difficile de renoncer à l'un des 3 éléments précités.

Le contenu était variable selon les internes, alors que certains se contentaient d'une description brève du contexte « *Mme H 50 ans consulte pour un eczéma* ».

D'autres internes ont préféré un style narratif avec plus de renseignements cliniques : antécédents, histoire de la maladie, examen clinique, motifs de consultation, traitements...

« *Mr P. 31 ans et en surpoids ...antécédent familial d'hypertension ...de nature très anxieuse...il a eu un épisode de palpitations...il a appelé les urgences...la TA est de... je le rassure...continuer son traitement... ».*

*« Je vois un adolescent de 17 ans...pour un certificat de sport...il a eu des problèmes de santé ...asthme...traitement dans un service d'endocrinologie...j'ai un créneau...j'en profite pour lui demander...on fait le point sur la sexualité...une aide pour arrêter le tabac...évaluer le mal être des adolescents... ».*

Certains récits étaient trop longs avec plusieurs problématiques se rapprochant plus du modèle du RSCA.

Quant aux motifs de consultation ils ont été très variables témoignant de la diversité des situations cliniques en médecine ambulatoire et répondant parfaitement à la définition de l'item A.

La régularité de la rédaction du JDB a pu être vérifiée pour 35 JDB (66%) où les situations étaient datées.

les SASPAS étaient plus nombreux 71% (n : 10) contre 64%(n : 25) chez le niveau 1.

Pour 18 JDB (34%) les situations n'étaient pas datées, le rôle du MSU est donc primordial dans le suivi régulier des écritures de l'interne.

#### **4-2-2 Les apprentissages :**

Les internes devaient citer des différents apprentissages au travers des situations cliniques.

Les apprentissages étaient visibles dans 96,2% des situations cliniques avec un léger avantage pour les SASPAS 96,7% vs 96,08% chez les internes niveau 1.

Certains internes n'ont fait que les énumérer : *« prévention, éducation. », « importance du réseau de correspondants. », « savoir traiter le pityriasis. ».*

D'autres ont décrit de façon plus détaillée les différents apprentissages :

*« La poussée hypertensive se définit...la seule urgence ...la mesure de la pression...le traitement... ».*

*« Démarche diagnostique devant une incontinence urinaire...incontinence d'effort...impériosités...cause neurologique...bilan devant une incontinence...principes thérapeutiques...prévalence...conclusion ».*

Cette analyse n'a pas permis de juger la qualité des apprentissages ni leur pertinence.

Car la simple citation de recommandations ou de données scientifiques établies sans un travail de synthèse ne garantit pas un apprentissage de qualité.

Le rôle du MSU est aussi d'être plus exigeant quant à la qualité des apprentissages et d'orienter l'interne dans son questionnement et sa réflexion. Il a un rôle de « facilitateur d'apprentissage ».

Certains internes se sont approprié les apprentissages en utilisant la narration et en s'adaptant à la situation clinique vécue :

*« J'ai revu les recommandations...arguments pour une sinusite maxillaire....rechercher des complications...infection dentaire... donc ici les recommandations ne nous aident... ».*

*« ...occasion d'une éducation pour la santé....j'ai basé ma recherche sur une fiche ... ».*

*«En conclusion, devant ce tableau de douleur...il me fallait évoquer...un interrogatoire plus complet m'aurait permis... ».*

Certains ont réussi à déduire les compétences acquises :

*« Approche globale... », « La compétence éducation à la santé... », « Continuité et suivi... », « Premier recours... ».*

Cette approche par compétence est intéressante et pourrait à terme être adoptée pour rendre plus clairs les différents apprentissages, et c'est là un des objectifs du JDB.

#### **4-2-3 La supervision du MSU :**

Dans cette étude parmi les 722 situations de l'item A, la supervision n'a été visible que dans 489 situations (67.7%), et ceci de façon similaire chez les SASPAS et les internes de niveau 1.

Néanmoins la moyenne de supervision par JDB était plus élevée chez les internes de niveau 1 soit 71.5% vs 67,2% chez les SASPAS, mais avec une grande variabilité puisque seulement 35,8% des JDB avaient une supervision pour toutes les situations cliniques ; et près de 36% des JDB avaient 2/3 des situations cliniques non supervisées avec une proportion plus élevée chez les SASPAS 42.8% vs 33 % chez les internes de niveau 1.

Cela signifie que pour plus d'un tiers des JDB la supervision était insuffisante ou du moins très peu visible.

Et quand la supervision était visible, sa qualité n'a pas été évaluée, ce qui n'est pas l'objectif de cette étude.

Il apparaît également qu'il n'existe pas de grande différence de quantité de supervision entre les SASPAS et les internes de niveau1 mais celle-ci prend des formes différentes selon le niveau.

Chez les internes de niveau 1 la supervision était le plus souvent directe :

*«...mon MSU m'a demandé d'expliquer aux parents... », « ...il m'a suggéré d'examiner...et de mesurer son périmètre... », « ... nous avons fait ...les prescriptions... », « ...nous avons expliqué à la patiente... ».*



Le « nous » a souvent été utilisé suggérant une supervision sans que cela soit systématiquement cité par l'interne dans la colonne correspondante.

Les thèmes abordés étaient très variables mais chez les internes de niveau 1, la supervision était souvent source de questionnement et une incitation à faire des recherches bibliographiques :

*« ...mon MSU m'a demandé comment faire une supplémentation...j'ai trouvé les recommandations... », « ...supervision : traitement de l'herpès ?... », «...faut-il risquer l'hémorragie...ou le laisser se dégrader.... ? », « ...faut-il un test d'effort... ? », « Mon MSU me demande ce que je ferai... », « ...mon MSU ne se souvient plus...il me demande de vérifier les reco... ».*

La supervision s'est également traduite par une autonomisation de l'interne en stage de niveau 1 :

*« Mon MSU me propose de prendre en charge cette patiente... », « ...mon MSU me demande d'aller la voir à domicile ...et de l'appeler au besoin... ».*

Pour les internes en SASPAS, cela s'est traduit par un débriefing à la fin des consultations :

*« ...j'ai discuté du cas avec ma maitre de stage...qui m'a expliqué... », «... à la révision du dossier..., on m'a parlé du... », « ..On m'a fait remarquer par la suite ...que ce n'était pas approprié... ».*

Et parfois par une supervision directe : *« ...j'ai demandé à mon MSU de confirmer le diagnostic et quel traitement... », « ...j'appelle mon MSU à la rescousse... » .*

Ce qui va dans le sens du stage.

A noter que la colonne vu/acquis a été ajoutée mais de façon facultative et n'a pas permis un suivi de la progression des apprentissages puisque celle-ci n'apparaissait que dans 7% des JDB (n : 4) tous de niveau 1.

Nous pouvons supposer que son « utilité » n'a pas été suffisamment clarifiée aux MSU.

#### **4-2-4 La recherche bibliographique :**

Les références bibliographiques étaient citées dans 531 situations de l'item A (73.5%).

Les internes en SASPAS avaient une légère avance à 74.2% vs 73.3% pour les internes de niveau 1.

Les sources bibliographiques les plus citées : HAS, la revue du praticien, la revue prescrire, Afssaps, le Vidal, les cours du département (ARP jeudi matin, cours magistraux,..), sociétés françaises des différentes spécialités, des sites internet : antibioclic, thérapeutiques dermatologiques, pub Med, ameli.fr, institut pasteur : recommandations par pays, orphanet ...

D'autres sources étaient moins connues, mais la qualité de la bibliographie n'a pas été évaluée dans cette étude.

Là aussi, le MSU peut guider et évaluer la pertinence des sources bibliographiques.

Pour plus de ¼ des situations aucune référence bibliographique n'a été proposée, ce qui peut rendre difficile l'évaluation.

Néanmoins certaines situations ne nécessitaient pas de recherches bibliographiques.

#### **4-2-5 Synthèse 2 :**

L'analyse des 722 situations de l'item A selon les 4 critères : contexte, apprentissages, supervision et bibliographie a permis de conclure que pour une grande partie des JDB (92,5%) le contexte des situations cliniques était bien visible mais sous des formes différentes.

Certains internes se sont contentés de donner le minimum d'informations : le sexe du patient, son âge et le motif de consultation, alors que d'autres ont utilisé un style narratif et une description clinique beaucoup plus détaillée.

Parfois le contexte clinique était complexe se rapprochant plus du modèle du RSCA.

La datation des situations cliniques a permis dans 34 % des cas d'apprécier la régularité de la rédaction du JDB.

Les internes devaient relater les situations qui leur ont posé problème ou interpellé, mais cette étude n'a pas permis de démontrer cela, ni de vérifier l'authenticité des récits.

Le rôle du MSU est donc primordial pour inciter l'interne à la rédaction régulière et pour l'aiguiller dans le choix des événements ou incidents à approfondir.

Pour ce qui est du 2<sup>ème</sup> critère d'analyse, les différents apprentissages étaient bien visibles dans 96.2% des situations de l'item A.

Ces apprentissages pouvaient se présenter soit sous forme de liste avec une simple énumération, ou bien plus détaillés.

Certains internes ont réussi à s'appropriier ces apprentissages et à les synthétiser, ou mieux encore, avoir une approche par compétences.

Le 3<sup>ème</sup> critère d'analyse : la supervision nous paraît primordial puisque l'un des objectifs du JDB est de rendre visible la richesse des échanges avec le MSU.

Cette supervision n'était visible que dans 2/3 des JDB avec une légère avance chez les internes de niveau 1.

Et seulement 35.8% des JDB avaient toutes les situations supervisées ce qui paraît très insuffisant. Elle a été même presque inexistante pour 6 JDB soit 11,3%.

Il apparaît également qu'il n'existait pas de différence significative entre les SASPAS les internes de niveau 1 même si celle-ci était différente dans le forme.

Le plus souvent directe chez les internes de niveau 1, alors que chez les SASPAS, elle se traduisait par le débriefing à la fin des consultations.

Cette supervision a été souvent source de questionnement et à l'origine des différents apprentissages mais aussi à une autonomisation des internes surtout de niveau 1.

Mais cette étude n'a pas évalué la qualité de cette supervision.

La recherche bibliographique a été systématique dans 73,5% des situations cliniques.

Cependant dans un peu plus de 1/4 des situations, aucune source bibliographique n'a été citée ; ce qui peut paraître assez élevé.

### **4-3 Au total :**

A l'issue de cette analyse nous pouvons déduire que le JDB répond, mais de façon partielle, aux deux premiers objectifs fixés par le DMG à savoir :

« Balayer les situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ambulatoire au travers des 9 items » puisque les internes n'étaient que deux tiers à classer les situations par items avec une nette prédominance de l'item A « situations inédites de soins... » au dépens des autres items qui n'ont pas été suffisamment développés.

Néanmoins près de 23% d'entre eux ont réussi à combiner plusieurs items par situation, ce qui laisse penser que la bonne maîtrise des items peut permettre une meilleure visibilité de la diversité des champs abordés durant le stage.

Pour le 2<sup>ème</sup> objectif « Mettre en évidence les différents apprentissages et le retour d'expériences acquises au cours du stage ambulatoire », l'évaluation des 722 situations de l'item A a permis de retrouver les éléments descriptifs ainsi que les apprentissages acquis dans plus de 90% des JDB mais la qualité de ces apprentissages n'a pas été évaluée.

La supervision et les échanges avec le MSU n'ont été visibles que chez deux tiers des internes.

Ce qui paraît peu vu que c'est la seule trace d'apprentissage faite « à deux » et qui permet un retour de la richesse des échanges entre l'interne et son MSU.

## **5- Propositions d'amélioration :**

Cette première expérimentation du JDB en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS a été plutôt bien suivie mais il nous paraît important de souligner les insuffisances et de proposer quelques améliorations :

### **- Les points faibles :**

- Certains JDB étaient trop longs avec des situations cliniques complexes et détaillées, ce qui peut rebuter les évaluateurs.
- L'absence de marqueur de progression de l'interne ne permet pas de juger de la pertinence des apprentissages.
- L'incompréhension des items par plus d'un tiers des internes.
- Le manque d'investissement des MSU soit par manque de connaissance de cette trace ou par défaut de supervision.
- La difficulté pour le tuteur d'en apprécier l'authenticité.
- L'absence de critères ou de grille d'évaluation pour les tuteurs.

Pour y remédier, voici quelques propositions :

### **- Pour les internes :**

- Modifier la forme du JDB en Word, ce qui semble être plus adapté pour cette trace ;
- Proposer une version numérique dans l'e-portfolio, que l'interne, le MSU et le tuteur peuvent consulter ;
- Mettre en avant les objectifs attendus du JDB et insister sur l'intérêt de cette trace ;
- Mettre plus en évidence les différences avec le RSCA notamment dans la description des situations cliniques qui doit être plus synthétique ;
- Expliquer les 8 items en les illustrant ;
- Proposer un atelier/séance de rédaction pour cette trace d'apprentissage pendant le stage ambulatoire ;

- Faire un bilan à mi stage pour détecter les insuffisances et repérer les difficultés ;
- Exiger un nombre minimum de situations par item ;
- Proposer une 5ème colonne pour les compétences acquises.

**- Pour les MSU :**

- Insister sur l'intérêt du JDB dans la valorisation du stage ambulatoire ;
- Rappeler les objectifs du JDB ;
- Sensibiliser les MSU sur leur rôle primordial dans l'accompagnement dans la rédaction de cette trace ;
- Expliquer les items en les illustrant par des exemples ;
- Responsabiliser les MSU en exigeant leur accord avant de présenter la trace au tuteur ;
- Proposer une grille d'évaluation qui sera destinée aux tuteurs et connue des MSU.

### **III. Conclusion :**

La stratégie adoptée pour la validation du DES de médecine générale au sein du DMG de Paris Descartes est celle de « l'apprentissage par compétence ».

Ce dispositif pédagogique implique la production de « traces écrites d'apprentissage », consignées dans le portfolio, et qui doit renseigner sur l'acquisition de ces compétences.

Par ailleurs ces traces ne permettent pas une bonne visibilité des échanges avec le MSU lors des stages ambulatoires et ne restituent que partiellement la supervision directe ou indirecte au cours de ces stages.

L'expérimentation du Journal de bord (JDB) en stages ambulatoires niveau 1 et en SASPAS, comme support pédagogique, afin de palier à ces insuffisances s'est imposée et a été mise en place pendant le semestre d'hiver 2013-2014.

Ce premier état des lieux a permis de pointer des insuffisances liées à la méconnaissance des objectifs de cette trace et au manque d'information et de formation pour la rédaction du JDB.

Aussi l'analyse de cette trace a mis en évidence le manque d'investissement des MSU soit par défaut de supervision ou par manque de formation à l'accompagnement pour la rédaction de ce JDB.

Or l'un des objectifs principaux du JDB est de rendre visible cette supervision et d'impliquer plus les MSU dans le développement des compétences de l'interne.

Mais en dépit de plusieurs faiblesses méthodologiques, ce travail a permis d'établir la viabilité de cette nouvelle trace et son rôle dans la valorisation du stage ambulatoire.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées.

Figure 1 :

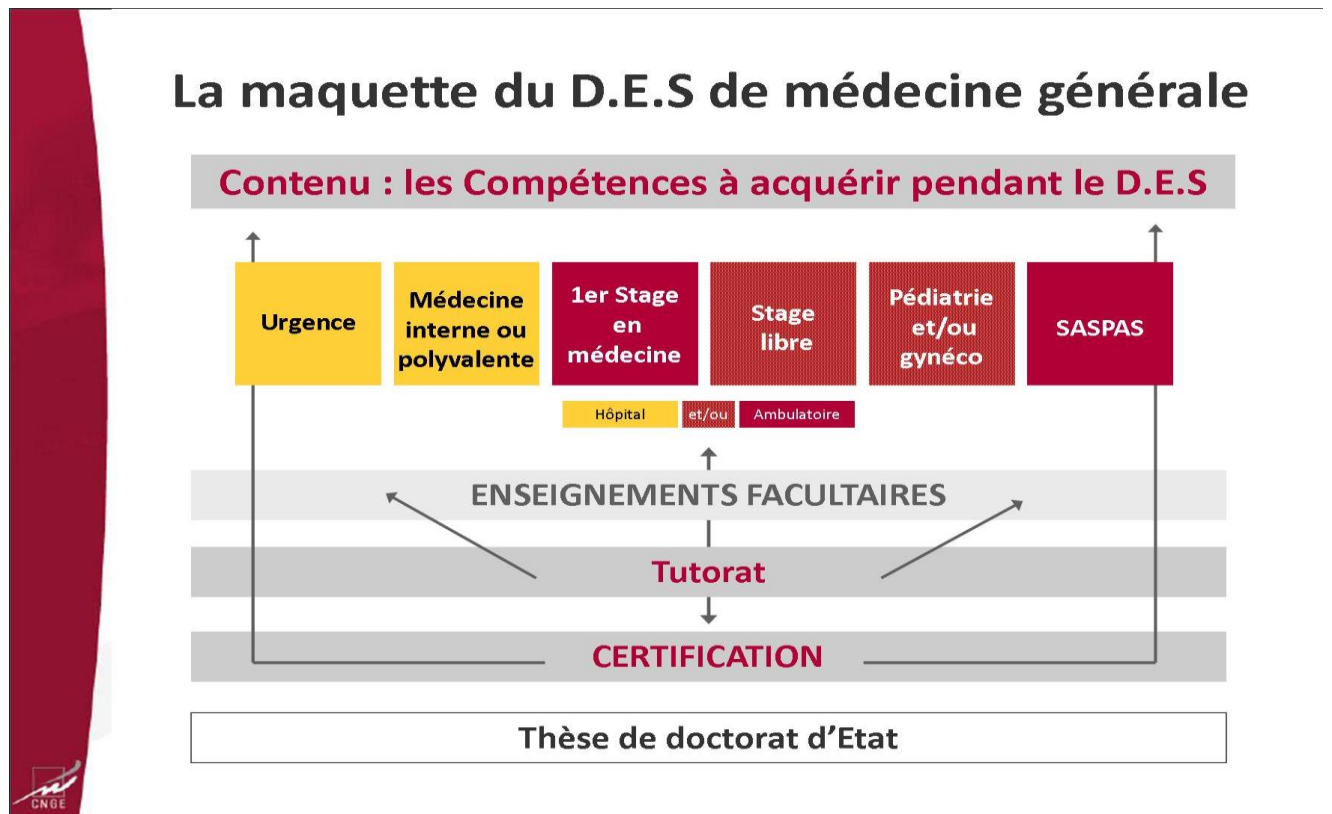


Figure 2 :



## **Bibliographie :**

- 1- Attali C., Ghassarossian C., Bail P. et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale : Revue Exercer. Septembre 2005.n°74, pp96-102.
- 2- Attali C., Huez JF, Valette T., Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques : Exercer 2013;108:165-9.
- 3- Attali C., Bail P., Lebeau JP., Piriou C., Compagnon L. Certifier les compétences en médecine générale. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Vol 4. Paris: L&C, 2011.
- 4- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
- 5- Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales paru au JORF n°0033 du 9 février 2011.
- 6- Arrêté du 9 août 2013 modifiant l'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.
- 7- Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004. Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine modifié par l'arrêté du 10 août 2010.
- 8- Chartier S., Le Breton J., Ferrat E., Compagnon L., Attali C., Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale Des fondements théoriques à la pratique : Exercer 2013 ; 108 :171-7.
- 9- Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés.
- 10- Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 Relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
- 11- Compagnon L., Bail P., Huez JF., Stalnikiewicz B., Ghasarossian C., Zerbib Y., Piriou C., Ferrat E., Chartier S., Le Breton J., Renard V., Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale :Exercer 2013;108:148-55.
- 12- Costa P. Quels stages ambulatoires en médecine générale ? : La revue du praticien médecine générale/tome 24/n°844/ du 28 juin au 2 juillet 2010.
- 13- Goutorbe A-S. Thèse : Élaboration d'un portfolio dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale à Lyon, faculté de Lyon, 2014



- 14- Guide Pratique du portfolio 2013-2014 .Collège Lyonnais des enseignants.
- 15- Guide des traces d'apprentissage, Site du DES de médecine générale Ile de France. Site internet : <http://desmqidf.fr/page/l-ecriture-clinique>
- 16- Guilbert J.J. Une vision OMS des facultés de médecine à travers le monde : Pédagogie médicale, vol.5, n°3, pp.167-170.
- 17- Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation initiale. Pédagogie médicale 2001;2:163-9.
- 18- Les écritures cliniques .Collège des enseignants Paris ile de France Ouest. Site internet : [http://www.parisouest.cnge.fr/article.php?id\\_article=126](http://www.parisouest.cnge.fr/article.php?id_article=126)
- 19- Manuel d'information du DES de médecine générale 2012-2013 de la Faculté de Médecine Paris Descartes.
- 20- Ndrianasy S. Thèse : Instauration du journal de bord en stage ambulatoire à Lille : le vécu des internes, faculté de Lille, 2010.
- 21- Noel F., Lorenzo A., Sourzac R., Atelier Journal de Bord : Quelle place dans le Portfolio, Lyon, 12ème Congrès CNGE 22 novembre 2012.
- 22- Piquemal Pastre M. Thèse de médecine générale : État des lieux sur la compréhension, l'adhésion et la capacité des étudiants de première année du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale à la faculté de Créteil de la cohorte 2012 à utiliser un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage par compétence. Faculté de Créteil, 2012.
- 23- Guide des travaux d'écriture du stage ambulatoire de niveau 1. Département de médecine générale de Créteil.  
Site internet : <http://www.medecinegen-creteil.net/page-de-telechargement/>
- 24- Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Bruxelles : de Boeck 2004:204-33.
- 25- Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal : éditions de la Chenelière, 2006.
- 26- Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Logique, 1992.

## RESUME

### **Instauration du journal de bord à titre expérimental en stages ambulatoires à la faculté de Paris Descartes : analyse descriptive au cours du semestre d'hiver 2012-2013**

**Contexte:** La maquette des stages au cours du DES de médecine générale prévoit un voire deux stages de six mois en médecine ambulatoire: le stage de niveau 1 et le SASPAS.

Ceux-ci sont essentiels car permettent la construction et l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique future des internes. La démarche adoptée par le DMG de Paris Descartes implique une certification de l'acquisition de ces compétences par l'évaluation des traces écrites durant ces stages. Un journal de bord a été instauré pendant le semestre d'hiver 2012-2013, comme nouvelle trace d'apprentissage. Il doit comporter les situations cliniques vécues par l'interne classées dans l'un des 9 items définis.

**Objectif:** Evaluer l'instauration du journal de bord et optimiser son utilisation.

**Méthode:** Analyse quantitative de 53 JDB et étude de 722 situations de l'item A «situations inédites de soins» selon le contexte clinique, les apprentissages, la supervision et la bibliographie.

**Résultats:** L'analyse des 53 JDB a révélé une bonne adhésion des internes mais le classement dans les 9 items n'était visible que dans 2/3 des JDB ne permettant pas l'appréciation de la diversité des situations. L'étude des 722 situations de l'item A a mis en évidence les différents apprentissages dans 96,2% des situations mais leur progression n'a pu être appréciée ni leur pertinence.

**Conclusion:** le MSU joue un rôle primordial dans la supervision et l'accompagnement à la rédaction du JDB. Un enseignement spécifique permettrait une appropriation de cette trace et une meilleure adhésion des MSU et ainsi une évaluation plus juste par les tuteurs. Il est également essentiel d'associer les MSU à l'élaboration d'une grille d'évaluation

**Mots clés:** journal de bord, internes, DES de médecine générale, stages ambulatoires, MSU.

### **Establishment of the logbook as an experiment in ambulatory internships at the Faculty of Paris Descartes: descriptive analysis during the winter semester 2012-2013**

**Context:** The internships artwork during the studies of General Medicine expects one or two six-month internships in ambulatory medicine: Level 1 internship and Ambulatory Internship in Primary Care and Supervised Autonomy.

These are essential as they allow construction and skills acquisition that are necessary for residents' future practice. The adopted process by the General Medicine Department of Paris Descartes involves certification of these skills' acquisition by evaluating written works during these trainings. A logbook was established during the winter semester of 2012-2013, as a new learning track. It must include the clinical situations experienced by the students which are classified into one of 9 defined items.

**Objective:** evaluate the logbook establishment and optimize its use.

**Method:** quantitative analysis of 53 logbooks and study of 722 cases of item A "unpublished care situations" according to the clinical context, apprenticeship, supervision and bibliography.

**Results:** 53 logbooks analysis showed good interns adhesion but ranking in the 9 items was visible only in 2/3 of logbooks which does not allow the assessment of the situations diversity. Study of 722 cases of item A has highlighted different apprenticeships in 96.2% of cases but neither their progress nor relevance could be assessed.

**Conclusion:** General practitioner trainer plays a key role in overseeing and assisting in logbook redaction. Specific education would allow appropriation of this track and better GP trainer adherence and more accurate evaluation by tutors. It is also essential to involve GP trainer in developing an evaluation grid.

**Keywords:** logbook, residents, Studies of General Medicine, ambulatory internships, GP trainer

**Discipline:** Doctorat en Médecine

Faculté de Médecine Paris Descartes, 15 rue de l'école de médecine, 75270 Paris cedex 06